федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Материалы 84-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых «МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА И СОВРЕМЕННОСТЬ», посвященной 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения профессора Г.М. Ткаченко

24-25 апреля 2019 года

ЧАСТЬ I

Курск, 2019

УДК: 61(063)
ББК: 5я43
М 75

Издается по решению редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

Молодежная наука и современность: материалы 84-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвящённой 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения профессора Г.М.Ткаченко (24-25 апреля 2019 г.). – Курск: Изд-во КГМУ, 2019. – 1 элетрон. опт. диск (CD-ROM). – 13,4 мб.

Редакционная коллегия:

ректор, профессор **В.А. Лазаренко**

проректор по научной работе и инновационному развитию КГМУ, доцент **П.В. Ткаченко**

председатель Совета СНО **А.Г. Гокин**

компьютерная верстка
А.Г. Гокин, И.С. Драговоз, Е.Е. Шашков

ISBN 978-5-7487-2451-7 (т. 1)
ISBN 978-5-7487-2449-4 (общ.)
Сборник зарегистрирован в НТЦ «Информрегистр»

© Коллектив авторов, 2019
© ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ

РАЗДЕЛ 1.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ФИЗИОЛОГИИ

АНАЛИЗ ПРОЕКТА SINEAM И ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

Бобровский Е.А., Шодиев М.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии, НИИ физиологии
Научный руководитель – д.б.н., профессор Привалова И.Л.

Актуальность исследования состоит в том, что различия в методологии, поверхностной электромиографии (ПЭМГ), используемой разными научными группами затрудняет ее практическое применение, трактовку ее результатов и обмен данными [1]. В то же время данный метод имеет применение в неврологии, ортопедии, реабилитации, спортивной медицине и т.д. Поверхностная электромиография – это неинвазивный метод исследования, позволяющий оценить суммарную биоэлектрическую активность мышц в покое и при различных режимах напряжения. Хотя ее основы были разработаны в начале XX века, ПЭМГ стала более популярной в течение последних десяти-пятнадцати лет, во многом благодаря проекту SENIAM [1-4].

Целью исследования является анализ европейского проекта SENIAM и использования его результатов в физиологии, спортивной медицине и реабилитации.

Материалы и методы: в данной работе мы исследовали процедуру выполнения проекта, его результаты и их использование.

Результаты и обсуждение. Проект SENIAM – Surface Electro Myo Graphyfor the Non – Invasive Assessment of Muscles (поверхностная электромиография для неинвазивной оценки мышц) является совместным европейским проектом, в котором первоначально принимали участие 9 стран: Нидерланды, Италия, Германия, Франция, Бельгия, Швейцария, Швеция, Финляндия, Греция. Целями данного проекта являлось решение ключевых вопросов, препятствующих полезному обмену данными и клиническим опытом, и последующей интеграции фундаментальных и прикладных исследований по SEMG (ПЭМГ).

Выполнение проекта началось с систематизации информации об используемом оборудовании, датчиках для регистрации ПЭМГ и процедурахих размещения в различных европейских лабораториях. Было обнаружено большое разнообразие приложений ПЭМГ, оборудования, методов записи и обработки в различных научных лабораториях. Также был выполнен подробный научный и клинический анализ влияния свойств электродов и особенностей их размещения на характеристики ПЭМГ. Была построена двумерная матрица для выявления соответствующих взаимосвязей между характеристиками датчиков и ПЭМГ. Эта матрица послужила отправной точкой для обсуждения предложения по характеристикам электродов и процедурам их размещения.

По результатам работы в 1997 году было сформулировано предложение по процедурам размещения датчиков для ПЭМГ (SENIAM-5). Этот результат был распространен среди всех SENIAM-партнеров. Рекомендации включают

в себя подробное описание основных характеристик датчика, а также четкое описание анатомии и функции мышц, расположение и ориентацию датчика, а также некоторые клинические тесты для тестирования процедуры размещения датчика. Эти рекомендации включены в итоговый документ «Европейские рекомендации по поверхностной электромиографии» (SENIAM-8, 1999), а также в компакт-диск SENIAM (SENIAM-9, 1999). Оба документа включают рекомендации по датчикам ПЭМГ, процедурам их размещения на отдельных мышцах. Оба результата также были распространены среди всех партнеров SENIAM.Общим результатом проекта стали европейские рекомендации по датчикам для ПЭМГ, процедурам их размещения и методам обработки сигналов ПЭМГ, а также набор имитационных моделей для обучения и тестирования, набор тестовых сигналов, восемь книг, публикаций и Европейская сеть для ПЭМГ: клуб SENIAM.

Полученные в проекте результаты в настоящее время вышли за рамки партнеров SENIAM и используются исследователями многих стран.

В частности, ПЭМГ была названа неинвазивным и быстрым методом для оценки растяжения мышц, вызванного чрезмерными физическими нагрузками. Авторы считают, что сигнал ПЭМГ является хорошим предиктором повреждения мышц после силовых тренировок на выносливость [2].

Было изучено расположение зон иннервации vastus medialis (VM) и ее влияние на параметры EMG. Установлено, что при расположении регистрирующих биполярных электродов над брюшком мышцы, зоны иннервации влияют на формирование сигнала ПЭМГ [3].

ПЭМГ считается ценным методом оценки активности мышц, их координации и утомления, что позволило использовать ее при сравнении активности мышц во время различных спортивных движений [4].В работе исследовалась активность мышц бедра и голени во время упражнений различной интенсивности, характерных для футболистов (ходьба, бег, спринт).

Выводы. Результаты показали, что после моделирования тренировки с нарастающей интенсивностью упражнений активность ЭМГ в основных мышцах нижних конечностей уменьшалась, что подтверждает влияние длительных прерывистых тренировок на деятельность мышц [4].

Список литературы.

1. Gallina A., Merletti R., Gazzoni M. Innervation zone of the vastusmedialis muscle: position and effect on surface EMG variables // Physiological Measurement. - 2013. - № 1.

2. RahnamaN., LeesA., LeesT. Electromyography of selected lower-limb muscles fatigued by exercise at the intensity of soccer match-play // Journal of Electromyography and Kinesiology. - 2006. – № 16. – С. 257-263.

3. Seniam URL: http://www.seniam.org

4. ZhouaY., LiY., WangR. Evaluationofexercise-induced muscle damage by surface electromyography // Journal of Electromyography and Kinesiology. - 2011. - № 21. - С. 356-362.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СИЛЫ МЫШЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Войтюк М.А., Старостенко И.О.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии
Научный руководитель – м.м.н., ст.преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что успехи в силовой деятельности атлета напрямую зависят от его массы, если этот вес составляют преимущественно мышцы, а не жировая ткань. Доказательство этого – результаты спортсменов различных весовых категорий [1]. С увеличением весовой категории атлета увеличиваются его возможности в силовой деятельности.

В результате, максимальная и абсолютная сила тем выше, чем больше активная мышечная масса человека. Это главное правило опирается на тот факт, что сила мышц в первую очередь зависит от поперечного сечения волокон, то есть от объема мышц [1].Однако этот вывод не опирается на сумму всех факторов, характеризующих силу, хотя эти факторы, например, строение волокна, внутри- и межмышечная координация, растянутость мышц, также очень важны для мышечной работоспособности. Максимальная сила является главенствующим значением для атлетов, соревнующихся в абсолютных весовых категориях.

Целью исследования является провестикорреляционную оценку показателей силы мышц с соматометрическими показателями.

Материалы и методы: при определении объёмов мышц груди, плеча и бедра использовалась мерная лента. Для измерения силы мышц были задействованы тренажёры (гриф с блинами). Вес блинов составлял соответственно 5, 10, 20 кг. Максимальная сила на определённые группы мышц фиксировалась, когда спортсмены выполняли определенные упражнения с максимальным весом в поднятии штанги на бицепс стоя, в жиме штанги лёжа от груди и в приседании со штангой. Для определения процентного содержания подкожно-жировой клетчатки использовался калипер.

Результаты и обсуждения. В ходе эксперимента были изучены силовые и соматометрические показатели 400 респондентов в возрастном интервале 22–28 лет, со стажем тренировок в спортивном зале от 2 до 4 лет. Были исследованы такие параметры, как: обхваты груди, бицепса и бедра, сила мышц груди, бицепса и бедра, рост, вес, ПЖК и ИМТ спортсменов.

В ходе исследования было установлено:

с увеличением обхвата бицепса на 1 см, сила мышц бицепса увеличивается приблизительно на 2,31 кг;

с увеличением обхвата груди на 1 см, сила мышц груди увеличивается приблизительно на 2,67 кг;

с увеличением обхвата бедра на 1 см, сила мышц бедра увеличивается приблизительно на 6,43 кг;

с увеличением роста на 1 см, сила мышц бицепса увеличивается приблизительно на 1,16 кг;

с увеличением роста на 1 см, сила мышц груди увеличивается приблизительно на 2,5 кг;

с увеличением роста на 1 см, сила мышц бедра увеличивается приблизительно на 2,8 кг;

с увеличением веса на 1 кг, сила мышц бицепса увеличивается приблизительно на 0,88 кг;

с увеличением веса на 1 кг, сила мышц груди увеличивается приблизительно на 1,90 кг;

с увеличением веса на 1 кг, сила мышц бедра увеличивается приблизительно на 2,14 кг;

зависимость силы мышц бицепса, груди и бедра от ПЖК и весапрослеживается нечётко;

зависимость силы мышц бицепса, груди и бедра от ИМТ прослеживается в меньшей степени;

зависимость силы мышц бицепса, груди, бедра, от их обхвата и от роста респондента находится в большинстве случаев в прямой зависимости.

Выводы. Корреляция силы мышц бицепса, груди и бедра от обхвата указанных мышц прослеживается достаточно чётко. В меньшей степени прослеживается зависимость между силой мышц бицепса, груди и бедра от роста. И корреляция отсутствует между силой мышц бицепса, груди и бедра от веса, ПЖК и ИМТ респондента.

Список литературы.

1. Билич Г.Л.,4-изд., доп. 2010.С.232-243.

1. Негашева М.А. Основы антропометрии: учебное пособие / Негашева М.А. 5-изд., перераб. и доп.2017.С.154-162.

2. Сапин М.Р., Билич Г.Л. Нормальная анатомия человека / Сапин М.Р.,

3. Тегако Л.И., Марфина О.В. Практическая антропология : учебное пособие / Л.И. Тегако, О.В. Марфина, 3-изд., перераб. и доп. 2003. С.90-97.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Звягинцева О.И., Швейнов А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Антопольская Е.В.

Актуальность исследования состоит в том, что алкогольная интоксикация – одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний в современной клинической практике. В отличие от других нозологических

форм ее характеризует отсутствие четкой связи с полом и возрастом пациента, что обуславливает разнообразие поражения органов и систем, особенно на фоне уже имеющихся заболеваний [1]. Алкоголь оказывает повреждающее действие на все функциональные системы организма, наибольшее значение из которых имеет поражение печени, нервной и сердечно-сосудистой систем [2]. Многообразие поражений миокарда при острой алкогольной интоксикации может быть обусловлено непосредственным токсическим влиянием этанола на кардиомиоциты, а также различного рода дизэлектролитными и метаболическими расстройствами [3]. Основным первоначальным и рутинным методом диагностики нарушений деятельности сердца является электрокардиография (ЭКГ).

Целью исследования является оценка частоты возникновения различных электрокардиографических изменений у пациентов с острой алкогольной интоксикацией.

Материалы и методы: нами проанализированы результаты ЭКГ-исследования 50 пациентов от 20 до 77 лет с диагностированной острой алкогольной интоксикацией. ЭКГ проводилась в 12 стандартных отведениях на 1-2 сутки после установления диагноза. Комплексно оценивалась частота возникновения нарушений ритма и проводимости, а также расстройств фазы реполяризациимиокарда, с учетом их локализации. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартных программных пакетов.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех обследованных пациентов в большей или меньшей степени выявлены патологические отклонения на ЭКГ. Среди нарушений автоматизма обращает на себя внимание высокая частота встречаемости синусовой тахикардии. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (как нарушение возбудимости) и синусовая брадикардия также встречались в выборке.

Среди других нарушений возбудимости миокарда стоит отметить высокую частоту одиночной наджелудочковой экстрасистолии (58%). Одиночная желудочковая экстрасистолия встречалась в 16% случаев.

Нарушения автоматизма и возбудимости миокарда при острой алкогольной интоксикации обусловлены прежде всего прямым токсическим влиянием этанола на синусовый узел, а также появлением гетеротопных очагов возбужденияв миокарде. Важную роль играла и первоначальная скомпрометированность миокарда (ишемическая болезнь сердца), что вероятно и послужило причиной двух случаев пароксизма фибрилляции предсердий на фоне приема алкоголя (рисунок 1).

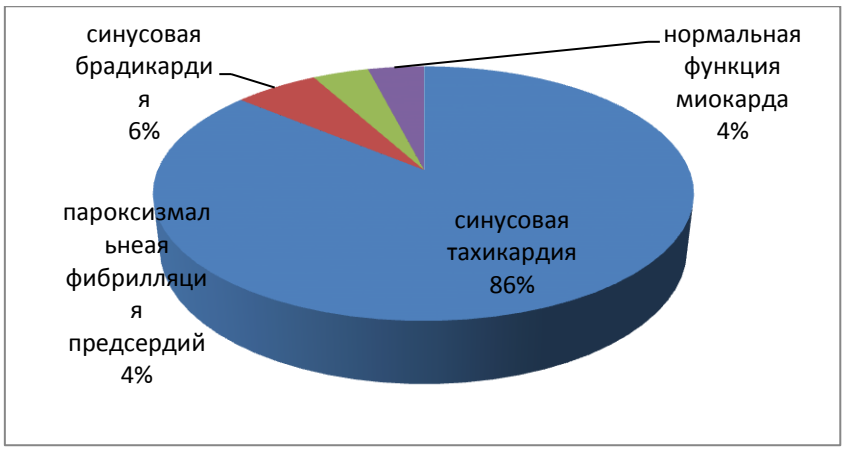


Рисунок 1. Частота встречаемости основных нарушений автоматизма и возбудимости у обследованных пациентов (в %)

Нарушения фазы реполяризации миокарда у обследованных пациентов заключались прежде всего в небольшой, диагностически незначимой (для ишемии) депрессии и элевации сегмента ST bв нижней стенке (82% случаев). Изменения в нижней стенке миокарда весьма характерны при выраженном диспепсическом синдроме для различного рода отравлений, в том числе и алкоголем. Помимо этого стоит отметить и маркеры электролитных нарушений в миокарде в виде появления высокого остроконечного зубца Т в грудных отведениях в 46% случаев, или наоборот его сглаженности и слабоотрицательности в этих же отведениях в 38% случаев. При оценке динамики ЭКГ данные нарушения на фоне лечения постепенно нивелировались, что говорито метаболической их природе.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии кардиотоксического действия этанола, что подтверждается зарегистрированными на ЭКГ нарушениями автоматизма и возбудимости, а также реполяризационными изменениями.

Список литературы.

1. Вареха, Л.А. Метод дисперсионного картирования ЭКГ в оценке поражения миокарда у больных с сердечно-сосудистой патологией на фоне употребления алкоголя / Л.А. Вареха, П.П. Огурцов, Г.Г. Иванов // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXIвеке. – 2014. – Т.16. – № 10. – С. 11-13.

2. Есина, Е.А. Влияние потребления алкоголя в дозах, превышающих безопасные, на функциональное состояние миокарда у студентов / Е.А. Есина, А.К. Зуйкова // Врач. – 2014. – № 7. – С. 75-76.

3. Прогнозирование аритмий методом временного и спектрального анализа вариабельности ритма сердца у больных с тяжелым отравлением алкоголем / А.В. Говорин [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2004. – Т.9. – № 4. – С.14-17.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Корчагина С.А., Петрова Н.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Кафедра патологической физиологии
Научные руководители – к.б.н., доцент Лущик М.В., к.б.н., доцент Макеева А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. По данным Международной диабетической федерации, к 2030 году каждый десятый житель планеты будет страдать сахарным диабетом [1]. Это связано с малоподвижным образом жизни [2], употреблением большого количества продуктов, содержащих углеводы, особенно быстрорастворимые [3]. В мировой медицинской статистике данное заболевание стоит на 3 месте в причинах смертности.

Целью исследования является изучение динамики лабораторных показателей с целью оценки тяжести заболевания и эффективности проводимого лечения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Проведен анализ 204 медицинских карт стационарных больных ГУЗ «Липецкая районная больница», имеющих эндокринную патологию: инсулиннезависимый сахарный диабет. Изучались следующие показатели крови: уровни глюкозы на момент поступления и при выписке из больницы, содержание гликозилированного гемоглобина, мочевины, холестерина, тромбоцитов; СОЭ, ПТИ, АсАТ, АлАТ. Результаты исследования вносились в программу Microsoft Excel и анализировались. Использовали программный пакет Statistica 6.0, разработчик Statsoft, США. Формат представления количественных данных – dbf. Данные обрабатывали с использованием t-критерия Стьюдента с вычислением среднего значения, стандартного отклонения, различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. В ходе исследовательской работы получены следующие результаты: уровень глюкозы при поступлении в больницу повышен у 79,62% пациентов, при выписке у 64,97%. После проведенного лечения уровень глюкозы снизился у 67,52% от общего числа пациентов, но только у 15,29% от общего числа он нормализовался. Что касается других данных, содержание гликозилированного гемоглобина повышено у 60,51%, ПТИ повышен у 56,05% (следовательно, повышен риск тромбообразования, наблюдается гиперкоагуляция, происходят нарушения в системе гемостаза), общий холестерин у 45,22% (увеличивается риск атеросклеротического поражения сосудов), СОЭ у 41,43% (из-за повышенного уровня сахара в крови, провоцирующего повышение ее вязкости), мочевина у 29,32%, АлАТ у 28,66%. Осложнения: диабетическая периферическая полиневропатия наблюдается у 93,63%, диабетическая непролиферативная ретинопатия у 86,62%. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 93,13%, хронический

панкреатит у 73,25%. Лечение проводилось препаратами, снижающими уровень глюкозы в крови; снижающими давление; улучшающими мозговое кровообращение; антиагрегантами; нормализующими липидный спектр крови и т.д.

Выводы. Проводимая адекватная терапия лекарственными препаратами в рациональных комбинациях приводила к снижению и даже нормализации уровня глюкозы крови (что является важным аспектом, поскольку длительное превышение ее концентрации в крови приводит к нарушению микроциркуляции крови по мельчайшим сосудам, способствуя выходу из строя жизненно важных органов), биохимических показателей (холестерин, мочевина и др), артериального давления, что в дальнейшем влияет на качество и прогноз жизни пациентов. Результаты данного исследования можно использовать с целью оценки эффективности терапии пациентов с сахарным диабетом 2 типа, который, как известно, повышает риск развития ГБ, ИБС, атеросклероза и других заболеваний.

Список литературы.

1. Российская офтальмология онлайн. Цитокины и факторы роста в патогенезе пролиферативной диабетической ретинопатии. Глава 1. Современные представления о патогенезе пролиферативной диабетической ретинопатии [Электронный ресурс] URL: https://eyepress.ru/article.aspx?25435 (дата обращения 17.02.2019)

2. Сахарный диабет. Многослойный диабетический инфопортал. Сидячий образ жизни провоцирует развитие диабета [Электронный ресурс] URL: http://www.saharniy-diabet.com/news/2013/2/sidyachiy-obraz-zhizni-privodit-k-diabetu (дата обращения 18.02.2019)

3. Сахарный диабет. Борьба с диабетом любыми средствами. Черный и белый списки продуктов, содержащих углеводы, для диабетиков [Электронный ресурс] URL: https://diabet24.guru/dieta/chto-nelzya-est-pri-diabete/uglevody.html (дата обращения 18.02.2019)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ КАК ФОРМА ПРЕОДОЛЕНИЯ ВЛИЯНИЯСТРЕССАНА ОРГАНИЗМ

Крахмаль Э.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель – к.м.н., ст.преподаватель Зотова О.М.

Актуальность исследования состоит в понимании механизмов стрессовых реакций, выявлении принципов и закономерностей их возникновения, развития, а также внешнего влияния. Это необходимо для того, чтобы найти путь «выхода» из состояния дистресса с учётом индивидуальных особенностей человека.

Целью исследования является рассмотрение психологической адаптации как формы преодоления влияния стресса на организм.

Материалы и методы: последствия стресса имеют длительный эффект и могут продолжаться после прекращения действия стрессорного фактора. Это можно объяснить специфической реакцией иммунитета, а также неспецифической сопротивляемостью. Кратковременный стресс-ответ оказывает благоприятное действие на организм. В пример можно привести физические упражнения. Не долговременные, умеренные физические нагрузки оказывают благоприятное влияние на организм, ускоряя обменные процессы, а также улучшая психологическую работоспособность. Однако при длительных и изнуряющих тренировках есть вероятность возникновения перенапряжения, преодолеть которые можно через психологическую адаптацию.

Любой ответ и реакция организма основаны на воспоминаниях из прошлого и скорейшего предвкушения будущего. Воспоминания способны вызвать 3 вида чувств:

положительные – «любовь» в самом широком смысле этого слова;

отрицательные – ненависть, недоверие, презрение и враждебность;

чувства безразличия, которые приводят к терпимости.

Именно эти чувства являются важным фактором, определяющим повседневное поведение. Они же являются определяющим звеном дальнейшего успеха, способности наслаждаться стрессом, не страдая от дистресса. И что немаловажно данный фактор лежит в основе гомеостатической адаптации на всех уровнях жизни, например, как между клетками, так и между людьми.

Однако, самое главное не то, как эти чувства влияют на наши отношения с окружающими, а то, как они действуют на нас самих.

Радость жизни человек получает с помощью достижений. И главной проблемой, которая может встать на пути при попытке достижения желаемого – отсутствие или недостаточность мотивации. Мотивация необходима для того, чтобы при жажде свершения дать человеку удовлетворение, не причиняя вред кому-либо. В условиях научно-технического прогресса и множественных социальных изменений наблюдается падение целеустремленности у молодежи. Основной задачей предоставляется преодоление возрастающей волны отчаяния. Необходимо донести новому поколению, что эксцентрическое поведение или притупление ума с помощью алкоголя, сигарет или наркотиков не способны вывести их из этого состояния. Действительную помощь может оказать понимание механизмов адаптации, которая сама по себе является проблемой.

Существует стереотипная модель ответа на стресс. Исход зависит не только от нашего восприятия, но и от природы раздражителя. Технический стресс, возникающий в социальной среде, имеет точно такой же механизм, как и стресс, который испытывает организм при различных химических воздействиях на него. Однако в социуме всё зависит от наших реакций, решения отвечать ли на раздражитель, руководствуясь «здравой естественной философией поведения». Каждый человек имеет различные показатели стресса, которые способны привести их к счастью. Большинство занимает срединное

положение между «растительным» образом жизни и высокой активностью. Поэтому каждому необходимо найти свой «комфортный» уровень стресса, а произойти это может только в момент самопознания.

Главная трудность, возникающая в этом процессе – фрустрация. Термин «фрустрация» обозначает чувство крушения. Именно «стресс рухнувшей надежды» вызывает огромное количество заболеваний. Причиной появления данного состояния является неудовлетворенность людей жизнью, в сомнении личных достижений. В преодолении этого расстройства может помочь понимание биологических законов и принцип их действия. Ранее говорилось, что все рождаются с ограниченным количеством адаптационной энергии, которую необходимо израсходовать, чтобы совершить своё предназначение. В основе лежит закон биологической цикличности. Поэтому, при невозможности завершить определённые задачи, необходимо переключиться на другой род деятельности и полностью отвлечься. Основными процессами этих циклов являются накопление и удаление химических веществ в результате жизнедеятельности. Биологически необходимо завершить цикл, так как препятствия, мешающие сделать это, могут привести к дистрессу, который в конечном итоге приводит к фрустрации и истощению сил.

Рассматривая цикличность со стороны человеческого поведения и эмоционального фона, можно сказать, что она имеет прямое отношение к трём фазам адаптационного синдрома: 1-ая фаза – реакция тревоги или удивления из-за невозможности совладать с ситуацией; 2-ая фаза – фаза сопротивления, во время которой мы решаем задачу, умело и без лишнего волнения; 3-я фаза – фаза истощения, заключается в израсходовании энергии и утомлении.

Говоря о расслабляющей волне крушения необходимо отметить, что помочь в понимании действия механизмов адаптации могут различные учебные программы, литература или наставничество. Однако среди всего многообразия различных методов преодоления стресса можно выделить простой и действенный – трудотерапия, которая является лучшим лекарством от душевных болезней, позволяющая держать в тонусе и тело, и дух.

Труд – необходимость, которая совершенствует любого человека, приводит к целям и внутреннему удовлетворению собой. Определенно, есть и противники данной теории. Поэтому необходимо внимательно относиться к своему окружению и избрать в качестве работы тот вид деятельности, который будет приносить удовольствие. Только в этом случае не возникнет необходимости в реадаптации, являющейся главной причиной дистресса [3].

Выводы. Таким образом, следует сказать, что на возникновение патологического состояния стресса оказывают влияние не только физиологические процессы, протекающие в организме изнутри, но и непосредственно сам человек. Чувства и эмоции, которые испытывает личность оказывают непосредственное влияние на восприятие. И в нашей власти самим определять, какой будет ответная реакция на любую произошедшую ситуацию.

Список литературы.
1. Худякова Е.П., Карпова О.И. Психофизиологические аспекты проблемы стресса // Авиакосмическая и экологическая медицина. 2015. Т. 49. № 6. С. 68-75.
2. Магомед-Эминов, М.Ш., Позитивная психология человека. От психологии субъекта к психологии бытия: в 2-х тт. Т.1 М. : Психоаналитическая Ассоциация Российской Федерации, 2007. - 560 с.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ

Крахмаль Э.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель – к.м.н., ст.преподаватель Зотова О.М.

Актуальность исследования состоит в том, что каждый день человек подвергается стрессовым ситуациям, запускающим механизмы адаптации. Однако истинное значение стресса в функционировании организма остается малопонятным.

Целью исследования является теоретический анализ механизмов влияния стресса на организм.

Термин «стресс» был введен канадским физиологом Г.Селье для обозначения неспецифической реакции организма в ответ на любое предъявленное ему требование [3]. На различные проблемы организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями. Общим знаменателем всех факторов, вызывающих стресс, является активация физиологического аппарата, ответственного за эмоциональное возбуждение, которое возникает при появлении угрожающих или неприятных событий в жизненной ситуации, взятой в целом. Следует отметить, что в соврменном обществе в большинстве случаев стресс носит информационный характер, который особенно сильно проявляется в эмоциональном и физиологическом компоненте стресса [1]. В ответ на это требование организм отвечает реакцией, удовлетворяющей ему – реакцией активации.

Реакция активации – стрессовая реакция, которая является нормальным физиологическим процессом, формирующаяся при возникновении новой ситуации. В данном процессе выделяют две фазы [2]: 1) фаза компенсации и 2) фаза декомпенсации. При активации ресурсов в кровь выбрасывается глюкоза, которая энергетически обеспечивает не только данный процесс, но и все физиологические процессы, возникающие в ходе жизнедеятельности, а также начинается гликогенолиз. По симпатическому звену вегетативной нервной системы идут многочисленные потенциалы действия, запускается катехоламиновая цепочка и обменные внутриклеточные процессы. Помимо этого увеличивается скорость движения электронно-протонных путей и

происходит перераспределение ресурсов в пользу жизненно важных органов и систем. Другими словами наблюдается централизация кровотока, повышение артериального давления, частоты сердечных сокращений.

После активации резервов организма наблюдаются следующие варианты исхода. Первый из них – это возвращение в зону комфорта. Механизм отрицательной обратной связи, при котором система стремится к сохранению целостности организма. После мобилизации ресурсов организм возвращается к устойчивому состоянию и формирует «шаблон» реагирования. Данный шаблон будет активироваться при повторной ситуации, ничем не отличающейся от предыдущей. Второй состоит в развитии, наработки и закреплении новых навыков. Здесь уже используется механизм положительной обратной связи за счёт активации положительных эмоций и центра удовольствия. Происходит формирование рефлекса «успешного человека».

Достижение одного из двух данных вариантов исхода происходит с помощью различных вариантов реализации реакции активации, среди которых выделяют три основных:

1) борьба как подавление слабого сильным, захват новых сфер обитания;

2)бегство как выживание, основанное на услужение слабого сильному;

3) затаивание как пережидание нестабильной ситуацию.

Но адаптационные возможности не безграничны, важно уметь правильно распределять её, потому что полного восстановления организма после её истощения не происходит. Состояние, возникающее при неспособности организма адаптироваться к новым условиям, – это дистресс. В его возникновении участвуют и гормоны «главной оси»: гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников. В дальнейшем развитие стресса приводит к различным поражениям, в частности внутренних органов. Поэтому важно понять, как одна и та же реакция обладает множественным действием. Качественно различные раздражители равной стрессовой силы не обязательно вызывают один синдром. Но один и тот же раздражитель может привести к различным поражениям у разных людей. Это зависит от «факторов обусловливания», которые избирательно усиливают или тормозят процесс. Под их влиянием нормально переносимая степень стресса может стать болезненной. Кроме того, стресс имеет влияние на вегетативную нервную систему. С помощью симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы внутренние органы быстро получают «угрожающий» импульс.Реализация нейроэндокринных механизмов происходит с помощью вегетативной нервной системы и мозгового вещества надпочечников.

При длительном и интенсивном воздействии стрессовых факторов выявлена общая морфологическая картина, получившая название «триада Селье»: гипертрофия коры надпочечников при незначительном количестве липидных секреторных гранул; инволюция тимуса, селезенки, лимфатических узлов и других лимфатических структур; возникновение глубоких кровоточащих язв в желудке и 12-перстной кишке.

Выделяют два вида ответов организма на нарушение постоянства внутренней среды: синтоксический и кататоксический.

Синтоксический ответ успокаивает организм и обеспечивает сосуществование с чужеродными веществами или факторами. Достигается за счёт гормонов, таких как кортикоиды, кортизол и его производные, тормозящие воспаление или отторжение чужеродных частиц. Но такой ответ выгоден, если воспаление и есть болезнь.

Кататоксический ответ, наоборот, в свою очередь стимулирует выработку ферментов, разрушающих чужеродные частицы. В организме происходит синтез гормонов, обладающих таким действием, однако оно слишком слабое, в отличие от действия тех веществ, которые синтезируются в лаборатории. Например, «прегненолон 16а – карбонитрил» один из сильнейших разрушителей большого количества ядов. Искусственно созданные гормоны влияют не только на чужеродные факторы, пришедшие извне, но и на продуцируемые самим организмом.

Поэтому необходимо учитывать, что именно будет благоприятно влиять на организм, а также какой именно из путей, подавление или усиление реакции приведёт организм к равновесному состоянию – гомеостазу. Гомеостаз зависит от правильной продукции синтоксических или кататоксических веществ. При обычных факторах сопротивления достаточно веществ, вырабатываемых организмом, но при повышении требований, необходимо отрегулировать и повысить «защитный термостат». Данный процесс называют гетерозисом. Он сводится к тому, чтобы побудить организм увеличить синтез собственных веществ с помощью медицинского вмешательства. При этом организм переходит в состояние энантиостаза до тех пор, пока не исчезнут экстремальные факторы.

Что касается кратковременного стресса, то он может оказывать на организм как положительное, так и отрицательное влияние. Регуляция происходит посредством кортикоидов, способствующих воспалению или обезвреживающих его, и нервными импульсами.

Выделяют три фазы развития стресса:

1) реакция тревоги – стресс оказывает стеническое воздействие на все психические и физиологические процессы. В итоге за счет мобилизации ресурсов организмаобостряются внимание, восприятие; память переводится в режим повышенной готовности к запоминанию, увеличивается продуктивность и креативность мышления, что повышает эффективность процессов принятия решения. Результаты деятельности улучшаются;

2) стадия сопротивления – человек адаптируется к сложившейся ситуации, все параметры функционирования закрепляются на новом уровне – человек «втягивается», привыкает. Показатели деятельности стабильно высокие.

3) фаза истощения – фаза, когда силы иссякли и организм начинает давать сбои.

Выводы. Таким образом, следует сказать, что негативное влияние на организм составляет дистресс, возникающий, прежде всего, на эмоциональном фоне. Сам стресс, или стрессовая реакция, или реакция активации, стимулирует организм, положительно влияя на многие системы, обеспечивая не только

адаптацию к изменяющимся условиям внешней среды, но и «запоминая» реакции, происходящие во время адаптационной перестройки, создавая шаблон поведения при повторении ситуации.

Список литературы.

1. Зотова О.М., Зотов В.В. Информационные перегрузки как фактор стресса студентов вузов // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2015. № 4. С. 108-115.
2. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб., Издательский дом «Сентябрь», 2001. - 260 с.
3. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье; Общ. ред. Е.М. Крепса. - М. : Прогресс, 1982. - 124 с.

РАЗВИТИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ И НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Крот И.И., Савицкая К.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – асистент Тимошкова Е.В.

Акутуальность исследования состоит в том, что в настоящее время, у лиц пожилого возраста заболевания сердечно-сосудистой системы и нарушения углеводного обмена входят в число самых распространенных. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения главным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является сахарный диабет (СД) [1]. К тому же прогноз осложнений у больных с СД после развития ССЗ более неблагоприятен нежели у пациентов без нарушения углеводного обмена. Физиологически с возрастом снижается интенсивность метаболических процессов в миокарде, повышается порог влияния симпатической нервной системы, снижаются гемодинамические показатели сердца, а также изменяется структура сосудистой стенки [2]. Под влиянием этих изменений возникают такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, синдром слабости синусового узла и аритмии. В подавляющем большинстве аритмии проявляются в виде желудочковых и наджелудочковыхэкстрасистол.

Целью исследования является оценка количества желудочковых и наджелудочковых экстрасистол у пациентов старше 60 лет при наличии СД 2 типа и без СД.

Материалы и методы: проведен анализ 25 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в кардиохирургическом отделении ГОККЦ в 2016-2017 годах. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета прикладного программного обеспеченияMicrosoftExcel.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты с сахарным диабетом 2 типа (n=9, 36%), 2-я группа – пациенты, не болеющие сахарным диабетом (n=16, 64%). Средний возраст пациентов составил 63 года. Все пациенты имели основной диагноз – ишемическая болезнь сердца (ИБС) и синдром слабого синусового узла (СССУ), общую операцию – имплантация искусственного водителя ритма, общее сопутствующее заболевание – артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. Сахарный диабет 2 типа был выявлен у n=9 пациентов.

При проведении 24-часового холтеровского мониторирования были выявлены желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Желудочковые экстрасистолы были найдены у n=15 пациентов, наджелудочковые экстрасистолы у n=21 пациента.

Таблица 1. Количественное и процентное соотношение желудочковых и наджелудочковых экстрасистол у пациентов 1-ой и 2-ой группы

№ гр.	Количество пациентов с желудочковыми экстрасистолами	Желудочковые экстрасистолы		Количество пациентов с наджелудочковыми экстрасистолами	Наджелудочковые экстрасистолы	
1	6	1479	5,15%	9	25187	60,94%
2	9	27255	94,85%	12	16141	39,06%

Исходя из выше предоставленных данных исследования, мы можем наблюдать, что количество пациентов 2-ой группы с желудочковыми экстрасистолами в 1,5 раза больше, чем пациентов 1-ой группы и в 18,4 раза больше количеств желудочковых экстрасистол. Так же пациентов 2-ой группы с наджелудочковыми экстрасистолами в 1,33 раза больше, чем пациентов 1-ой группы, но в 1,56 раза меньше наджелудочковых экстрасистол.

Выводы. В ходе работыбыло установлено, что в возникновении сердечно-сосудистой патологии важным фактором является сахарный диабет 2 типа. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа при одинаковом основном диагнозе, сопутствующем заболевании и операции по сравнению с пациентами не болеющими сахарным диабетом в 1,5 раза чаще встречаются наджелудочковые экстрасистолы.

Список литературы.

1. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Под ред.: Mendis S, Puska P, Norrving B. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2013. – 2, 40, 58 с.

2. Науменко, Е.П. Сравнительный анализ показателей углеводного обмена, функции эндотелия сосудов, липидного спектра у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа / Е.П. Науменко, И.Э. Адзерихо // Здравоохранение. – 2018. – № 2. – С. 5–12.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИНЕГО СВЕТА НА КАЧЕСТВО СНА МОЛОДЕЖИ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Кругликова А.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсом нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что человеческий организм приспособлен к воздействию синих лучей естественного происхождения. Они служат нам сигналом, чтобы проснуться и вести активный образ жизни. Они помогают регулировать цикл сон/бодрствование (циркадный ритм), который очень важен для поддержания здоровья нашего организма. Синие лучи оказывают положительное влияние на нашу память. Низкоэнергетические синие лучи (465-495 нм) необходимы для функционирования зрачкового рефлекса.

Однако высокоэнергетические синие лучи оказывают негативное влияние на наш организм. Во-первых, синие лучи ухудшают качество зрения, снижая зрительный контраст и остроту зрения. Во-вторых, синий свет способен увеличивать риск развития AMD. И, в-третьих, воздействие синих лучей искусственного происхождения может вызвать нарушения циркадного ритма [1].

Интенсивность попадающего на сетчатку света определяет выработку эпифизом мелатонина. Зависимость обратная. Гормон вырабатывается в основном ночью в темноте. Свет замедляет или прекращает продукцию гормона. Наибольшая чувствительность отмечается к синему и зеленому цветам спектра. Так как мелатонин вырабатывается в основном ночью во сне (и, кроме того, способствует засыпанию), он обозначается как «гормон сна» [2].

Целью исследования является оценка влияния синего света на качество сна молодежи города Гомеля.

Материалы и методы: теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования. Объектом анализа стала молодежь города Гомеля. Был проведен опрос с целью оценки качества сна.

Результаты и обсуждение. Для изучения качества сна молодых людей был предложен Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI) с дополнениями.

Опрос прошли 537 человек, в возрасте от 17 до 32 лет. Средний возраст респондентов составил 20,5 лет.Время, когда молодые люди ложились спать, распределилось следующим образом: 35% ложились спать в 22-23 часа, 34% – в промежутке между 23 и часом ночи, 31% – после часа ночи.

На вопрос «Сколько времени они спят?» ответы распределились: 6 и более часов спят 81% опрошенных, менее 6 часов спали 19%.

Причем 25,8% не могли уснуть в течение 30 минут: 1-2 раза в неделю - 21,4%, 3 и более раз в неделю12,4%;

Плохие сны видели 14% опрошенных.

Охарактеризовали качество своего сна как скорее плохое 42,7%; очень плохое – 8,4%.

За прошедший месяц принимали лекарства, которые помогают уснуть 33,1% опрошенных: 1-2 раза в неделю 20,2%, 3 и более раз – 12,9%.

На вопрос «Как часто за прошедший месяц Вам было сложно оставаться бодрствующим во время вождения автомобиля, после приема пищи или в процессе социальной деятельности?» ответы распределились: совсем не сложно – 6,2%; лишь чуть-чуть сложно – 30,9%; несколько сложно – 48,9%; очень сложно – 14%.

На вопрос «Как часто Вы используете мобильный телефон перед сном?» ответили: 1-2 раза в неделю – 9%; 3 и более раза в неделю – 88,9%, причем для общения с друзьями в течение 15-30 минут использовали мобильный телефон 27,5% опрошенных, более часа – 19,1%. Для просмотра новостной ленты в социальных сетях от 15 до 30 минут использовали мобильный телефон 30,3%, более часа – 16,9%. Для чтения литературы: от 15 до 30 минут использовали мобильный телефон 18%, более часа – 10,7%. Для игр: от 15 до 30 минут использовали мобильный телефон 14%, более часа – 5,1%. Для разговора по телефону: от 15 до 30 минут использовали мобильный телефон 6,2%, более часа – 6,7%.

Возле кровати мобильный телефон находится у 69,7% респондентов; под подушкой – у 12,4% опрошенных.

Выводы. Каждый пятый из опрошенных спит очень мало. Половина респондентов сами оценивают качество своего сна как плохое и очень плохое. Почти 90% опрошенных пользуются мобильными устройствами перед сном. Мобильные устройства находятся рядом с кроватью, а у каждого восьмого – под подушкой. В настоящее время зависимость от мобильных телефонов приравнивается к наркотической зависимости.

Список литературы.

1. О вреде и пользе синего цвета // Вестник оптометрии: профессиональный журнал для офтальмологов и оптометристов. - ООО «Линзпринт». – Москва, 2015. – № 4.

2. Цфасман А.З. Мелатонин: нормативы при различных суточных режимах, профессиональные аспекты в патологии // М.: МИИТ, 2015. – 64 с.

ВЫЯВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕТОДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Петрова Н.С., Корчагина С.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Кафедра патологической физиологии
Научные руководители – к.б.н., доцент Лущик М.В., к.б.н., доцент Макеева А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что сердечно-сосудистые заболевания – именно та группа болезней сердца и сосудов, которая требует особого внимания, поскольку именно на ССЗ приходится около трети смертей ежегодно [1]. В эту группу болезней включают ГБ, ИБС, СН, ревматические заболевания сердца, нарушения мозгового кровообращения и другие [2]. Однако особенностью данных патологий является то, что большую часть из них можно предотвратить, предпринимая профилактические меры исходя из знаний о факторах риска.

Целью исследования является выявление степени риска возникновения ССЗ в нескольких возрастных группах с помощью анкетирования.

Материалы и методы: в ходе работы проанализировано сто восемьдесят анкет, полученных от трех возрастных групп. В анкетировании приняли участие 180 человек: 80 из них – студенты 3 курса ВГМУ им. Н.Н. Бурденко в возрасте от 19 до 23 лет (1 группа), а также их родители (50 человек) в возрасте от 44 лет до 50 лет (2 группа), бабушки и дедушки (50 человек) в возрасте от 63 до 78 лет (3 группа). Критерии включения в исследование: для первой группы – возраст до 25 лет (молодой возраст), для второй группы 44-60 лет (средний возраст), для третьей группы – 60 и более лет (пожилой, старческий). Анкета состояла из восемнадцати вопросов, способствующих выявлению: а) факторов, ведущих к возникновению ССЗ (повышенный ИМТ, курение, злоупотребление содержащими этанол напитками, минимализация физической нагрузки) [3]; б) факторов ухудшения деятельности ССС (увеличение артериального давления до значений 140/90 мм рт. ст. и выше (значение имело не только постоянное повышение АД, но и однократное), боли в области сердца, загрудинных болей, возникновение одышки при обычной физической активности, утомляемость, ухудшение сна), в) наследственной предрасположенности (присутствие у близких родственников ГБ, ИБС), 4) лабораторных показателей (увеличенный уровень глюкозы, хс, ЛПНП, ЛПОНП в крови), 5) сопутствующих патологий (ХПН, СД) и прочие вопросы. После пересчета общей суммы баллов определяли возможность (риск) развития патологий ССС как «низкий», «средний», «высокий» или «отсутствие». Для статистического анализа данных использовали программный пакет Statistica 6.0, разработчик Statsoft, США. Формат представления количественных данных – dbf. Данные обрабатывали с использованием t-критерия Стьюдента с вычислением среднего значения, стандартного отклонения, различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. 1. Риск ССЗ: 1 группа – отсутствует у 23,75%, низкий у 66,25%, средний у 10%; 2 группа – низкий у 36%, средний у 64%; 3 группа – средний у 84%, высокий у 16%. 2. Присутствие сопутствующих патологий: 1 группа – у 1,25% СД; 2 группа – СД у 22%, хроническая почечная недостаточность у 6%, обе патологии еще у 6%; 3 группа – СД у 28%, ХПН у 18%, обе патологии еще у 4%. 3. Увеличение артериального давления: всегда увеличено у 2,5%, 10%, 62% в 1,2,3 гр. соответственно. 4. ИМТ: 1 группа – избыток у 22,5%, 1 ст. ожирения у 1,25%; 2 группа – избыток у 64%, 1 ст. ожирения у 18%; 3 группа – избыток у 64%, 1 ст. ожирения у 30%. Дополнительные результаты исследования: величина хс в крови: в первой группе 50% не информированы, у 50% в пределах нормы; во второй группе 52% не информированы, у 22% в пределах нормы, у 14% увеличен, и участники анкетирования используют лекарственные средства для снижения его уровня, у 12% увеличен, но лекарственные средства не используют; в третьей группе 34% не информированы, у 18% в пределах нормы, у 16% увеличен, и используют препараты, у 32% увеличен, препараты не используют. Стрессовый характер жизни: «+» ответили 48,75%, 64%, 44%; «эпизодически» – 42,5%, 36%, 48%; «-» – 8,75%, 0%, 8% в первой, второй, третьей группах соответственно. Известно, что стресс играет определенную роль в развитии гипертонической болезни, а значит у тех, чья жизнь подвержена стрессам, возрастает риск возникновения ССЗ.

Выводы. Результаты проведенной работы доказывают, что с увеличением возраста наблюдается закономерное повышение артериального давления, ИМТ; ухудшаются лабораторные данные (повышается уровень хс в крови, соответственно, возрастает риск атеросклеротического поражения сосудов и других нарушений в работе сердечно-сосудистой системы); сопутствующие патологии выявляются чаще, а значит, риск развития ССЗ возрастает. При проведении анкетирования можно определить риск развития ССЗ и своевременно провести профилактические мероприятия: обратить внимание на те факторы риска, которые поддаются изменению, провести необходимые биохимические анализы, а значит, не допустить развития ССЗ и их осложнений и повысить качество жизни.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases- (cvds) (дата обращения 18.02.2019)

2. Здоровье сердца и сосудов. Заболевания сердечно-сосудистой системы [Электронный ресурс] URL: https://serdec.ru/bolezni/zabolevaniya-serdechno-sosudistoy-sistemy (дата обращения 18.02.19)

3. Береги сердце. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] URL: http://beregi-serdce.com/profilaktika/faktory-riska-razvitiya-serdechno-sosudistyx-zabolevanij.html (дата обращения 18.02.2019)

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ МЕЖСИСТЕМНЫХ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИК ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ЖЕНЩИН

Соколова Н.И., Гордеева С.Ю., Гуртовой Д.Е., Кадын А.Д., Нефёдова Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии, НИИ физиологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Ткаченко П.В.

Актуальность исследования состоит в том, что ранее были установлены существенные различия в организации произвольной двигательной активности у испытуемых разных полов на модели бимануальной координации [2]. При этом выявлены механизмы сенсорного обеспечения произвольных целенаправленных движений, определяющие эффективность реализации двигательных программ [4].

В ряде исследований показано, что механизмы реализации произвольных двигательных программ у женщин носят специфический характер, и их регуляция осуществляется преимущественно по типу возмущения [3, 4]. Исследования по зрительному сенсорному обеспечению постуральной устойчивости являются недостаточными, что и определило цель нашей работы для последующего сравнительного анализа.

В исследовании приняли участие 25 женщин (на основе добровольного информированного согласия). Постуральная устойчивость оценивалась с использованием комплекса «Стабилан-01-2» (Таганрог, Россия), применялась методика «Треугольник». При выполнении пробы регистрировали (СР) средний разброс в мм, (СС) среднюю скорость реализации пробы в мм/сек, (ПЭ) площадь эллипса в кв. мм и (КФР) коэффициент качества функции равновесия. Зрительные вызванные потенциалы на обращаемый шахматный паттерн регистрировались с использованием нейромиоанализатора «Нейромиан-4-01» (Таганрог, Россия). Регистрация производилась по стандартной методике в отведениях О1 и О2 в соответствии с международной системой «10-20%». Оценивались латентности и амплитуды компонентов N75, P100, N145 и P200. При статистической обработке производился корреляционный анализ с расчетом коэффициента прямолинейной корреляции (r). Определялся суммарный коэффициент скоррелированности как Σr без учета знака.

Проведенный корреляционный анализ позволил установить, что среди характеристик ЗВПШП, полученных при стимуляции правого сенсорного входа в отведении О 1, значимо коррелирует с показателями стабилометрии только латентность компонента Р200 за счет положительных прямолинейных связей с СР ($r=0,49$; $p<0,05$) и ПЭ ($r=0,50$; $p<0,05$). Аналогичная картина наблюдается и в отведении О 2: латентность Р200-СР ($r=0,46$; $p<0,05$), латентность Р200-ПЭ ($r=0,48$; $p<0,05$). Кроме того в этом отведении установлена прямолинейная обратнонаправленая связь с амплитуды компонента N75 со средней скоростью выполнения пробы на стабилоплатформе ($r=-0,42$; $p<0,05$) и положительная

корреляция амплитуды компонента N145 с коэффициентом качества функции равновесия ($r=0,53$; $p<0,05$).

Среди показателей зрительных вызванных потенциалов на обращаемый шахматный паттерн, зарегистрированных при стимуляции левого глаза в отведении О1, с характеристиками постуральной устойчивости СР ($r=-0,42$; $p<0,05$) и ПЭ ($r=-0,47$; $p<0,05$) взаимосвязана только латентность компонента Р100. При этом связи носят прямолинейный отрицательный характер. В тоже время амплитуда компонента N75, зарегистрированная в отведении О2 обратнонаправленно взаимосвязана со средним разбросом ($r=-0,58$; $p<0,01$), средней скорость выполнения пробы ($r=-0,42$; $p<0,05$) и площадью эллипса ($r=-0,61$; $p<0,01$).

Выводы. Таким образом, исходя из установленных механизмов генерации компонентов зрительных вызванных потенциалов на обращаемый шахматный паттерн [1] при стимуляции справа в отведениях О1 и О2, постуральная устойчивости под зрительным контролем у женщин преимущественно определяется скоростью распространения возбуждения через структуры ствола мозга, моста и неспецифические ядра таламуса. При этом эффективность выполнения пробы, судя по характеру взаимосвязей, является достаточно низкой. Активация затылочной коры, ее ближнего поля, и полей 18 и 19 ассоциативной области вносят значительно меньший вклад в реализацию выполнения пробы на стабилоплатформе.

Поступление стимула через левый сенсорный вход приводит к уменьшению среднего разброса и площади эллипса за счет увеличения скорости прохождения возбуждения к структурам стриарной коры и активации коркового представительства зрительного анализатора в затылочных долях. При этом наблюдается ярко выраженнаялатерализация при реализации различных механизмов и вовлеченности структур центральной нервной системы.

Список литературы.

1. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней (Руководство для врачей). – 3-е издание, перераб. И доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 488 с.

2. Ткаченко П.В. Функциональные взаимоотношения характеристик компонентов сенсомоторной сферы и произвольной двигательной активности// диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук., Курск, 2004. – 184 с.

3. Ткаченко П.В., Бобынцев И.И., Комиссаров В.И. Межсистемные корреляты амплитуд компонентов зрительных и слуховых вызванных потенциалов//Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. - № 4. – С. 77-82.

4. Ткаченко П.В. Закономерности системной сенсомоторной организации сложноскоординированныхбимануальных движений человека// диссертация на сооскание ученой степени доктора мед. наук., Курск, 2014. – 354 с.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ МЕЖСИСТЕМНЫХ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИК ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У МУЖЧИН

Соколова Н.И., Гордеева С.Ю., Пронина Е.Д., Родченко Т.А., Коноваленко А.В

Курский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии, НИИ физиологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Ткаченко П.В.

Произвольная двигательная активность является феноменом, отражающим высшие проявления деятельности центральной нервной системы, в том числе и особенности настройки и сонастройки анализаторов и эффекторов, направленных на оптимальную реализацию двигательных программ [2, 3]. В настоящее время не вызывает сомнений, что различия в уровнях реализации движений и равновесия определяются не только возрастом, но и полом. Остаются недостаточно изученными аспекты взаимоотношений характеристик позной устойчивости с параметрами функционирования зрительной сенсорной системы, что и послужило целью нашего исследования.

В исследовании на основе информированного согласия приняли участие 25 испытуемых мужского пола в возрасте 18-20 лет. Зрительные вызванные потенциалы на обращаемый шахматный паттерн (ЗВПШП) регистрировались с использованием нейромиоанализатора «Нейромиан-4-01» (Таганрог, Россия). Оценивались латентности (Л) и амплитуды (А) компонентов N75, P100, N145 и P200 в отведениях O1 и O2 отдельно при стимуляции правого и левого глаза. Исследование постуральной устойчивости производилосьна стабилоплатформе с соответсвующим программным обеспечением «Стабилан-01-2» (Таганрог, Россия). Использовался тест «Треугольник», позволяющий оценить воспроизводимость двигательного действия по памяти. Регистрировали средний разброс в мм (СР), среднюю скорость в мм/сек (СС), площадь эллипса в кв. мм (ПЭ) и коэффициент качества функции равновесия в% (КФР). При статистической обработке производился корреляционный анализ с расчетом коэффициента прямолинейной корреляции (r)и суммарная скоррелированность без учета знака (Σr).

Установлено, что характеристики зрительных вызванных потенциалов, полученные при стимуляции правого сенсорного входа однотипно коррелируют с показателями постуральной устойчивости в обоих отведениях. Так, наиболее скоррелированной является амплитуда компонента N75 и латентность компонента N145. При этом в первом случае взаимосвязи характеризуются отрицательной направленность, а во втором положительной. Коэффициент качества функций равновесия обладает наибольшей суммарной корреляцией.

Корреляционная картина, полученная между показателями ЗВПШП при стимуляции контрлатерального глаза и характеристиками стабилометрии существенно отличается от предыдущей.

Таблица 1. Прямолинейная скоррелированность характеристик ЗВПШП и показателей стабилометрии у испытуемых мужского пола

Показатели	Стимуляция справа, отведение О1							
	N75		P100		N145		P200	
	Л	А	Л	А	Л	А	Л	А
СР	-	-0,54	-	-	0,51	-	-	-
СС	-	-0,47	-	-	0,41	-	-	-
ПЭ	-	-	-	-	0,42	-	-	-
КФР	-	-	-	0,57		0,56	0,53	-
Σr	0	1,01	0	0,57	1,34	0,56	0,53	0
	Стимуляция справа, отведение О 2							
	N75		P100		N145		P200	
	Л	А	Л	А	Л	А	Л	А
СР	-	-0,53	-	-	0,42	-	-	-
СС	-	-0,46	-	-	-	-	-	-
ПЭ	-	-0,57	-	-	0,49	-	-	-
КФР	-	0,69	-	0,43	0,61	0,53	0,43	-
Σr	0	2,25	0	0,43	1,52	0,53	0,43	0
	Стимуляция слева, отведение О 1							
	N75		P100		N145		P200	
	Л	А	Л	А	Л	А	Л	А
СР	-0,43	-	-	-	-	-	-0,44	-
СС	-0,43	-	-	-	-	-	-	-
ПЭ	-0,42	-	-	-	-	-	-	-
КФР	0,72	-	0,41	-	-	-	0,62	-0,50
Σr	2,0	0	0,41	0	0	0	1,06	0,5
	Стимуляция слева, отведение О 2							
	N75		P100		N145		P200	
	Л	А	Л	А	Л	А	Л	А
СР	-	-	-	-	-	-	-0,76	-
СС	-	0,42	-	-	-	-	-0,71	0,60
ПЭ	-	0,42	-	-	-	-	-0,81	-
КФР	0,68	-	-	0,42	-	0,59	0,69	-
Σr	0,68	0,84	0	0,42	0	0,59	2,97	0,60*

* – $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

В отведении О1 выраженные взаимосвязи показывает латентность компонента N75 и латентность компонента P200. При этом положительные прямолинейные связи наблюдаются с КФР.

В контрлатеральном отведении наибольшей суммарной скоррелированностью обладает латентность компонента P200 прямолинейно обратнонаправлено коррелирующая с СР, СС, ПЭ и прямонаправленно положительно с КФР. Второй ранг занимает амплитуда компонента N75, как и

при стимуляции справа. Однако, здесь корреляционные связи носят положительный характер. Третий ранг занимает латентность компонента N75.

Выводы. Исходя из интерпретации происхождения компонентов ЗВПШП [1], реализация механизмов постуральной устойчивости у мужчин определяется преимущественно активацией ближнего поля затылочной коры и скоростью распространения возбуждения в ассоциативных зонах зрительного анализатора при поступлении сенсорного стимула справа. В тоже время при стимуляция левого сенсорного входа (преимущественно желтого пятна) наряду с активацией затылочной коры выраженное значение имеет распространение возбуждения через стволовые структуры и неспецифические системы таламуса.

Список литературы.

1. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней (Руководство для врачей). – 3-е издание, перераб. И доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 488 с.

2. Ткаченко П.В., Бобынцев И.И. Анализ взаимодействия элементов зрительно-моторной координации с позиций информационного подхода //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2011. – Т. 10, № 1, С. 133-138.

3. Ткаченко П.В., Бобынцев И.И. Значение асимметрии слуховой сенсорной системы в обеспечении сложноскоординированных движений рук //Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2012. – Т.98, № 2. – С.161-167.

РАЗДЕЛ 2.

ИМУННЫЙ ГЕМОСТАЗ В УСЛОВИЯХ ПАТОЛОГИИ

ДИНАМИКА БЕЛОК-БЕЛКОВЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В СЕТИ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Азарова Ю.Э., Клесова Е.Ю., Смахтина А.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
НИИ генетической и молекулярной эпидемиологии
Научные руководители – д.м.н., профессор Полоников А.В., д.м.н., профессор Конопля А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что сахарный диабет – это серьезное хроническое заболевание, связанное с нарушением секреции и/или действия инсулина. По данным Международной Диабетической Федерации за 2018 год, в мире сахарным диабетом страдают 425 млн человек, и по расчетам экспертов к 2045 году эта цифра превысит 629 млн [1]. По данным Государственного регистра Российской Федерации, в нашей стране почти 4,5 млн больных диабетом, более 90% которых страдают диабетом 2 типа (СД2). СД2 является мультифакториальным заболеванием и развивается в результате взаимодействия генетических и средовых факторов [2]. Одним из звеньев патогенеза СД2 является нарушение баланса в работе про- и антиоксидантной систем.

Целью исследования является изучение влияния полиморфизмов генов ферментов второй фазы биотрансформации ксенобиотиков, а именно, цитозольных GSTM1, T1 и P1 на риск развития СД2 в Курской популяции.

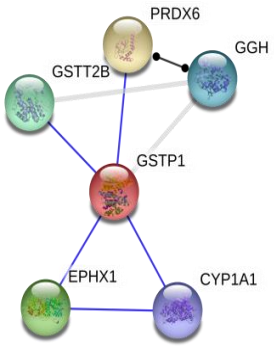
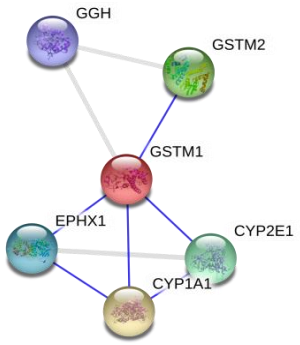
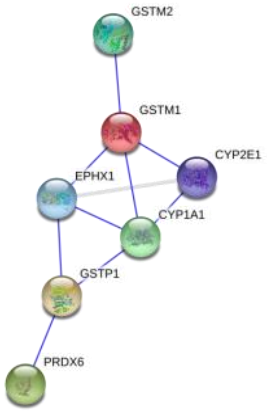
Материалы и методы исследования. В исследование включено 600 больных СД2, получавших стационарное лечение в эндокринологическом отделении БСМП в 2015-2018 годах. Группу контроля составили 520 практически здоровых добровольцев. У всех обследуемых на основе письменного согласия производили забор 6 мл венозной крови в вакуумные пробирки с ЭДТА. Геномную ДНК выделяли стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. Делеционные полиморфизмы генов GSTM1 и GSTT1 определяли методом мультиплексной ПЦР. Генотипирование полиморфизмов GSTP1 проводили методом Real-time ПЦР с дискриминацией аллелей с помощью TaqMan зондов. Статистическую и биоинформатическую обработку полученных данных проводили с помощью программного софта Statistica, on-line программ SNPStats, FDRCalculator, STRING и GeneOntology.

Результаты и обсуждение. Стратификационный анализ по полу показал, что делеционные генотипы GSTM1, T1 и вариант Ala114ValGSTP1 ассоциированы с повышенным риском развития СД2только у мужчин. Учитывая мультифакториальный характер патологии, нам представлялось важным оценить вклад курения как фактора риска СД2 в предрасположенность к развитию заболевания. К тому же, доля курящих среди больных мужчин составляет почти 70%, а в группе женщин около 9. В итоге все ассоциации были обнаружены только у курящих, а у некурящих – нет.

Нами также были проанализированы ассоциации парных сочетаний генотипов глутатион-S-трансфераз с риском развития СД2. Межгрупповое сравнение частот сочетаний генотипов у мужчин позволило установить статистически значимую ассоциацию 7 комбинаций с предрасположенностью к СД2 и 4 протективных комбинации. В группе женщин была обнаружена только одна ассоциация с риском развития СД2. После поправки на множественное тестирование, значимость сохранили 3 сочетания генотипов с протективным эффектом (GSTM1+×GSTT1+, GSTM1+×GSTP1 114Ala/Ala и GSTT1+×GSTP1 114Ala/Ala).

С помощью онлайн инструмента биоинформатического анализа STRING были получены сети белков, связанных с GSTM1 и GSTP1 (таблица 1).

Таблица 1. Белковые сети GSTM1 и GSTP1

Сеть GSTP1	Сеть GSTM1	Сеть GSTM1 и GSTP1
		

Белки, составляющие каждую из трех сетей, были использованы для анализа генных онтологий с помощью онлайн инструмента GeneOntology. При этом было обнаружено, что сеть GSTP1 выполняет одну общую функцию – метаболизм ксенобиотиков, сеть GSTM1 задействована в четырех молекулярных процессах, и именно комбинация GSTM1 и GSTP1 включает наибольший перечень функций – метаболизм ксенобиотиков, обезвреживание клеточных оксидантов, обезвреживание азотсодержащих соединений, метаболизм глутатиона, синтез дериватов глутатиона, метаболизм ненасыщенных и длинноцепочечных жирных кислот. Особенно большое значение эти процессы имеют для бета-клеток поджелудочной железы, где упомянутые ферменты не только обезвреживают активные формы кислорода, но и тормозят апоптоз, физически взаимодействуя с белками ASK-1 и c-JNK и, блокируя, таким образом, активацию каспаз [4]. В отсутствие ферментов GSTM1, T1 и при сниженной активности GSTP1, давление радикальных соединений на систему антиоксидантной защиты усиливается, происходит подавление экспрессии транскрипционных факторов PDX-1 и Maf-A, необходимых для активации транскрипции инсулинового гена, что приводит к снижению синтеза и секреции инсулина [3]. В этих же условиях ухудшается выживаемость β-клеток за счет усиления апоптоза. В результате число инсулин-продуцирующих β-клеток уменьшается, а число глюкагон-

продуцирующих α-клеток увеличивается, что приводит к развитию хронической гипергликемии или усугублению уже имеющейся.

Таким образом, снижение или потеря функциональной активности антиоксидантных ферментов глутатион-S-трансферазоказывает значимое влияние на систему обезвреживания активных форм кислорода и способствует повреждению инсулин-продуцирующего аппарата бета-клеток, увеличивая риск развития сахарного диабета 2 типа.

Список литературы.

1. Cho N.H. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045 //Diabetes research and clinical practice. – 2018. – Т. 138. – С. 271-281.
2. Dorajoo R., Liu J., Boehm B. Genetics of type 2 diabetes and clinical utility //Genes. – 2015. – Т. 6. – № 2. – С. 372-384.
3. Prasad R., Groop L. Genetics of type 2 diabetes–pitfalls and possibilities //Genes. – 2015. – Т. 6. – № 1. – С. 87-123.
4. Raciti G.A. et al. Understanding type 2 diabetes: from genetics to epigenetics //Actadiabetologica. – 2015. – Т. 52. – № 5. – С. 821-827.

ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА СОСТОЯНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Башкатов Д.А., Машошина Л.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Долгарева С.А.

Актуальность иисследования состоит в том, что этанол – вещество, сочетающее в себе свойства и признаки, не только естественного метаболита, вырабатывающегося в небольших количествах в организме человека, но и токсичного ксенобиотика, который при повышении допустимых концентраций негативно влияет на системы организма. В данном случае этанол следует отнести к клеточным ядам. Иммунная система не является исключением и также подвержена отрицательному воздействию алкогольной интоксикации. Существует множество механизмов влияния этанола на различные виды иммунитета. В первую очередь этиловый спирт оказывает ингибирующее влияние на секреции биологически активных веществ иммунокомпетентными клетками. Помимо этого изучено влияние спирта на процессы фагоцитоза. Этанол снижает фагоцитарную активность клеток врожденного иммунитета. На основании исследований, проведенных в группе мужчин среднего возраста, употреблявших алкоголь даже в небольших количествах, было установлено снижение активности процессов фагоцитоза нейтрофилов и моноцитов, а также их переваривающей способности. В результате этого, можно сделать вывод о том, что этиловый спирт независимо от концентрации действует на клетки

фагоцитарной системы в одном направлении, тем самым вызывая подавление процессов фагоцитоза как нейтрофильного, так и моноцитарного звеньев [1,2,4,5].

Целью исследования является изучение изменений нейтрофильного звена врожденного иммунитета при кратковременном и длительном введении этанола.

Материалы и методы: исследования проводились на здоровых крысах Вистар в одно и тоже время суток с 8 до 12 ч., соблюдая принципы, изложенные в Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей (город Страсбург, Франция, 1986), руководствуясь правилами лабораторной практики РФ (приказ МЗ РФ № 267 от 19.06.2003 г.). В течение 5 дней через 24 часа осуществлялось кратковременное внутрижелудочное введение 20% раствора этилового спирта дозировано по 3 мл/кг. Данная дозировка была использована и при длительном введении раствора этанола в течение 30 или 60 дней. Экспериментальные животные (крысы) были поделены на 4 группы по 12 особей в каждой, из которых: 1-я группа была выбрана в качестве контрольной; 2-я группа была подвержена кратковременному введению этанола в течение 5 дней через 24 часа; 3-я и 4-я группы были выбраны для длительного введения этанола в течение 30 и 60 дней через 24 часа соответственно.

В ходе исследования из крови животных выделяли нейтрофилы при градиенте плотности фиколл-урографина 1,078. Были определены фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный показатель (ФП) и индекс активности фагоцитоза (ИАФ). С помощью реакции восстановления нитросинеготетразолия (НСТ-тест), спонтанного (НСТ-сп.) и стимулированного неопсонизированнымзимозаном (НСТ-ст. н/з) и опсонизированнымзимозаном (НСТ-ст. о/з), с расчетом функционального резерва осуществляли оценку активности кислородзависимыхнейтрофильных систем [3].

При статистической обработке результатов исследования вычислялись средние арифметические, стандартные ошибки и ошибки средних, при этом оценивая существенность различий средних величин по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. В результате экспериментов было выяснено, что поступление этилового спирта в течение 5 дней активировало снижение ФП, ФЧ, ИАФ, одновременно с этим наблюдалось повышение количества нейтрофилов периферической крови в НСТ-тестах НСТ-ст. н/з. и НСТ-ст. о/з.При длительном введении этанола, как в течение 30, так и в течение 60 дней, в равной степени наблюдалось снижение ФП, ФЧ, ИАФ. При этом уровень НСТ-ст. о/з в этих группах не отличался от показателей контрольной группы животных.

Выводы. На основе вышеизложенных результатов исследования, можно сделать следующее заключение: в условиях эксперимента введение этанола снижает у крыс фагоцитарную активность при одновременном повышении кислородзависимого метаболизма нейтрофилов периферической крови в НСТ-тестах НСТ-ст. н/з. и НСТ-ст. о/з., а так же наблюдается снижение резервов функциональной активности нейтрофилов.

Список литературы.

1. Альтшулер, В.Б. Проблема алкоголизма в историческом аспекте // Вопр. наркологии. – 2013. – № 1. – С. 118 – 132.
2. Воронцова, Л.Л. Особенности клеточного звена врожденного иммунитета у мужчин репродуктивного возраста в зависимости от вида употребляемого алкоголя / Л.Л. Воронцова, М.Е. Журавлева, В.А. Коваленко // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. – 2018. – № 2. – С. 171 – 179.
3. Зинкин, В.Ю. Способ оценки кислородзависимого метаболизма нейтрофильных гранулоцитов человека / В.Ю. Зинкин, В.Г. Годков // Клиническая и лабораторная диагностика. – 2004. - № 2. – С. 27 – 31.
4. Использование иммуномодуляторов, антиоксидантов и гепатопротекторов для коррекции нарушений в печени, эритроцитах и иммунной системе при хронической интоксикации этанолом / С.А. Долгарева, А.В. Сорокин, Н.А. Конопля и др. // Биомедицинская химия. – 2018. – Т.64. – № 4. – С. 360 – 367.
5. Состояние нейтрофильного звена при хронической ишемии головного мозга, коррекция нарушений / А.А. Шульгинова, Д.О. Машошина, С.А. Долгарева, Н.А. Конопля // Российский аллергологический журнал. - 2019. - Т.16, № 1. - С.185 – 187.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ВОДНЫХ НАСТОЕВ ЭХИНАЦЕИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫМ МЕТОДОМ

Вахрамешина А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Кафедра общей и биоорганической химии
Научные руководители – к. фарм.н., доцент Коломоец И.И., к. фарм.н., доцент Григорьева Т.М.

С древнейших времен естествоиспытатели справедливо отмечали, что человек живет в мире лекарств, ибо не найти в природе вещество, которое не годилось бы в качестве лекарства. Еще первобытные люди пытались отыскать в близко растущих от жилища растениях спасение от многих напастей. Сведения о таких растениях передавались из поколения в поколения, сначала устно, затем и письменно, создавая обширную и единую базу.

Первое издание медицинской энциклопедии принадлежит древнеримскому врачу Цельсу (I век до н.э.). В ней большое внимание уделено лекарственным растениям, описаны методы и даны рекомендации по их использованию. В трудах можно найти не только ботанические описания подорожника, мака, смоковницы и многих других растений, но и способы их применения во врачебной практике [3].

Во времена Парацельса (XVI век) сформировалась отдельная наука, изучающая лекарственные растения – фармакогнозия. Тогда же на уровне целых государств получила поддержку и фитотерапия – метод лечения и профилактики заболеваний с использованием растительного сырья. Идея фитотерапии по сей день активно развивается и поддерживается Всемирной организацией здравоохранения [5].

Одним из наиболее практически значимых для изучения свойств лекарственных растений является их антиоксидантная активность. В каждом организме имеется собственная система борьбы с излишним количеством свободных радикалов, но она ослабляется под влиянием загрязненной окружающей среды, при курении и действии прямых солнечных лучей. Для ее поддержания и нормального функционирования необходимо поступление антиоксидантов извне. Их источником служат лекарственные растения.

Актуальность исследования состоит в изучении антиоксидантных свойств эхиноцеипурпурной. Антиоксиданты предотвращают цепные окислительные реакции, нейтрализуют свободные радикалы, отдавая свои электроны. В лекарственных растениях обнаружено около 5000 флавоноидов-антиоксидантов с широкам спектром действия. Наиболее часто встречаются такие вещества, как аскорбиновая кислота (витамин С), токоферол (витамин Е), β-каротин, ликопин и полифенолы [2].

Целью исследования является изучение антиоксидантной активности водных настоев эхинацеи пурпурной (Echinaceapurpurea) хемилюминесцентным методом. Это многолетнее травянистое растение из семейства сложноцветных (Asteraceae), часто встречающиеся в средней полосе России.Химические соединения, содержащиеся в эхинацее пурпурной, стимулируют хемотаксис, способствуют высвобождению цитокинов и значительно повышают фагоцитарную активность макрофагов. При длительном курсовом применении препаратов на основе данного растения наблюдается повышение местного иммунитета и устойчивости к воздействию неблагоприятных факторов [4].

Материалы и методы: эхинацея, как природный антибиотик, обладает выраженной активностью против патогенных стафилококков, стрептококков, вируса герпеса и кишечной палочки. Фунгицидные свойства обусловлены содержанием в растении феноловых кислот и полиенов. Они способствуют уничтожению разных видов микозов. Препараты, содержащие экстракт эхинацеи, эффективны при лечении экземы, псориаза, фурункулеза, абсцессов и бородавок [1].

При измерении антиоксидантной активности биологических объектов используют различные химические, физические и смешанные методы, которые в большинстве случаев основаны на прямом и косвенном измерении скорости или полноты реакции. Для данного исследования был выбран такой метод, как хемилюминесценция, который широко применяется в разных сферах науки и в медицине. Хемилюминесцентный метод используется для регистрации сверхслабых световых потоков, которые возникают при течении различных биохимических реакций, при физических и биологических процессах, сопровождающихся образованием свободных радикалов.

Анализ осуществлялся при помощи прибора биохемилюминометра БХЛ-06 по методике, разработанной в 1991 году НИЦ «Биоавтоматика» в городе Нижний Новгород. При этом критерием оценки антиоксидантной активности является снижение максимальной интенсивности хемилюминесценции желтковой модели при добавлении исследуемого образца.

Выводы. В результате исследования было выявлено, что водные настои травы эхинацеи пурпурной обладают антиоксидантной активностью (АОА составила 15,64%). Это дает основание для дальнейших исследований лечебных свойств этого растения. Кроме этого, в состав семян и травы эхинацеи пурпурной входят такие вещества, как витамин С, фенолкарбоновые кислоты, эхиноцин, эхинолон, гликозиды (эхиногликозид) селен, что обеспечивает антибактериальные, вирусостатические, фунгицидные и противовоспалительные свойства растения.

Антиоксидантные свойства эхинацеи пурпурной обеспечивают замедление процессов старения, защищают кожу от обезвоживания, ускоряют поцессы регенерации и препятствуют действию болезнетворных микробов. Этим объясняется масштабное и успешное производство лекарственных препаратов на основе эхинацеи, а также широкое применение растения в фитокосметике.

В современной медицине лекарственные растения не только не утратили своих позиций, но и привлекают все более пристальное внимание ученых и исследователей. На сегодняшний день в мире насчитывается порядка 12000 растений, применяемых как в традиционной, так и в народной медицине. Около 40% от всех лекарственных препаратов, применяемых в отечественной медицине, изготовлены на основе растительного сырья. С каждым годом их число увеличивается. Предпочтение лекарственным растениям нередко отдается вследствие их относительно низкой токсичности и возможности длительного применения без проявлений побочных действий.

Список литературы.

1. Бондарцова, И.П. Эхинацея пурпурная (Ehinaceapurpureamoench) в культуре и медицине/ И.П. Бондарцова, И.А. Рогова // Известия Национальной Академии наук Кыргызской Республики. – 2011. – № 1. – С. 96-98.

2. Владимиров, Ю.А. Свободные радикалы в живых системах. Биофизика. Итоги науки и техники/ Ю.А.Владимиров – М.: ВИНИТИ АН СССР, 1991. – 252 с.

3. Гончарова, Т.А. Энциклопедия лекарственных растений: лечение травами/ Т.А. Гончарова – М.: Изд. Дом МСП, 1997. – 559 с.

4. Никольская, Е.О. Эхинацея пурпурная как сырье для фармакологической промышленности/ Е.О. Никольская // Образование, наука, практика: инновационный аспект. – 2008. – № 3. – С. 66-67.

5. Фармакогнозия: Учебник для студентов фармацевтических колледжей и техникумов/ М.Ю. Гончарова, С.В. Деренчук, Е.В. Жохова, М.Н. Повыдыш. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ФАКТОРОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ

Гуреева А.В., Башкатов Д.А., Машошина Д.О., Сорокин А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Долгарева С.А.

Ведущее место в адаптации и повышении устойчивости организма к неблагоприятным условиям среды занимают биохимические механизмы. Координация и регуляция нормальной жизнедеятельности организма осуществляется сложной системой, состоящей из особых веществ– биорегуляторов. Среди подобных активных веществ, способных повышать защитные и адаптивные возможности организма, немаловажную роль играют факторы антиоксидантной системы (АО). Антиоксидантная система–это совокупность реакций и ферментов, защищающих собственный организм от окисления и продуктов этого процесса. Состояние антиоксидантной системы определяют по концентрации в крови продуктов реакции свободнорадикального окисления, которые ингибируют активность ферментов данного защитного механизма.При действии на организм различных стрессорных факторов, в том числе и алкогольной интоксикации усиливаются механизмы свободнорадикального окисления и ферменты АО обязаны работать в усиленном режиме [2-4].

Актуальность исследования состоит в том, что в России смертность, связанная с алкоголем, составляет около 30% среди всех смертей у мужчин и 15% среди женщин. Эти показатели включают в себя не только случайные отравления алкоголем, но 1/4 смертей от сердечнососудистых заболеваний, а также других сопутствующих нарушений в функционировании систем органов и организма в целом [1].

Установлено, что в патогенезе различных заболеваний, вызванных кратковременной или долговременной алкогольной интоксикацией, ведущую роль занимает нарушение процессов и механизмов свободно-радикального окисления, то есть нарушение работы антиоксидантной системы и работы ферментов: каталазы, супероксидмутазы, глутатионпероксидазы, цероплазмина и других, а также не ферментативной составляющей: витаминов А, Е, С, ß-каротина и других активных веществ [2-4].

Не смотря на боле чем столетнюю историю изучения влияния алкогольной интоксикации на организм, ее влияние на антиоксидантную систему еще до конца не изучено.

Цель исследования: изучение качественного и количественного состояния антиоксидантной системы, изменение факторов ферментативной активности при кратковременной и долгой алкогольной интоксикации.

Материалы и методы: исследование проводилось на здоровых крысах породы Вистар, опыт осуществлялив одно и то же время суток с 8 до 12 часов. Работу с животными производили согласно правилам лабораторной практики

РФ (приказ МЗ РФ № 267 от 19.06.2003) и принципам Страсбургской Конвенции (город Страсбург, Франция, 1986). Модель алкогольной интоксикации создавалась принудительным внутрижелудочным введением по 3мл/кг каждые 24 часа двадцатипроцентным раствором этанола. Крыс разделили на 4 группы по 12 особей в каждой: 1 группа представляла контроль, 2 группе пятикратно вводили этанол с промежутком 24 часа, 3 группе по аналогичному принципу 30 дней, 4 группе – 60 дней.

Состояние активности антиоксидантной системы у подопытных крыс оценивалось по концентрации метаболитов реакций ее факторов: каталазы, супероксиддисмутазы (СОД), а также общей окислительной активности. Исследовалась концетрация в крови и эритроцитах продуктов малоновогодиальдегида (МАД), стабильных метаболитов оксида азота ($СМ_{NO}$) и ацилгидроперекиси (АГП), что является показателями перекисного окисления липидов.

Статическая обработка данных проводилась вычислением средних арифметических, ошибок средних и стандартных ошибок при помощи STATISTICA 6.0 для Windows (StatSoftInc, USA), а также Microsoft Office Excel 2010.Существенность различий средних величин оценивали по критерию Стьюдента при помощи STATISTICA 6.0 для Windows (StatSoftInc, USA).

Результаты и обсуждения. У второй группы с пятикратным употреблением этанола, то есть с кратковременной интоксикацией выявили только повышение АГП из всех исследуемых показателей. У третей и четвертой групп, которым вводили этанол 30 и 60 дней соответственно, то есть с длительной алкогольной интоксикации, выявлено понижения концентрации СОД, но повышенное содержание МДА. АГП. У третей группы было выявлено снижение уровня $СМ_{NO}$ и повышение активности каталазы, в четвертой группе наоборот была сниженная активность каталазы, но повышенный уровень $СМ_{NO}$. Кроме того, в четвертой группе было сниженное содержание ОАА в крови.

Выводы. В основной среде организма при кратковременной и длительной алкогольной интоксикации качественно повышается концентрация ПОЛ (АГП и МДА), и наблюдается уменьшение активности защиты антиоксидантных факторов (ОАА, активность СОД, и каталазы). Таким образом, количественные изменения концентрации в крови факторов и метаболитов антиоксидантной системы являются показателями состояния антиоксидантной системы.

Список литературы.

1. Альтшулер, В.Б. Проблема алкоголизма в историческом аспекте // Вопр. наркологии. – 2013. – № 1. – С. 118–132.

2. Бушмина, О.Н. Влияние этанола на оксидантный статус при экспериментальном остром панкреатите / О.Н. Бушмина, С.А. Долгарева // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. – 2014. – Т.1. – № 7. – С. 284.

3. Хроническая интоксикация этанолом: метаболические изменения, коррекция нарушений / А.И. Конопля, А.Л. Локтионов, В.В. Дудка и др. // Токсикологический вестник – 2015. – № 5. – С.25–30.

4. Wozniak, B. Lack of changes in the concentration of thiobarbituric acid-reactive substances (TBARS) and in the activities of the erythrocyte antioxidant enzymes in alcoholdependent patients after detoxication / B. Wozniak // Med Sci Mon. – 2008. – Vol.14. – № 1. – P. 32 – 36.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-БОЛЕВОМ СТРЕССЕ В УСЛОВИЯХ ВВЕДЕНИЯ СЕМАКСА

Драговоз И.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра патофизиологии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Шепелева О.М.

На сегодняшний день в многочисленных исследованиях представлен множественный характер биологических эффектов регуляторных пептидов и препаратов, которые создавались на их основе. Получены данные о влиянии препарата семакс на показатели, характеризующие морфофункциональное состояние печени в условиях стресса. При этом известно, что состояние органа в целом определяется рядом отдельных показателей, раздельное исследование которых часто не позволяет судить об изучаемом процессе в полной мере, что обуславливает необходимость анализа взаимосвязи между ними.

Целью работы является исследование корреляционной изменчивости между биохимическими и морфофизиологическими показателями состояния печени при ОЭБС и в условиях введения пептидного препарата семакс.

Материалы и методы: полученные в предыдущих исследованиях результаты, характеризующие морфологическое и функциональное состояние печени, оценивались с помощью дисперсионного анализа, корреляционная связь между признаками устанавливалась при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Результаты считали достоверными при $p \leq 0,05$, связь считалась сильной при $p > 0,7$, умеренной если rs лежит в пределах от 0,3 до 0,7.

Результаты и их обсуждение. На рисунке 1 представлена взаимосвязь показателей состояния печени у контрольной группы животных. Как видно из рисунка 1, отмечается небольшое количество корреляционных связей между изучаемыми показателями. При этом значительное число связей наблюдается между морфологическими показателями, все связи носят умеренный характер, отмечается сильная связь между количеством одно- и полиядерныхклеток печени. Умеренные положительные связи встречаются средибиохимических показателей – между уровнем каталазы, активностью СОД и ОАА. Последняя имеет умеренную отрицательную связь с содержанием МДА. Между другими исследованными показателями достоверные связи установлены не были.

Введение препарата семакс в наименьшей из исследуемых доз – 5мгк/кг привело к значительному росту числа видимых корреляционных взаимосвязей

между показателями, а такжепреобразованию силы и направленности связей. Стоит отметить, что некоторые наблюдаемые в контрольной группе связи были разорваны. Увеличение дозы до 50мкг\кг привело к уменьшению общего числа корреляционных взаимосвязей. Однако, выделяется сильная положительная взаимосвязь между всеми показателями АОС (рисунок 2).

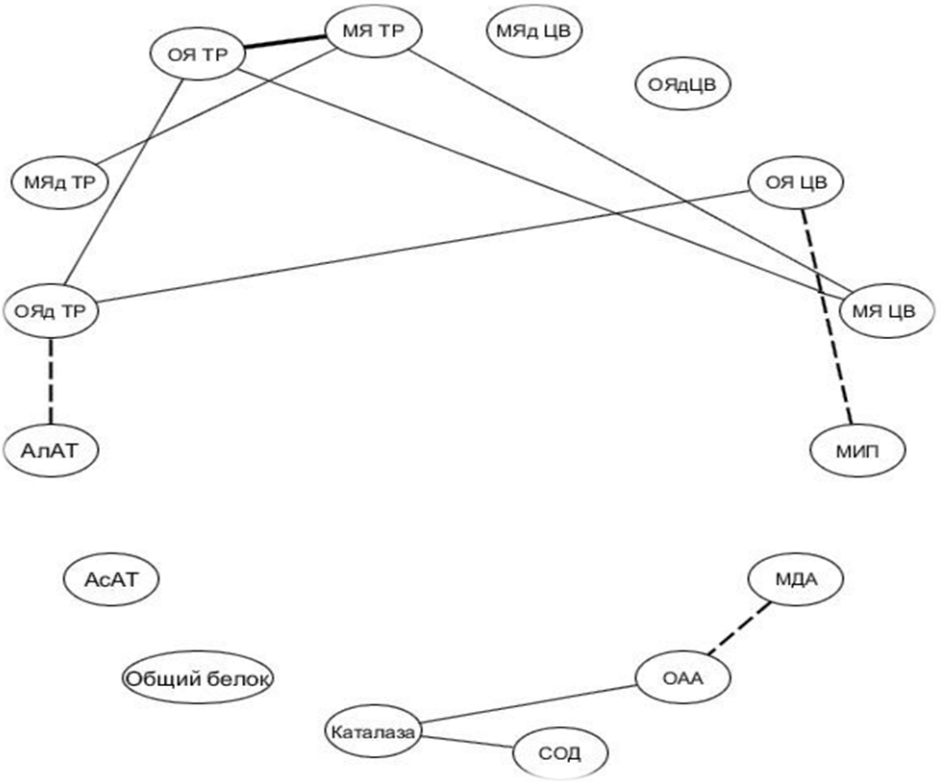


Рисунок 1. Корреляционная взаимосвязь морфологических и функциональных показателей состояния печени у контрольной животной при ОЭБС

Здесь и далее непрерывной линией обозначена – положительная (прямая) корреляция; прерывистая линия – отрицательная (обратная) корреляция; широкая линия – связь сильная; тонкая линия – связь умеренная; ОЯдТР – число моноядрышковых гепатоцитов зоны триады; МЯдТР – число полиядрышковых гепатоцитов зоны триады; ОЯТР – число моноядерных гепатоцитов зоны триады; МЯТР – число полиядерных гепатоцитов зоны триады; ОЯдЦВ – число моноядрышковых гепатоцитов зоны центральной вены; МЯдЦВ – число полиядрышковых гепатоцитов зоны центральной вены; ОЯЦВ – число моноядерных гепатоцитов зоны центральной вены; МЯЦВ – число полиядерных гепатоцитов зоны центральной вены.

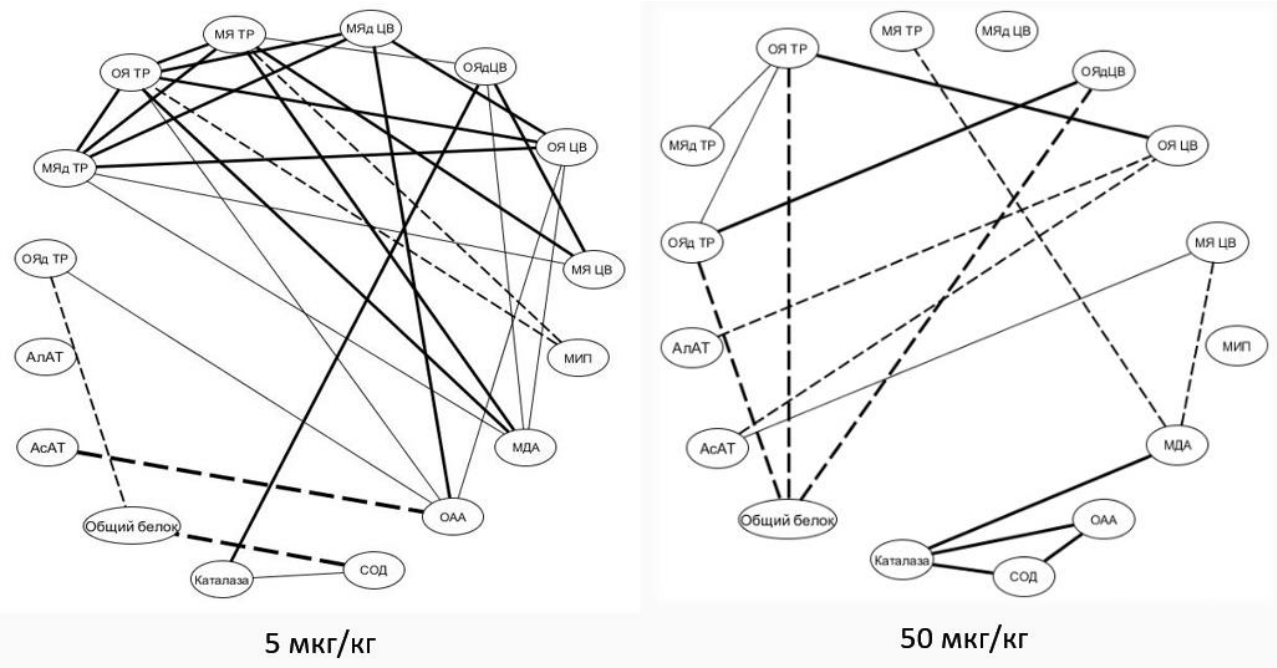


Рисунок 2. Корреляционная взаимосвязь морфологических и функциональных показателей состояния печени при ОЭБС в условиях введения АКТГ4-7-ПГП в дозе 5 и50 мкг/кг

Дальнейшее увеличение дозы до 150 и 450 мкг\кг приводило к еще большему снижению числа корреляционных взаимодействий. Однако, стоит отметить, что сильная положительная взаимосвязь между показателями АОС сохранялась (рисунок 3).

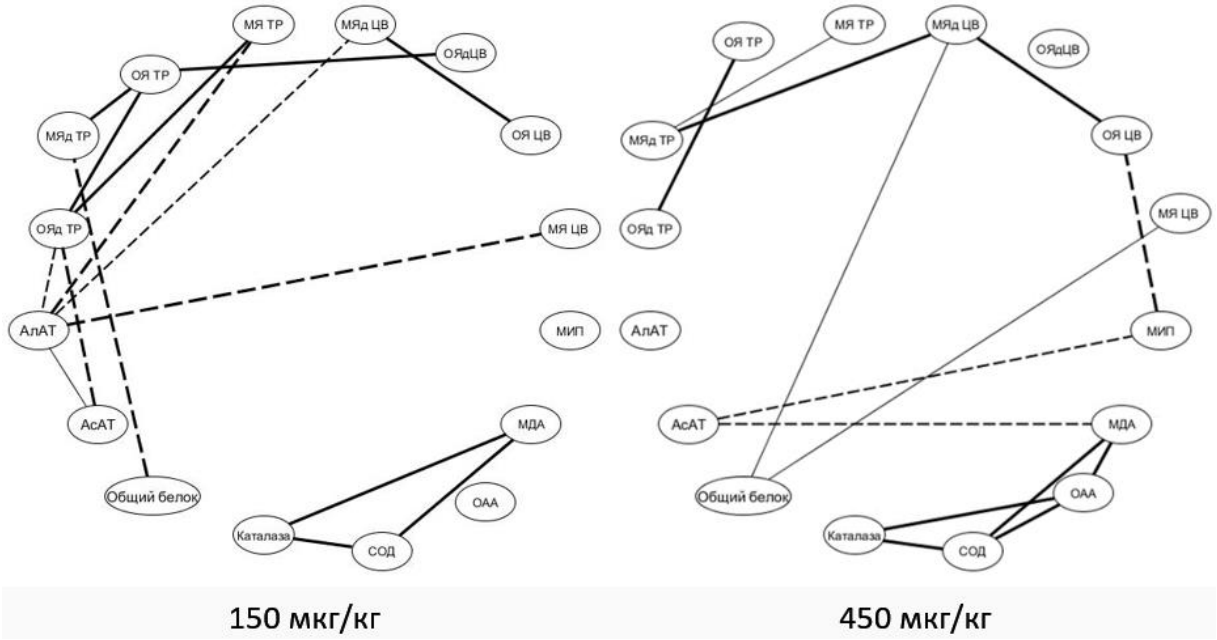


Рисунок 3. Корреляционная взаимосвязь морфологических и функциональных показателей состояния печени при ОЭБС в условиях введения АКТГ4-7-ПГП в дозе 150 и 450 мкг/кг

Выводы. Таким образом, наблюдается дозозависимое влияниепрепарата семакс на корреляционные взаимосвязи биохимических и морфологических показателей печени, выражающиеся в изменении числа взаимосвязей с одновременным разрывоманее сформировавшихся в условиях стресса корреляционных взаимоотношений или появлением новых взаимосвязей на фоне введения препарата семакс, переменой направленностей и силы взаимосвязей между показателями при изменении дозировки. Анализ полученных корреляционных взаимоотношений может свидетельствовать об активации адаптивных и стресс-лимитирующих стратегий под действием препарата семакс.

Исходя из полученных результатов, можно заключить – характер корреляционных связей между исследуемыми показателями зависит от величины используемой дозы. Наибольшее число связей, следовательно, и напряжение адаптивных механизмов отмечено при введении наименьшей дозы, а с увеличением дозы число корреляционных взаимосвязей уменьшается.

Список литературы.

1. Влияние АКТГ4-7-PGP (семакса) на морфологию печени крыс в условиях острого эмоционально-болевого стресса / О.М. Шепелева, А.В. Иванов, И.И. Бобынцев, А.А. Крюков, Л.А. Андреева, Н.Ф. Мясоедов // Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». – 2017. – № 3. – С. 81-85.

2. Влияние пептида АКТГ4-7-ПГП на функциональное состояние гепатоцитов крыс при остром и хроническом эмоционально-болевом стрессе / И.И. Бобынцев, О.М. Шепелева, А.А. Крюков, А.В. Иванов, А.Е. Белых // Рос. физиол. журн. им. И.М. Сеченова. – 2015. – Т. 101, № 2. – С. 171-179.

3. Морфология печени в условиях хронического эмоционально-болевого стресса и при введении семакса / О.М. Шепелева, А.В. Иванов, И.И. Бобынцев, И.С. Драговоз // Научн.-теор. мед. журнал «Морфология». –2018. –№ 3. – С. 320

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕЛАТОНИНА НА НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПАРОДОНТИТЕ

Затолокина Е.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра патофизиологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ляшев Ю.Д.

Актуальность исследования состоит в том, что в современном мире, несмотря на значительный прогресс в практической стоматологии, продолжает оставаться нерешенным вопрос о механизмах развития пародонтита. Как известно проявление пародонтита может быть в двух формах: острой (агрессивной) и хронической. При острой форме разрушение тканей зуба

происходит в молодом возрасте (18-25 лет) и очень быстро приводит к потере зуба. При хронической форме патологические изменения начинаются после 40 лет. По данным Цепова А.Л. и соавт. (2014) развитие пародонтита происходит на фоне сложных нарушений гомеостатического равновесия в организме, что в свою очередь, приводит к развитию стрессорной реакции [1,2].

Одним из компонентов стресс-лимитирующей системы, ограничивающей степень и продолжительность стрессорной реакции, а так же, предупреждающей развитие дистресса, является мелатонин. Установлено, что мелатонин стимулирует серотонинергические механизмы мозга, в частности, изменяет реакции окислительного дезаминирования. Важным компонентом антистрессорного действия гормона является его антиоксидантное действие, реализуемое посредством его протективного влияния на митохондрии [3].

Учитывая то, что пародонтальный комплекс имеет собственный морфологический субстрат и обладает способностью адаптироваться к меняющимся факторам среды ротовой полости и удерживать на оптимальном уровне механизмы саморегуляции, именно взаимодействие нескольких патогенных факторов приводит к нарушению целостности пародонта [4].

В связи с этим, целью данной работы явилось изучение влияние мелатонина на содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активность антиоксидантных ферментов вплазме крови после моделирования острого пародонтита.

Материалы и методы: экспериментальное исследование было выполнено на лабораторных крысах-самцах, массой 180-200гр., полученных из питомника РАМН «Столбовая» и прошедших двухнедельный карантин в условиях вивария ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Содержание лабораторных животных осуществлялось на стандартном пищевом режиме и в одинаковых условиях. Учитывая гетерогенность влияния биологически активных препаратов на живой организм, зависящее от времени суток, все манипуляции с экспериментальными животными были проведены в один и тот же временной промежуток, а так же, с соблюдением положений, изложенных в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации и директивы Европейского сообщества. Пародонтит моделировали по методу, предложенному ВоложинымА.И. и Виноградовой С.И. (1990). Животных наркотизировали путем внутрибрюшинного введения хлоралгидрата в дозе 0,015 мл/кг массы тела. Местную анестезию в области нижних резцов проводили 5% раствором новокаина. Накладывали нить из шовного материала в виде восьмерки на резцы нижней челюсти с последующим погружением лигатуры в зубодесневой желобок и ее фиксацией дополнительными узлами. Нить оставляли на 14 дней, а затем удаляли. Начиная со дня снятия нити, на протяжении 7-ми дней вводили внутрибрюшинно предварительно растворенный в физиологическом растворе гормон мелатонин (Sigma, USA), в дозах 0,2 и 1,0 мг/кг в объеме 0,2 мл один раз в день. Животных выводили из эксперимента на 7, 14 и 21 сутки после снятия лигатуры передозировкой эфирного наркоза. Прижизненно забирали периферическую кровь для оценки состояния прооксидантно-антиоксидантного баланса, о котором судили по содержанию в плазме крови

продуктов ПОЛ: ацилгидроперекисей (АГП) и малонового диальдегида (МДА), а также активности ферментов антиоксидантной системы: супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы, которые оценивали традиционными методами. Результаты проведенных исследований подвергались статистической обработке. Вычисляли средние арифметические значения и их стандартные ошибки. Существенность различий средних величин оценивали по показателю Стьюдента. Проводили корреляционный анализ с вычислением силы и направленности корреляционных связей.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что у крыс с острым пародонтитом отмечается увеличение содержание продуктов ПОЛ в плазме крови через 7 суток после снятия нити с нижних резцов. Так, концентрация МДА повысилась в 2,3 раза, а АГП – в 2,1 раза ($p<0,001$). Установлено снижение активности СОД в этот период на 24,3% ($p<0,001$), а каталазы – на 23,8% ($p<0,01$). На 14 сутки концентрация МДА и АГП уменьшилась по сравнению с предыдущим сроком наблюдения, но по-прежнему оставалась значительно выше по сравнению с интактными животными на 64,2% и в 1,7 раза соответственно ($p<0,001$). Активность СОД в это период была ниже на 22,1% ($p<0,001$), а каталазы – на 30,4% ($p<0,001$). На 21 сутки содержание продуктов ПОЛ оказалось выше, чем в контрольной группе: МДА – на 26,7% ($p<0,05$) и АГП – на 56,2% ($p<0,001$). Активность СОД и каталазы по-прежнему оставалась ниже аналогичных значений в интактной группе на 11,6% ($p<0,05$) и 18,2% ($p<0,01$).

У крыс с острым пародонтитом, получавших мелатонин в дозах 0,2 мг/кг и 1,0 мг/кг содержание продуктов ПОЛ оказалось статистически достоверно ниже, чем у крыс контрольной группы: МДА – на 8,3% ($p<0,05$) и АГП – на 15,8% ($p<0,05$) при применении гормона в дозе 0,2 мкг/кг, МДА – на 12,5% ($p<0,05$) и АГП – на 19,8% ($p<0,05$) при введении мелатонина в дозе 1,0 мг/кг. Активность СОД у животных, которым вводили изучаемый гормон, статистически достоверно выше по сравнению с контрольной группой: при применении мелатонина в дозе 0,2 мг/кг – на 16,2% ($p<0,05$) и гормона в дозе 1,0 мг/кг – на 17,7% ($p<0,05$). Активность каталазы была существенно выше у крыс, получавших мелатонин, по сравнению с контрольной группой.

На 14 сутки концентрации продуктов ПОЛ оказались статистически достоверно ниже у крыс, которым вводили мелатонин в обеих использованных дозах, по сравнению с контрольными группами: на 14 сутки содержание МДА было на 15,4% ниже, а АГП – на 19,6% ($p<0,05$) при применении гормона в дозе 0,2 мг/кг; МДА – на 17,3% и АГП – на 21,7% ($p<0,05$) при использовании мелатонина в дозе 1,0 мг/кг.

На 21 сутки содержание продуктов ПОЛ не отличалось существенно от аналогичных значений у интактных крыс. Применение мелатонина стимулировало активность антиоксидантных ферментов на этих сроках обучения. Так, при введении мелатонина в дозе 0,2 мг/кг исследованные показатели на 14 сутки: СОД – на 31,4% ($p<0,001$) и каталазы – на 42,2% ($p<0,001$), на 21 сутки: СОД – на 45,7% ($p<0,001$), каталазы – на 38,3% ($p<0,001$), выше, чем у животных контрольной группы. При использовании

мелатонина в дозе 1,0 мкг/кг на 14 сутки активность СОД увеличилась на 37,9% ($p<0,001$), а каталазы – на 42,7% ($p<0,01$). На 21 сутки у крыс, получавших гормон в дозе 1,0 мг/кг, активность СОД была на 45,2% ($p<0,001$), а каталазы – на 47,7% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Проведенное исследование позволило экспериментально обосновать возможность применения мелатонина при остром пародонтите и подтвердить эффективность его влияния на нарушенные компенсаторно-адаптационые механизмы, обеспечиваемые морфологическим субстратом пародонтального комплекса.

Список литературы.

1. Омаров И.А., Болевич С.Б., Саватеева-Любимова Т.Н., Силина Е.В., Сивак К.В. Окислительный стресс и комплексная антиоксидантная энергокоррекция в лечении пародонтита. Стоматология. 2011; (1):9-17.
2. Косенко К.Н., Ткаченко Е.К., Новосельская Г.Н. Коррекция метаболических нарушений соединительно-тканного матрикса пародонта крыс полифенолами растительного происхождения в условиях моделирования пародонтита. Таврический мед.-биологический вестник 2012.; (3): 168-171.
3. Арушанян Э.Б., Наумов С.С.. Противовоспалительный потенциал мелатонина. Клин.медицина. 2013; (7):18-22.
4. Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Музыкин М.И., Жмудь М.В., Коровин Н.В., Лысков Н.В., Лобейко В.В., Гук А.В., Холод Р.А. Применение высокоселективных нестероидных противовоспалительных препаратов в хирургической стоматологии. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017; (1):12-17. https://doi.org/10.21626/vestnik/2017-1/02

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Колупаев Н.С., Обухова И.И., Толкачев К.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Хорлякова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что последние годы наблюдается рост заболеваемости псориазом с учащением случаев регистрации тяжелых форм (псориатический артрит, псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз), нередко приводящих к инвалидизации и летальным исходам. Псориаз – хронический воспалительный иммунозависимый дерматоз с многофакторным механизмом развития, передающийся по наследству с неполной пенетрантностью, характеризующийся усилением пролиферативной активностикератиноцитов с нарушением процессов кератинизации и развитием патологических процессов в коже, ногтях и суставах [1].

Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов, которым страдает от 1 до 5% населения мира. Для России этот показатель по официальным данным составляет 2% (более 2,8 млн человек) [2].

Целью исследования является анализ динамики биохимических показателей больных псориазом до назначения лечения и после комплексной терапии.

Материалы и методы: 100 больных псориазом, проходивших лечение на базе ОГБУЗ "Кожно-венерологический диспансер" города Белгород. Методы: графоаналитические, статистические и логические, контент-анализ.

Результаты и обсуждения. Сложность патогенеза развития заболевания обуславливает множество методов лечения данного заболевания. До проведения фармакотерапии пациентам были назначены общий анализ мочи и крови и биохимический анализ мочи. Результаты клинического анализа мочи и крови находились в пределах нормы. Существенные изменения были выявлены при анализе биохимического исследования крови, в частности, превышение нормы общего холестерина и щелочной фосфатазы.

Биохимический анализ крови до и после лечения свидетельствует о том, что при псориазепроисходит повышение уровня общегохолестерина, показатель имеет отклонение в среднем на 1-3 ммоль/л.Гиперхолестеринемия обусловлена нестабильностью клеточных мембран эпидермиса и, как следствие, нарушением липидного обмена.При анализе историй болезни выявлено, что у всех больных был повышен уровень холестерина со средним показателем 6,4 ммоль/л, что на 1,2 ммоль/л превышает норму. Одно из направлений фармакотерапии – снижение синтеза холестерина. С этой целью в терапию пациентов были включены витамины (тиамин, пиридоксин) После проведенной терапии снизить уровень общего холестерина до нормы (3,1-5,2 ммоль/л) удалось у 23% пациентов.

До лечения показатели щелочной фосфатазы были понижены в среднем на 10-15 Ед/л. Отклонение от нормы ведет к нарушению обмена холестерина, при этом повышается уровень как общего, так и свободного холестерина, в то время как содержание фосфолипидов и их отдельных фракций не претерпевает существенных изменений. После проведенной фармакотерапии уровень щелочной фосфатазы у всех больных достигаетнормы (45-130 Ед/л).

Леченение псориаза требует комплексного подхода, сочетания наружных и системных препаратов. В ходе лечения использовались препараты группы гепатопротекторов, позволяющие в комплексной терапии псориаза улучшить общее состояние больного за счет нормализации функциональной активности печени с вырожденными дислипидемическими расстройствами.Среди антиметаболитовв 15% случаев назначалиМетотрексат, благодаря которому удается существенно снизить скорость деления клеток кожных покровов, что и лежит в основе развития псориаза. Так же в состав терапии входит физиотерапевтическое лечение − ПУВа-терапия, использующая вещества на основе псоралена, которые усиливают чувствительность кожи к свету. Представления о том, что терапия излучением будтобы замедляет ускоренную митотическую активностькератиноцитов и тем самым благоприятно влияет

напсориаз, уже устарели. В качестве основного механизма действия в настоящее время рассматриваетсяиммуномодулирующий эффект с преобладанием иммуносупрессии, индукцией апоптоза и влияния наколлагеновый обмен [3]. Послеоблучения пациентов длинноволновым ультрафиолетомдостигается противовоспалительный, обеззараживающий эффект, стимулируется выработка меланина и замедляется рост эпидермальных клетокчерез реализуемое супрессорное влияние.

Выводы. Исследование динамики биохимических профилей крови у больных псориазом при поступлении и после выписки показало, что проведенная медикаментозная коррекция, направленная на нормализацию митотических процессов, была эффективной в 100% случаев.

Список литературы.

1. Дегтярев О.В., Думченко В.В., Ткаченко Т.А. и др. Комплексное лечение больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014. № 5. С 46-50.
2. Толмачева Н.В., Анисимова А.С. Современный взгляд на этиологию и патогенез псориаза // Фундаментальные исследования. 2015. № 1. С.2118-2121.
3. Кондратьева Н.Н., Рассказов А.Я., Бакулев А.Л. Терапия больных псориазом – современный взгляд на проблему // Практическая медицина. 2013. Т. 1, № 4. С. 28-32.

БЕЛКОВО-ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ляхова Е.Г., Никитина Д.Е.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Суняйкина О.А.

Актуальность исследования состоит в том, что ишемические нарушения мозгового кровообращения являются одной из ведущих причин тяжелой инвалидизации и смертности больных в большинстве стран и представляют не только медицинскую, но и серьезную социальную и экономическую проблемы.

Целью исследования является установление изменений белково-липидного спектра мембраны эритроцитов при хронической ишемии мозга I и II стадии до и после фармакологической терапии.

Материалы и методы: обследование 32 пациентов женского пола и 12 мужского, составивших основную группу, в неврологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» с ХИМ на фоне гипертонической болезни II стадии возрасте 50±5 лет, изучение лабораторных показателей в

эритроцитах 16 здоровых доноров (52±2 года), сформировавших контрольную группу; полученные результаты приняты как условная норма.

Хроническая ишемия головного мозга – сложное полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание с медленно прогрессирующим нарастанием неврологических и когнитивных расстройств. Число пациентов с явлениями ХИМ в нашей стране неуклонно растет, составляя не менее 700 случаев на 100 000 населения, а основными факторами риска развития заболевания остаются артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз церебральных сосудов, метаболический синдром, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, сочетание данных патологий [4].

ХИМ, вызванная АГ, активирует микроглиальные клетки, приводя их в состояние готовности к фагоцитозу и способности продуцировать целый спектр токсичных для нервной ткани соединений: провоспалительных цитокинов, протеаз, катепсинов, пероксинитритов и др. Кроме того, микроглия инициирует цитотоксическое действие астроцитов. Иммунное воспаление и нарушение липидного обмена вызывают необратимое повреждение фосфолипидных мембранных комплексов и деструктивный процесс в нейроглии [3].

Красные кровяные клетки содержатся в организме взрослого человека в количестве $25x10^{12}$, каждые сутки их обновление до 1%. Данные клетки являются высокоспециализированными и обладают огромными функциональными возможностями [2].

Эритроциты претерпевают серьезные изменения структуры и функции при болезнях разного генеза. Следует подчеркнуть, что мембранам эритроцитов присущи общие принципы молекулярной организации плазмати ческих мембран любых клеток животного происхождения. Функциональные способности клетки напрямую зависят от физико-химического состояния эритроцитарной мембраны [2].

По результатам исследованияможно констатировать, что у пациентов с I и II стадией ХИМ до начала лечения оказались измененными от значений здоровых доноров соответственно 86,8% и 94,7% показателей структурно-функциональных свойств эритроцитов. Следует отметить, что при ХИМ II стадии содержание белка полосы 4.1 и X оказалось повышенным, а Г-S-Т и ФС сниженным, при их нормальном уровне при заболевании I стадии. Кроме этого, соотношение ФХ/ФС оказалось снижено при начальной стадии ХИМ и не изменено при II стадии, а соотношение СМ/ФИ оказалось разнонаправленным по величине: сниженным при I и повышенным при более поздней.

Хотя основные структурные особенности биологической мембраны эритроцитов определяются свойствами липидного бислоя, большинство ее специфических функций осуществляется белками [2].

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о значительных изменениях со стороны белков, ответственных за структурообразование и стабилизацию мембраны эритроцитов (α- и β-спектрин, дематин – основные белки цитоскелета, анкирин, белок полосы 4.1, паллидин), формообразование и гибкость мембраны (актин, тропомиозин), внутриклеточный метаболизм (Г-3-ФД, Г-S-Т, белок полосы 4.5). Выявленные

изменения содержания и соотношения липидного состава мембраны, в первую очередь, снижение содержания мембранных ГФЛ и СМ наряду с изменением архитектоники белков приводит к серьезным нарушениям в функциональных свойствах эритроцитов периферической крови уже на ранних стадиях развития ХИМ, о чем свидетельствует повышение процессов ПОЛ и содержания стабильных метаболитов оксида азота, являющихся косвенным показателем уровня NO.

Зрелые эритроциты не способны синтезировать белки и липиды, поддержание и изменение их содержания и соотношения обусловлено микроокружением эритроцитов, а именно составом плазмы крови, который существенно изменяется при патологии. Литературные данные, свидетельствуют о наличии у пациентов ХИМ II стадии на фоне гипертонической болезни окислительного стресса, иммунного воспаления, эндотелиальной дисфункции, что доказывается увеличением в сыворотке крови содержания промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, стабильных метаболитов оксида азота, снижением факторов антиоксидантной защиты, повышением уровня провоспалительных со снижением противовоспалительных цитокинов, активацией системы комплемента [1].

Связывание с мембраной эритроцитов аномальных соединений плазмы индуцирует в них активацию фосфолипаз, увеличение содержания свободных жирных кислот, усиление процессов ПОЛ, разрыхление структуры клеточных мембран, нарушение функции связанных с ними АТФаз, нарушение энергообеспечения клеток и их последующий лизис [2].

Структурные перестройки в эритроцитарной мембране сопровождаются изменениями активности различных ферментов, определяющих нормальное функционирование эритроцитов, изменением проницаемости мембраны, снижением скорости переноса кислорода, нарушением функции мембранных гликопротеидов. Изменение липид-белковых и белок-белковых взаимодействий вызывает перераспределение зарядов на поверхности эритроцитов и снижение общего заряда клетки, приводя к увеличению агрегации эритроцитов, изменению реологических свойств циркулирующей крови [1].

Во многом, полученные данные при ХИМ, совпадают с аналогичными изменениями белково-липидного спектра мембран эритроцитов, выявленные при других видах соматической и психической патологии. Существование однотипной реакции может быть обусловлено запуском универсального ответа на внешнее воздействие, в основе которого, по-видимому, лежит физико-химическая система регуляции иммунного гомеостаза и ПОЛ, функционирующие на всех уровнях организации биологической системы. Одними из наиболее чувствительных являются мембраны эритроцитов, способных достаточно быстро изменять состав и в условиях нормы. Компенсаторные изменения в белково-липидном спектре эритроцитов направлены на поддержание жидкокристаллической структуры мембраны, барьерных, рецепторных, сорбционных, транспортных и других свойств и проницаемости мембраны.

Резюмируя представленный материал, следует сказать, что знание строения эритроцита, компонентов его мембраны в норме, базисных механизмов реагирования клеточных систем при патологии, позволит пополнить патогенетические механизмы возникновения и развития не только хронической ишемии мозга, но других заболеваний с последующей разработкой оптимального комплекса лечебных мероприятий.

Список литературы.

1. Конопля, А.И. Иммунные и оксидантные нарушения у больных хронической ишемией мозга и их коррекция /Конопля А.И., Шульгинова А.А., Ласков В.Б. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2015. - № 11. С. 28-32.
2. Конопля, А.И. Структурно-функциональные свойства эритроцитов в норме и при патологии /Конопля А.И [и др.]. - Курск: Изд-во КГМУ. – 2011. - 199 с.
3. Путилина, М.В. Роль артериальной гипертензии в развитии хронического нарушения мозгового кровообращения. / Путилина М.В.// Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. - № 9. – С. 124-128.
4. Танашян М.М., Лагода О.В., Антонова К.В., Коновалов Р.Н. Хронические цереброваскулярные заболевания и метаболический синдром: подходы к патогенетической терапии когнитивных нарушений. / Танашян М.М [др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. - № 9. С. 106-110.

АНАЛИЗ МАГНИЙ-СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЯХ

Обухова И.И., Костанов Д.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Хорлякова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что магний по праву можно считать одним из самых востребованных металлов в природе, без уникальных свойств которого невозможно нормальное функционирование организма человека. До 53% магния концентрируется в костной ткани, дентине и эмали зубов и около 20% – в тканях с высокой метаболической активностью. Данный макроэлемент участвует более чем в 300 ферментативных реакциях (гликолиз, цикл трикарбоновых кислот, синтез белка, орнитиновый цикл, пентозофосфатный путь окисления глюкозы), необходим для оптимального функционирования множества биохимических процессов, что определяет его значение и позволяет рассматривать как один из важнейших факторов, регулирующих процессы жизнедеятельности организма [1].

По данным статистики дефицит магния встречается более чем у 80% взрослого населения, что связано с особенностями современного образа жизни, включая высокий уровень стресса и нерациональное питание. Препараты

магния широко применяются в качестве антиаритмических средств в терапии желудочковой тахикардии. Показана роль магния при остром инфаркте миокарда (до 95% больных имеют гипомагниемию в остром периоде заболевания), атеросклерозе, артериальной гипертонии, судорожном синдроме, эпилепсии, воспалительных заболеваниях желчевыводящих путей [2, 3].

Целью исследования является анализ магний-содержащих препаратов при различных нозологиях.

Материалы и методы: специальные фармакологические справочники, Государственный реестр ЛС МЗ РФ, официальные источники информации о зарегистрированных ЛС в РФ. Методы: графоаналитические, статистические и логические, контент-анализ.

Результаты и обсуждения. В ходе анализа был выявлен ассортимент лекарственных средств (ЛС), используемых при различных заболеваниях, среди которых всего 35 средств, из них: 22 имеют международное непатентованное наименование (МНН), 35 – торговое наименование (ТН).

В процессе исследования установлено, что в общей структуре ассортимента ЛС, используемых при терапии различных патологических состояний, доминирующая часть – 85,7% приходится на комбинированные препараты (30 названий), монокомпонентные ЛС составляют – 14,3% (5 названий) всего ассортимента.

Установлено, что весь используемый ассортимент был систематизирован в группы, в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ). Основное число ЛС – 31% относится к группе А02А (Антациды), среди которых 9 МНН и 11 ТН, а 26% – к группе А11JB (Витамины в комбинации с минеральными веществами), где 4 МНН и 9 ТН. Остальные ЛС относятся к различным группам: А12 (Минеральные добавки) – 23%, среди которых 4 МНН и 8 ТН. К группе С01D (Вазодилататоры) принадлежит 8,6% ЛС (2 МНН и 3 ТН), а 11,4% – к А13 (Общетонизирующие препараты), где 3 МНН и 4 ТН.

По производственному признаку среди магний-содержащих препаратов преобладают ЛС зарубежного производства – 81%, остальные 19% – это отечественные ЛС. Основными отечественными фирмами-производителями являются ООО "Пик фарма", АО "Вертекс", АО "Нижфарм". Анализ ассортимента зарубежных ЛС по странам-производителям показал, что по количеству предложений первый рейтинг принадлежит Германии ("Квайссер фарма ГмбХ и Ко. КГ", "Woerwag pharma", "Protina pharmazeutische GmbH") – 37,9% всего ассортимента, Индии – 16,1% ("Ranbaxy laboratories", "Glenmark pharmaceuticals"), третий Польше – 9,4% ("Grodzisk pharmaceutical works polfa", "Медана фарма"), четвертый Венгрии – 6,4% ("Gedeon richter", " Pharmaceutical and Chemical Works Private"). Кроме того, препараты, содержащие магний, предлагают фармацевтические производители из Франции – 2,7%, Нидерландов – 2,7%, Вьетнама и Словении – 2,7%, и других стран – 19,4%.

Среди исследуемых препаратов присутствуют только твердые и жидкие лекарственные формы для внутреннего применения, причем доминирующее

количество ЛС выпускается в твердых формах – 92% (86,6% – таблетки, порошки и драже составляют по 2,7%).

Выводы. Фармацевтический рынок лекарственных средств, содержащих магний, представляет широкий ассортимент препаратов, в большинстве комплексных, предназначенных для лечения и профилактики болезней сердца, нервной системы, улучшения самочувствия, снижения нервозности и повышения стрессоустойчивости.

Список литературы.

1. Дворянкова Е., Шевченко А., Шилова Ю. и др. Перспективы применения комбинированных препаратов, содержащих калий и магний // Врач. 2012. № 8. С.49-51

2. Мамедов М.Н. Назначение высоких доз магния для лечения аритмий: показания, основанные на доказательствах // Российский медицинский журнал. 2013. № 2. С. 43-45

3. Юдина Н.В. Торшин, О.А. Громова, Е.Ю. и др. Обеспеченность ионами калия и магния - фундаментальное условие для поддержания нормального артериального давления // Кардиология. 2016. № 3. С.73-80

ИЗУЧЕНИЕ ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Чартакова Х.Х., Пулатов М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра патологической физиологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Чартаков К.Ч.

Актуальность исследования состоит в том, что всасывание в желудочно-кишечном тракте в нормальных условиях обеспечивается в равной степени кровеносной и лимфатической системами, однако имеет место избирательное всасываниеосновных пищевых ингредиентов-жиров, белков, углеводов, а также витаминов, солей, микроэлементов и другие, но из них (жиры, белки, часть витаминов и микроэлементов) всасываются в лимфатические сосуды. Послеоперационная перестройка структуры лимфатической системы является компенсаторным процессом, от которого во многом зависят отдаленные исходы операции на желудке.

Целью исследования является изучение всасывательной особенности кишечника после резекции желудка.

Материалы и методы: опыты проведены на 16 собаках, из них 10-составили контрольную группу. Прижизненное изучение лимфатической системы кишечника проводилось биологическим методом у 6 животных (24 опыта) через 7,15 и 30 суток после резекции желудка.

Результаты их обсуждение. Использование данной методики позволило обнаружить визуально и под бинокулярным микроскопом МБС-2 лимфатические капилляры и сосуды, расположенные в серозной оболочке, под серозным слоем и в брыжейке тонкой кишки.

Прижизненное выявление лимфатических сосудов показало, что в нормальных условиях на высоте пищеварения через 2-2,5 часа после кормления животных отмечается заполнение лимфатических сосудов двенадцатиперстной кишки хилезной жидкостью, которая благодаря содержанию жиров приобретает молочно-белый цвет, создавая четкое контрастирование внутри и внеорганных лимфатических русел, а также региональных лимфатических узлов, расположенных по верхнему и нижнему краю головки поджелудочной железы.

Такое заполнение белой хилезной жидкостью наблюдается у лимфатических сосудов петель начального отдела тонкой кишки, отводящих лимфатических коллекторов и региональных лимфатических узлов соответсвующего сегмента брыжейки кишки, лимфатические сосуды, идущие от стенки кишки, постепенно сливаются в более крупные сосуды и создают лимфатический коллектор сосудов брыжейки. лимфатические сосудысреднего отдела тонкой кишки заполняются слабо и поэтому они представляются менее контрастными, в петлях конечного отдела кишки лимфатические сосуды не заполняются хилусом и не обнаруживаются при биологической инъекции.

Лимфатические коллекторы брыжейки тонкой кишки повторяют в основном ход кровеносных сосудов и идут рядом с венами изредка анастомозируя друг с другом. В каждом сосудисто-нервном пучке как правило имеются два лимфатических сосуда, расположенных по стороном от вены.

Таким образом в условиях нормы всасывание молочной смеси наиболее интенсивно происходит в двенадцатиперстной кишке и начальных отделах тощей кишки оно постепенно уменьшается в каудальном направлении полностъю прекращаясь в конечных отделах подвздошной кишки.

На7 сутки после резекции желудка по Бильрот-I после дачи завтрака через 2-2,5 часа произведена лапаротомия с целью прижизненного изучения лимфатической системы тонкой кишки. В этот срок наполнение лимфатических сосудов двенадцатиперстной и тонкой кишки не отмечено лищьтолъко в двух опытах в более поздние сроки (через 3 часа) происходило кратковременное и неполное наполнение некоторых лимфатических сосудов брыжейки среднего отдела тонкой кишки. Из-за слабого контрастирования описать их не представлялось возможным.

На 15 сутки после операции через 2-2,5 часа после кормления при релапаротомии отмечено наполнение хилусом лимфатических сосудов начального и среднего отделов тонкой кишки, которые внешне схожи с таковыми полученнымив контрольной серии. На стенки этих отделов кишки наблюдаются сосудистые сети, которые образовали петли имеющие разнообразную форму Диаметр лимфатических сосудов увеличен. Сосуды серозного и подсерозного слоя четко контурировали и имели выраженные анастомозы. Коллекторы, расположенные в брыжейке имеют четкие контуры,

расширяясь, впадают в лимфатические узлы. Некоторые из них до впадения в лимфатический узел сливаются между собой, образуя более мощный лимфатический коллектор. Лимфатические сосуды и коллекторы двенадцатиперстной кишки также не были заполнены хилусом и не обнаруживались. Однако методом интерстициального контрастирования у двух собак установлено нормальное функционирование лимфатических сосудов двенадцатиперстной кишки: краска из небольшого депо подсерозного слоя легко и интенсивно распространялась от свободного края кишечной стенки в сторону брыжейки к отводящим коллекторам и лимфатическим узлам, расположенным у головки поджелудочной железы. На 30 сутки после операции при осмотре кишечника обнаруживается, как и под резекцией, сеть лимфатических капилляров и сосудов стенки и брыжейки. Наиболее интенсивное заполнение хилезной жидкостью происходило в лимфатических сосудах начального и среднего отделов тонкой кишки и слабее контрастирование лимфососудов двенадцатиперстной кишки.

Лимфатические сосуды конечного отдела тонкой кишки до конца опыта не заполнялись хилусом, а если происходило их частичное заполнение у двух животных оперированных по способу Бильрот-I, то его интенсивность была настолько незначительна, что четкое обнаружение внутри- и внеорганных лимфатических сосудов и доскональное изучение структуры сосудистого рисунка, размеров и направления основных и анастамозирующихветвей не представлялось возможным. У 3 животных этой серии, у которых при жизни во время лапаротомии использовалось интерстициальное введение краски обнаружено хорошее заполнение краской и расширение серозных и подсерозных лимфатических сосудов и брыжеечных отводящих коллекторов.

Выводы. Обобщая опыты данной серии эксперментов, следует заметить, что в первые две неделе после резекции желудка по Бильрот-1 происходит значительное нарушение всасывания и в течение 2-2,5 часов после кормления заполнение хилезной жидкостью лимфатических сосудов кишечника не происходит. Однако внутри и внеорганныелимфатические сосуды тонкой кишки представляются расширенными. В более поздние сроки операции на желудке (30 дней и позднее) происходит восстановление функции кишечника, когда на высоте пищеварения через 2-2,5 часа после кормления появляется белая хилезная жидкость. Всасывание пищевых продуктов в частности жира происходит преимущественно в начальном и среднем отделах тонкой кишки, а в двенадцатиперстной кишке интенсивность всасывания слабая. В это время кроме расширения внутри и внеорганных лимфатических сосудов отмечено разрастание анастомозирующих сосудов и появление большого количества боковых расширений и вырастов как на стенке капилляров, так и сосудов ведущих к обилию сосудистого рисунка.

Список литературы.

1. В.Г.Волков и др. Болезни оперированного желудка. Чебоксары. 2001,1,2,38
2. Н.Н.Крылов. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения. Афторер. дис. мед.наук, М,2001.
3. З.Г.Ширинов и др. Хирургическое лечение заболеваний оперированного желудка. Хирургия, 2005, 6, 37.
4. К.Ч.Чартаков Влияние резекции желудка на лимфатическую систему тонкой кишки. Журнал. Теоритической и клинической медицины 2006.

РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НА ВСАСЫВАНИЯ ЖИРОВ В КИШЕЧНИКЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Чартакова Х.Х., Пулатов М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра патологической физиологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Чартаков К.Ч.

Актуальность исследования состоит в том, что резекция желудка, независимо от методов ее проведения, прежде всего, влияет, на состояние лимфатической системы кишечника. Известно, что в процессе всасывания и транспортировки пищевых ингредиентов лимфатическая система играет важную роль. Осложнения, которые наблюдаются после резекции желудка, связаны с нарушением моторно-эвакуаторной, секреторной и всасывательной функции желудочно-кишечного тракта. Поэтому исследование этой системы целесообразно с точки зрения определения зависимости некоторых видов патологических состояний, от лимфатического русла кишечника.

Целью исследования является установление роли лимфатических сосудов тонкой кишки на всасывание жира после резекции желудка.

Материалы и методы: для изучения всасывания жира в тонкой кишке до резекции у 34 собак проведено прижизненное изучение лимфатической системы тонкой кишки с использованием метода биологической инъекции. Для более досконального изучения всасывания жира в лимфатической системе с клинической точки зрения нами поставлены опыты на 34 собаках: из них у 10 изучали в норме, а у 24 – до и через 7,15,30 суток после операции на желудке. С целью выявления процесс всасывания жира в кишечнике при жизни использован метод биологической инъекции с предварительным специальным кормлением собак.

Результаты и обсуждение. Прижизненная биологическая инъекция, проведенная до резекции желудка, показала, что наиболее интенсивно заполняются хилусом (жиром) лимфатические сосуды двенадцатиперстной и начальный отдел тонкой кишки, слабее контрастируют лимфатические сосуды среднего отдела, а конечного отдела – почти не заполняются и не выявляются

даже в более поздние сроки кормления. В нормальных условиях у собак на высоте пищеварения всасывание жиров происходит в двенадцатиперстной кишке, в начальном и среднем отделах тонкой кишки, следовательно, всасывания жиров убывает в терминальном направлении и прекращается, не доходя до самых конечных петель подвздошной кишки. Прижизненное изучение лимфатичесной системы тонкой кишки после резекции желудка в эксперименте представляет определенный интерес. Оно дает представление о всасывательной функции кишечника. После резекции желудка в первые 7 дней контрастированиелимфатических сосудов двенадцатиперстной и тонкой кишки не отмечено. Лишь частичное и далеко не полное заполнение лимфатических сосудов белой хилезной жидкостью происходило лищь у некоторых животных в более поздние сроки. Первые признаки всасывания жиров в ближайшие дни после резекции объясняются послеоперационным парезом культи желудка вследствии повреждения при удалении части желудка сосудисто – нервного аппарата. Парез культи желудка и всего кишечника служит причиной длительного залегания принятой пищи в культе желудка, замедления эвакуации содержимого кишечника. Этому способствует отек желудочно-кишечного сосуда, наблюдаемый в первые дни после операции. Через 15 дней после резекции желудка отмечено восстановление процесса всасывания. Однако заполнение лимфатических сосудов белой хилезной жидкостью происходило в среднем отделе сети лимфатических сосудов серозного и подсерозного слоя и четко выражены только в терминальных петлях, близких к конечному отделу. По мере отдаления в терминальном направлении интенсивность заполнения белым хилусом внутриорганных и внеорганных лимфатических образований нарастает, достигая своего максимума, на уровне петель конечного отдела тонкой кишки. Лимфатические сосуды двенадцатиперстной кишки не содержали хилус и не выявлялись. Лишь у двух собак в более поздние сроки резекции (30 дней) можно было отметить слабое контрастирование некоторых крупных субсерозных сосудов. В ряде опытов на собаках с резекцией желудка по Полиа-Райхелю нами обнаружено содержание белого хилуса в лимфатических сосудах слепой кишки и даже частично восходящей кишки. В названных отделах толстой кишки обнаруживались довольно крупные субсерозные и серозные лимфатические сосуды, имеющие белую окраску. Совершенно четко контурировали лимфатические коллекторы брыжейки слепой кишки и лимфатические узлы илиоцекального угла.

Результаты опытов, полученные при жизни методом биологической инъекции лимфатических сосудов, показывают, что резекция желудка всегда значительно нарушает процесс всасывания жира в кишечнике. Нарушение проявляются в виде терминального перемещения всасывания в желудочно-кишечной трубке. Такое перемещение еще более выражено у тех собак, у которых резекция желудка завершена гастроэтроанастомозами по Полиа-Райхелю. У них процесс пищеварения в основном приходит на дистальную часть среднего отдела и петли конечного отдела тонкой кишки. У ряда животных процесс всасывания не завершается в тонкой кишке, и продалжается в слепой и даже восходящей ободочной кишке.

Более выраженное перемещение при операции Полиа-Райхеля тонкой кишки резко ускорено, иногда через большой анастомоз, соответствующий по величине сечению резекцированного желудка, пища проваливается в кишку и быcро продвигается в дистальном направлении. В этих условиях хилус кишечника не подготовливается для всасывания в начальных и даже в средних отделах тонкой кишки. Наряду с перемещением всасывания и в связи с ним в опытах на животных, оперированных по Полиа-Райхлю, нами выявлен другой не менее любопытный факт. В нормальных условиях всасывание жира заканчивающисяв тонкой кишки при биологической инъекции не контрастируются.

У собак же после резекции по Полиа-Райхлю процесс всасывания жиров продолжается в слепой, а иногда даже в восходящем отделе толстой кишки. Эти опыты выявили дополнительные компенсаторно-приспособительные возможности лимфатической системы толстой кишки, которая приобретает способность всасывать жиры, что никогда не наблюдается в нормальных условиях.

Выводы. Таким образом, в условиях резкого терминального перемещения пищеварение после резекции желудка по Полиа-Райхлю выявляется новая, не характерная для лимфатических сосудов толстой кишки функция – всасывать жиры, что свидетельствует с большими компенсаторно-приспособительными возможностями лимфатической системы.

Список литературы.

1. Волков В.Г. и др. Болезни оперированного желудка. Чебоксары. 2001,1,2,38
2. Н.Н.Крылов. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения. Афторер. дис. мед.наук, М, 2001.
3. З.Г.Ширинов и др. Хирургическое лечение заболеваний оперированного желудка. Хирургия, 2005, 6, 37.
4. К.Ч.Чартаков Влияние резекции желудка на лимфатическую систему тонкой кишки. Журнал. Теоритической и клинической медицины 2006.

АКТИВНОСТЬ ТРИПСИНА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ВОДНОГО ЭКСТРАКТА ЧАБРЕЦА

Чуланова А.А., Костанов Д.Р., Чуланова А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии, НИИ экспериментальной медицины
Научные руководители – д.б.н., профессор Смахтин М.Ю., д.б.н., профессор Фурман Ю.В.

Актуальность исследования состоит в том, что эндогенные регуляторы, ингибиторы и активаторы, зачастую не справляются со своей задачей при

патологии по поддержанию баланса в системе фермент-субстрат-ингибитор (активатор), что приводит к возникновению деструктивных воспалительных, иммунных реакций, нарушению гомеостаза [1,2]. В связи с этим нами предложена гипотеза регуляторной роли лекарственных трав, широко используемых как в традиционной, так и в народной медицине, на процессы протеолиза. По нашему предположению химические вещества лекарственных трав, вероятно, могут, как активировать, так и ингибировать процессы протеолиза в клетках [4,5]. Высокий уровень активности более необходим на первых стадиях развития воспалительного процесса, а в последующие стадии, с устранением источника, необходимо снижение активности ферментов протеолиза [3].

Одним из таких растений является чабрец, его лечебные и полезные свойства неоспоримы – растение признано официальной и народной медициной как эффективное в терапии множества болезней и неблагоприятных состояний ввиду своей терапевтической универсальности Ф.С.2.5.0047.15. Польза растения объясняется его богатым составом, он помогает при астме, туберкулезе, в некоторых лекарственных препаратах от кашля чабрец выступает действующим веществом.

Целью исследований является изучение в модельных опытах, регуляторной активности водного экстрактачабреца на активность протеолитического фермента – трипсина.

Материалы и методы: в исследованиях использовали следующие препараты: «Трипсин кристаллический» производства ООО «Самсон-Мед», Россия, ЛС-000403. Чабрец или Тимьян ползучий (Thymus serpyllum herba) ФС. 2.5.0047.15 производства ЗАО «Иван-Чай).

Водный экстракт готовили по технологии предложенной производителем. Около 1 грамма (точная навеска) измельченного сырья помещали в колбу со штифтом вместимостью 250 мл, прибавляли 100 г дистиллированной воды и нагревали на кипящей водяной бане в течение 15 минут, далее охлаждали в течение 45 минут при комнатной температуре, процеживали, а оставшееся сырье отжимали. Объем экстракта доводили до 100 миллилитров.

Определение активности трипсина проводили по методу, разработанному Ансоном, он основан на количественном определении тирозина и триптофана, в продуктах расщепления казеина. Кристаллический трипсин растворяли в физиологическом растворе (pH=8,0), к 0,5 мл полученного раствора трипсина прибавляли 0,1, 0,15 и 0,2 мл водного экстракта чабреца, пробы термостатировали при 38^{o}C в течение 10 минут. Далее в пробирки вносили субстрат, в качестве субстрата был использован 1% раствор казеина (pH =8,0), и образец термостатировали при 38^{o}C в течение 30 минут. Реакцию протеолиза останавливали прибавлением 1 мл 10% трихлоруксусной кислоты (ТХУ). В качестве контроля использовали пробу аналогичную опытной, но ТХУ вносили предварительно, до второго термостатирования.

Образовавшийся осадок отделяли центрифугированием при 4000 об/мин в течение 15 минут. Оптическую плотность раствора измеряли на приборе СФ-2000 в пробе против контроля в кювете с толщиной слоя 1 см при длине волн

260 и 280нм. Для вычисления концентрации гидролизованного протеина в растворе, маркером которых является тирозин, впродуктах гидролиза казеина, использовали формулуКалькара: $A= 1,45E_{280}–0,67E_{260}$ (мг/мл)

Далее, исходя из показателей оптической плотности растворов, рассчитывали активность трипсина. Регуляторную активность чабрецаоценивали по соотношению активности трипсина в опытной пробе и с различным количеством экстрактом чабреца, по степени изменения активности трипсина в% [3,4].

Результаты и обсуждения. В проведенных исследованиях нами был создан градиент концентраций экстракта чабреца, приготовленного по рекомендуемой технологии, который, по нашему предположению позволит оценить регуляторную активность экстракта на активность фермента. Водный экстракт чабреца модулировал значительное увеличение активности трипсина в данном диапазоне концентраций. Результаты изучения влияния водного экстракта чабреца на активность трипсинаприведены на рисунке.

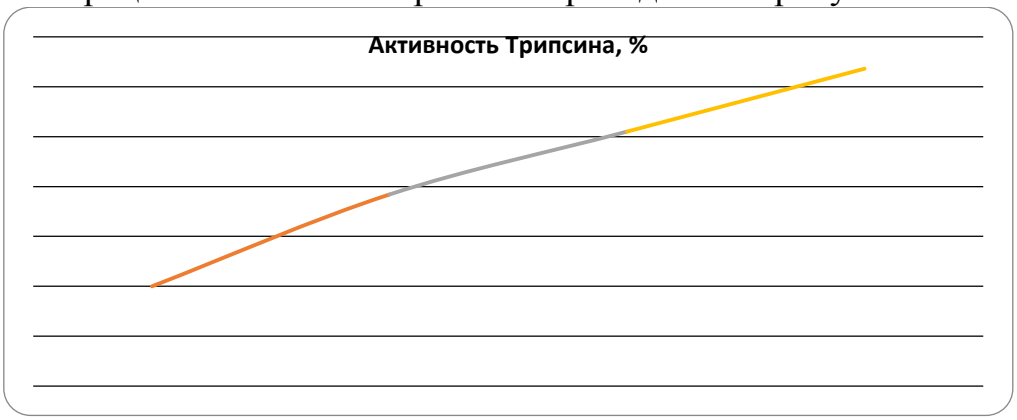


Рисунок 1. Влияние водного экстракта на активность трипсина.

Увеличение количества водного экстракта чабреца в инкубационной среде практически линейно коррелировало с активность трипсина, коэффициент корреляции составлял R =0,99, уравнение регрессии Y = 0,55+0,69*X.

Необходимо отметить, что вопросу взаимодействия компонентов лекарственных трав с протеолитическими ферментами в современной литературе уделено незначительное внимание. В то же время такого рода взаимодействие представляет интерес в рамках способности этих соединений регулировать, ингибировать или активировать, активность ключевых энзимов. Таким образом осуществлять контроль за сигнальными и исполнительными механизмами клетки.

Выводы. В результате проведенных модельных исследованийполучены новые сведения о механизме влияния водного экстракта лекарственных трав, в частности чабреца на активность протеолитического фермента трипсин. Данная информация позволит повысить эффективность использования лекарственных растений при лечении ряда патологических процессов.

Список литературы.

1. Вовчук И.Л., Фурман Ю.В. Прогностическое значение определения активности катепсинов н, х, к, f, s, z, l и их эндогенных ингибиторов при неопластической трансформации //Ученые записки Российского государственного социального университета. -2011. - № 4. -С. 202-205.
2. Мосягин В.В., Максимов В.И., Фурман Ю.В. Особенность АТФаз ядерных и цитоплазматических мембран эритроцитов цыплят-бройлеров //Вестник Орловского государственного аграрного университета. 2010. № 2 (23). С. 39-41.
3. Фурман Ю.В., Артюшкова Е.Б., Смахтин М.Ю. Оптимизация среды фермент-субстратного взаимодействия с использованием матрицы планирования// Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. 2018. № 1 (20). С. 17-19.
4. Смахтин М.Ю., Фурман Ю.В., Смахтина А.М. Применение некоторых регуляторных пептидов для коррекции фагоцитоза нейтрофилов в условиях экспериментального перелома. В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета. В 2-х томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. 2018. С. 153-156.
5. Фурман Ю.В., Смахтин М.Ю. Некоторые функции протеолитических ферментов в норме и при патологии //Актуальные проблемы социально-гуманитарного и научно-технического знания. 2017. № 4 (13). С. 3-4

ИММУНОТРОПНЫЕ И РЕПАРАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНАЛОГА ТИМОГЕНА

Чуланова А.А., Петров М.С., Куликов А.А., Охотников О.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель – д.б.н., профессор Смахтин М.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что были исследованы эффекты нового аналога тимогена, модифицированного D-аланином с С-конца пептида в условиях кожных ран. Регуляторные пепиды могут существенно изменить метаболизм в клетках, что уже сейчас используется в клинической практике. Иммунная система участвует в процессах репарации и восстановления тканей и органов [5]. Пептид тимоген (L-Glu-L-Trp), обладает иммуномодулирующими свойствами, что сказывается на репаративных процессах [3]. У него также обнаружен и ряд репаративных эффектов [4]. При этом могут быть перспективными исследования направленные на выявление эффектов более устойчивых к действию протеаз его новых пептидных аналогов.

Целью исследования является выявление иммунотропных, антиоксидантных и репаративных эффектов нового аналога тимогена, модифицированного D-аланином,

Материалы и методы: под хлоралгидратным наркозом у крыс Вистар моделировали повреждение кожных покровов. Раны наносили на холке животных (1 $см^2$) [2]. В НИИ химии Санкт-Петербургского государственного университета был синтезирован модифицированный D-аланином с С-конца молекулы аналог тимогена. Аналог тимогена вводился внутрибрюшинно, десять раз подряд, один раз в сутки, в дозе 1,2 мкг/кг, что эквимолярно соответствовало дозе тимогена (1 мкг/кг). Тимоген использовался в рекомендованной терапевтической дозе – 1 мкг на 1 кг массы тела. Контрольная группа получала физиологический раствор.

Определяли активность фагоцитоза, после инкубации нейтрофилов с латексом. Были исследованы такие показатели как фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ) и завершенность фагоцитоза. Использовали тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) для определения окислительных реакций в нейтрофилах на аппарате Multiscan MC 400 (Labsystems, Финляндия) [1].

Так же проводили гистологическое исследование кожных ран. Определяли процентное соотношение лимфоцитов и фибробластов при морфометрии на световом микроскопе Leica CME.

Проводили статистический анализ по расхождению границ доверительных интервалов.

Результаты и обсуждения. При исследовании пептидов в условиях кожных ран, когда наблюдалось снижение иммунной функции, введение пептидов приводило к повышению поглотительной активности нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе (повышение ФЧ и показателя завершенности фагоцитоза) как при введении тимогена, так и при введении его аналога. Выраженность их эффектов были сопоставимы. Тогда как новый аналог тимогена, обладал более выраженным действием по сравнению с тимогеном в отношении кислородзависимой активности, определяемой по уровню НСТ-теста. Также аналог тимогена повышал число фибробластов и лимфоцитов в коже, в отличие от тимогена.

По всей видимости, модификация молекулы не приводила к изменению эффектов тимогена, обладающего иммуномодулирующей и репаративной активностями. Более того, по некоторым параметрам активность даже возрастала, что вероятно было связано с повышением устойчивости пептида в крови.

Полученные данные свидетельствуют о том, что аналог тимогена был сопоставим с ним по таким показателям как поглотительная стадия фагоцитоза нейтрофилов крови, количество лимфоцитов в коже и обладал более выраженной по сравнению с тимогеном стимуляцией кислородзависимой активности нейтрофилов (НСТ-тест) и повышением количества фибробластов в коже.

Выводы. Таким образом, выбранный аналог тимогена обладает более выраженной кислородзависимой активностью нейтрофилов и ранозаживляющим действием, по сравнению с тимогеном, что может быть использовано в лечении кожных ран.

Список литературы.

1. Иммунологические методы/ под. Ред. Г. Фримеля. Москва, 1987.
2. Курцева А.А., Смахтин М.Ю., Иванов А.В. и др. Репаративная и иммунотропная активность пептида gly-his-lys в условиях кожных ран // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье.- 2008.- № 1.- С. 36-40.
3. Смахтин М.Ю., Чердаков В.Ю., Кононец Е.Н. и др.Сравнительная характеристика гепатоцеллюлярных и иммунотропных эффектов регуляторных пептидов в условиях хронической гепатопатии // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. - 2008.- № 4.- С. 16-22
4. Чердаков В.Ю., Смахтин М.Ю., Дубровин Г.М. и др. Синергичное иммунотропное и репаративное действие тимогена, даларгина и регуляторного пептида GLY-HIS-LYS при экспериментальной травме кожи //Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2013. -№ 1. – С.38-42.
5. Smakhtin M.Yu., Sever'yanova L.A., Konoplya A.I., Shveinov I.A Tripeptide gly-his-lys is a hepatotropic immunosuppressor // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2002. Т. 133. № 6. С. 586-587.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Шульгинова А.А., Машошина Д.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедры биологической химии
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научные руководители – д.м.н., профессор Конопля А.И.,
к.м.н., ассистент Шульгинова А.А.

Акуалность исследования состоит в том, что среди причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения Российской Федерации цереброваскулярные заболевания занимают лидирующие положение, в связи чем, и являются одной из серьезных медико-социальных проблем, наносящих огромный экономический ущерб обществу. Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ), является разновидностьюсосудистой церебральной патологии и характеризуется прогрессирующимдиффузным нарушением кровоснабжения головного мозга с постепенно нарастающими симптомами его поражения. В патогенезеХИМ большое значение имеет активация перекисного окисления липидов, иммунологическая и

эндотелиальная дисфункция, воспаление [1-4]. Из этого следует, что фармакологическая коррекция заболевания должна проводиться комплексно, затрагивая данные звенья патогенеза.

Целью исследования является определение влияния комплексной фармакотерапии на метаболические показатели периферической крови.

Материалы и методы: получены и проанализированы результаты лечения 35 пациентов мужского и 9 женского пола неврологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» с ХИМ на фоне гипертонической болезни II стадии, из них: 22 пациента с I стадией ХИМ (2-я и 3-я основные группы по 11 больных) и 22 со II стадией ХИМ (4-я и 5-я основные группы по 11 больных) в возрасте 50±5 лет, получавшие комплексную фармакологическую терапию (эналаприл, винпоцетин, цераксон и мексикор). Пациенты 2-й и 4-й групп дополнительно получали препарат иммуномодулирующего действия полиоксидоний. Комплекс обследования включал оценку общеклинического нейропсихического статуса. Метаболические нарушения оценивали по концентрации в плазме крови ацилгидроперекисей (АГП), малоновогодиальдегида (МДА), С-реактивного белка, эндотелина-1, эритропоэтина, неоптерина, стабильных метаболитов оксида азота ($СМ_{ON}$), активности каталазы, супероксиддисмутазы (СОД) и общей антиокислительной активности (ОАА).

Результаты и обсуждения. У больных ХИМ I и II стадии при поступлении в клинику установлена активация процессов ПОЛ (повышение концентрации МДА и АГП), снижение факторов антиоксидантной защиты (ОАА, активности СОД и каталазы). В плазме крови также установлено повышение уровня $СМ_{ON}$, неоптерина, СРБ, снижение эндотелина-1 и эритропоэтина. После дополнения фармакологической терапии полиоксидонием у пациентов сХИМ I стадии практически отсутствовали жалобы, еще в большейстепени снизилась выраженность неврологических симптомов, уменьшились проявления когнитивных нарушений. У пациентов ХИМ I и II стадии проведенная фармакологическая терапия безполиоксидония в плазме крови нормализовала активность каталазы, в сторону уровня здоровых доноров сдвигалась концентрация продуктов ПОЛ, $СМ_{ON}$ и ОАА, к значениям здоровых доноров приближался уровень СРБ и эритропоэтина, еще в большей степени повышалось содержание неоптерина, не изменялась концентрация эндотелина-1. Кроме этого, если у пациентов с I стадией ХИМ активность СОД оказаласьниже, то при II стадии этот показатель корригировался.

Включение полиоксидония при I стадии заболевания дополнительно нормализует все исследованные показатели метаболизма (за исключением неоптерина и активности СОД, корригированной в сторону здоровых доноров). При ХИМ II стадии дополнительно нормализовался уровень эндотелина-1 и эритропоэтина, в сторону здоровых доноров изменилась концентрация продуктов ПОЛ, $СМ_{ON}$ и СРБ, в еще большей степени увеличилось содержание факторов антиоксидантной защиты.

Выводы. О развитии оксидатного стресса (нарушение равновесия между прооксидантами и антиоксидантами, при котором преобладают прооксиданты)

при ХИМ I и II стадии свидетельствует повышение в плазме крови концентрации продуктов ПОЛ (МДА, АГП), снижение показателей антиоксидантной защиты (ОАА, активности СОД, каталазы), CMON и маркеров системной воспалительной реакции (СРБ и неоптерин). Использование в комплексной фармакологическойтерапии ХИМ сопровождается положительной клинической и лабораторной динамикой, особенно эффективной при включении в неё полиоксидония.

Список литературы.

1. Гаврилюк, Е.В.Роль иммунных нарушений в патогенезе артериальной гипертонии/ Е.В. Гаврилюк, А.И. Конопля, А.В. Караулов // Иммунология. – 2016. – № 1. – С. 29 – 34.

2. Конопля, А.И. Иммунные и оксидантные нарушения у больных хронической ишемией мозга и их коррекция /А.И. Конопля, А.А. Шульгинова, В.Б. Ласков // Журналневрологии и психиатрии. – 2015. – № 11. – С. 28 – 32.

3. Состояние нейтрофильного звена при хронической ишемии головного мозга, коррекция нарушений / А.А. Шульгинова, Д.О.Машошина, С.А. Долгарева, Н.А.Конопля // Российский аллергологический журнал. - 2019. - Т.16, № 1. - С.185 – 187.

4. Шульгинова, А.А. Иммунные и оксидантные нарушения у больных хронической ишемией мозга и их коррекция/ А.А. Шульгинова, В.Б. Ласков, Н.А. Быстрова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – № 1. – С.64 – 71.

РАЗДЕЛ 3.

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНООГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ

БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЕ У КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ KLEBSIELLA PNEUMONIAE С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Аничкин В.А., Некрасова В.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Научные руководители – ст. преподаватель Атанасова Ю.В., ст. преподаватель Козлова А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что изучение биопленок вызывает огромный интерес исследователей в последние годы в силу того, что этот способ существования бактерий создает большие проблемы в медицинской практике. Концепция биопленок затрагивает инфекционные поражения большинства органов и практически всех искусственных имплантатов. Биопленки являются формой микробных сообществ, фиксированных на различных абиотических и биотических поверхностях, и состоят из микробных клеток и ассоциированного с ними внеклеточного матрикса собственного производства, включающего в себя полисахариды, белки и ДНК [1].Такая форма существования предоставляет бактериям массу преимуществ в условиях воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и организма-хозяина.

Целью исследования является изучение антибиотикочувствительности и биопленкообразующей способности у клинических штаммов K.pneumoniae.

Материалы и методы: изучены 37 штаммов K.pneumoniae, выделенных из различных локусов. Идентификация микроорганизмов осуществлялась на микробиологических анализаторах VITEK 2 Compact. Чувствительность к семи антибиотикам (амоксициллину-клавуланату, азтреонаму, цефотаксиму, имипенему, меропенему, ципрофлоксацину, амикацину) определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона. При выполнении исследования, учете и интерпретации результатов руководствовались стандартами EUCAST v.6.0.Резистентными считали штаммы, устойчивые к 4 и более антибиотикам. Условный коэффициент резистентности для отдельных штаммов K.pneumoniae рассчитывали по формуле: К = R/N, где К – коэффициент резистентности, N – общее количество тестируемых антибиотиков, R – число антибиотиков, к которым исследуемый штамм был резистентен [2]. Коэффициент варьирует от 0 до 1 и позволяет судить об относительной антибиотикорезистентности штамма (0 – штамм чувствительный, 1 – штамм резистентный). Исследована биопленкообразующая способность штаммов. Биопленку на поверхности полистироловых планшетов изучали в соответствии с методикой Stepanovic [3]. В качестве бульонной питательной среды использовали бульон с сердечно-мозговой вытяжкой (BD, США), тестирование проводили в объеме 100 мкл. Измерение оптической плотности полученных спиртовых экстрактов кристаллического фиолетового выполняли на многофункциональном микропланшетном ридере Infinite M200 (TECAN) при длине волны 540 нм. Исследование выполняли в трех повторах. При интерпретации полученных данных определения способности создавать

биопленку мы руководствовались прежде всего значениями оптической плотности (OD), измеренными для этанольных экстрактов спустя сутки инкубации (отсутствует – OD_{540} ниже 0,090, низкая – $0,090 < OD_{540} \leq 0,180$, умеренная – $0,180 < OD_{540} \leq 0,360$, выраженная – $OD_{540} > 0,360$).

Значимость различий между группами проверяли с помощью параметрического критерия Стьюдента. Межгрупповые различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе антибиотикочувствительности изолятов K.pneumoniaек 7антибиотикам были выявленытолько два штамма, резистентные ко всем тестируемым антибиотикам (К-100, К-115). В целом антибиотикорезистентными (К>0,5) штаммами в данном исследовании мы считали 21 штамм K.pneumoniae (56,7%). На рисунке 1 представлено количество штаммов K.pneumoniae, резистентных к исследуемым антибиотикам.

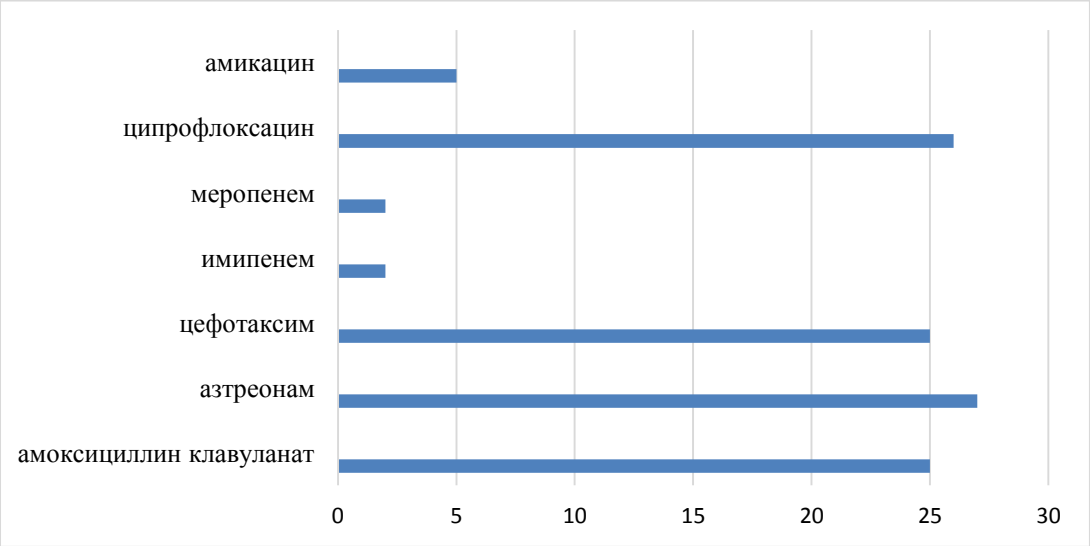


Рисунок 1. Количество штаммов K.pneumoniae, резистентных к исследуемым антибиотикам.

Наиболее эффективными препаратами в отношении исследуемых микроорганизмов были аминогликозиды (амикацин) – количество резистентных штаммов составило 13,5% и карбапенемы (имипенем, меропенем) – количество резистентных штаммов к одному и другому антибиотику не превышало 5,4%. В группе монобактамов отмечается высокая устойчивость к азтреонаму (72,9% резистентных штаммов). Среди пенициллинов (амоксициллин клавуланат), цефалоспоринов (цефотаксим) и фторхинолонов (ципрофлоксацин) также наблюдается высокая резистентность (67,5% резистентных штаммов к амоксициллину клавуланату, 67,5% резистентных штаммов к цефотаксиму и 70,2% резистентных штаммов к ципрофлоксацину). Условный коэффициент резистентности для антибиотикочувствительных (16 клинических изолятов) и антибиотикорезистентных (21 клинический изолят) штаммов составил соответственно 0,328 и 0,745.

Все клинические изоляты K.pneumoniaeформировали биопленку на поверхности полистироловых планшетов в большей или меньшей степени. Среднее значение биопленкообразующей способности исследуемых штаммов K.pneumoniae составило 0,3118±0,0389, что характеризует умеренные способности клинических изолятов K.pneumoniae формировать биопленки in vitro. При дифференциальной оценке биопленкообразующей способности для антибиотикочувствительных и антибиотикорезистентных штаммов K.pneumoniae средняя оптическая плотность соответственно составила 0,4136 ±0,0846 и 0,2422±0,0236 (p = 0,05), что говорит о влиянии уровня антибиотикорезистентности изолята на способность формировать биопленку.

Выводы. Проведен анализ чувствительности исследуемых изолятов K.pneumoniae к 7 антибиотикам, два штамма (К–100 и К–115) показали 100% резистентность ко всем исследуемым антибиотикам. При интерпретации результатов были также выявлены антибиотикорезистентные штаммы – 21 штамм (56,7%) из 37 нами исследуемых. Наиболее эффективными препаратами в отношении исследуемых микроорганизмов являются аминогликозиды (амикацин) и карбапенемы (имипенем, меропенем).

При исследовании биопленкообразующей способности все клинические изоляты K.pneumoniae формировали биопленку на поверхности полистироловых планшетов, о чем свидетельствует увеличение оптической плотности, отражающей степень биопленкообразования. Биопленкообразующая способность антибиотикочувствительных и антибиотикорезистентных штаммов K.pneumoniae составила 0,4136±0,0846 и 0,2422±0,0236соответственно, выявленные различия между группами являются статистически достоверными. Таким образом, исследуемые нами штаммы K.pneumoniae в целом характеризуются умеренным уровнем биопленкообразования, который варьирует в зависимости от уровня антибиотикорезистентности: антибиотикочувствительные изоляты характеризуются более выраженной способностью формировать биопленки на поверхности полистироловых планшетов по сравнению с антибиотикорезистентными.

Список литературы.

1. Биопленки: основные методы исследования: учебно-методическое пособие / А.М. Марданова [и др.]; под общ. ред. О.Н. Ильинской. –Казань: К (П)ФУ, 2016. – 42 с.

2. Visca P., Seifert H., Towner K.J., Acinetobacter infection – an emerging threat to human health. IUBMB Life. 2011; 63 (12): 1048-54.

3. Stepanovic S., Vukovic D., Hola V., et al. Quantification of biofilm in microtiter plates: overview of testing conditions and practical recommendations for assessment of biofilm production by staphylococci. APMIS. 2007; 115 (8): 891-899.

ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА КАК МАРКЕРЫ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Батавина Д.Г., Мокеева Ю.К.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванова И.А.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание органов дыхательной системы. Сейчас его распространенность растёт высокими темпами. Если в 2000 году этим заболеванием страдали 155 млн. человек, то в 2016 году – 300 млн. человек. Согласно прогнозам, к 2025 году количество больных бронхиальной астмой достигнет 400 млн. человек. Данное заболевание существенно влияет на повседневную жизнь человека, а неэффективное лечение может привести к смерти больного.

Актуальность исследования состоит в том, что данное заболевание характеризуется сложным многофакторным патогенезом, включающим в себя как иммунные, так и неиммунные механизмы. Важную роль в патогенезе бронхиальной астмы играют факторы врожденного иммунитета. В бронхо-легочном дереве при данной патологии, наблюдается инфильтрация слизистой эозинофилами, нейтрофилами, тучными клетками. Активация альвеолярных через IgE-зависимые механизмы, приводит к секреции ими тромбоксана, простагландинов и тромбоцитактивирующего фактора, являющихся провоспалительными медиаторами, а также выделению свободных радикалов, в результате чего развивается гиперреактивность бронхов [4].

При дегрануляции базофилов, обусловленной взаимодействием IgE, связанного с Fc-рецептором базофила, с определенным антигеном, выделяется большое количество медиаторов аллергии: гистамина, гепарина, простагландинов, лейкотриенов, серотонина, способствующих возникновению обструкции бронхов [4]. В сочетании с инфильтрацией гладкой мускулатуру дыхательных путейтучными клетками и эозинофилами, продукцией эозинофильного катионного белка, кислородных радикалов это приводит к ремоделированию клеток слизистой, развитию гиперреактивности бронхов и обратимой бронхиальной обструкции [1].

В современной литературе большое внимание уделяется изучению роли факторов врожденного иммунитета в течение и исходе воспалительных заболеваниях различного генеза.

Целью исследования является исследование роли факторов врожденного иммунитета в патогенезе бронхиальной астмы [3].

Материалы и методы: под наблюдением находились 52 пациента с бронхиальной астмой, находившихся на лечении в БМУ «Курская областная клиническая больница». Из них 84,2% страдали смешанной формой бронхиальной астмы. Гендерный состав группы наблюдения: 48% – женщины, 52% – мужчины. Урбанистическая структура группы наблюдения: 64,8% –

сельские жители, 35,2% – городские жители. Средний возраст пациентов составил 35,4±3,3 года.

Для оценки активности воспаления в дыхательных путях у пациентов, страдающих бронхиальной астмой, проводилось определение уровня оксида азотаи α-дефензинов (HNP1-3) в периферической крови. Уровень оксида азота определяли спектрофотометрическим методом по суммарной концентрации нитратов и нитритов с помощью реактива Грисса, уровень α-дефензинов (HNP1-3) методом ИФА.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных бронхиальной астмой увеличен уровень оксида азота в крови в 1,8 раза (6,67 ммоль/мл) по сравнению со здоровыми людьми (3,5 – 4,5 ммоль/мл).

Избыточное накопление оксида азота приводит к увеличению концентрации продуктов его метаболизма, являющихся сильными оксидантами, что приводит к реакции перекисного окисления липидов клеточных мембран, усилению имеющегося воспаления и появлению воспалительного отёка [5].

Дефензины играют активную роль в развитии бронхиальной астмы. Они стимулируют как нейтрофильное, так и эозинофильное воспаление слизистой дыхательных путей. При исследовании методом ИФА уровня дефензинов (HNP1-3) в периферической крови больных из группы наблюдения, рассмотренной ранее, выявлено повышение концентрации этих веществ в 15 раз по сравнению со здоровыми людьми.

Выводы. Таким образом, факторы врождённого иммунитета играют важную роль в патогенезе бронхиальной астмы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что при бронхиальной астме происходит увеличение уровня оксида азота и антимикробных пептидов в крови. Поэтому определение уровня оксида азота и дефензинов в периферической крови может применяться для оценки тяжести воспалительного процесса в органах дыхательной системы.

Список литературы

1. Бронхиальная астма и хроническая болезнь почек: возможная патогенетическая роль воспалительных цитокинов/В.Н.Минеев [и др.]//Иммунопатология, аллергология, инфектология. -2016. -№ 2. –С.56-60.

2. Лещенко, И.В. Бронхиальная астма: современные вопросы базисной терапии (в помощь практическому врачу) / И.В. Лещенко, Н.А.Эсаулова// РМЖ.- 2015. -№ 18. –С.1074-1079.

3. Скрипникова, Р.С. Бронхиальная астма. Причины, симптомы, виды, профилактика астмы/Р.С.Ситникова, В.В.Савчук//Вестник научного общества студентов, аспирантов и молодых ученых.- 2017. -№ 4. –С.78-85.

4. Смирнова, О.В. Роль клеток системы иммунитета в патогенезе бронхиальной астмы/ О.В. Смирнова, Л.Р.Выхристенко//Медицинские новости. – 2011. -№ 5. –С.14-19.

5. Цитокиновый профиль сыворотки крови при бронхиальной астме у детей/Е.В.Просекова [и др.]//Здоровье. Медицинская экология. Наука. -2017.- № 3. – С.74-79.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Белян О.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии с курсом ФПКиП
Научный руководитель – ассистент Сверж Ж.Е.

Актуальность исследования состоит в оценке вероятности того, что у людей с ВИЧ разовьется туберкулез (ТБ), что во много раз превышает аналогичный показатель среди людей, не инфицированных ВИЧ-инфекцией. Среди новых случаев заболевания ТБ, из которых значительная часть случаев произошли среди людей с ВИЧ-инфекцией [1]. Туберкулез – одна из самых опасных инфекций в мире, и также одна из оппортунистических инфекций, угрожающих людям с ВИЧ-статусом. Люди со сниженным иммунитетом, наиболее подвержены туберкулезу [2].

Целью исследования является изучение эпидемиологической характеристики заболеваемости туберкулезом у ВИЧ-инфицированных пациентов Гомельской области.

Материалы и методы: изучены источники статистической информации по эпидемиологической ситуации с туберкулезом на территории Гомельской области за последние 5 лет (с 2013 по 2017 год). Проанализирован данные впервые выявленных пациентов с туберкулезом, в том числе и ВИЧ-инфицированных пациентов.

Результаты и их обсуждение. Всего за 5 лет выявлено 3067 пациентов с заболеванием туберкулез, из них 432 пациента ВИЧ-инфицированные (ВИЧ-ТБ), 64 пациентов имеют внелегочную локализацию заболевания (таблица 1).

Таблица 1.Заболеваемость населения Гомельской области туберкулезом 2013-2017 годы

Год	Число заболевших за год	ВИЧ-ТБ	% от общего числа заболевших	Пациенты с внелегочной локализацией	% от общего числа ВИЧ-ТБ выявленых
2013	693	99	14,3%	12	11,1%
2014	667	108	16,2%	23	21,3%
2015	629	71	11,3%	12	16,9%
2016	568	84	14,8%	6	7,1%
2017	510	70	13,7%	11	15,7%

По территориальному расположению большее количество пациентов, заболевших ТБ и ВИЧ-ТБ в течение 5-ти лет выявлено в Светлогорском районе и городе Гомель.

Самая распространенная локализация внелегочного ТБ, является внутригрудные лимфотические узлы (ТБВГЛУ) – 42,18% от общего числа заболевших, на втором месте ТБПЛУ – 10,93%, ТБ плеврит – 10,93%, ТБ менингит – 10,93%, ТБ позвоночника – 7,81%, генерализованные формы ТБ – 6,25%, ТБ бронхов – 4,68% так же в единичных случаях встречался ТБ матки, яичка, суставов – 6,29%.

Проведенные нами исследования показали, что в целом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в структуре форм туберкулеза преобладали диссеминированные процессы и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (61,4%), в 36% случаев с генерализацией туберкулезного процесса. Полости распада на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, по нашим данным, имели место только в 20-31% случаев, что связано с изменением тканевых реакций на фоне иммунодефицита, т.е. быстрой диссеминацией туберкулезного процесса. Процент бактериовыделителей среди больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции составил 18,2-36%, что связано с уменьшением числа случаев туберкулеза в фазе распада в этот период. Туберкулиновые пробы на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в большинстве случаев являлись неинформативными. Так, если у больных туберкулезом на ранних стадиях они были положительными в 75,1% случаев, и частота их выявления значимо не отличалась от таковой у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции, то на поздних стадиях пробы оказывались положительными только в 6,7% случаев.

Стоит учесть, что средний возраст заболевания внелегочной локализацией туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов составил в 2013 году – 41 год, 2014 году – 36 лет, в 2015 году средний возраст заболеваемости составил 33 года, в 2016 году – 36 лет и в 2017 году составил 33 года. При этом, самому юному пациенту ВИЧ-ТБ составило всего 3 года, а самому взрослому – 60 лет.

Среди половой принадлежности, в течении 5 лет превалирует заболеваемость внелегочной формой ВИЧ-ТБ у мужчин, чем у женщин (таблица 2).

Таблица 2. Характеристика заболеваемость ВИЧ-ТБ внелегочной локализации по половому признаку

Год	Общее число ВИЧ-ТБ	Число ВИЧ-ТБ мужчин, (%)	Число ВИЧ-ТБ женщин, (%)
2013	11	10 (90%)	1 (10%)
2014	23	17 (74%)	6 (26%)
2015	12	7 (58,3%)	5 (41,7%)
2016	6	5 (90%)	1 (10%)
2017	8	7 (90%)	1 (10%)

Выводы. За 5 лет выявлено 3067 пациентов с заболеванием туберкулез, из них 432 пациента ВИЧ-инфицированные (ВИЧ-ТБ), 64 пациентов имеют

внелегочную локализацию заболевания. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции в структуре форм туберкулеза преобладали диссеминированные процессы и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (61,4%), в 36% случаев с генерализацией туберкулезного процесса. Процент бактериовыделителей среди больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции составил 18,2-36%, Чаще ТБ встречается у мужчин, чем у женщин. Процент бактериовыделителей среди больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции составил 18,2-36%.

Список литературы.

1. Гуревич, Г.Л. ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты / Г.Л. Гуревич // Итоги деятельности РОО «Белорусское респираторное общество» за 2012-2015 годы : Материалы международной научно-практической конференции «ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты, Гродно, 29-30 октября 2015 год / РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии ; ред. : Г.Л. Гуревич [и др.]. – Гродно, 2015. – С. 286-290.

2. Астровко, А.П. Результаты эпиднадзора ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь / А.П. Астровко, Е.М. Скрягина [и др.] // Туберкулез и болезни легких, Рецепт. – 2014. – № 6. – С. 17-21.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСУМКОВАННЫХ ПАРАТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПЛЕВРИТОВ

Богатикова А.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Новикова С.Н.

Актуальность исследования состоит в современной тенденции к увеличению заболеваемости паратуберкулёзными осумкованными плевритами, диагностика и лечение которых представляют известные трудности [3]. Нагноение осумкованного содержимого приводит к тяжелому течению процесса, образованию свищей, вследствие чего в структуре причин смерти от туберкулезагнойный плеврит составляет около 1–2%. В решении проблемы диагностики осумкованных плевритов существенную роль играет комплексное клинико-рентгенологическое и ультразвуковое исследование плевральной полости, однако, лечение требует совершенствования [1,2]. Известно, что современная терапия осумкованных плевритов малоэффективна из-за трудностей эвакуации густого и вязкого содержимого плевральной полости, формирование которого обусловлено реакцией плевры на длительное, хроническое течение туберкулезного воспалительного процесса [4]. Длительное присутствие выпота приводит к образованию массивных сращений, отграничивающих экссудат от остальной плевральной полости, чтобез лечения

приводит к плеврогенному циррозу легкого и стойкой утрате трудоспособности [3].

Целью исследования является определение особенностей диагностики и лечения осумкованных паратуберкулезных плевритов.

Материалы и методы: из числа больных с разными формами туберкулеза легких, проходивших лечение в Курском противотуберкулезном диспансере в течение последних пяти лет, рандомизированным путем отобрано 30 пациентовмужчин в возрасте 30-50лет, у которых в ходе углубленного клинико-рентгенологического исследования был обнаружен паратуберкулезный осумкованный плеврит. Всем больным проводилось клиническое, рентгенологическое, ультразвуковое и лабораторное исследование при поступлении в стационар и после 2-3-х месяцев интенсивной терапии. Антибактериальное лечение проводилось согласно существующим стандартам. Санация плевральной полости выполнялась регулярно, дважды в неделю с использованием раствора фурацилина. У половины больных (1-я группа)промывание плевральной полости дополнялось введением раствора трипсина в дозе 20 мг. У остальных (2-я группа) трипсин по разным причинам не назначался. Соотношение больных по формам туберкулеза легких и локализации осумкованных плевритов было примерно одинаковым. Место прокола определялось с использованием ультразвукового исследования (УЗИ). Результаты проводимой терапии сравнивались с использованием современных методов статистики. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считаются достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. В ходе обследования установлено, что паратуберкулезные осумкованные плевриты выявляются при различных формах туберкулеза легких, однако преобладающей формой является фиброзно-кавернозная с хроническим течением (21 человек, или 70%), реже – диссеминированная (6 человек, или20%) и очаговая (3 человека, или 10%). По локализации это быликосто-диафрагмальные (16 человек, или 53,3%), реже – паракостальные (8 человек, или 26,7%) и апикальные (6 человек, или 20%) плевриты. Для диагностики осумкованийвыполнялисьрентгенотомограммы в разных проекциях, компьютерная рентгенография, однако, для регулярного контроля наилучшим диагностическим приемом оказалось УЗИ, позволяющее не только точно локализовать скопление плеврального содержимого и определять место пункции, но и судить о консистенции содержимого. Считаем необходимым отметить, что микобактерии туберкулеза в пунктате обнаруживались всего в 14 случаях (46,7%), даже при наличии выделения возбудителя с мокротой. Кроме того практика пункций при осумкованных плевритах показала быструю способность содержимого загустевать, что мешало его эвакуации. Введение трипсина облегчало удалениеплеврального содержимого.

Лечение в обеих группах проводилось в течение 1,5-2 мес. Каждому больному было выполнено по 12-16 пункций. По результатам контрольного исследования эффективность лечения в группах существенно различалась. Если в 1-й группе экссудат в плевральной полости не обнаруживался у 8 чел. (40%),

то во 2-й группе его исчезновение установлено всего у 3 больных (15%); $p \leq 0,05$. Проводимое лечение переносилось хорошо, побочных явлений установлено не было.

Выводы. Осумкованные паратуберкулезные плевриты встречаются при разных формах туберкулеза легких и для своей диагностики требуют тщательного клинико-рентгенологического обследовании с применением УЗИ.

Интраплевральное введение раствора трипсина больным с осумкованными плевритами существенно улучшает эффективность их лечения на фоне современной комбинированной терапии туберкулеза.

Лечение трипсином переносится хорошо и не имеет каких-либо побочных явлений.

Список литературы.

1. Лазаренко В.А., Конопля А.И., Липатов В.А. и др.К вопросу о роли иммунной системы в развитии спаечного процесса брюшной полости (обзор литературы)//НАУЧНЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ INNOVA. 2016. № 4 (5). С.29-33.

2. Лотов А.Н., Успенский Л.В. Ультразвуковое исследование в дифференциальной диагностике плевритов // Хирургия. 2000. № 2. С. 41–44.

3. Маскелл Н.А., БутландР.Дж.А. Рекомендации Британского Торакального общества (BTS) по обследованию взрослых с односторонним плевральным выпотом // Пульмонология. 2006. № 2. С. 13–26.

4. Снимщикова И.А., Медведев А.И., Халилов М.А. и др. Теоретические и клинические аспекты избыточного адгезиогенеза// Вестник РГМУ. 2008. № 4 (63). С. 99-102.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА НА СОСТАВ ПРИСТЕНОЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Борисова К.Н., Мухина А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Шевченко А.В.

Современная наука рассматривает нормофлоружелудочно-кишечного тракта не только как совокупность множества микроорганизмов, но и как микробиоценоз, который, кроме участия в переваривании и всасывании веществ, выполняет ряд важнейшихнепищеварительных функций [2].Однако длительное влияние стрессоров – раздражителей, вызывающих неспецифическую реакцию организма, способно приводить к изменению качественного и количественного состава микробиоты желудочно-кишечного тракта, то есть к развитию дисбиоза [3,4]. Нарушение эубиоза сопряжено как

с нарушением функций ЖКТ, так и с повышением риска развития патологий различных органов и систем макроорганизма.

Целью исследования является изучение влияния хронического иммобилизационного стрессана состав пристеночной микрофлоры толстой кишки лабораторных животных.

Материалы и методы: для проведения эксперимента были сформированы 2 группы крыс линии «Вистар» по 13 особей в каждой: 1-я группа являлась контрольной (интактные животные), животных 2-й группы помещали ежедневно на 2 часа в камеры малого объема без доступа к пище и воде, моделируя иммобилизационный стресс в течение 14 дней. На момент выполнения эксперимента все животныебыли здоровыми, изменений поведения, аппетита, режима сна и бодрствования не выявлено.По истечении указанного срока животных выводили из эксперимента обескровливанием под эфирным наркозом.

Количественное и качественное исследование мукозной микрофлоры толстого кишечника мышей проводили по методике Л.И. Кафарской и В.М. Коршунова. Идентификацию микроорганизмов проводили с помощью масс-спектрометра MaldiBiotyperMicroflex (Bruker, США). Для расчёта числа колонеобразующих единиц (КОЕ) использовали формулу: К=Е/к*v*n, где К – колониеобразующая единица, Е – общее количество бактерий, к – количество внесённого материала, v – количество чашек Петри, n – разведение. Удельное содержание микроорганизмов вычисляли как количество микроорганизмов, выделенных из биопроб, и выражали в lg КОЕ/г массы биологического материала. Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты и обсуждение. Изучение качественного и количественного состава толстокишечного биотопа контрольной группы животных показало, что в нем доминировали представители облигатной микрофлоры: грамположительные бактерии рода Lactobacillusspp. и Bifidobacteriumspp., lg КОЕ которых составил 14,48±0,31 и 14,31±0,395 соответственно (таблица 1).

Зарегистрированы грамотрицательные резидентные микроорганизмы – Escherichiacoli с нормальной ферментативной активностью в количестве lg 5,93±0,31. Среди представителей факультативной микрофлоры толстого кишечника выявлены условно-патогенные грамотрицательные микроорганизмы рода Proteus spp., Klebsiella spp. и Esherichia coli со сниженной ферментативной активностью, lg КОЕ которых составил 0,86±0,45, 2,01±0,63 и 1,04±0,55 соответственно. Были зарегистрированы грамположительные бактерии рода Enterococcusspp. (lg 0,66±0,45) и рода Staphylococcus, не продуцирующие фермент коагулазу (lg 0,94±0,5).

Таблица 1. Количественный состав мукозной микрофлоры кишечника крыс в условиях иммобилизационного стресса

Выделенные микроорганизмы	Количество микроорганизмов, lgKOE/г (M±m)	
	Группы животных	
	Интактные крысы	Иммобилизационный стресс
Lactobacillusspp.	14,48±0,31	10,17±0,34**
Bifidobacteriumspp.	14,31±0,395	9,97±0,60**
E.coli с нормальной ферментативной активностью	5,93±0,31	4,49±0,12**
E.coli со сниженной ферментативной активностью	1,04±0,55	3,55±0,7**
Enterobacterspp.	0	2,13±0,68**
Citrobacterspp.	0	1,16±0,51*
Proteusspp.	0,86±0,45	0,64±0,43
Klebsiellaspp.	2,01±0,63	5,38±0,36**
Morganellaspp.	0	1,43±0,52*
Acinetobacterspp.	0	3,05±0,61**
Enterococcusspp.	0,66±0,45	4,13±0,53**
Staphylococcus (коагулазоотрицательные)	0,94±0,5	2,08±0,56*
Staphylococcusaureus	0	1,43±0,53**

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

** – при $p\leq0,01$ различия между группами статистически достоверны

В составе микробиоценоза толстого кишечника животных, подвергшихся хроническому иммобилизационному стрессу, произошли качественные и количественные изменения мукозной микрофлоры. В исследуемой группе животных было зарегистрировано снижение содержания облигатных грамположительных бактерий Lactobacillus spp. и Bifidobacterium spp. в 1,4 раза – с lg 14,48±0,31 до lg 10,17±0,34 и с lg 14,31±0,395 до lg 9,97±0,60 соответственно. Уменьшилось в 1,3 раза количество резидентных грамотрицательных микроорганизмов вида E. coli с нормальной ферментативной активностью с lg 5,93±0,31 до 4,49±0,12 в группе иммобилизованных крыс. Была изучена динамика численности факультативных грамотрицательных микроорганизмов: количество Klebsiellaspp. увеличилось в 2,7 раза и составило lg 5,38±0,36, количество E. coli со сниженной ферментативной активностью увеличилось в 3,5 раза и составило lg 3,55±0,7. При воздействии стрессора были выявлены такие представители микрофлоры толстого кишечника как Enterobacter spp. (lg 2,13±0,68), Citrobacter spp. (lg 1,16±0,51), Morganella spp. (lg 1,43±0,52), Acinetobacter spp. (lg 3,05±0,61) и Staphylococcus aureus (lg 1,43±0,53). Вышеперечисленные микроорганизмы не были обнаружены у животных, составляющих

контрольную группу. В биоптате слизистой толстого кишечника иммобилизированных животных количество коагулазоотрицательных стафилококков увеличилось в 2 раза и составило lg 2,08±0,56. Отмечено увеличение представительства бактерий рода Enterococcusspp. в 6 раз (с lg 0,66±0,45 до lg 4,13±0,53). Изменение численности грамотрицательных бактерии рода Proteus было недостоверным по отношению к контрольной группе животных.

Выводы. Таким образом, мозг и комменсалы кишечника взаимосвязаны друг с другом и эта кооперация является частью гомеостаза, который поддерживает не только стабильность микрофлоры, но и модулирует функции нервной системы. В результате длительного действия отрицательных факторов среды со стороны ЦНС возникают нисходящие нейрогуморальные влияния, приводящие к изменению качественного и количественного состава пристеночной микрофлоры желудочно-кишечного тракта [1,5]. По результатам эксперимента формирование хронического иммобилизационного стресса привело к изменению качественного и количественного состава мукозной микробиоты толстой кишки крыс, способствуя формированию дисбиоза.

Список литературы

1. Бондаренко В.М., Рябиченко Е.В. Патогенетические механизмы и принципы терапии заболеваний, связанных с нарушением взаимосвязей кишечно-мозговой оси // Бюллетень Оренбургского научного центра УрОРАН: электрон. журн. 2014. № 4. URL:http://elmag.uran.ru:9673/magazine/Numbers/2014-4 (дата обращения: 25.10.2018)

2. Микроэкология: фундаментальные и прикладные проблемы: Монография/ Под ред. Н.Н.Плужникова, Я.А.Накатиса, О.Г.Хурцилавы. – СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И.Мечникова, 2012. – 304 с.

3. Морозов В.Н., Хадарцев А.А. К современной трактовке механизмов стресса // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. XVII. № 1.

4. Полостная и пристеночная микробиота прямой кишки при синдроме раздраженного кишечника / И.Д. Лоранская, М.Н. Болдырева, Д.Ю. Трофимов, О.А. Лаврентьева // Фарматека. – 2013, № 18. С. 136.

5. Циммерман Я.С. Эубиоз и дисбиоз желудочно-кишечного тракта: мифы и реалии // Медицинские новости. 2014. № 8. С. 45.

МИКОБАКТЕРИОЗЫ ЛЕГКИХ

Бородин Д.И., Севрукевич В.В.
Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Слизень В.В.

Актуальность исследования состоит вувеличении вомногих странах за последние годы числа пациентов с микобактериозами (МБ) и нарастание доли нетуберкулезных микобактерий (НТМ) среди общего количества выделенных культур микобактерий [1]. Это связано с применением новых чувствительных и специфичных методов их выделения и идентификации, которые позволили существенно ускорить диагностику микобактериозов и повысить ее эффективность. В настоящее время род Mycobacterium насчитывает около 150 видов микроорганизмов, и их количество продолжает расти [2]. Это микробы окружающей среды, встречающиеся повсеместно в экологических резервуарах у различных домашних и диких животных, в почве и т.д. На основании анализа ДНК и серологических методов исследования было установлено, что НТМ являются самостоятельными видами, а не мутантами микобактерий туберкулеза. Особую значимость проблема НТМ приобрела в связи с распространением ВИЧ-инфекции, поскольку у ВИЧ-инфицированных лиц (особенно на стадии СПИД) часто развиваются микобактериозы легких, которые могут приводить к летальному исходу. Клиническая значимость микобактериозов не ограничивается только ВИЧ-инфицированными и другими категориями иммунокомпрометированных лиц, а также затрагивает интересы широкого круга пациентов с различной легочной патологией. Несмотря на очевидную важность микобактериозов легких как клинической и эпидемиологической проблемы, до настоящего времени не разработаны согласованные международные и республиканские рекомендации по диагностике и лечению данной патологии [3].

Целью исследования являетсяпроанализировать бактериологические и клинические свойства атипичных нетуберкулезных микобактерий и оценить эффективность диагностики микобактериозов.

Материалы и методы: проведена оценка динамики выделенных культур НТМ в Республике Беларусь за период с 2005 по 2017 годы. Для выделения и идентификации НТМ использовали новый алгоритм, разработанный в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, включающий идентификацию микобактерий с помощью микробиологических и молекулярно-генетических методов. Проведено ретроспективное обследование 30 пациентов (14 ж/16 м, в возрасте от 34 до 73 лет), находившихся на обследовании и лечении в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии и противотуберкулезном диспансере № 2 города Минска за период с 2012 по 2017 годах. Диагностика и лечение МБ проводились в соответствии с соглашением американского торакального общества t, 2007.

Результаты и обсуждение. Микро-биологический мониторинг распространения НТМ в Республике Беларусь проводится с 1990 года. За

период 2005-2017 годы количество выделенных культур НТМ увеличилось в 13,58 раз с 53 до 720. У 14пациентов (46,7%), выделены медленнорастущие НТМ (M.avium), у 3 (10,0%) – M.intracellulare, у 1 – (3,3%) M.kansasii. Быстрорастущие НТМ (M.fortuitum) идентифицированы у 9 человек (30,0%), у 1 (3,3%) – M.scrofulaceum, у 1 (3,3%) – M.gordonae, и у 1 (3,3%) – M.abscessus. 56,3% пациентов составляли лица старше 50 лет. МБ, вызванные M.avium, чаще встречались у женщин старше 60 лет, аМБ, вызванные M.fortuitum – преимущественно у мужчин трудоспособного возраста. Только 2 пациента (6,6%), имели ВИЧ-инфекцию.

Среди всей патологии, вызываемой НТМ, у взрослых преобладают заболевания легких. В настоящее время считается, что пациенты с микобактериозом не представляют опасности для окружающих, поэтому не подлежат изоляции.

Эпидемиология микобактериозов человека в настоящее время изучается очень интенсивно. Известно, что во многих странах наиболее часто вызывают патологию человека M. avium- M.intracellulare (MAC), M. kansasii и быстрорастущие НТМ (M. chelonae/abscessus и M. fortuitum). Однако частота развития патологии, вызываемой НТМ, сильно отличается в разных странах и даже в разных регионах одной страны. Несмотря на то, что случаи микобактериозов легких регистрируются и у лиц без сопутствующей патологии, большинство пациентов с прогрессирующим течением болезни имеют в анамнезе деструктивные и обструктивные поражения органов дыхания, обеспечивающие благоприятные условия для колонизации респираторного тракта и развития легочного микобактериоза.

Диагностика МБ сложна и, в основном, основана на бактериологических критериях, так как МБ не имеют специфических клинических, рентгенологических и морфологических признаков. Терапия МБ основывается на длительном (около 1 года) эмпирическом применении противотуберкулезных лекарственных средств в сочетании с макролидами, часто в сочетании с хирургическим лечением. Клиническая эффективность лечения низкая, особенно при наличии M.aviumy пожилых пациентов (около 60%), в то время как бактериологическая эффективность обычно выше (72%).У 3 (10%) пациентов химиотерапия не проводилась, осуществлялось клиническое наблюдение.

Выводы. В Республике Беларусь наблюдается быстрый рост числа микобактериозов легких. Заболеваемость микобактериозами легких увеличивается на фоне снижения заболеваемости туберкулезом. Ведущую роль в качестве этиологического фактора МБ играет комплекс (M.avium+M.intracellulare) – у 56,7%. Второе место по частоте занимал M. fortuitum 30,2%, относящийся к быстрорастущим НТМ. МБ чаще встречаются у пациентов без иммуносупрессии.

В условиях отсутствия единых стандартизированных протоколов диагностики и лечения и высокой природной резистентности НТМ к антибактериальным препаратам отмечается низкая эффективность терапии.

Список литературы.

1. Микобактериозы легких: учебно-методическое пособие / Г.Л. Бородина: О.М. Залуцкая, П.С. Кривонос, Л.К. Суркова. – Минск: БГМУ, 2018. – 28 с.
2. Литвинов В.И., Макарова Н.В., Краснова М.А. Нетуберкулезные микобактерии.- М.: МНПЦБТ. – 2008. – 256 с.
3. Griffith D.E., Aksamit T., Brown-Elliott B.A. et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. // Am J RespirCrit Care Med. 2007. –Vol. 175. – P.367–416.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗО- И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Василенко Е.В., Латышева А.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что данные серо-эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что антитела к вирусам простого герпеса (HSV) выявляются у 70-100% населения [2].При этом, если у кого-то он может так никогда и не проявиться, то примерно у каждого пятого европейца «простуда на губах» возникает от 2 до 10 раз в год [3].Особенности герпес-вирусных инфекций: 1) практически поголовная инфицированность (с 3-5 лет); 2) полиорганный тропизм; 3) длительная персистенция; 4) выраженная иммуносупрессия на фоне герпес-вирусной инфекции; 5) образование иммунных комплексов – аллергия; 6) трансплацентарное заражение (внутриутробная и неонатальная патология); 7) возможна интегративная инфекция; 8) онкогенность [4]. Мы решили это проверить и провели опрос. В нашем исследовании мы воспользовались даннымисвоего статистического опроса и использовали данные других научных источников для получения информации по теме.

Целью исследования является проанализировать полученные данные и выяснить насколько влияют различные факторы окружающей среды на развитие герпетической инфекции.

Материалы и методы: материалом для подтверждения является, проведенное нами статистическое исследование. Всем обследованным было предложено заполнить разработанную нами анкету, с помощью которой мы оценивали частоту проявления герпетической инфекции у населения разной возрастной категории (от 12 до 73 лет); причины и места возникновения на теле.

Результаты и обсуждения. В опросе участвовало 126 (69%) женщин и 56 (31%) мужчин, всего 182 человека. Анкетируемые: люди школьного возраста – 9 человек, студенты различных ВУЗов Республики Беларусь, таких как

ГомГМУ, ГрГМУ, ВГАВМ, Белорусско-Российского университета, БНТУ, БелГУТ, МГУ имени А.А. Кулешова, ГГУ имени Франциска Скорины, УЗГ МЧС РБ, ГГТУ имени П.О. Сухого – 119, люди старшей возрастной категории – 54 человека. Результаты исследования показали, что 66,5% опрашиваемых имели клинические проявления герпеса. Результаты представлены в таблицах 1-6.

Таблица 1. Данные о возможном влиянии погодных условий на возникновение герпеса

Вопрос. В какую пору года он обычно у Вас проявляется?		
Варианты ответа	Не проявлялся	65 человек
	Зимой	51 человек
	Осенью	51 человек
	Весной	29 человек
	Летом	14 человек
	Межсезонье	4 человека
	Каждую сессию	1 человек

Таблица 2. Информация о подверженности опрошенных стрессу

Вопрос. Как часто вы подвержены стрессу?		
Варианты ответа	Очень часто	45,6%
	Иногда	45,6%
	Очень редко	7,1%
	Вообще не подвержен	1,6%

Таблица 3. Данные о степени сложности противостояния стрессу у опрошенных

Вопрос. Насколько сложно Вам сохранять настрой, чтобы противостоять стрессу?		
Варианты ответа	Несколько сложно	41,8%
	Лишь чуть-чуть сложно	36,3%
	Совсем не сложно	11%
	Очень сложно	11%

Таблица 4. Локализация проявления герпеса

Вопрос. В каких местах у Вас проявляется герпес?		
Варианты ответа	Носогубный треугольник	64,5%
	Не проявлялся	32%
	Гениталии	0,5%
	Спина, живот	0,5%
	Конечности	0,5%
	Ротовая полость	0,5%
	Щёки	0,5%

Таблица 5. Информация о степени ухода опрошенных за ротовой полостью

Вопрос. Как вы оцениваете степень Вашего ухода за ротовой полостью?		
Варианты ответа	Среднее: чищу зубы 2 раза в день, нерегулярно посещаю стоматолога, не пользуюсь зубной нитью	60,4%
	Отличное: чищу зубы 2 раза в день, регулярно посещаю стоматолога, пользуюсь зубной нитью	20,3%
	Неудовлетворительное: чищу зубы 1 раз в день, не посещаю стоматолога, не пользуюсь зубной нитью	19,2%

Таблица 6. Факторы, способствующие возникновению герпетической инфекции

Вопрос. Почему, по вашему мнению, у вас возникает герпес?		
Варианты ответа	Простуда	71,5%
	Не возникает	29,2%
	Переохлаждение	18,1%
	Стресс	9,2%
	Снижение иммунитета	1,5%
	Возникает после того, как переболел	0,5%
	Резкое изменение климата	0,5%

Выводы. Распространённость герпеса среди данной группы студентов составила 66,5%, 71,5% опрошенных появления рецидива связывают с простудой, в основном герпес проявляется зимой у 51 человека и осенью также у 51 человека из 182, герпес проявляется у 64,5% в носогубном треугольнике. Т.к. только 18,7% опрошенных курит мы не можем связать проявление герпеса с курением, гигиеническим состоянием, т.к. у 60,4% средняя степень ухода за полостью рта, что в принципе считается нормой, но можем связать с состоянием здоровья: 58,2% опрошенных имеют хронические заболевания. И также проявления герпеса мы можем связать со стрессом, потому что 91,2% подвержены влиянию стресса. А стресс, нарушая систему иммунитета, делает организм ослабленным перед любым внутренним и внешним воздействием [1].

Список литературы.

1. Булгакова О.С. Иммунитет и различные стадии стрессорного воздействия /О.С. Булгакова – Успехи современного естествознания, 2011. С. 31-34.

2. Харламова Ф.С. Вирусы семейства герпеса и иммунитет / Ф.С. Харламова, Н.Ю. Егорова, Л.Н. Гусева, Н.А. Гусева, Е.В. Новосад, Е.В. Чернова, В.Ф. Учайкин – ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава, Москва, 2006. С. 3-5.

3. Бут Г.Н. Герпесвирусные заболевания как междисциплинарная проблема // Новости медицины и фармации / Г.Н. Бут – 2007; 5 (209).

4. Тапальский Д.В. Курс лекций по микробиологии, вирусологии, иммунологии для студентов 2-3 курсов лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран / Д.В. Тапальский, Т.Н. Ильинская, Л.В. Шевцова, Л.В. Лагун – ГомГМУ, Гомель, 2012. – С. 290.

СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ У ВЗРОСЛЫХ. КЛИНИКА И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Веремеюк К.В., Троянова А.Ф., Крыльчук В.П., Шкутович А.Н.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель – ассистент кафедры Разуванова И.А.

Актуальность исследования серозного менингита связана с высокой распространенностью заболевания и проблемами ранней диагностики. Менингит – полиэтиологическое инфекционное заболевание, для которого характерно воспаление мягкой мозговой, общая инфекционная интоксикация, синдромом повышенного внутричерепного давления, менингеальный синдром, а также воспалительные изменения цереброспинальной жидкости. Под серозным менингитом подразумевают менингиты, для которых характерен лимфоцитарныйплеоцитоз (лимфоциты и моноциты составляют не менее 60%) [1, 2, 3].

Целью исслдования является определение особенности течения и наиболее характерные лабораторные признаки серозных менингитов у взрослых.

Материалы и методы: изучены истории болезней 74 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет. Проходивших лечение на базе УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (главный врач – В.В. Кармазин) в период с 2013 по 2017 годы. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощьюпакета «MS Excel 2010» и «Statistica» 6.0. Качественные признаки нами описаны с помощью доли и ошибки доли n, (p±sp%), а также Me (25; 75 процентилей), в то время как для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, мы использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение (M±SD).

Результаты и обсуждения. За период с 2013 по 2017 год на базе УЗ «ГОИКБ» по поводу менингита проходили лечение 83 человека. Из них с диагнозом гнойный менингит лечение проходило 9 (10,8±3,4%) пациентов, в то время как с серозными менингитами – 74 (89,2±3,4%). Наибольшая заболеваемость серозными менингитамичаще всего приходится на летне-осенний период 54 (72,9±5,2%), с наибольшей частотой в сентябре 13 (17,6±4,4%). Средний возраст заболевших составляет 32±1,5 лет. Медиана 29,5 лет (23;35). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре

составила 15,6±0,5 дней. Этиология заболевания устанавливалась путём исследования ликвора на РНК энтеровирусов методом ПЦР. Результаты данного исследования показали, что в 17 (22,9±4,9%) случаев менингит носит энтеровирусную природу, а у 57 (77,1±4,9%) заболевших этиологию определить не удалось. Кроме того, всем пациентам с данным диагнозом проводилось исследование крови в ИФА на антитела к боррелиям и ВИЧ. Результаты данных анализов у всех пациентов были отрицательны.

Пациентам, которыеобращались за медицинской помощью на 4,2±0,4 сутки выставлялись различные предварительные диагнозы, информация о которых представленана рисунке 1.

Рисунок 1. Структура предварительных диагнозов пациентов с серозными менингитами.

Среди жалоб, которые предъявляли пациенты при поступлении преобладали – головная боль 72 (97,3±1,89%), повышение температуры 64 (86,5±1,9%) до (38,1±0,1) °С, слабость 48 (64,9±5,5%), рвоту 38 (51,3±5,8%). Чуть реже пациенты жаловались на тошноту 29 (39,2±5,7%), головокружение и жидкий стул 5 (6,8±2,9%), сыпь, светобоязнь боли в суставах и мышцах 4 (5,4±2,6%), возбуждение 1 (1,3±1,3%).

Из лабораторных данных, в общем анализе крови наблюдался умеренный лейкоцитоз (9,6±0,4) × 10^9/л. Среднее количество нейтрофилов составило (68,3±1,5%). Для лимфоцитов данный показатель равен (24,2±1,4%). Уровень СОЭ – (15,5±1,45) мм/ч.

Всем пациентам с менингитами проводилась люмбальная пункция с целью исследования цереброспинальной жидкости. Результаты данной диагностической процедуры следующие: цвет – бесцветный 69 (93,2±2,9%) или ксантохромный 5 (6,8±2,9%); количество ликвора – 1,7±0,1 мл; белок – 0,44±0,03 г/л; глюкоза – 3,09±0,11 ммоль/л; цитоз – (550,2±63,9)/3; лимфоциты (82,7±2,3%); нейтрофилы (17,1±2,3%).

Выводы. Серозные менингиты чаще всего возникают в летне-осенний период у лиц в возрасте 32±1,5 лет. Как правило, пациенты обращаются за медицинской помощью в течение 4,2±0,4 дней в связи с наличием головной боли, слабости, рвоты, тошноты и повышением температуры до (38,1±0,1) °С. При проведении ПЦР этиологию удалось установить в 23% случаев, и она полностью приходится на энтеровирусы. Среди лабораторных показателей выявляется лейкоцитоз (в общем анализе крови) и лимфоцитарныйплеоцитоз (при исследовании спинномозговой жидкости).

Список литературы.
1. Латышева, В.Я. Неврология и нейрохирургия / В.Я. Латышева, Б.В. Дривотинов, М.В. Олизарович. – Гомель :ГомГМУ, 2018. – 440 с
2. Ratuszny, D. Identification of Cerebrospinal Fluid Metabolites as Biomarkers for Enterovirus Meningitis / D. Ratuszny [at al.] // International Journal of Molecular Sciences [Electronic resourse]. – 2019 – Vol. 20, № 2. – Mode of access :https://www.mdpi.com/1422-0067/20/2/337. – Date of access : 01.02.2019.
3. Sleman, Sirwan Salman Enterovirus Meningitis: a case report / Sirwan Salman Sleman // International Journal of Scientific Research and Innovative Technology. – 2015. – Vol. 2, № 7. – P. 1-4.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА МЯГКО-ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Ворвуль А.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лебедев Ю.И.

Актуальность исследования состоит в необходимости решения проблемы дифференциальной диагностики мягко-очаговых изменений при остром очаговом туберкулезном процессе от ограниченныхпневмонических или очагово-фиброзныхизменений специфической и неспецифической природы, выявляемых в ходе компьютерной томографии. Поскольку клиническая картина в том и другом случае очень похожа, а тактика лечения диаметрально противоположная, своевременная диагностика очагового туберкулеза представляет актуальную и достаточно сложную проблему практической фтизиатрии [3]. В ее решении существенную роль играют такие особенности теневой картины, как плотность и распространенность теней [1]. При интерпретации обычных рентгенотомограмм принимается во внимание, что оценка интенсивности очаговых теней возможна при сравнении их изображения с тенью продольных и поперечных сечений кровеносных сосудов легких. При нечеткости контуров очагов в таких случаях можно предположить острую очаговую пневмонию или мягко-очаговый туберкулез в фазе инфильтрации. Несмотря на то, чтоклинические симптомы при этом очень похожие, однако иммунологические изменения могут быть разными [1]. Так для мягко-очагового туберкулеза, в отличие от очаговой пневмонии и ограниченного фиброзно-очагового процесса, характерно резкое снижение устойчивости лейкоцитов периферической крови к туберкулину invitro, что может помочь в дифференциальной диагностике этих состояний (а.с. № 1442188)

Целью исследования является оценка возможности использования показателей устойчивости лейкоцитов в дифференциальной диагностике мало-

интенсивных очаговых теней, расположенных в типичных для туберкулеза сегментах легких.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 человек (22 мужчины и 8 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет, поступивших в противотуберкулезный стационар для обследования и диагностики природы мягко-очаговых изменений в верхних долях легких. В ходе комплексного клинико-рентгенологического (включая компьютерную томографию), лабораторного и иммунологического (включая оценку устойчивости лейкоцитов к туберкулину) исследования, а также проведения пробной химиотерапииантибиотиками широкого спектра действия, диагноз активного туберкулеза был установлен у 14 человек, пневмония – у 9 человек и фиброзные изменения – у 7 человек. Полученные результаты обрабатывались современными методами статистики. Связь между природой заболевания и устойчивостью лейкоцитов к туберкулину определяли с помощью методики корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования четкой разницы в особенностях клинических проявлений не обнаружено. Пациенты отмечали небольшой сухой кашель, иногда с выделение скудной слизистой мокроты; у 6 человек по вечерам повышалась температура до субфебрильных цифр. Серьезных жалоб, связанных с интоксикацией или поражением бронхо-легочной системы, установлено не было. Изменения на рентгенограммах у большинства пациентов были обнаружены в ходе случайной или проверочной флюорографии. Интенсивность теней на обычных рентгенотомограммах определялась как малая или средняя, в ходе компьютерной томографии плотность теней колебалась в пределах 30-40 HU.В то же время установлена корреляция между туберкулезной природой очагов и снижением устойчивости лейкоцитов к туберкулину ($r=+0,46$ при $p=0,01$). Подобную связь можно объяснить характером воспалительной реакции при мягко-очаговом туберкулезе, котораяотличается выраженным экссудативнымкомпонентом с участием противотуберкулезных антител и системы Т-лимфоцитов, приводящих кокислительному стрессу, повышению внутриколеточного метаболизма, образованию кислород-содержащих молекул, повреждающих и разрушающихнейтрофильные лейкоциты и макрофаги, фагоцитировавшие весьма устойчивые к окислению микобактерии туберкулеза [2,4]. При пневмонии воспалительная реакция обусловлена неспецифичными реакциями иммунитета. При наличии фиброза можно обнаружить даже повышение устойчивости клеток к туберкулину, что свидетельствует, по-видимомуо неактивных специфических изменениях в области фиброза с типичной для туберкулеза локализацией.

Выводы. Малоинтенсивные тени в легких туберкулезной, пневмонической и фиброзной природы существенно не отличаются по клинической картине. Очаговые тени, которые выглядят при обычной рентгенографии в виде малоинтенсивных, имеют плотность в пределах 30-40 HU на компьютерных томограммах. Существует средняя степень корреляции между туберкулезной природой очагов и снижением устойчивости лейкоцитов

к туберкулину (r=+0,46 при p=0,01), что целесообразно учитывать в диагностике туберкулеза

Список литературы.

1. Гольев С.С., Коломиец В.М.Парадоксы внедрения новых методов лучевой диагностики туберкулеза // Парадоксы внедрения новых методов лучевой диагностики туберкулеза: материалы IX Конгресса ЕАРО и VII Конгресса АПЦА.Ташкент, 2016. 292 с.
2. Долгарева С.А., Сиделева Е.Н., Бушмина О.Н. Фармакологическая коррекция нарушений, вызванных развитием оксидантного стресса в условиях экспериментального острого деструктивного панкреатита на фоне хронической алкогольной интоксикации // НАУЧНЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ INNOVA. 2017. № 4 (9). С.27-29.
3. Коломиец В.М. Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления// Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления: материалы. VIII Съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. Ташкент, 2015. С. 24-35.
4. Усанова Е.А, Чаусова С.В., Гуревич К.Г., Арутюнова Е.Э.. Исследование функциональной активности полиморфно-ядерных лейкоцитов крови у пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями при сахарном диабете II типа // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017.№ 2. С.5-10.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Губина Ю.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Архипова А.В.

Актуальность исследования состоит в увеличении рождения детей с пороками развития, их инвалидизация, что является результатом заражения инфекциями из комплекса TORCH в период внутриутробного развития [3]. К возбудителям внутриутробных инфекций (ВУИ) относят: бактерии, вирусы, грибы и простейшие. В обобщенную группу ВУИ включены токсоплазмоз, краснуха, инфекции, вызванные цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом простого герпеса (ВПГ) и некоторые другие (ВИЧ, сифилис, гепатит и др.), в клинической практике известны под названием «TORCH – синдром» [1]. Для выявления комплекса заболеваний разработаны скрининговые программы (иммунологические и молекулярно-биологические методы диагностики). Первым этапом диагностики, как правило, является иммуноферментный

анализ, позволяющий выявить антитела IgG и IgM к инфекционным агентам [4].

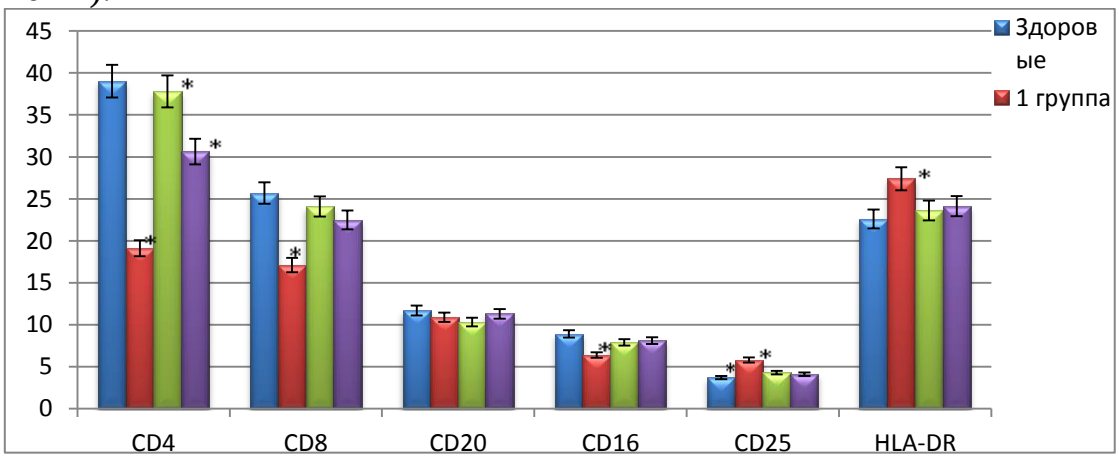
Целью исследования является изучение состояния клеточного иммунитета при некоторых вирусных инфекциях из комплекса TORCH у беременных женщин.

С помощью иммуноферментного анализа были выявлены сероположительные пациентки к антигенам ВПГ и ЦМВ. Обследованные женщины были разделены на 3 группы по наличию антител и клинических симптомов заболевания. В 1 группу были включены 9 серопозитивных ВПГ пациенток с клиническими проявлениями герпеса, имевшиевысокий титр IgGк ВПГ, положительный IgM, нормальный титр IgG к ЦМВ, отрицательный IgMк ЦМВ, во 2 – серопозитивные ВПГ без клинических проявлений (11 человек)с высоким титром IgGк ВПГ, отрицательнымIgM, (нормальный титр IgG к ЦМВ, отрицательный IgMк ЦМВ), в 3 группу – 8 женщин серопозитивных ЦМВ без клинических проявленийс высоким титром IgG к ЦМВ, отрицательный IgM, (нормальный титр IgG к ВПГ, отрицательный IgMкВПГ). Контрольную группу составили 12 женщин, имеющих нормальный титр IgG к ВПГ и ЦМВ, отрицательный IgM клинически здоровых.

Известно, что IgM антитела всегда характеризуют период репликации возбудителя при острой или хронической инфекции, а IgG, в зависимости от титра, или наличие иммунитета, или хроническое течение заболевания.

У всех пациенток исследован популяционный состав лимфоцитов по экспрессии CD4, CD8, CD20, CD16, а также активационных маркеров CD25, HLA-DR методом проточной цитометрии.

Результаты и обсуждения. Иммунофенотиование показало, что пациентки 1 и 3 группы имеют существенные отклонения показателей иммунного статуса, при этом степень нарушений связана с наличием симптомов заболевания (рисунок 1).



*- p<0,05, по сравнению с донорами и 1 группой.

Рисунок 1. Фенотип лимфоцитов пациенток с инфекциями из комплекса TORCH.

Так, у пациенток 1 группы выявлено достоверное снижение количества CD4 (Т-хелперы) и CD8 (цитотоксические клетки) в 2 и 1,5 раза,

соответственно, количество В-лимфоцитов во всех группах сопоставимы со значением в группе здоровых. Можно предположить, что недостаточностьТ-лимфоцитов может приводить к «неотвечаемости» иммунной системы на антигенную стимуляцию, что может способствовать развитию осложнений [2].

Такая же динамика выявлена при изучении экспрессии CD16. Известно, что это маркер натуральных киллеров, которые являются первой линией противовирусной защиты. У пациенток с доказанной активной репликацией вируса ВПГ уровень клеток снижен в 1,4 раза [4].

Результаты нашего исследования показали, что количество клеток, экспрессирующих активационные маркеры CD25 и HLA-DR повышено у пациенток с вирусными инфекциями, при этом у женщин с клиническими проявлениями в 1,5 и 1,2 раза, соответственно. Можно предположить, что несмотря на наличие синдрома вторичного иммунодефицита у инфицированных пациенток, способность к активации антигенными стимулами клеток иммунной системы сохранена [5].

Выводы. Таким образом, можно предположить, что вероятность активной репликации вирусов выше у женщин с дефицитом клеток, обладающих киллерной функцией (цитотоксические лимфоциты и натуральные киллеры).

Список литературы.

1. Болотович А.В. Ведение беременности при герпесной, цитомегаловирусной инфекциях, краснухе, хламидиозе и токсоплазмозе/ А.В. Болотович [и др.] //Научный вестник Тюменской медицинской академии.- 2000.- № 2 (б).- С. 43-56.

2. Заплатников, А.Л. Клинико-патогенетическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики инфекционно-воспалительных заболеваний у детей : автореф. дис.... д-ра мед.наук / А.Л. Заплатников. – М., 2003. – 32 с.

3. Краснопольский В.И. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных/ В.И. Краснопольский [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – С. 1-4.

4. Лобзин, Ю.В. Актуальные аспекты врожденных инфекций в России / Ю.В. Лобзин [и др.] // Журнал инфектологии. – 2010. – Т. 2, № 2. – С. 14–24

5. Савичева А.М. Инфекции у беременных (диагностика, лечение, профилактика) / А.М. Савичева // Акушерство и женские болезни.– 2002. – № 2. – С. 71-77.

6. Савичева А.М. Внутриутробные инфекции – проблемы и перспективы диагностики и терапии // Трудный пациент. – 2008. – Т. 6, № 8. – С. 4-8.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Гуреева А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., Маркина В.М.

Акульальность исследования состоит в том, что в настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких широко распространена среди населения. Это заболевание часто сопровождается развитием серьезных осложнений и часто приводит к смерти больных. Последние исследования доказали важную роль нарушений местного иммунитета в развитии данной патологии [1,2]. Иммунологический дисбаланс препятствует эффективному лечению, являясь причиной развития вялотекущих, длительных обострений, ухудшая общее состояние больных и в итоге качество их жизни.

Целью исследования является исследование некоторые показатели местного иммунитета больных хронической обструктивной болезнью легких. С целью изучения особенностей локального иммунитета, мы определяли уровень основных классов иммуноглобулинов и клеточный состав бронхоальвеолярной жидкости (БАЛЖ).

Материалы и методы: под нашим наблюдением было 35 больных ХОБЛ второй степени тяжести в возрасте от 43 до 65 лет. Диагноз ХОБЛ (МКБ10 – J-44.0) был поставлен в соответствии с критериями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [4]. Для определения физиологической нормы, были обследованы 20 здоровых некурящих доноров в возрасте от 40 до 50 лет, без различных качественных признаков воспаления и обструкции бронхов.

После центрифугирования БАЛЖ, изготавливали цитологические препараты, методом Паппенгейма и проводили подсчет процентного соотношения клеточных элементов.

Таблица 1. Показатели жидкости бронхоальвеолярноголаважа

Группы обслед.	Показатели,%				
	нейтрофил. гранул.	эпителиал. клетки	лимфоциты	эозинофилы	макрофаги
доноры (n=10)	3,1±0,8	1,1±0,7	4,8±1,2	1,0±0,9	3,7±0,1
больные ХОБЛ (n=21)	31,1±4,0*	14,0±2,6*	14,0±2,2*	1,5±0,2	10,65±1,2*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

Как следует из данных, представленных в таблице 1, количественное содержание нейтрофилов и эпителиальных клеток бронхов у больных ХОБЛ превысилопоказатели контрольной группы более чем в 10 раз, а уровень лимфоцитов был в 2,5 раза ниже значений доноров. Кроме этого, в

бронхоальвеолярной жидкости количество макрофагов было в 2,8 раза меньше, чем у доноров.

Таким образом, в БАЛЖ выявлен значительный дисбаланс клеточного состава, характеризующийся преобладанием нейтрофилов и эпителиальных клеток и снижением количества макрофагов и лимфоцитов. Это обуславливает наличие воспаления и иммунодефицита в бронхиальном дереве. Возможно, данный дисбаланс является основой деструктивного воспалительного процесса в бронхах.

Как известно, иммуноглобулины, являясь факторами адаптивного гуморального иммунитета, обеспечивают местный и системный иммунитетв различных тканях и органах. Нарушения синтеза антител приводит к возникновению серьезных иммунодефицитных состояний, в том числе и при ХОБЛ.

В связи с этим, намы были определены уровни иммуноглобулинов основных классов (IgM, IgG, IgA) и секреторного иммуноглобулина (sIgA) вбронхоальвеолярной жидкости больных ХОБЛ.Во время обострения в БАЛЖ содержание sIgAбыло значительно снижено – в 4,7 раза (до 2,75±0,1 г/л в сравнении с показателями доноров – 7,3±1,8 г/л; $p< 0,01$), а IgM – в 2,5 раза (до 0,64±0,35 г/л в сравнении с донорами – 1,6±0,12 г/л; $p < 0,01$). Это сочеталось с повышением в 2 раза уровня IgG (до 19,68±2,53 г/л; 9,9±0,36 г/л – у доноров) (рисунок 1)

Выводы. В результате исследования установлено, что у больных ХОБЛ имеются выраженные изменения местного иммунитета, характеризующиеся нарушением клеточного состава и значительным дефицитом гуморального звена иммунитета. Данные исследования позволяют более подробно изучить особенности патогенеза ХОБЛ и разработать новые подходы к лечению данного заболевания.

Список литературы.

1. Анаев Э.Х. Биологические маркеры при хронической обструктивной болезни легких / Э.Х. Анаев // Практическая пульмонология. 2018. № 1. С. 26-32.

2. Долина Л.Ю., Делиева А.Н., Каклюгин А.П. и др. Сравнительный анализ уровня провоспалительных цитокинов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от стадии заболевания // Архив внутренней медецины. 2012. № 3. С.64-67.

3. Маркина В.М.. Особенности иммунного статуса больных хроническим обструктивным бронхитом / В.М.Маркина, С.М.Юдина, Т.С.Русанова, А.Л.Ремесник// Российский аллергологический журнал. - 2007. - № 3.- С.357-358.

4. Новиков Д.К., Смирнова О.В. Иммунологические фенотипы хронической обструктивной болезни легких: перспективы иммунокоррекции/ Д.К. Новиков, О.В. Смирнова //Вестник ВГМУ. 2014. Т. 13. № 4. С. 102-109.

5. Global initiative for chronic obstructive lung disease : global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obctructiv pulmonary disease [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf].

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ФОРМ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ 4 И 5 ТИПОВ У ДЕТЕЙ

Дерюшева А.Ю.
Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А.Вагнера
Кафедра детских инфекционных болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пермякова А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что первичное инфицирование герпесвирусами 4 и 5 типов у детей протекает, в основном в виде инфекционного мононуклеоза. Инфекционный мононуклеоз характеризуется лихорадкой, интоксикацией, генерализованной лимфоаденопатией, увеличением печени и селезенки. Актуальность изучения этого заболевания обусловлена широкой циркуляцией возбудителей среди детского населения, их специфической тропностью к иммунокомпетентным клеткам, особенностями течения инфекции у детей. Согласно последним исследованиям, до 50,0% случаев мононуклеоза у детей в возрасте до 3 лет, вызвано вирусом герпеса человека 6 типа, а также велика доля смешанных вариантов инфицирования [1]. В зависимости от вида возбудителя возможны различные клинические варианты течения заболевания, так как каждый тип вирусов имеет индивидуальные особенности своей биологии.

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) относящийся к группе γ-герпесвирусов человека 4 типа (HHV-4) имеет широкую распространенность в популяции и способен сохраняться в памяти В-лимфоцитов практически каждого человека в течение всей его жизни. При инфицировании в младшем дошкольном возрасте инфекционный процесс протекает в виде бессимптомнойсероконверсии, у более старших детей, и, особенно подростков развивается клиническая картина типичного мононуклеоза. Для вируса характерен горизонтальный путь передачи со слюной, вирус тропен к эпителиальным клеткам ротоглотки и В-лимфоцитам, где происходят основные этапы жизненного цикла. Для всех вирусов семейства Herpesviridae, характерно формирование непродуктивного (латентного) или продуктивного (литического) типа инфекции. При латентном типе ВЭБ инфицирует В-лимфоциты, которые являются, по сути, В-клетками памяти. Во время литической фазы инфекционного процесса происходит генерация новых вирионов, инфицирующих эпителиальные клетки миндалин, с высвобождением инфекционного вируса в слюну. В большинстве инфицированных клеток литическая репликация носит абортивный характер, вызывая гибель клетки путем апоптоза [2].

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) вызывается условно-патогенным внутриклеточным β-герпесвирусом 5 типа (HHV-5). Вирус передается как горизонтально, через биологические жидкости и выделения, так и вертикально (гематогенно). При латентной инфекции цитомегаловирус присутствует только в форме генома в недифференцированных клетках-моноцитах, эндотелиальных клетках сосудов микроциркуляторного русла, альвеолярных макрофагах, стромальных клетках костного мозга, при этом выявляется ограниченная экспрессия вирусных генов, репродукции инфекционного вируса не происходит. При литическеом типе инфекции кратковременная вирусемия быстро завершается локализацией возбудителя в лейкоцитах и мононуклеарных фагоцитах, где происходит его репликация. Инфицированные клетки увеличиваются в размерах (цитомегалия), приобретают типичную морфологию с типичными ядерными включениями («совиный глаз»), представляющими собой скопления вируса. Формируемые затем циркулирующие иммунные комплексы, фиксируются в различных тканях и органах, вызывая их повреждение, в виде мононуклеарных и узелковых инфильтратов, далее изменения в органах характеризуются развитием интерстициального или кистозного фиброза, а также множественнымикальцификатами.

Целью исследования является изучение возрастных аспектов этиологии инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы: исследование имело ретроспективный описательный характер, были изучены 448 историй болезни детей, госпитализированных в детское отделение инфекционной больницы города Перми с 2012 по 2018 год включительно.

Диагноз устанавливали на основании типичной клинической картины заболевания, обнаружения в периферической крови атипичных мононуклеаров более 10%, иммуноглобулина М к капсидному антигену (VCA) ВЭБ, иммуноглобулина М к ЦМВ методом иммуноферментного анализа (ИФА). Стандартное обследование, кроме ИФА, включало общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением уровня АлТ, АсТ.

Результаты и обсуждения. В зависимости от типа вируса вызвавшего заболевание, сформированы 3 группы детей: инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна – Барр – 241 (53,8%) ребенок, инфекционный мононуклеоз, вызванный цитомегаловирусом – 153 (34,2%) ребенка, инфекционный мононуклеоз смешанной (либо неуточненной) этиологии – 54 (12,0%) ребенка.

Возрастные когорты были распределены следующим образом: детей до 1 года – 4,5% (20/448), 1-3 лет – 53,5% (240/448), 4-6 лет – 47,5% (114/448), от 6 до 14 лет – 13,8% (62/448). Среди детей с ВЭБ-мононуклеозом: детей до 1 года – 2,8% (7/241), 1-3 лет – 48,2% (116/241), 4-6 лет – 26,5% (114/241), от 6 до 14 лет – 22,5% (54/241), с ЦМВ-мононуклеозом: детей до 1 года – 8,5% (13/153), 1-3 лет – 60,2% (92/153), 4-6 лет – 22,8% (35/153), от 6 до 14 лет – 8,5% (3/153), неуточненной этиологии: детей до 1 года не было, 1-3 лет – 59,0% (32/54), 4-6 лет – 39% (21/54), от 6 до 14 лет – 2,0% (1/54).Установлены следующие возрастные особенности этиологии мононуклеоза, так, у детей до 1 года

преобладает ЦМВ-мононуклеоз – 65,0% (13/20), старше года доля ЦМВ составляет 53,0% (105/260), ВЭБ- 47,0% (123/260), среди детей старше 6 летнего возраста на долю ВЭБ приходится 87,0% (54/62), а ЦМВ- 13,0% (8/62). Мононуклеоза неуточненной этиологии от 12 до 18% в различных возрастных группах.

Клиническая картина ВЭБ-мононуклеоза была типична: заболевание начиналось остро, с повышения температуры, тонзиллита и увеличения лимфатических узлов (заднешейных и переднешейных), умеренная гепатомегалия отмечалась у 78,0% (188/241) пациентов, спленомегалия у 48,9% (118/241). Гиперферментемия умеренного характера (в 2-3 раза выше нормы) отмечена у 21,6% 52/241) детей, атипичные мононуклеары (более 10,0%) определялись в 56,0% (135/241) случаев.

ЦМВ-мононуклеоз у половины детей 47,0% (72/153) также протекал классически – длительная лихорадка, интоксикация, регионарная лимфаденопатия, затруднение носового дыхания, но без полной обструкции. Умеренная гепатомегалия отмечена у 38,6% (59/153) детей. Увеличения селезенки не было выявлено. Остальные дети (53,0% 81/153) переносили ЦМВ-мононуклеоз в стертой форме. В клинической картине преобладала лимфаденопатия – 80,2% случаев (65/81), заболевание протекало по типу остроготрахеобронхита (22,2%, 18/81), фаринготонзиллита – 77,8% (63/81), без гепатомегалии. При анализе лабораторных отклонений установлено, что уровень печеночных ферментов не зависел от этиологии заболевания, но имел связь с возрастом. Так, у детей старше 6 лет повышение трансаминаз до 2 норм (АлТ 80,8 11,4 ЕД, АсТ 79,3$\pm$8,2 ЕД) на фоне нормального уровня билирубина (7,04±0,86 ммоль/л) выявлялось достоверно чаще в 4,3 раза, p=0,005.

Выводы. Существуют возрастные особенности этиологии мононуклеоза: у детей до 3х летнего возраста преобладает ЦМВ-мононуклеоз – 65,0% (13/20), доля которого с возрастом уменьшается до 13,0% в возрасте старше 6 лет; ВЭБ-мононуклеоз, напротив, увеличивает свою долю до 87,0% у детей школьного возраста.

Клиническая картина заболевания имеет возрастные отличия: у детей до 3х лет половина случаев заболевания протекает в атипичной, стертой форме в виде фаринготонзиллита, у детей школьного возраста достоверно чаще встречается гиперферментемия.

Список литературы.

1. Дутлова Д.В., Уразова О.И., Помогаева А.П. Клинико-лабораторные особенности инфекционного мононуклеоза у детей в зависимости от этиологии заболевания // Детскиеинфекции. 2016. № 15 (1). С.30-34.

2. Thorley-Lawson D.A., Gross.A. Persistence of the Epstein-Barr virus and the origins of associated lymphomas. N Eng J Med. 2004; 350 (13):1328–1337.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ МАРКЕР ПАТОЛОГИИ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ

Дерюшева А.Ю.
Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А.Вагнера
Кафедра детских инфекционных болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пермякова А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что по данным Роспотребнадзора, территория Пермского края является напряженной по заболеваемости гриппом и ОРВИ. На протяжении последних лет уровень заболеваемости населения Пермского края гриппом и ОРВИ превышает среднероссийские показатели в 1,2-1,4 раза. Чаще всего регистрируется заболеваемость ОРВИ и гриппом у детей третьего критического периода (1-3 год жизни), что связано со значительным расширением контакта ребенка с внешним миром [4]. В этот период, как правило, проявляются первичные иммунодефициты, малые аномалии иммунитета, аутоиммунные и иммунокомплексные болезни [2]. Кроме того, заболеваемость среди детей до 14 лет значительно превышает заболеваемость взрослых. Это объясняется несформированной системой местного иммунитета [3].

Целью исследования является анализ состояния лимфоидного глоточного кольца у длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста, проживающих в городе Перми.

Материалы и методы: в ходе исследования проанализировано 97 амбулаторных карт детей, посещающих ДДУ, из группы ЧБД (часто болеющие дети), т.е. детей с частыми респираторными инфекциями, которые возникают из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма. В исследовании использовались следующие критерии группы ЧБД: число эпизодов ОРВИ в год, инфекционный индекс и индекс резистентности.

Для включения ребенка в группу ЧБД в период от 1 до 3 лет число эпизодов ОРЗ в год должно быть не менее шести, а с 4 до 5 лет – не менее пяти раз в год [1]. Инфекционный индекс (ИИ) определялся как соотношение суммы всех ОРЗ за год к возрасту ребенка. В норме ИИ = 0,2-0,3; у часто болеющих детей он = 1,1-3,5.

Для того чтобы использовать ИИ в нашем исследовании, мы придали ему 3 степени значимости: 1 степень – значение индекса от 1 до 1,9; 2 степень – от 2,0 до 2,9; 3 степень – более 3.Таким образом, 3 степень ИИ определяет группу наиболее часто болеющих детей из всех обследованных.

Индекс резистентности (ИР) – определяется как отношение числа заболеваний на число месяцев жизни с начала рецидивирования респираторного заболевания (с момента взятия на диспансерный учет) и выражается в процентах. В зависимости от величины индекса выделяют три группы часто болеющих детей:

– относительно часто болеющие дети – ИР=33-40% (0,33-0,4);

– часто болеющие дети – ИР=41-50% (0,4-0,5);

– очень часто болеющие дети – ИР>50% (>0,5).

Дети с ИР>0,5, т.е. дети, болеющие в среднем 1 раз в 2 месяца и чаще, требуют принятия неотложных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения индекса резистентности. Контрольная группа составила 50 детей, частота респираторных заболеваний у которых не превышала 4 раз в год, ИИ был менее 1,1, ИР – менее 0,33. Все дети были осмотрены врачом-педиатром кабинета иммунопрофилактики. Повод для обращения – частая респираторная заболеваемость. Дети контрольной группы обратились на прием для решения вопроса о вакцинации. Во всех случаях оценивалось состояние лимфоидного глоточного кольца: размер и состояние слизистой нёбных миндалин, выраженность фолликулов задней стенки глотки, размер аденоида (в случае имеющегося осмотра ЛОР-врачом). Расчет производился при помощи электронных таблиц Microsoft Excel, с использованием критериев параметрической статистики – Стьюдента, Пирсона, критерия Z.

Результаты и их обсудения. Было проведено сравнение основной и контрольной групп по следующим параметрам:

Средняя частота ОРЗ – 6,6 в основной и 3,4 в контрольной ($t= 24,8$, при $t_{0,05}= 2,36$, $p<0,05$);

Средний инфекционный индекс – 1,55 в основной и 0,7 в контрольной группе ($t=7,24$, при $t_{0,05}= 2,57$, $p<0,05$);

Средний индекс резистентности – 0,54 в основной и 0,29 в контрольной группе ($t=12,8$, при $t_{0,05}= 2,36$, $p<0,05$).

В обеих группах проводилась визуальная оценка степени гипертрофии небных миндалин, результаты оказались следующими:

– гипертрофия миндалин отсутствовала (у 19,6% детей основной группы и у 72,0% детей контрольной группы ($z=6,04$, при $p=0,00$);

– гипертрофия миндалин 1-2 степени отмечалась у 69,1% детей основной группы и у 28,0% детей контрольной группы ($z=2,5$, при $p=0,005$);

– гипертрофия миндалин 3 степени отмечена у 11,3% детей только в основной группе.

В основной и контрольной группах дети были осмотрены врачом-отоларингологом для определения степени имеющихся аденоидных разрастаний в носоглотке, в основной группе осмотрено 89,7% детей, в контрольной – 26%. Достоверные различия получены только для состояния соответствующего возрастной норме, таковых в основной группе оказалось 31%, а в контрольной 84,6% ($z=3,4$, при $p=0,00$). Вторая и третья степень аденоидных вегетаций отмечалась только в основной группе, для 1 степени достоверных различий получено не было. Методом корреляционного анализа проведено сравнение двух групп по вышеперечисленным параметрам. Достоверная прямая сильная корреляционная связь ($r=0,9$) выявлена только для двух критериев: инфекционного индекса и степени гипертрофии небных миндалин.

Выводы. Выявлена прямая сильная корреляционная связь ($r=0,9$) между гипертрофией лимфатического глоточного кольца и инфекционным индексом в

группе часто болеющих детей. Гипертрофия небных миндалин и аденоидов является более выраженной в группе часто болеющих детей ($p<0,05$). Выявленную закономерность можно использовать для построения математической модели патологии лимфатического глоточного кольца у часто болеющих детей дошкольного возраста.

Список литературы.

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. Саратов, 1986.
2. Голюченко О.А. Обоснование метода оценки индивидуальной предрасположенности к острым респираторным инфекциям детей группы диспансерного наблюдения «часто болеющие дети» // Вестник ВГМУ. 2015.Т.14, № 5.С 78-86.
3. Зайков С.В. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии.//Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2012. № 4. С.16-24.
4. Терещенко С.Ю. Периферическая лимфаденопатия у детей: дифференциальная диагностика //ConsiliumMedicum, Педиатрия. 2011. № 4. С. 54-59.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ РУК ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Драговоз И.С., Федорцова Т.П.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Климова Л.Г.

Руки медицинского персонала являются одним из ключевых факторов в передаче патогенных микроорганизмов, в том числе и возбудителей внутрибольничных инфекций (ВБИ). Исходя из этого, следует вывод: дезинфекция рук – один из самых эффективных мер по профилактике ВБИ [7]. Во всех странах мира, даже в самых развитых, дезинфекцию рук применяют не в полной мере, а число ВБИ и резистентность их возбудителей неуклонно возрастает. Поэтому мировая медицинская общественность по-прежнему уделяет большое внимание проблеме обработке рук. По различным источникам, нозокомиальные (внутрибольничные) инфекции ежегодно поражают от 5% до 10% пациентов стационаров, занимая десятое место среди причин смертности [1, 7]. Дезинфекция рук при этом, являясь весьма несложной процедурой, остается первичной мерой по снижению уровня нозокомиальных инфекций, обеспечивая безопасность во всех медицинских учреждениях [3, 5].

Целью исследования являлось изучение влияния антисептических препаратов на количественное содержание представителей микробиоты рук.

Было задействовано 10 студентов медицинского университета 3 курса лечебного факультета в возрасте от 20 до 21 года. В ходе исследования была изучена микробная обсемененность кожи рук после обработки антисептическими препаратами: раствором С-4 «Первомур», дезинфицирующим средством «антисептик Ника» и антибактериальным мылом «Safeguard». Далее использовался метод смыва тампоном с последующим посевом на питательную среду для определения ОМЧ (у каждого исследуемого биотопа). Для выявления бактерий группы кишечной палочки (БГКП) использовалась лактозосодержащая среда Кесслера (термостатирование при температуре 37±1°С, в течении 24 часов) с последующим подтверждением принадлежности выросших микроорганизмов к группе кишечных палочек по морфологическим и культуральным признакам. Со среды Кесслера производился пересев на поверхность плотной среды Эндо. При наличии на среде Эндо типичных колоний из них готовили мазки, окрашивали по Граму и микроскопировали. При отсутствии на среде Эндо типичных для БГКП колоний считали, что руки не загрязнены кишечными палочками.

В результате микробиологического исследования были получены количественные показатели колониеобразующих единиц (КОЕ) до и после применения различных видов дезинфектантов. В ходе исследования было установлено ОМЧ необработанной кожи рук и кожи рук после обработки указанными средствами. Ни в одном из случаев БГКП обнаружены не были.

При обработке рук кожным антисептиком «Ника» среднее значение КОЕ снизилось на 97,9% по сравнению со средним значением КОЕ необработанных рук, что является поводом утверждать о максимальной бактерицидной активности данного препарата среди изучаемых. У 6 из 10 исследуемых препарат показал 100% бактерицидную активность – микроорганизмов на коже рук обнаружено не было.

После обработки рук раствором С-4 «Первомур» среднее значение КОЕ снизилось на 95,7% по сравнению со средним значением КОЕ, обнаруженных на руках без обработки. У 7 из 10 исследуемых была проявлена 100% бактерицидная активность изучаемого препарата.

При изучении микрофлоры рук после обработки мылом «Safeguard» было установлено, что среднее значение КОЕ снизилось на 65,8%. Согласно критериям оценки обсемененности рук микроорганизмами, указанные значения соответствуют критерию «отлично», однако данный препарат показал худшие показатели среди исследуемых препаратов.

Для иллюстрации сравнительного анализа полученных результатов были составлены графики эффективности (рисунок 1). Согласно полученным результатам, очевидно снижение эффективности бактерицидного действия в ряду «кожный антисептик – раствор С-4 «Первомур» – мыло «Safeguard».

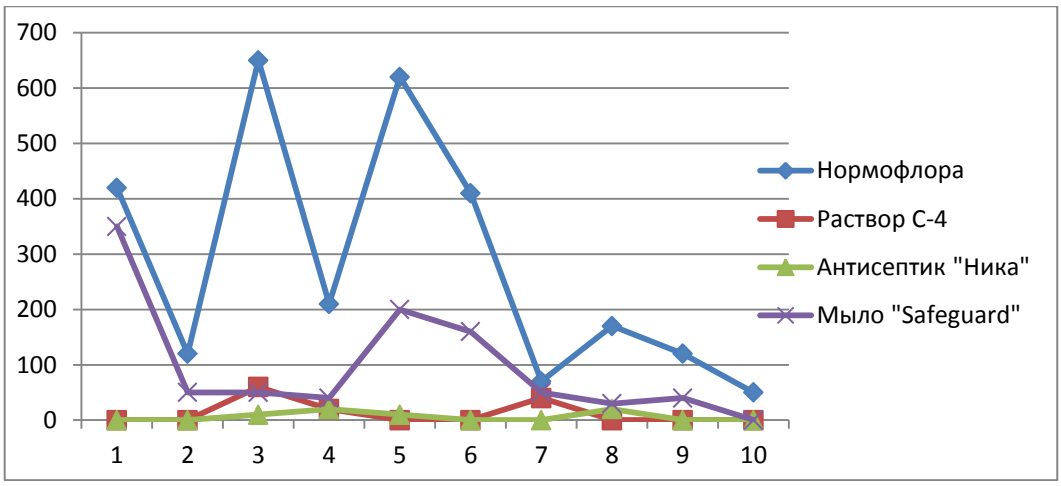


Рисунок 1. Изменение средних значений КОЕ до и после обработки различными средствами очистки рук.

На основе полученных результатов, можно сделать вывод, что лучше всех с бактериальной обсемененностью рук справился кожный антисептик «Ника». Он сократил общую обсемененность рук по сравнению с нормофлорой, взятую за 100% до 2,1%. Его антимикробная эффективность наибольшая – она составила 97, 9% (для сравнения: у раствора С-4 «Первомур» – 95,7%, у антибактериального была «Safeguard» – 65,8%). Это средство в 2 раза лучше справляется с бактериальным загрязнением поверхности рук, чем раствор С-4 «Первомур» и в 16,3 раза лучше, чем мыло «Safeguard».

Бактерицидные свойства мыла в данном случае определяются его поверхностной активностью, а также особенностями способа применения (использования проточной холодной воды). Поэтому данное средство нельзя рассматривать в качестве дезинфектанта при обработке рук медицинского персонала на хирургическом уровне – оно может рассматриваться как средство удаления видимых загрязнений.

Список литературы.

1. Афигенов, Г.Е. Современные подходы к гигиене рук медицинского персонала/Г.Е. Афигенов, А.Г. Афигенова//Российский НИИ Травматологии и ортопедии им. В.Р. Вредина. -2010. -№ 3. -С. 68-77.

2. Джоунз, Р.Д. Действие антибактериального мыла на микрофлору кожи//Вестник дерматологии и венерологии. -2000. № 1. -С. 91-104.

3. Караулов А.В., Быков С.А., Быков А.С. Иммунология, микробиология и иммунопатология кожи. Москва, 2012. С. 331-334.

4. Руководство ВОЗ по гигиене рук в медико-санитарной помощи (пересмотренный проект), резюме. URL: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/HH_master_RU.pdf (дата обращения 04.01.2019)

5. Рембовский, В.Р. Медико-гигиенические аспекты оценки чистоты кожных покровов//Гигиена и санитария. -2008. -№ 2. -С. 36-42.

6. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. СанПиН 2.1.3.2630-10

7. Шандала М.Г. Дезинфекционное дело. 2002. № 3. С. 19-26.
8. Dharan S., Hugonnet S., Sax H., Pittet D. Comparison of waterless hand antisepsis agents at short application times: raising the flag of concern. Infect//Control. Hosp. Epidemiol.-2003.-N 24.-P. 160-164.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКТИВНОСТИ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Ермакова И.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лебедев Ю.И.

Актуальность исследования состоит в необходимости решения одной из сложных проблем современной практической фтизиатрии – оценке активности очагового туберкулеза легких. Ее решение позволит рационально назначать необходимые терапевтические средства для больного и добиваться максимально эффективных результатов [3]. В комплексной оценке активности существенную роль играет рентгенологическое исследование легких, которое учитывает такие признаки активности туберкулеза, как наличие мелкой каверны, воспалительной «дорожки» к корню легкого, распространенности очагов, нечеткостиих контуров и малойинтенсивности [1]. Однако, оценка этих изменений при традиционном рентгенологическом исследовании часто страдает субъективизмом из-за проекционного наслоения сложных анатомических структур и их суммации на рутинных рентгенограммах. Компьютерная томографии (КТ), которая в последние годы все шире используется в практике врачей-диагностов, открывает новые возможности оценки структуры и плотности внутрилегочных патологических теней, однако, их интерпретация требует дальнейшего изучения [2].

Целью исследования является определение диагностического значения структуры и плотности очаговых теней, установленных с помощью компьютерной томографии, для определения активности очагового туберкулеза.

Материалы и методы: рандомизированным способом отобрано 62 больных с очаговыми изменениями в легких, впервые выявленными в ходе проверочной флюорографии. Пациенты были в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе, 34 мужчины и 28 женщин. Комплексное клиническое лабораторное, рентгенологическое (включая компьютерную томографию) и иммунологическое исследование, а также динамическое наблюдение выявили активный туберкулез легких у 46 человек. У остальных изменения в легких представляли неактивные очаговые и рубцовые изменения после спонтанного излечения туберкулеза в прошлом. Компьютерныетомограммы

интерпретировались с участием профессиональных рентгенологов. Оценивались такие рентгенологические признаки активности, как мелкие деструкции в зоне очагов, воспалительные «дорожки», идущие к корню легкого, множественность очагов, нечеткость их контуров и плотность ниже 30 единиц Хаунсфилда (HU).Полученные результаты сравнивались с данными об активности туберкулеза с вычислением индекса корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного обследования у пациентов была обнаружены различная степень связи между перечисленными рентгенологическими признаками, и наличием активности процесса. Максимальная связь установлена между мелкими деструкциями и активностью очагов (r= +0,39, при p=0,001).Мелкие деструкции в зоне очагов при неактивном туберкулезе при тщательном исследовании и анализе других диагностических показателей (анамнеза, наличии пневмосклероза и плевральных спаек) оказались мелкими буллезными изменениями. Примерно такой же была связь между активностью очагов и воспалительной «дорожкой», идущей к корню легкого (r= +0,38, при p=0,002).Дело в том, что у некоторых пациентов с неактивными изменениями в легких «дорожка» имела фиброзный характер и не могла рассматриваться в качестве признака активности. Примерно одинаковой была связь между активностью, множественностью очагов, нечеткостью контуров и степенью их плотности; индекс корреляции был соответственно (r= +0,35, при p=0,004); (r= +0,35, при p=0,004); (r= -0,38, при p=0,001) соответственно.

Выводы. Наиболее тесно связаны с активностью очагового туберкулеза мелкие деструкции туберкулезного происхождения (r= +0,38, при p=0,002). Достоверна связь между активностью туберкулеза и воспалительной «дорожкой», идущей к корню легкого (r=+0,38, при p=0,002). Множественность очагов, нечеткость их контуров и плотность ниже 30 единиц Хаунсфилда (HU) могут служить дополнительными критериями активности очагового туберкулеза легких.

Список литературы.

1. ГельбергИ.С., Вольф С.Б., Алексо Е.Н.и др. Факторы риска развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя//Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2015. № 1. С.17-22.

2. Коломиец В.М. Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления // Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявление: материалы. VIII Съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. Ташкент, 2015. С. 24-35..

3. Тюрин И.Е. Дифференциальная диагностика очаговых изменений в легких при тонкослойной компьютерной томографии //Практическая пульмонология.2009. № 4. С.19-24.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ Н.А. СЕМАШКО»

Ермакова К.В., Каулин В.В., Чугуев А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Белоконова Л.В.

Актуальность исследования состоит в том, что инфекционный мононуклеоз в настоящий момент представляет особый интерес в связи с увеличением заболеваемости у взрослого населения. Инфекционный мононуклеоз – заболевание, вызываемое вирусом Эпштейн – Бара (ВЭБ), характеризуется поражением ретикуло-эндотелиальной системы, лимфоаденопатией, поражением зева и изменениями показателей крови.

Источником инфекции является больной человек или вирусоноситель. Выделение вируса может продолжаться в течение многих месяцев после перенесенной болезни. Пути передачи: воздушно-капельный, контактно-бытовой, трансфузионный [2].

Кардинальными признаками инфекционного мононуклеоза являются: лихорадка (чаще неправильного или ремиттирующего типа), поражение зева (ангина катаральная, фолликулярная, лакунарная, язвенно-некротическая с образованием в ряде случаев фибринозных пленок), гиперплазия лимфатических узлов (увеличение шейных и особенно заднешейных лимфатических узлов). Помимо основного симптомокомплекса могут отмечаться: сыпь – пятнисто-папулезная, геморрагическая, розеолезная, типа потницы (сроки высыпаний различны), одутловатость лица, пастозность век, ринит, диарея.

При инфекционном мононуклеозе наблюдаются изменения в гемограмме. В разгар заболевания появляется умеренный лейкоцитоз ($9\text{-}25*10^9$/л), относительная нейтропения, значительно увеличивается число моноцитов и лимфоцитов, особенно характерно появление в крови атипичных мононуклеаров (до 10-70%) [1]. Многообразие клинических вариантов течения инфекционного мононуклеоза, а также рост инфицированности требуют более углубленного изучения данной проблемы.

Целью исследования является определение клинических особенностей течения и частоты возникновения осложнений при инфекционном мононуклеозе у взрослых больных.

Материалы и методы: проведен ретроспективный клинико-статистический анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ «Областная клиническая инфекционная больница им. Н.А. Семашко» в 2017 году.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлено, что средний возраст больных составил 26,7±1,4 лет, из них 8 пациентов в возрасте 19-30 лет, 1 пациент в возрасте 57 лет. Эпидемический

контакт прослеживался у 1 пациента, течение заболевания средней степени тяжести у всех пациентов.

Подтверждение диагноза основывалось на лабораторной диагностике: появление в общем анализе крови атипичных мононуклеаров (<15%) у 7 пациентов, умеренный лейкоцитоз с преобладанием лимфоцитов и моноцитов у 8 пациентов; серологическое подтверждение (определение IgM к ВЭБ) у всех пациентов. Также необходимо отметить, что у 6 пациентов наблюдалась перекрестная реакция в ИФА с цитомегаловирусной инфекцией и вирусом простого герпеса.

Клинические симптомы:

поражение зева (6 пациентов)– у 4-х катаральная ангина, у 2-х язвенно-некротическая с фибриновыми пленками;

лихорадка (7 пациентов) – у 5 пациентов – фебрильная, длительностью 4 дня, у 2 пациентов субфебрильная длительностью 3 дня;

полилимфоаденопатияу 5 пациентов – увеличены переднешейные, заднешейные, затылочные, подчелюстные лимфатические узлы. Лимфатические узлы плотные, эластичные, не спаяны между собой и с окружающей клетчаткой;

гепатомегалияу 5 пациентов – печень выступает из под реберной дуги в среднем на 2-3 см;

пятнисто-папулезная сыпь у 1 пациента – сыпь локализована на туловище, появилась на 4 день болезни;

спленомегалия у 2 пациентов.

Всем пациентам проводилась стандартная терапия: противовирусные (изопринозин, циклоферон, генферон, интерферон), антибактериальные (цефепим, цефотаксим, амикацин), гипосенсебилизирующие препараты (супрастин, кларитин, лоратадин); гепатопротекторы (карсил, эссенциале форте Н); витаминотерапия (аевит); местное лечение при поражении зева растворами антисептиков (раствор фурациллина, хлорфилипта).

Таким образом, при анализе историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ «Областная клиническая инфекционная больница им. Н.А. Семашко» в 2017 году, можно сделать вывод, что число больных инфекционным мононуклеозом среди взрослого населения увеличилось, заболевание протекало с типичными клиническими симптомами, преимущественно средней степени тяжести, осложнений не наблюдалось. Полученные результаты подтверждают имеющиеся в литературе данные об эпидемиологии и клиническом течении инфекционного мононуклеоза.

Список литературы.

1. Тюняева Н.О., Софронова Л.В. Инфекционный мононуклеоз: этиологические факторы, проблемы диагностики и лечения (научный обзор) // вестник новых медицинских технологий. - 2014. - № 3. - С. 184-190.

2. Шарипова Е.В., Бабаченко И.В. Герпес-вирусные инфекции и инфекционный мононуклеоз (обзор литературы) // Журнал инфектологии. - 2013. - № 2. - С. 5-12.

СОСТОЯНИЕ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ерченко А.В., Козьева В.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванова И.А.

Актуальность исследования состоит в том, что бронхиальная астма (БА) представляет собой одно из самых распространенных хронических заболеваний у взрослых и детей в современном мире. По мнению специалистов ВОЗ, на сегодняшний день число больных бронхиальной астмой в мире превышает 300 млн человек, что составляет около 5% взрослого населения мира. По данным статистики России на 110 тыс. трудоспособного населения ежегодно в среднем 27,2 случаев смерти от бронхиальной астмы [1].

Целью исследования является изучение показателей иммунной защиты слизистой бронхиального дерева у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы: под наблюдением было 58 пациентов со смешанной формой бронхиальной астмы, находившихся на лечении вотделении аллергологии КОКБ города Курска. Главную категорию основали больные в возрасте от 30-36 лет (77,4%). Среди них количество женщин –25 (43%), мужчин – 33 (57%), жители села – 39 (66,9%), города – 19 (33,1%) [3].Для оценки местного иммунитета бронхоальвеолярного дерева проводилась оценка клеточного состава, уровня иммуноглобулинов и цитокинового профиля бронхоальвеолярного смыва (БАС).

Цитологический анализ БАС включил в себя подсчет клеточных элементов: нейтрофилов, лимфоцитов и макрофагов. Уровень иммуноглобулинов и цитокиновый профиль БАС изучали методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждения. Во время исследования спектра сенсибилизации было обнаружено, что у пациентов со смешанной формой бронхиальной астмы, которые проживают в Курском регионе преобладала моносенсибилизация к бытовым аллергенам и поливалентная сенсибилизация в виде сочетания гиперчувствительности к бытовым и пыльцевым аллергенам.

Как известно, прогрессирующее иммунное воспаление, характерной чертой которого является инфильтрация слизистой оболочки бронхиального дерева активированными нейтрофилами, эозинофилами, лимфоцитами, тучными клетками и ремодуляция ретикулярного слоя базальной мембраны альвеол, приводит к развитию гиперчувствительности и гиперреактивности бронхов [3].

В связи с этим был изучен клеточный состав БАС у 58 пациентов. Как можно заметить в таблице 1, в цитограмме БАС преобладали нейтрофилы при небольшом содержании лимфоцитов и макрофагов [2].

Таблица 1. Клеточный состав БАС больных бронхиальной астмой. (M±m)

Клетки	%
Макрофаги	12,16±2,3
Лимфоциты	6,21±1,4
Эозинофилы	9,14±2,5
Нейтрофилы	38,2±2,9

При анализе в бронхоальвеолярном смыве IgA, sIgA, IgM, IgG, было обнаружено уменьшение уровня sIgA в 1,5 раза, основная роль которого состоит в местной защите слизистых респираторного тракта, повышение IgM, IgG-в 2 раза.

Таблица 2. Содержание иммуноглобулинов в БАС больных бронхиальной астмой.

Иммуноглобулины, г/л	Контрольная группа (доноры, n=20)	Основная группа- (n=38)
Ig M	1,1± 0,4	2,6±0,7*
Ig G	12,2±1,3	20,8±2,1*
sIgA	2,3±0,7	1,5±0,3*

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны

Примечание: здесь и в таблице 3 контрольная группа – доноры, основная больные бронхиальной астмой.

При анализе уровня цитокинов в БАС обнаружено повышение содержания ИЛ-1β и ФНО-α в 2 раза (таблица 3).

Таблица 3.Содержание цитокинов в БАС больных бронхиальной астмой.

Цитокины, пкг/мл	Контрольная группа (n=20)	Основная группа (n=38)
ФНОα	48± 1,9	88,9±2,5*
ИЛ-1β	50± 2,1	95,3±2,7*
ИФН-γ	48± 1,5	22,6±1,9*

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны

Повышение содержания ИЛ-1β и ФНО-α в 2 раза, что имеет важное патогенетическое значение. Кроме этого, выявленоуменьшениеИФН-γ в 4 раза, что способствует активации Th-зависимого гуморального ответа [3].

Исходя из выше сказанного можно заметить, что при изучении местного иммунитета бронхиального дерева выявлено изменение клеточного состава цитограммы БАС, в виде преобладания нейтрофилов и эозинофилов при низком содержании лимфоцитов, уменьшение уровня sIgA, а также цитокиновый дисбаланс, который проявлялся повышением содержания ИЛ-1βи ФНО-α и уменьшением ИФН-γ в 4 раза. Полученные в ходе исследования данные имеют важное патогенетическое значение в регуляции избирательной

адгезии эозинофилов в очаге воспаления, развитии поздней фазы аллергической реакции и активации Th2-зависимого иммунного ответа.

Список литературы.

1. Гущин М.Ю., Голованова В.Е., Бархина Т.Г., Польнер С.А. Эпидемиологические и клинико-морфологические аспекты аллергического ринита и бронхиальной астмы у пациентов различного возраста // Российский аллергологический журнал. - 2011. - Т.4, № 1. - С. 97-100.

2. Рябова Л.В., Зурочка А.В., Хайдуков С.В. Местные и системные иммунные механизмы хронического воспаления у больных бронхиальной астмой легкой степени тяжести //Медицинская иммунология- 2009. - Т. 11,№ 2-3. – С.169-176.

3. Иванова И.А., Юдина С.М. Роль факторов врожденного и адаптивного иммунитета в развитии воспалительного процесса при бронхиальной астме // Российский аллергологический журнал. - 2013. - Т. 2., № 2. - С. 118-120.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ CD4 + Т-ЛИМФОЦИТОВ

Заяц А.П.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом ФПКиП

Научные руководители – к.м.н., доцент Бондаренко В.Н., ассистент Левченко К.В.

Актуальность исследования состоит в том, чтопандемия инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) открыла новую эру превалирования возбудителей медленных инфекций как основного фактора заболеваемости и смертности. Наиболее опасной инфекцией является туберкулез (ТБ) [4]. Сочетание ВИЧ и ТБ характеризуется своеобразным течением заболевания с наличием как легочных, так и внелегочных поражений, и тенденции к генерализации процесса [2, 3]. Для Республики Беларусь проблема ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов является чрезвычайно актуальной. Несмотря на положительную динамику заболеваемости ТБ, наблюдается тенденция повышения заболеваемости ВИЧ-ассоциированным ТБ (от 4,3 на 100 тыс. населения в 2012 году до 6,1 на 100 тыс. населения в 2017 г [1].

Целью исследования является выявление различий в течении ВИЧ-ассоциированного туберкулеза между пациентами с содержанием CD4+Т-лимфоцитов в крови более 200 клеток/мкл, и, соответственно, менее 200 клеток/мкл.

Материалы и методы: ретроспективно были изучены 60 историй болезни пациентов, страдающих ВИЧ-ассоциированный туберкулезом. Из них 29

человек имело на момент лечения в стационаре более 200 клеток/мклCD4+ Т-лимфоцитов (далее – первая группа), а 31- менее 200 клеток/мкл (далее – вторая группа). Оценивались такие критерии, как половозрастной состав, социальные и медицинские факторы риска, клинико-рентгенологическая характеристика туберкулеза, данные лабораторных исследований. Диагноз ТБ у 100% пациентов подтвержден различными методами идентификации возбудителя ТБ. Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica6.0». Данные представлены как M±m. Для оценки частот признаков между группами использовался точный критерий Фишера. Различия считали достоверными при p <0,05.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования выявлено, что в первой группе средний возраст пациентов составлял 41,0±5,3 лет, работу не имели 65,5% исследованных. Впервые выявленных пациентов с ТБ было 19 человек (65,5%). Средняя длительность течения туберкулеза в данной группе составляла 38,9±14,9 месяцев, а ВИЧ-инфекции- 87,4±15,9 месяцев. В стационаре проведено в среднем 92,7±29,0 дня. В данной группе 3-я стадия ВИЧ-инфекции диагностирована у 86,2%, а 4-я – у 13,8%. При этом антиретровирусная терапия (АРТ) проводилась у 86,2% исследуемых.

Во второй группе средний возраст пациентов составлял 45±6,1 лет, работу не имели 90,3% пациентов. Пациенты с впервые диагностированным ТБ – 25 (80,6%) человек (p=0,13). Средняя длительность течения туберкулеза составила27,5±6,9 месяцев, а ВИЧ-инфекции- 77,4±20,0 месяцев. В стационаре проведено в среднем 108,9±31,0 дня. ВИЧ-инфекция находилась на 3 стадии у 54,8%, на 4-ой – у 45,2% исследованных. АРТ-терапия проводилась у 64,2%.

Таким образом, исследуемые пациенты в обеих группах статистически не отличалисьпо возрасту, длительности туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В настоящее время характерен высокий уровень охвата пациентов АРТ терапией (p=0,07).

Далее представлены данные о частоте встречаемости основных жалоб, предъявляемых пациентами при поступлении (таблица 1):

Таблица 1. Жалобы пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ

Жалобы	CD4 + более 200 клеток/мкл N (%)	CD4 + менее 200клеток/мкл N (%)	Точный критерий Фишера, P
слабость	10 (34,5%)	15 (48,4%)	0,3
лихорадка	6 (20,7%)	15 (48,4%)	0,032*
похудание	9 (31,0%)	16 (51,6%)	0,12
боли в груди	3 (10,3%)	6 (19,4%)	0,47
одышка	5 (17,2%)	5 (16,1%)	1,0
кашель с мокротой	8 (27,6%)	8 (25,8%)	1,0
дефицит массы тела	10 (34,5%)	17 (54,8%)	0,12

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны

Таким образом, клиническое течение ТБ у пациентов обоих групп характеризовалось острым началом и выраженной клиникой с преобладанием интоксикационного синдрома.

Что касается объема поражения легких, то у исследуемых лиц первой группы частота встречаемости поражения до двух сегментов- 21,0%, до доли- 34,5%, одного легкого- 3,5%, обоих легких- 41,4%. Поражение внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) встречается в 6,9%. Во второй группе частота встречаемости поражения до двух сегментов- 6,5% (p=0,13), до доли- 16,1% (p=0,13), одного легкого- 3,2% (p=0,9), обоих легких- 74,2% (p=0,01). Поражение ВГЛУ- 29,0% случаев (p=0,04). При этом очаги деструкции встречаются в первой группе с частотой 37,9%, во второй- 45,2% случаев (p=0,61).

В первой группе течение туберкулеза осложнялось туберкулезным менингитом в 3,5% случаев, а туберкулезным плевритом – в 2 (6,9%) случаях. Во второй группе туберкулезный менингит развился в 3,2%, туберкулезный плеврит – в 9 случаях (29,0%), что статистически значимо выше (p=0,04).

Как видно, у пациентов второй группы отмечается статистически значимый более высокий удельный вес поражения обоих легких, осложненный поражением ВГЛУ и плевры. Структура клинических форм ТБ представлена в таблице 2:

Таблица 2. Структура клинико-рентгенологических форм ВИЧ-ассоциированного ТБ

Форма туберкулеза	CD4+ более 200клеток/мкл (N,%)	CD4+ менее 200клеток/мкл (N,%)	Точный критерий Фишера, P
Очаговый	3 (10,3%)	1 (3,2%)	0,35
Инфильтративный	16 (55,2%)	14 (45,2%)	0,6
Диссеминированный	6 (20,7%)	7 (22,6%)	1,0
Милиарный	1 (3,5%)	2 (6,5%)	1,0
Фиброзно-кавернозный	1 (3,5%)	0 (0%)	0,48
Туберкулезный плеврит	0 (0%)	2 (6,5%)	0,49
ТВГЛУ	1 (3,5%)	7 (22,6%)	0,053
Туберкулома	1 (3,5%)	1 (3,2%)	0,48
Генерализованный	6 (20,6%)	13 (41,9%)	0,09

Выводы. Клиническое течение ВИЧ–ассоциированного туберкулеза характеризуется выраженной симптоматикой с преобладанием интоксикационного синдрома. В структуре клинических форм преобладают двусторонние распространенные процессы с сопутствующим поражением плевры и внутригрудных лимфатических узлов. Не выявлено изменения структуры клинико-рентгенологических форм туберкулеза при снижении CD4+ Т-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл.

Список литературы.

1. Бедрицкая Н.А., ДубинаМ.А. Анализ заболеваемости туберкулезом населения Республики Беларусь (2012–2017 годы) // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века = Sakharovreadings 2018 : environmentalproblemsofthe XXI century : материалы 18-й международной научной конференции, 17–18 мая 2018 года., город Минск, Республика Беларусь : в 3 ч. / Междунар. гос. экол. ин-т им. А.Д. Сахарова Бел. гос. ун-та; редкол. : А.Н. Батян [и др.] ; под ред. д-ра ф.-м.н., проф.С.А. Маскевича, д-ра с.-х. н., проф. С.С. Позняка. – Минск : ИВЦ Минфина. 2018. Ч. 1. С. 207-208.

2. Корж Е.В. Клинико-морфологические характеристики туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных лиц// Университетская клиника. 2016. Т. 12. № 3. С. 30-32.

3. МишинВ.Ю. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных // Справочник поликлинического врача. 2010. № 7. С. 15-18.

4. Global tuberculosis report 2018 // WHO/HTM/TB/2018.20. - Geneva, World Health Organization. 2018. 265 P.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЛЛИНОЗОМ

Зюкина В.А., Тарабрина О.В, Коршикова О.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – ассистент Тарабрина О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что одной из главных медико-социальной проблемой современного здравоохранения является ежегодный рост аллергопатологии. В Курской области поллиноз является широко распространенным заболеванием, особенно в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой. В настоящее время наиболее эффективным методом лечения поллиноза является аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) [2,3]. Однако, у пациентов, страдающих поллинозом эффективность АСИТ неодинакова.

Целью исследования является изучение региональных особенностей и оценка эффективности АСИТ у больных поллинозом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 112больных с поллинозом в стадии обострения в возрасте от 20 до 35 лет (средний возраст 26,1±4,25 года). Диагноз ставили на основании клинических данных, результатов кожных скарификационных тестов и риноскопии [5].

Сенсибилизацию у обследуемых пациентов определяли методом кожных скарификационных тестов с аллергенами для диагностики и лечения (ФГУП НПО «Микроген» Минздрава России город Ставрополь, ОАО «Биомед» им. И.И. Мечникова Московская область). Оценку результатов кожного тестирования проводили в соответствии со шкалой оценки скарификационных кожных проб.

Результаты и обсуждения. При анализе возрастной структуры, наибольшее количество составили пациенты от 20 до 25 лет (45,5%). Среди обследованных пациентов отмечено преобладание лиц мужского пола – 74 (66%), женщин – 38 (34%).

В клинической картине жалобы на выраженную назальную обструкцию отмечали 83% пациентов с поллинозом, умеренная назальная обструкция беспокоила только 17%. Преобладание профузной ринореи отмечалось у 45,5% больных, умеренной ринореи – у 49,1%, отсутствие ринореи наблюдалось только у 5,4% больных. Чихание и зуд в носу отмечалось у всех пациентов.

По результатам кожных скарификационных тестов выявили поливалентную сенсибилизацию. При детальном анализе спектра сенсибилизации у 47,3% наблюдалась выраженная сенсибилизация к пыльце деревьев (преимущественно к пыльце березы – 42,9%, лещины – 18,8%), среди трав – к пыльце полыни (67%), амброзии (66%), лебеды (46%). На другие аллергены сенсибилизация была умеренная или минимальная.

По данным литературы АСИТ является эффективным способом лечения, воздействующего на патогенетически значимые звенья аллергического воспаления и приводящего к формированию толерантности к этиологически значимому аллергену [1,4,6]. Данный метод лечения приводит к уменьшению или полному исчезновению клинических симптомов заболевания, стойкой ремиссии после лечения, профилактике расширения спектра сенсибилизации и предупреждению развития сопутствующей аллергопатологии.

При проведении ретроспективного анализа амбулаторных карт 50 пациентов с поллинозом, получивших АСИТ пыльцевыми аллергенами, стойкая ремиссия в среднем от 5 до 7 лет наблюдалась у 83% пациентов. Уменьшение выраженности и/или длительности клинических проявлений, а также снижение потребности в использовании лекарственных препаратов наблюдалось практически у всех пациентов (88%). Однако у 12% больных АСИТ оказалась малоэффективной, что, вероятно, было связано с недостаточно четким подбором аллергенов (с учетом выраженности степени сенсибилизации), сопутствующим наслоением на фоне лечения рецидивирующих острых респираторных вирусных инфекций, нарушением гипоаллергенного быта и диеты. Установлено, что у 81% пациентов высокий клинический эффект отмечался после проведения более 3 курсов АСИТ пыльцевыми аллергенами, тогда как у 62% больных поллинозом

положительный эффект отмечался после 1-3 курсов. Однако около 10% пациентов прекращали лечение по различным причинам после первого года терапии.

Таким образом, региональными особенностями сенсибилизации пациентов с поллинозом является гиперчувствительность к пыльце березы, полыни и амброзии. После проведения АСИТ пыльцевыми аллергенами стойкая ремиссия в среднем от 5 до 7 лет наблюдалась у 83% пациентов и только у 12% она оказалась малоэффективной. Высокий клинический эффект отмечался у пациентов, получивших более 3 курсов АСИТ.

Список литературы.

1. Коровкина, У.С. Стандартные подходы к диагностике и лечению аллергического ринита / У.С. Коровкина, О.М. Курбачева, Н.И. Ильина // Российский аллергологический журнал. - 2005. - № 3. - С. 21-26.

2. Лопатин, А.С. Эпидемиология аллергического ринита в России и в мире / А.С.Лопатин, Н.Д.Чучуева //Российский аллергологический журнал. - 2013. - № 2. - С.3-11.

3. Новиков Д.К., Новиков П.Д., Карпук И.Ю., Смирнова О.В., Выхристенко Л.Р., Величинская О.В. Новые методы диагностики и лечения аллергии // Аллергология и иммунология. - 2015. - Т. 16, № 4. - С. 334-339.

4. Симбирцев А.С. Цитокины в иммунопатогенезе и лечении аллергии // Рос. Аллергол. Журн. – 2007. - № 1. - С. 5-19.

5. Тарабрина О.В. Состояние факторов системного и местного иммунитета у больных сезонным аллергическим ринитом / О.В. Тарабрина // VIII Конференция молодых ученых РМАНПО с международным участием «Горизонты медицинской науки». – М., 2017. – Т. II. - С. 191-192.

6. Monteseirin J. Neutrophils and asthma // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. – 2009. – Vol. 19, N 5. – P. 340-354.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МУКОЗНОЙ МИКРОБИОТЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

Колупаев Н.С., Свищева М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Научный руководитель − ассистент Мухина А.Ю.

Актуальность исследования состоит в появлении в настоящее время новых сообщений, касающихся взаимосвязи кишечной микробиоты и заболеваний человека, а также распространением более точных методов диагностики и формированием открытых баз данных, в которых регистрируется информация о генетическом составе и функциях микробиоты. В частности, появляется все больше достоверной информации об изменении

резидентной микрофлоры под влиянием стресса, одной из главных проблем современного общества. Реализация патологического влияния стрессовых ситуаций осуществляется через кишечно-мозговую ось и является разрешающим фактором для развития воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта [1].

Целью исследования является анализ частоты встречаемости представителей мукозной микробиоты толстой кишки крыс в условиях иммобилизационного стресса.

Материалы и методы: эксперимент проводили на 26 крысах «Вистар» массой 250-280 г, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа являлась контрольной (интактные животные), животных 2-й группы помещали ежедневно на 2 часа в камеры малого объема без доступа к пище и воде, моделируя иммобилизационный стресс. На момент выполнения эксперимента все животные были здоровыми, изменений поведения, аппетита, режима сна и бодрствования не выявлено. Хронический иммобилизационный стресс моделировали, помещая крыс в индивидуальные тесные пластиковые боксы с отверстиями для вентиляции, ежедневно, на 2 часа. Временной промежуток, в течение которого проводили иммобилизацию, составлял 14 дней. По истечении указанного срока животных выводили из эксперимента обескровливанием под эфирным наркозом. Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты и обсуждения. Кишечная микробиота представляет собой множество различных видов микроорганизмов, населяющих кишечник человека. Это более 50 родов и более 500 видов бактерий, количество которых в ЖКТ человека превышает 10^{14}, что на один порядок больше числа клеток человеческого организма. Однако, на состав резидентной микрофлоры оказывают влияние многие факторы, вызывая при этом смену доминирующих видов и изменение их частоты встречаемости [2].

В результате работы был проведен анализ мукозной микробиоты толстой кишки, в результате которого было выявлено наличие характерных особенностей частоты встречаемости облигатных и условно-патогенных микроорганизмов (таблица 1).

Таблица 1. Анализ частоты встречаемости представителей мукозной микробиоты толстой кишки крыс в условиях иммобилизационного стресса,%

	Группы животных	
	Контроль (интактные крысы)	Иммобилизационный стресс
Lactobacillus spp.	100±0	100±0
Bifidobacterium spp.	100±0	100±0
E.coli с норм. фермент. актив.	100±0	100±0
E.coli со сниж. фермент. актив.	23±11,67	69±12,83*
Enterobacter spp.	0	46±13,82**

Citrobacter spp.	0	31±12,83**
Proteus spp.	0	69±12,83**
Klebsiella spp.	15±9,90	85±9,90**
Morganella spp.	23±11,67	54±13,82
Acinetobacter spp.	0	54±13,82**
Enterococcus spp.	23±11,67	15±9,90
Staphylococcus (коагулазоотр.)	46±13,82	100±0**
Staphylococcus aureus	0	38±13,46*

* – p≤0,05 различия между группами статистически достоверны

** – p≤0,01 различия между группами статистически достоверны

Оценка частоты встречаемости облигатных микроорганизмов у иммобилизированных животных полное соответствие показателям контрольной группы. На основании этого можно сделать вывод, что иммобилизация данной длительности, является недостаточным стрессорным фактором для значительного изменения численности представителей группы облигатных микроорганизмов.

Анализ численности факультативной микробиоты толстого кишечника выявил существенные различия по сравнению с контролем. Исследование показало, что иммобилизационный стресс привел к повышению частоты встречаемости нескольких родов микроорганизмов. Выявлено значительное повышение Klebsiella spp. на 70% (с 15±9,90% до 85±9,90%), а также повысилась численность Morganella spp. с 23±11,67% до 54±13,82% и E.coli со сниженной ферментативной активностью с 23±11,67% до 69±12,83%.

При этом, частота встречаемости рода Staphylococcus (коагулазоотрицательные) возросла до показателей, соответствующих частоте облигатных микроорганизмов (100±0%).

Выводы. В результате работы выявлено, что иммобилизация, являясь стрессорным фактором, приводит к нарушению состава микробиоты, что выражается в изменении соотношения факультативных микроорганизмов. Вместе с тем, частота встречаемости облигатных микроорганизмов не изменяется.

Список литературы.

1. Бондаренко В.М., Рябиченко Е.В. Патогенетические механизмы и приципы терапии заболеваний, связанных с нарушением взаимосвязей кишечно-мозговой оси // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН (электронный журнал). 2013. № 4. С. 1-15.

2. Кожевников А.А., Раскина К.В., Мартынова Е.Ю. и др. Кишечная микробиота: современные представления о видовом составе, функциях и методах исследования // Русский медицинский журнал. 2017. Т.25, № 17. С. 1244-1247.

ОЦЕНКА ДЕЙСТВЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ВЫЗВАННОЙ SAL.ENTERITIDIS

Комиссарова А.Ю., Сорокин А.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Тумаш О.Л.

Сальмонеллез – кишечное зооантропонозное заболевание, вызываемое микроорганизмами рода сальмонелл, характеризующееся при манифестном течении отчетливо выраженной интоксикационной и гастроинтестинальной симптоматикой, а также возможностью развития в некоторых случаях генерализованной формы [2].

Актуальность исследования состоит в том, что сальмонеллез является актуальной проблемой здравоохранения для всех стран без исключения: это миллионы случаев заражения и тысячи смертей в год по всему миру [1].

Нерациональное использование химиотерапевтических препаратов и применение одинаковых препаратов при различных патологиях обуславливает возникновение у разнородных микроорганизмов резистентности, что диктует условия о необходимости постоянного определения степени влияния антибактериальных препаратов на возбудителей, против которых их применяют [4].

В современных протоколах лечения инфекционных заболеваний, при локализованных формах сальмонеллезах, в качестве этиотропной терапии рекомендовано использовать следующие препараты: ципрофлоксацин, цефтриаксон, цефотаксим. В качестве антибиотика резерва – хлорамфеникол [3].

Целью исследования является изучение чувствительности Sal.enteritidis к основным антибактериальным препаратам, рекомендованным для лечения сальмонеллезов в настоящее время, микробиологическое обоснования выбора химиотерапевтических препаратов для лечения острых кишечных инфекций, вызванных Sal.enteritidis.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ изучения чувствительности Sal.enteritidis к большинству применяемых антибактериальных препаратов за период 2014-2015, 2017-2018 годов. Было исследовано 354 пациента, 3396 культур. Работа проводилась на базе бактериологической лаборатории УЗ «ГОКИБ». Выполнение исследования, учет и интерпретация результатов проводилась в соответствии со стандартом NCCLS M2-A7 [5]. Для проверки тенденции увеличения чувствительности микроорганизма со временем была применена модель линейной регрессии с проверкой достоверности с помощью теста Стьюдента. Статистический уровень достоверности приемлемый (<0,05). Расчет и систематизация были проведены с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В ходе проведения исследования было выявлено, что Sal.enteritidis чувствительна ко всем антибиотикам,

предложенным в качестве этиотропной терапии. Рассмотрим более детально чувствительность Sal.enteritidis к каждому из предложенных препаратов.

Рисунок 1. Процент чувствительных культур Sal.enteritidis к различным препаратам

К ципрофлоксацину (p>0,05) наблюдается самая высокая чувствительность, которая составляет 100% в период с 2014 по 2017 года. Однако в 2018 году наблюдается тенденция к снижению эффективности до 95,87%.

При анализе действенности цефтриаксона (p>0,05) мы можем наблюдать, что данный препарат в каждом году наблюдения показывает хорошие результаты: количество чувствительных штаммов к данному химиотерапевтическому препарату в 2018 году составило 92,57%. Цефотаксим (p>0,05) слабее других из анализируемых антибиотиков действует на Sal.Enteritidis. В 2018 году лишь 40% из всех культур реагировали на данный препарат (рисунок 1).

Рисунок 2. Сравнение эффективности цефалоспоринов между собой

Если сравнивать химиотерапевтические препараты группы цефалоспоринов между собой, то можно заметить, что эффективность цефтриаксона чуть выше, чем у цефотаксима, а значит, эффект при его применении при данной патологии будет лучше (рисунок 2).

Также в 2018 году впервые было проведено микробиологическое определение чувствительности Sal. enteritidis к препарату хлорамфениколу. Частота встречаемости восприимчивых культур к данному антибиотику

составила 94,45%, что свидетельствует о высокой эффективности и возможности его применения как препарата резерва.

Выводы. В результате динамического анализа микробиологических исследований за промежуток 2014-2015, 2017-2018 года было установлено, что большинство Sal.enteritidis чувствительны к основным антибактериальным препаратам, рекомендованных к использованию при лечении острых кишечных инфекций, вызванных Sal.enteritidis. Со временем, ни один из препаратов статистически достоверно не увеличивает свою эффективность по отношению к данной сальмонелле. Препарат из группы цефалоспоринов – цефотаксим, имеет наименьший процент чувствительных к нему культур, порядка 40% в исследованиях 2018 года, что свидетельствует о возможном ограничении применения этого препарата. К цефтриаксону чувствительны 92,57% культур, из чего можно судить о его высокой эффективности. Ципрофлоксацин лучше других препаратов подавляет рост Sal.enteritidis, чувствительность составила порядка 95,87%. Применение этого антибиотика наиболее обосновано в качестве этиотропной терапии острых кишечных инфекций, вызванных Sal.enteritidis.

Список литературы.

1. Егорова, С.А., Макарова, М.А., Забровская, А.В., и др. Многообразие меха-низмов антибиотикорезистентности сальмонелл // Инфекция и иммунитет. 2011. Т. 1, № 4. С. 303-310.

2. Иванов, А.С. Современные представления об антибиотикорезистентности и антибактериальной терапии сальмонеллезов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2009. Т. 11, № 4. - С. 305-326.

3. Постановление МЗ РБ от 13 декабря 2018 года № 94//Национальный право-вой интернет-портал РБ, 31.01.2019, 8/33724.– С29.

4. Сайт Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: www.who.int. Дата доступа: 28 февраля 2019 года

5. Тапальский, Д.В., Осипов, В.А. Серотипирование и резистенотипирование сальмонелл в эпидемиологическом надзоре за сальмонеллезной инфекции// Инструкция по применению. Минск, 2007. –С3.

СОСТОЯНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ И ВВЕДЕНИИ НЕЙРОПЕПТИДА СЕЛАНКА

Коптева Л.А., Шевченко Н.Е.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Научные руководители – ассистент Мухина А.Ю., к.м.н., ассистент Шевченко А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в международной классификации болезней дисбиоз и его формы не выделяются в отдельную нозологическую единицу, но невозможно отрицать весомый вклад нарушений состава микробиоты организма в этиологию и патогенез различных заболеваний. Наибольшее содержание микроорганизмов обнаруживается на апикальной поверхности эпителия толстой кишки, в связи с чем те или иные отклонения биомассы или биоразнообразия довольно быстро и значительно оказывают влияние на её функции [1, 3].

Стресс может привести к нарушению баланса кишечной микробиоты, которое осуществляет системное влияние на макроорганизм. Поэтому коррекция стресс-ассоциированного дисбиоза неотъемлема без нормализации психоэмоционального состояния пациента, которую предлагается проводить с применением нового класса лекарственных препаратов – регуляторных нейропептидов [2, 5].

Целью исследования является изучение влияния нейропептида селанка на состояние пристеночной микрофлоры толстой кишки лабораторных животных при хроническом иммобилизационном стрессе.

Материалы и методы: экспериментальные животные (крысы Вистар) массой 250-280 г были разделены на три группы по 13 особей в каждой. Первая группа представлена животными, которым вводили физиологический раствор, животным второй группы вводили физиологический раствор и моделировали иммобилизационный стресс, животным третьей группы вводили селанк и моделировали иммобилизационный стресс. Животные содержались в помещении при температуре воздуха 22-24°С, световом режиме 12 часов – свет, 12 часов – темнота и получали стандартный гранулированный корм и воду в свободном доступе с соблюдением всех правил и Международных рекомендаций Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых при экспериментальных исследованиях (1997), «Руководства по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ» (Москва, 2005).

Пептид растворяли в изотоническом растворе хлорида натрия и вводили экспериментальным животным парентерально (внутрибрюшинно) в дозе 250 мкг/кг массы тела за 15 минут до начала стрессорного воздействия в объеме, полученном из расчета 1 мл на 1 кг массы тела. Контрольным животным вводили эквивалентные объемы физиологического раствора.

Хронический иммобилизационный стресс моделировали, помещая крыс в индивидуальные тесные пластиковые боксы с отверстиями для вентиляции, ежедневно, на 2 часа [4]. Временной промежуток, в течение которого проводили иммобилизацию, составлял 14 дней. По истечении указанного срока животных выводили из эксперимента обескровливанием под эфирным наркозом. Количественное и качественное исследование мукозной микрофлоры толстого кишечника мышей проводили по методике Л.И. Кафарской и В.М. Коршунова.

Результаты и обсуждение. Количественный состав микрофлоры толстой кишки крыс в группе «физиологический раствор + иммобилизационный стресс» характеризовался снижением численности доминантных представителей мукозной микрофлоры и повышением численности условно-патогенных микроорганизмов (таблица 1).

Таблица 1. Количественный состав мукозной микрофлоры кишечника крыс после введения селанка (lgKOE/г, M±m)

Группа / Выделенные микроорганизмы	Контроль без стресса n=13	Стрессированные животные	
		Контроль n=13	Введение селанка в дозе 250 мкг/кг n=13
Lactobacillus spp.	14,12±0,36	$9,33±0,34^{xx}$	$13,67±0,5^{**}$
Bifidobacterium spp.	14,03±0,29	$8,8±0,34^{xx}$	$14,01±0,4^{**}$
E.coli с нормальной ферментативной активностью	5,46±0,2	$4,3±0,3^{xx}$	$5,66±0,37^{**}$
E. coli со сниженной ферментативной активностью	0,60±0,41	$2,78±0,64^{x}$	1,82±0,58
Enterobacter spp.	0	$2,73±0,66^{xx}$	$0,56±0,39^{**}$
Citrobacter spp.	0	$1,6±0,51^{xx}$	0^{**}
Proteus spp.	0	$3,14±0,63^{xx}$	$0,92±0,49^{*}$
Klebsiella spp.	0,98±0,43	$4,65±0,53^{xx}$	2,71±0,49
Morganella spp.	1,51±0,48	2,16±0,5	1,09±0,58
Acinetobacter spp.	0	$1,46±0,56^{xx}$	0^{*}
Enterococcus spp.	1,09±0,22	0,78±0,42	1,57±0,69
Staphylococcus (коагулазоотрицательные)	1,71±0,63	$5,64±0,4^{xx}$	$2,71±0,73^{**}$
Staphylococcus aureus	0	$2,02±0,47^{xx}$	0^{**}

^{x}- p≤0,05 по сравнению с группой «физиологический раствор»,

^{xx}- p≤0,01 по сравнению с группой «физиологический раствор»,

* – p≤0,05 по сравнению с группой «физиологический раствор + иммобилизационный стресс»,

** -p≤0,01 по сравнению с группой «физиологический раствор + иммобилизационный стресс».

При введении селанка и последующем моделировании стресса (группа «селанк + иммобилизационный стресс») было зарегистрировано увеличение численности доминантных представителей мукозной микрофлоры толстой кишки животных и снижение численности условно-патогенных микроорганизмов (таблица 1).

Изучение качественного и количественного состава микробиоценоза толстой кишки крыс, которым вводили физиологический раствор и моделировали иммобилизационный стресс, позволило установить снижение численности доминантных представителей микрофлоры на фоне увеличения условно-патогенных. Подобные изменения свидетельствуют о подавлении местного иммунитета при стрессорном воздействии и создании неблагоприятных условий для нормальной микрофлоры.

Полученные в ходе эксперимента данные демонстрируют, что нейропептид селанк оказывает благоприятное воздействие на качественный и количественный состав микробиоты толстой кишки. При введении селанка животным, подвергавшихся стрессу, наблюдалось увеличение численности доминантных представителей микрофлоры контрольных животных, а также уменьшение числа условно-патогенных микроорганизмов. Полученные результаты свидетельствуют о повышении устойчивости организма крыс к стрессу и его последствиям под воздействием селанка.

Выводы. Таким образом, состав микрофлоры стрессированных животных после введения селанка численно приблизился к составу микробиоты животных, не подвергавшихся воздействию стресса. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что нейропептид селанк может успешно применяться не только для повышения устойчивости к стрессу, но и для коррекции дисбиоза толстой кишки, спровоцированного стрессом.

Список литературы.

1. Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника»: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 года № 231 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.zakonprost.ru/content/base/61570 (дата обращения 2.12.2018).

2. Адаптогенная активность семакса и селанка: экспериментальное исследование / А.К. Петровский, А.Ю. Петровская, М.В. Косенко [и др.] // Медицинский альманах. – 2017. – № 1. – С. 114–118.

3. Бондаренко, В.М. Кишечно-мозговая ось. Нейронные и иммуновоспалительные механизмы патологии мозга и кишечника / В.М. Бондаренко, Е.В. Рябиченко // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2013. – № 2. – С. 112–120.

4. Влияние иммобилизации на показатели стресс-реакции у крыс и собак / Т.А. Томова, Е.Ю. Просекина, Т.А. Замощина [и др.] // Вестник Томского государственного университета. Биология. – 2014. – № 1. С. 183–198.

5. Оптимизация тревожных расстройств пептидным препаратом селанк / В.Э. Медведев, О.Н. Терещенко, Н.В. Кост [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 6. – С. 133–140.

РОЛЬ КЛЕТОК АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА В РАЗВИТИИ ПВИ

Кошелева А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра клинической иммунологи, аллергологии и фтизиопульмонологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Архипова А.В.

Актуальность исследования папилломавирусной инфекции (ПВИ) обусловлена высокой контагиозностью вируса папилломы человека (ВПЧ), повсеместным распространением и онкогенным потенциалом возбудителя инфекции. Ведущую роль в этиологии ПВИ играет иммунная система. Научно доказано, что при ПВИ развиваются нарушения различных факторов иммунной системы, и, в первую очередь, недостаточность специфического адаптивного клеточного иммунитета. Лечение до настоящего времени остается сложной задачей, так как в организме развиваются выраженные, глубокие изменения, которые с большей вероятностью приводят к цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) и раку шейки матки [2].

Целью исследования является изучение динамики изменения популяционного состава лимфоцитов периферической крови у женщин с различными клиническими формами ПВИ.

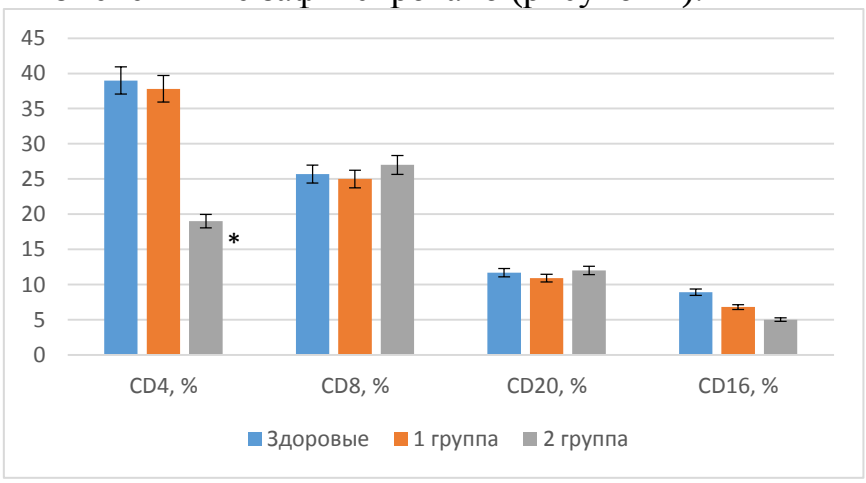
Материалы и методы: нами были изучены результаты обследования28 женщин, разделенных на 2 группы. В1 группу включены 13 пациенток с ПВИ без клинических проявлений, 2 группу составили 15 больных с проявлениями – цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1-2 степени. Для сравнительного анализа мы изучили показатели иммунного статуса 11 здоровых женщин.

ПВИ были выполнены необходимые исследования, включавшие кольпоскопический метод, цитологическое обследование соскоба с измененных клеток слизистой оболочки и гистологическое исследование биоптата, а также обнаружение ДНК высокоонкогенных папиллома вирусов в цервикальном секрете методом ПЦР. Группы пациенток были сопоставимы по возрасту и характеру патологического процесса.

Определение субпопуляций лимфоцитов периферической крови (CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, HLA-DR, CD95) проводилось методом проточной цитофлуометрии в иммунологической лаборатории [1].

У обследованных пациенток преобладали ВПЧ 18 типа (72%), ВПЧ 16 типа определялся у 17% женщин и ВПЧ 33 типа – у 11%.

При исследовании фенотипа лимфоцитов выявлены нарушения в клеточном звене иммунитета. Так количество CD4+ лимфоцитов было достоверно снижено (в 2 раза) у больных 2 группы с клиническими проявлениями ПВИ (ЦИН 1-2 степени), при этом у пациенток 1 группы существенных изменений не зафиксировано (рисунок 1).

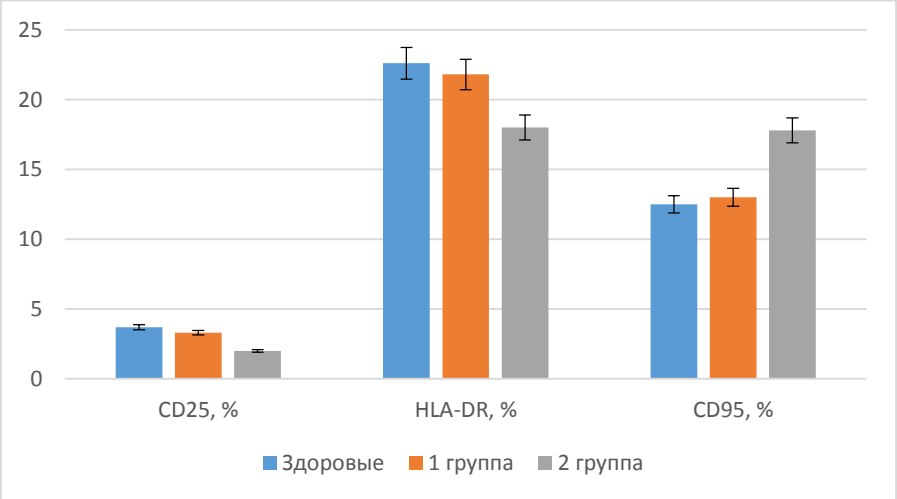


*- p<0,05, по сравнению с донорами и 1 группой

Рисунок 1. Фенотипические особенности лимфоцитов периферической крови у женщин с ПВИ.

УровеньCD8+ и CD20+ у женщин 1 и 2 групп были в пределах нормы.

Среди факторов противовирусной и противоопухолевой защитыважная роль принадлежитNK-клеткам (CD16+), по данным ряда автором установлено, что развитие онкологических заболеваний и утяжеления течения вирусных инфекцийсопровождается их снижением [3]. Нами выявлено достоверное снижение количества CD16+ лимфоцитов у женщин с клиническими признаками ПВИ (2 группа) в сравнении со здоровыми показателями, так и с показателями больных с бессимптомным течением ПВИ (рисунок 1).



*- p<0,05, по сравнению с донорами и 1 группой

Рисунок 2. Экспрессия активационных маркеров лимфоцитами периферической крови у женщин с ПВ

Известно, что нарушения в иммунной системе могут быть связаны не только с изменением количества клеток, но и с их функциональной активностью [4]. Одним из ключевых медиаторов активирующих иммунные клетки является интерлейкин-2. Цитокины способны воздействовать на клетки, экспрессирующие высокоаффинные рецепторы, рецептором к ИЛ-2 является CD25. Достоверное снижение количестваCD25+ клеток наблюдается у женщин 2 группы, это может свидетельствовать о снижении пролиферации и дифференцировки лимфоцитов, ответственных за противовирусный иммунитет.

HLA-DR – антиген MHC II класса, участвующий в представлении антигена Т-хелперам и их активации, является маркером активированных Т-лимфоцитов. Установлено, что уровень HLA-DR+ клеток снижен в 1,3 раза у пациенток с ЦИН (рисунок 2).

Основным маркером негативной активации лимфоцитов являетсяCD95 – маркер индукторного фактора апоптоза. Усиление экспрессии может связано с воздействием супрессивных факторов, которые синтезируются опухолевыми клетками. Уровень CD95+ лимфоцитов в группе 2выше контрольного значения в 1,4 раза, что свидетельствует об усиленном разрушении клеток иммунной системы (рисунок 2).

Таким образом, клетки адаптивного иммунитета играю важную роль в патогенезе ПВИ, а определение фенотипов лимфоцитов в периферической крови может применяться для оценки тяжести процесса.

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что у женщин с ЦИН 1-2 степени выявляются более выраженные нарушения в иммунной системе, чем при латентной форме ПВИ, связанные с развитием дефицита клеток иммунной системе, а также процессов их позитивной и негативной активации.

Список литературы.

1. Бочкарев Е. Г., Сергеев Ю.В. Молекулярные методы в диагностике и профилактике папиллломавирусной инфекции и рака шейки матки/ Е.Г. Бочкарев, Ю.В. Сергеев// Иммунопатология, аллергология, инфектология. -2007.-№ 3.-С. 73-75.

2. Папилломовирусная инфекция высокого онкогенного риска у женщин фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки/ И.О. Ульянова, Т.А. Макаренко, Н.М. Ковтун, Д.Ю. Круглова// Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. -2009.-№ 16.-С.298-303.

3. Семенов Д.М. Иммунологические изменения у женщин, инфицированных вирусом папилломы человека/ Д.М. Семенов// Иммунопатология, аллергология, инфектология.- 2016.-№ 2.-С.67-73.

4. Эпидемиология, молекулярная биология, патофизиология принципы иммунотерапии папилломавирусной инфекции/ О.А. Мынбаев, М.Ю. Елисеева, Д. Дорбар, И.Б. Манухин// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2009.-Т.8, № 3.-С.69-79.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.А. СЕМАШКО»

Красноруцкая Ю.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванова А.П.

Актуальность исследования состоит в том, что социологический опрос пациентов позволяет анализировать различные компоненты качества медицинской помощи. В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий врачей, среднего медицинского персонала и пациентов

Целью исследования является проведение комплексной оценки и разработка пути повышения удовлетворенности пациентов условиями и качеством оказания терапевтической помощи в условиях стационара инфекционной больницы.

Материалы и методы: для оценки удовлетворенности проводилось анкетирование 80 пациентов I и II диагностических отделений. Были сформированы 2 группы: первая группа – 40 человек, находящихся в диагностическом отделении № 1, вторая группа – 40 человек, находящихся в диагностическом отделении № 2. Статистическая обработка данных выполнено на ЭВМ с помощью таблиц «Microsoft Office Excel», достоверность данных была оценена по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Качество медицинской помощи в I группе оценили, как «отличное» 27,5% (11 человек), во II группе – 65% (26 человек) ($p \leq 0,05$). В I группе 7,5% (3 человека) приобретали препарат Лидокаин для разведения антибиотиков, а92,5% (37 человек) в условиях стационара не приобретали какие-либо препараты. Во II группе 100% (40 человек) не приобретали в условиях стационара какие-либо препараты. В I группе не удовлетворены лечебным питанием в стационаре 35% (14 человек), во II группе – 18% (7 человек) ($p \leq 0,05$). В I группе наибольшее количество пациентов 50% (20 человек) считают, что никакие качества медицинской помощи совершенствовать не нужно, 25% (10 человек) считают, что в периоде выздоровления лечебное питание должно быть разнообразнее, 17,5% (7 человек) считают, что необходимо совершенствовать доступность медицинской помощи. Во II группе наибольшее количество пациентов 42,5% (17 человек) считают, что пребывание детей и взрослых должно быть раздельным, 35% (14 человек) считают, что изменений не требуется, 12,5% (5 человек) считают, что нужно совершенствовать доступность медицинской помощи.

Таким образом, в ходе анализа удовлетворенности пациентов качеством услуг во II отделении пациенты выше оценивают качество медицинской помощи. В данном случае направлением по совершенствованию медицинской помощи в стационаре является разделение совместного пребывания детей и взрослых. В I отделении наибольшее количество пациентов не удовлетворены

лечебным питанием. Данная проблема может быть решена разъяснительными беседами о важности лечебного питания на весь срок стационарного лечения

Повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи является одной из значимых задач, стоящих перед любым медицинским учреждением. Сегодня в условиях поиска новых подходов к повышению качества оказания медицинских услуг, мнения пациентов могут служить одним из критериев в комплексной оценке деятельности стационара. Результаты изучения удовлетворенности качеством предоставляемых услуг достаточно точно отражают позитивные и негативные тенденции в стационаре, позволяют выявить факторы, снижающие удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием. Это позволяет своевременно принимать корректирующие меры и служит объективным основанием при принятии решений руководством учреждения [1].

По данным проведенного анкетирования можно сделать вывод, что качество медицинской помощи в ОБУЗ «Областной клинической инфекционной больнице им. Н.А. Семашко» находится на удовлетворительном уровне.

Список литературы.

1. Спиридонов А.В., Шулаев А.В.Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4. – С. 164.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ, ВЫЗВАННОЙ CL. DIFFICILE

Крыльчук В.П., Шкутович А.Н., Веремеюк К.В., Рубан Н.А., Троянова А.Ф.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент ТумашО.Л.

Актуальность. Псевдомембранозный колит (ПМК) – редкое, но достаточно опасное заболевание, вызывающееся спорообразующей анаэробной бактерией Clostridium difficile (C. difficile). В общей популяции распространённость псевдомембранозного колита составляет 6,7:100000 [2] больных, лечившихся антибиотиками. Средний возраст заболевших составляет 58-60 лет [3].

На данный момент существует только 2 препарата, активных в отношении C.difficile: метронидазол и ванкомицин. В связи с отсутствием альтернативы лечения возрастает резистентность C.difficile к этим препаратам, что способствует более длительному и тяжёлому течению псевдомембранозного колита, а также частое рецидивирование инфекции (12-

24%) [1]. В качестве дополнения к основной терапии для улучшения состояния пациентов и сокращения срока госпитализации применяются пробиотики.

Цель. Установить эффективность применения различных пробиотических препаратов при лечении псевдомембранозного колита.

Материалы и методы: Материалом исследования послужили 45 историй болезни пациентов с псевдомембранозным колитом, которые находились на стационарном лечении в «ГОИКБ» с января 2013 по июнь 2018 года. Диагноз выставлялся на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования.

Результаты и обсуждения. Все пациенты для сравнения эффективности лечения были разделены на группы в зависимости от применяемых препаратов. Пациенты в группе не различались по возрасту, полу, степени тяжести заболевания. Средний возраст пациентов составил 57± 4лет за счёт преобладания пациентов от 50 до 60 лет (29%), также в группу были включены два случая псевдомембранозного колита у детей 3-4 лет (4%).

Для лечения пациентов использовались следующие препараты: метронидазол, ванкомицин в качестве этиологического лечения и пробиотические препараты (биофлор, линекс, лацидофил, энтерожермина).

Большинство пациентов (39 (87%)пациентов) при лечении получали пробиотики, 6 пациентов (13%) лечили комбинацией из метронидазола и ванкомицина без применения пробиотиков. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от схем лечения (таблица 1).

Возрастная группа этих пациентов оказалась следующей: до 10 лет – 5%, 21-30 лет – 9%, 31-40 лет – 5%, 41-50 лет – 4%, 51-60 лет – 29%, 61-70 лет – 22%, 71-80 лет – 24%, 81-90 – 2%.

В половом составе пациентов выявлено значительное преобладание женщин (73%) по сравнению с мужчинами (27%).

Таблица 1.Характеристика пациентов в исследуемых группах

Схема лечения	Кол-во пациентов	Пол Ж/М (N,%)	Ср.возраст, лет	Период лихорадки.день	Кол-во стула (средн.)	Наличие слизи и крови в стуле (N,%)
Линекс, Лацидофил (лиофилизированные бактерии)	18	14 (78%),/ 4 (22%)	53	4,6	8,3	8 (44%)
Биофлор (E.Coli)	15	8 (53%)/ 7 (47%)	58	2	7,2	5 (33%)
Энтерожермина (Bacillus Clausii)	6	5 (83%)/ 1 (17%)	46	7	8,8	4 (67%)
Без пробиотиков	6	5 (83%)/ 1 (17%)	54,8	2,5	4,2	1 (17%)

По схеме метронидазол/ванкомицин и линекс/лацидофил проходили лечение 18человек (40%). Средний возраст пациентов составил 53± 4года. Из 18 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 11 пациентов. Диарейный синдром в среднем составил 8,3 раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила 19дней.

По схеме метронидазол/ванкомицин и биофлор получали лечение 15 человек (33%). Средний возраст пациентов составил 58± 4лет. Из 15 пациентов лихорадка наблюдалась у 7 и длилась в среднем2 дня. Диарейный синдром в среднем составил 7,2 раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила 14,6 дня.

Схема метронидазол/ванкомицин и энтерожерминабыла назначена6 пациентам (13%). Средний возраст пациентов составил 46± 4лет. Из 6 пациентов лихорадка наблюдалась у 4, и средний период лихорадки составил 7 дней. Диарейный синдром в среднем составил 8,8 раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила 24,8 дня.

Схема метронидазол и ванкомицин без пробиотиковбыла назначена 6 пациентам (13%). Средний возраст пациентов составил 55±4лет. Из 6 пациентов лихорадка наблюдалась у 5, и средний период лихорадки составил 2,5 дня. Диарейный синдром в среднем составил 4,2 раза в сутки. Средняя длительность госпитализации составила 10,8 дней.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что среди пациентов с псевдомембранозным колитом в половой структуре преобладают женщины (73%), в возрастной структуре чаще болеют лица старше 50 лет. Наиболее используемой схемой лечения является метронидазол/ванкомицин и линекс/лацидофил (40%). Применение биофлора в качестве дополнения к основной схеме терапии оказывает положительный эффект на течение заболевания, укорачивая период лихорадки и уменьшая диарейный синдром, по сравнению с другими схемами с применением пробиотиков.

Список литературы.

1. Бондаренко В.М., Учайкин В.Ф., Мурашова А.О., Абрамов Н.А. Дисбиоз. М., 1995

2. Малов В.А., Бондаренко В.М., Пак С.Г. Роль Cloctridiulndifficile в патологии человека // Журн. микробиол.1996. № 1. С. 91-96.

3. Bolton R.P., Thomas D.F. Pseuldomembranouls colitis in children and adults // Br.J. Hosp. Med. 1986. V. 35. P. 37-42

ВЛИЯНИЕ СЕЛАНКА НА СОСТАВ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ

Леонидова К.О., Смоляков М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Научные руководители – ассистент Мухина А.Ю.,
к.м.н., ассистент Шевченко А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в современных условиях жизни на фоне отрицательного воздействия чрезмерных нагрузок, эмоционального напряжения происходит формирование патологического субстрата для появления хронического стресса. Запускаются изменения, влияющие на нормальную микрофлору, которые нарушают симбионтное взаимодействие с макроорганизмом, вызывая негативные последствия в его жизнедеятельности [1,3]. Исследование последствий влияния стрессового воздействия на состав облигатной микробиоты и разработка методов по преодолению данных изменений являются перспективной задачей современной микробиологии.

Целью исследования является изучение влияния препарата селанка на состав микробиоты толстой кишки крыс при хроническом иммобилизационном стрессе.

Материалы и методы: экспериментальные животные (крысы Вистар) были разделены на 3 группы по 13 особей. Первой группе вводили физиологический раствор, второй группе вводили физиологический раствор и формировали иммобилизационный стресс, третьей группе вводили селанки формировали иммобилизационный стресс. На начало проведения эксперимента животные были здоровыми, изменений не было выявлено.Препарат вводился внутрибрюшинно в дозе 250 мкг/кгв объеме (из расчета 1 мл на 1 кг)за 15 минут до воздействия стресса. Контрольной группе вводили эквивалентный объем физиологический раствор. Стресс моделировали, помещая крыс в индивидуальные тесные пластиковые боксы с отверстиями для вентиляции, ежедневно, на 2 часа в течении 14 дней. Животных выводили из эксперимента обескровливанием под эфиром. Для исследования просветной микрофлоры брали фекалии. Делали навеску массой 1 г, переносили в стерильную пробирку, приливали раствор NaCl 0,9% в соотношении 1:10, гомогенизировали и оставляли на 10 мин для осаждения на дно макрочастиц. Титровали до концентраций 10^{-2}-10^{-4}. Посев газоном производили на поверхность питательных сред, взяв по 0,1 мл разведения (Эндо, Сабуро и т.д.), термостатировали при 37^0С в аэробных и анаэробных условиях. Идентификацию проводили масс-спектрометром Maldi Biotyper Microflex. Для расчётов использовалась формула: К=Е/к*v*n, где К – колониеобразующая единица, Е – количество бактерий, к – количество внесённого материала, v – количество чашек Петри, n – разведение. Удельное содержание микроорганизмов выражали в lg КОЕ/г массы биоматериала. Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. При исследовании состава пристеночной флоры толстого кишечника крыс, которым вводили физиологический раствор и моделировали стресс, наблюдалось уменьшение количества бифидобактерий в 1,2 раза, lg КОЕ которых составил 12,56±0,88 против 15,67±0,61 в группе животных без стресса (таблица 1).

Таблица 1. Количественный состав просветной микрофлоры кишечника крыс на фоне применения селанка (lg КОЕ/г, M±m)

Группа / Выделенные микроорганизмы	Контроль без стресса n=13	Стрессированныеживотные	
		Контроль n=13	Введение селанка в дозе 250 мкг/кг n=13
Lactobacillus spp.	15,76±0,84	14,72±0,62	15,95±0,28*
Bifidobacterium spp.	15,67±0,61	12,56±0,88xx	14,25±0,44*
E.coli с нормальной ферментативной активностью	6,13±0,22	4,35±0,13xx	5,00±0,13**
E. coli со сниженной ферментативной активностью	0,20±0,20	2,93±0,53xx	1,92±0,54
Enterobacterspp.	0	2,12±0,58xx	0,66±0,46*
Citrobacterspp.	0	1,23±0,54x	0,25±0,25*
Proteusspp.	0	1,83±0,58	0,88±0,31
Klebsiellaspp.	0,74±0,32	4,33±0,49xx	1,46±0,55**
Morganellaspp.	1,08±0,34	2,25±0,61	0,73±0,38*
Acinetobacterspp.	0	1,13±0,36xx	0*
Enterococcusspp.	2,95±0,48	3,44±0,45	2,46±0,58
Staphylococcus (коагулазоотрицательные)	3,14±0,39	5,6±0,48xx	4,40±0,47*
Staphylococcusaureus	0	3,08±0,51xx	1,19±0,43**

x- p≤0,05 по сравнению с группой «физиологический раствор»,

xx- p≤0,01 по сравнению с группой «физиологический раствор»,

* – p≤0,05 по сравнению с группой «физраствор + иммобилизационный стресс»,

** – p≤0,01 по сравнению с группой «физиологический раствор + иммобилизационный стресс».

Содержание E.coli с нормальной ферментативной активностью снизилось в 1,4 раза и составило lg 4,35±0,13. При этом число эшерихий со сниженной ферментативной активностью увеличилось в 14,7 раза и составило lg 2,93±0,53. Количество клебсиелл возросло в 5,9 раза, коагулазоотрицательных стафилококков в 1,8 раза по отношению к группе животных без стресса. В составе микробиоты данной группы отмечалось появление представителей рода Enterobacter spp., Citrobacter spp., Proteus spp., Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus (lg 2,12±0,58, lg 1,23±0,54, lg 1,83±0,58, lg 1,13±0,36, lg 3,08±0,51 соответственно).

Для компенсации последствий иммобилизации на макроорганизм, животным вводился препарат селанк с выраженными анксиолитическими свойствами, уменьшающий воздействие катехоламинов на кору головного мозга, улучшая адаптационные возможности организма [2].

При изучении просветной микробиоты толстого кишечника крыс, которым вводили селанк и моделировали стресс, были зафиксированы следующие изменения. Количество облигатных представителей рода Bifidobacterium spp., Lactobacillus spp. увеличился в 1,1 раза, E.coli с нормальной ферментативной активностью в 1,2 раза в сравнении с численностью данных бактерий у крыс, подвергшихся стрессу с введением физиологического раствора.

Кроме того, количество факультативных бактерий рода Klebsiella spp. уменьшилось в 2,9 раза (с lg 4,33±0,49 до lg 1,46±0,55), Enterobacter spp. в 3,2 раза (с lg 2,12±0,58до lg 0,66±0,46), Citrobacter spp. в 4,9 раза (с lg 1,23±0,54 до lg 0,25±0,25), Morganella spp. в 3,1 раза (с lg 2,25±0,61до lg 0,73±0,38). Выявлено снижение численности стафилококковой флоры: количество Staphylococcus aureus в 2,6 раза (lg 1,19±0,43), количество коагулазоотрицательных стафилококков в 1,3 раза (lg 4,40±0,47).Наблюдалось полное отсутствие роста Acinetobacter spp., тогда как в группе контроля (физиологический раствор+стресс) их количество составило lg 1,13±0,36.

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что хронический стресс служит фактором, способствующим формированию дисбиоза за счет снижения числа облигатных микроорганизмов и увеличения факультативных. Дистресс вызвал нарушения в процессах ауторегуляции, создав неблагоприятные условия для бактерий-облигатов, вызвав освобождение участков пространства слизистой кишечника, которые заняли условно-патогенные бактерии, которых в контроле не наблюдалось, или они присутствовали в незначительном количестве.

Для протекции от негативных изменений в условиях стресса, животным вводили препарат селанк. В результате фармакологических эффектов препарата наблюдалось увеличение числа бактерий-мутуалистов, снижение количества факультативной биоты, происходило восстановление параметров просветной флоры. Предположительно, биомасса факультативной флоры уменьшилась в результате конкурентных отношений со стороны возрастающей численности бактерий облигатов за колонизацию эпителия стенки толстой кишки.

Список литературы.

1. Мухина, Ю.Г. Влияние микрофлоры на функции желудочно-кишечного тракта/Ю.Г. Мухина // Фарматека. 2013. № 1. С.37-43.

2. Незнамов, Г.Г. Селанк оригинальный пептидный анксиолитик/ Г.Г. Незнамов// Лечебное дело. 2011. № 7. С.21-24.

3. Нетребенко, О.К. Кишечная микробиота и мозг: обоюдное влияние и взаимодействие/ О.К Нетребенко //Педиатрия.2015. № 6. С.134-139.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ БРОХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Лукьянова Т.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванова И.А.

Бронхиальная астма (БА) – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого существенное значение имеют тучные клетки, эозинофилы и Т-лимфоциты. Хроническое воспаление приводит к развитию гиперреактивности и гиперчувствительности бронхов, что обуславливает повторяющиеся приступы свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно ранним утром или по ночам [2, 4].

БА – болезнь цивилизации, относящаяся к одному из самых распространенных заболеваний во всех возрастных группах и являющаяся глобальной социально–значимой проблемой. В настоящее время число больных БА достигает 300 миллионов, а постоянный рост заболеваемости в сторону более тяжелого течения, недостаточной эффективности проводимой терапии и частой инвалидности делают проблему БА особенно актуальной [5].

Актуальность исследования состоит в том, что основной патогенез БА традиционно связывают с нарушением соотношения между Th1/Th2-лимфоцитами, которые определяют тип иммунного ответа, с преобладанием активности Th2-лимфоцитов [3]. Это приводит к активации большого количества В-лимфоцитов, увеличению синтеза и секреции интерлейкинов (ИЛ) 5 и 4, развитию иммуноглобулин Е (IgE)-зависимых реакций и снижению продукции интерлейкина 2 (ИЛ-2). Важнейшими медиаторами БА являются провоспалительные цитокины – интерлейкин-1-β (ИЛ-1-β) и фактор некроза опухолиα (ФНОα), а также интерферонγ (ИФНγ) [1].

Интерлейкин-6 (ИЛ-6) при аллергическом воспалении уменьшает количество эозинофилов и уровень ИЛ-4, ИЛ-5, а это приводит к развитию фиброзоподобных новообразований в бронхолегочной системе. Интерлейкин-10 (ИЛ-10) один из противовоспалительных медиаторов с иммуносупрессорным эффектом. Он ингибирует синтез некоторых белков воспаления, а также провоспалительных цитокинов. ИЛ-10 играет регуляторную роль в обеспечении баланса Th2 и Th1 клеток иммунной системы. Интерлейкин-8 (ИЛ-8) – один из основных провоспалительныххемокинов, высокий уровень которого наблюдается в сыворотке крови у больных БА [6].

Лимфоциты Th17 типа, также принимают участие в антиген-зависимых воспалительных реакциях дыхательных путей. Эти клетки синтезируют и секретируют ИЛ-17, который, по всей видимости, является хемоаттрактантом и способствует рекрутированию нейтрофилов в слизистую воздухоносных путей [1].

Целью исследования является изучение особенностей цитокинового статуса при БА.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 52 пациента со смешанной формой БА, находившихся на лечении в отделении аллергологии КОКБ г. Курска. Средний возраст больных составил 35,4±3,3 года. Среди них женщины – 48%, мужчины – 52%; доля жителей села – 64,8% и города – 35,2%. У 84,2% пациентов выявлена смешанная форма БА, среди которых у 7% – простагландиновый вариант, у 10,8% аллергическая форма, неаллергическая – у 5%.

Для оценки цитокинового статуса было изучено содержание ФНО-α, ИЛ-1β, ИФН-γ, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-4 в сыворотке периферической крови и конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) у больных БА методом иммуноферментного анализа (ИФА)

Результаты и обсуждения. При анализе уровня сывороточных провоспалительных цитокинов в сравнении с донорами установлено их повышение в среднем в 2-2,5 раза. В то же время содержание цитокина с иммуносупрессорной активностью ИЛ-10 изменено в сторону уменьшения у 33,3% больных, а у 67,7% показатели ИЛ-10 были ниже минимально допустимых значений (таблица 1).

Таблица 1. Содержание цитокинов в сыворотке периферической крови больных БА (M±m)

Показатели, пкг/мл	Доноры (n=12)	Больные БА (n=22)
ФНО-α	22,8±3,2	48,7±4,8*
ИЛ-1β	48,2±4,2	125,84±8,7*
ИФН-γ	40,86±4,8	117,91±9,2*
ИЛ-8	10,85±2,5	82,2±4,6*
ИЛ-10	3,1±1,2	2,78±0,7
ИЛ-4	46,2±3,8	56,44±4,2

* – при $p<0,01$ различия между группами статистически достоверны

Рассматривая уровень цитокинов в КВВ установлено двукратное увеличение уровней ИЛ-1β и ФНО-α и снижение уровня ИФН-γ – в 4 раза. Обнаруженные изменения имеют важное значение в патогенезе БА, так как ФНО-α участвует в регуляции избирательной адгезии эозинофилов в очаге воспаления, то есть в развитии поздней стадии аллергической реакции (таблица 2).

К тому же, отмеченное снижение ИФН-γ способствует активации Th2-зависимого гуморального ответа и как следствие повышению продукции IgE. Что касается ИЛ-10, то наблюдалась тенденция к снижению у 46,5% больных, у 53,5% – уровень ИЛ-10 был ниже минимально определяемых значений. Это сочетается с увеличением уровня ИЛ-4 в 5,2 раза. Повышение в КВВ уровня ИЛ-4 при БА объясняется его свойствами. Этот цитокин относится к одному из основных медиаторов, запускающих воспаление по Th2-типу. ИЛ-4 выполняет ведущую роль в продукцииии IgE и экспрессии молекул адгезии сосудистого

эндотелия 1 типа (VCAM-1) на эндотелиальных клетках, вследствие чего возникает миграция эозинофилов из крови.

Таблица 2. Содержание цитокинов в конденсате выдыхаемого воздуха больных БА (M±m)

Показатели, пкг/мл	Доноры (n=12)	Больные БА (n=22)
ФНО-α	2,9±0,8	4,39±1,1
ИЛ-1β	4,92±1,2	10,8±2,3*
ИФН-γ	5,6±1,7	1,8±0,6*
ИЛ-4	2,34±0,9	11,6±3,5*
ИЛ-10	1,92±0,6	1,68±0,2

* – при $p<0,01$ различия между группами статистически достоверны

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о существенных нарушениях цитокинового статуса у больных БА, как на системном, так и на локальном уровнях, что позволяет рассматривать цитокины в качестве маркеров активности воспаления в дыхательных путях у пациентов с БА.

Список литературы.

1. Борисова Т.В., Киселевский М.В. Изменения цитокинового профиля, клеточного и гуморального иммунитета и их коррекция при бронхиальной астме // Аллергология и иммунология. - 2017. - Т.18, № 3. - С. 164-168.

2. Гулиева Г.Р., Петров М.В., Петров Р.В. и др. Бронхиальная астма, приступ бронхиальной астмы (первая помощь) // Вестник научных конференций.- 2016. - № 11-6 (15). - С. 54-56.

3. Нурдина М.С., Купаев В.И., Взаимосвязь уровня IL-17, IL-10 со степенью контроля бронхиальной астмы // Вестник современной клинической медицины. - 2017. - Т. 10, № 3. - С. 35-38.

4. Мирошкина А.В., Трофимов В.И. Особенности течения бронхиальной астмы у женщин в разные возрастные периоды и ее связь с гормональным статусом: обзор литературы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. - 2015. - № 3. - С. 36-44.

5. Прибылова Н.Н., Прибылов С.А., Самосудова Л.В., Махова О.Ю. Распространенность, особенности клинического течения и лечения, фенотипы бронхиальной астмы в Курской области по данным регистра // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 5 [Электронный ресурс].URL: https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25321 (дата обращения: 12.03.2019).

6. Трушина Е.Ю., Костина Е.М., Баранова Н.И., Типикин В.А. Роль цитокинов как молекулярных маркеров воспаления при неаллергической бронхиальной астме // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 4 [Электронный ресурс]. URL: https://www.science-education.ru/ ru/article/view?id=27799 (дата обращения: 12.03.2019).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (СОЧЕТАНИЕ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ)

Мисакян Н.Г., Тоноян Д.Г., Петухова А.В.
Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии
Кафедра клинической аллергологии и фтизиопульмонологии
Научные руководители – д.м.н, профессор Сафарян М.Д., д.м.н, профессор Коломиец В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что в большинстве регионов стран СНГ отмечается стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу (ТБ), однако в клинической структуре частота коморбидного ТБ (КомТБ) не снижается [4]. Прогностически крайне неблагоприятным является рост заболеваемости КомТБ – сочетание с онкопатологией, прежде всего раком легкого, так как онкологическая заболеваемость среди населения неуклонно увеличивается, чему немало способствует увеличение среднего возраста населения и загрязнения окружающей среды, а смертность от злокачественных новообразований по всему миру занимает 2-3 место.

В середине прошлого века считали, что рак легкого не развивается у больных туберкулезом. В настоящее время подходы меняются и считается, что специфические инфекции легких – это фон для рака легкого [1,2,3].

Целью исследования является изучение характера течения коморбидного туберкулеза (сочетание с раком легкого).

Материал и методы: проанализированы истории болезней 114 больных, находившихся на стационарном обследовании в противотуберкулезных диспансерах Армении (ПТД/А) и одного из регионов РФ (ПТД РФ).

Результаты и обсуждения. Большинство больных были мужчины, преимущественно старше 40 лет (33,2%). Острое начало и кровохарканье отмечали 29,4% больных. 21,3% пациентов, помимо курения, имели различные отягощающие факторы. Лишь 40,3% больных поступили в стационар в первые 3 месяца от начала первых симптомов заболевания. В 30,2% случаев рак легкого сочетался с активными формами туберкулеза, но если в ПТД/А в 50,9% случаев – с инфильтративным, то в ПТД/РФ преобладали диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. У 27,8% пациентов процесс осложнился плевритом. В 67,1% случаев проба Манту с 2 ТЕ оказалась отрицательной, при использовании же препарата диаскин-тест анергия установлена у 70,5% больных КомТБ. МБТ методом посева обнаружены у 1/3 обследованных больных. Установлен преимущественно центральный рак легкого (56,1%). Патогистологически превалировал плоскоклеточный рак (42,1%).

Установлено, что в преобладающем большинстве случаев КомТБ дигностирован периферический и центральный рак легкого, при этом первый в 54% выявлен у переболевших ТБ т.е. клинически излеченных, и активность процесс необходимо было установить при дальнейшем наблюдении больного.

Использовался общепринятый алгоритм: тщательное клинико-лучевое обследование с использованием молекулярно-генетических технологий для верификации этиологического диагноза ТБ, применение провокационных проб и пробного лечения. При этом чаще отмечалось прогрессирование ТБ, но при наличии посттуберкулезных изменений они могли вначале оставаться интактными. Дифференциальная диагностика при этой форме рака легкого с распадающейся туберкулемой, туберкулезной каверной или абсцессом может представлять большие трудности. Решающее значение имеет цитологическое исследование мокроты, которое у больных с полостной формой рака легкого часто позволяет обнаружить раковые клетки.

При диагностике центрального рака наиболее информативным было исследование с использованием компьютерной томографии, которая позволяла отчетливо визуализировать опухоли бронхов. По мере дальнейшего роста рака легкого и увеличения объема опухоли разница в проявлениях центральных и периферических форм часто исчезает. Клиническая картина болезни становится более выраженной, лишь ретроспективный анализ рентгенограмм позволяет уточнить начальную форму рака. Поставить правильный диагноз в этих стадиях болезни гораздо проще. Однако он уже является запоздалым, так как время для эффективного лечения упущено. Правильная диагностика в подобных случаях требовала знания этих особенностей как рака легкого, так и КомТБ, проведения дополнительного и всестороннего обследования больного.

В случаях КомТБ (сочетание с онкозаболеваниями) использование пробного лечения нецелесообразно, так как необходимо в большинстве случае ускоренно решать вопрос о возможности хирургического лечения опухоли. Вследствие этого практически всегда принималось решение о проведении полноценной этиотропной терапии с ее коррекцией при лечении онкопроцесса

В наблюдаемых случаях КомТБ быстрое прогрессирование онкопроцесса отмечено у 21 из 38 больных и исход был неблагоприятен (смерть). Анализ смертельных исходов у 502 больных ТБ в течение 10 лет наблюдения показал, что онкопатологические процессы являются основными причинами смерти сравнительно с другой патологией при ТБ (таблица 1).

Таблица 1. Причины смерти при КомТБ

Причины смерти	Характер процесса при ТБ								Всего	
	в/в		ки		рецидив		хроник			
Сом. болезни	41	25,95	13	8,23	11	6,96	93	58,86	158	100,00
Онкопатология	9	33,33	3	11,11	1	3,70	14	51,85	27	100,00
ХАИ	4	19,05		0,00	4	19,05	13	61,90	21	100,00
Вич	4	21,05	1	5,26	2	10,53	12	63,16	19	100,00
Другие причины	9	40,91	1	4,55			12	54,55	22	100,00
Травмы	3	11,54	4	15,38	1	3,85	18	69,23	26	100,00
Другие ТБ	27		1		8		35		71	
ФКТЛ	15	8,97	5	3,21	8	5,13	142	75,69	158	100,00
Всего	112	22,31	28	5,58	35	6,97	327	65,14	502	100,00

Выводы. В распространении КомТБ среди населения различных регионов стран СНГ отмечаются существенные различия. Сочетание туберкулеза с раком легких чаще встречается среди мужчин старше 40 лет. У 1/3 больных клинические симптомы не выражены, чувствительность к туберкулину снижена, диагностируются различные формы рака легкого. При КомТБ (сочетание с онкозаболеваниями) в этом варианте, независимо от времени определения активности ТБ, показан основной курс этиотропной терапии.

Список литературы.

1. Коган Е.А., Ганзен Т.Н. Склероз и канцерогенез // Архив патологии 1992. N 8, С.263.
2. Садовников А.А., Панченко К.И. Рак легкого на почве остаточных явлений после перенесенного ТБС // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия 2001. N 1, С.51-57.
3. Раданов Р.И., Тодоров С.Н. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями // София. Мед. и физкультура, 1974. С.157.
4. Ресурсы и деятельность противотуберкулезных организаций Российской Федерации в 2016-2017 годах (статистические материалы)./О.Б.Нечаева, А.В.Гордина, А.Н.Стерликов, Д.А.Кучерявая, И.М.Сон, Н.М.Зайченко, С.Б.Пономарев. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2018, -95 с.

ЛАТЕНТНАЯ ТУБУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ФОРМИРОВАНИИЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Павленко Е.П.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Коломиец В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что в стратегии ликвидации туберкулеза (ТБ), утвержденной резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2014 году и поддержанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) по программе Целей устойчивого развития (ЦУР) на 2016-2030 годы, представлены несколько критериев, которые необходимо достичь при ее реализации практически во всех странах СНГ [1]. Вместе с тем в качестве одного из критериев не учитывается состояние инфицированности, которое в настоящее время определяется, прежде всего, как латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) [2]. Однако данных об ЛТИ, как показателе резервуара инфекции и ее значении в настоящее время явно недостаточно.

Целью исследования является анализ распространенности ЛТИ и особенностях ее выявления среди детей и подростков в отдельном регионе.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ объемов и эффективности диагностики ЛТИ в отдельном регионе. При диагностике ЛТИ

использовали общепринятые методы массовой и индивидуальной туберкулинодиагностики, включая применение диаскин-теста (ДСТ).

Результаты и обсуждения. В период 73-я Сессии Генеральной Ассамблеи ООН (25.09-1.10.2018 года) и накануне совещания высокого уровня по ТБ состоялась презентация «Дорожной карты» по оказанию противотуберкулезной помощи у детей и подростков (ППДиП), которая включает 10 рекомендательных мер по повышению ее эффективности. С учетом проблемы ЛТИ, особый интерес представляют меры по «… активизации работы по выявлению и лечению детского и подросткового ТБ, в том числе включение систематического скрининга …», однако речь идет, приоритетно, о выявлении заболевания туберкулезом (выделено нами). Здесь уместно указать, что Комитетом экспертов ВОЗ еще в 1959 году рекомендовано в качестве критерия при ликвидации ТБ как «проблемы здравоохранения», т.е. как распространенного заболевания, следующее определение: «Ликвидация туберкулеза как проблемы здравоохранения не может быть достигнута до тех пор, пока инфицированность детей в возрасте до 14 лет не станет менее 1%».В последующем это определение было подтверждено на технической дискуссии по вопросу о борьбе с туберкулезом в период 14-й ассамблеи Всемирной организации здравоохранения (1961) и на Европейском совещании по ТБ (1962).

Анализ результатов реализации Национальных программ, принятых в большинстве стран СНГ в 21 столетии, показывает – достигнута стабилизация эпидемической ситуации (ЭС) при выраженной тенденции к снижению заболеваемости детей и подростков. В отдельных регионах РФ она не превышает 1,0/100 000 детского населения. В наблюдаемом регионе после окончания реализации Национальной Программы заболеваемость среди детей практически стабилизировалась, за исключением двух лет (2015-16), когда имела место гипердиагностика после внедрения нового метода – компьютерной томографии органов дыхания (таблица1). Среди подростков заболеваемость постоянно превышает таковую среди детей и зависит от многих факторов при в целом незначительном абсолютном количестве случаев и благоприятной клинической структуре. Так, в последний год из заболевших всего шести детей и подростков был выявлен очаговый (1), инфильтративный (1), туберкулез ВГЛУ (1), туберкулома (1) и первичный туб. комплекс (2), все без бактериовыделения и деструкции.

В результате изменились объемы ППДиП и основное ее направление – это выявление и предупреждение ЛТИ. Так, в анализируемом регионе РФ среди диспансерных контингентов детей и подростков до 80% составляют наблюдаемые с ЛТИ (таблица 1). Следовательно, объемы ППДиП могут сильно изменится, что приводит к увеличению нагрузки фтизиатра за счет оказания не профильной медицинской помощи. В то же время показатели первичного инфицирования у детей (РППТИ) на фоне применения ДСТ практически не изменились.

Таблица 1. Распределение по годам контингента наблюдаемых и заболеваемость детей и подростков города Курска

Контингенты наблюдаемых и заболеваемость	Годы					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Диагностические	785	607	785	756	599	334
Активные больные	9	6	8	3	8	6
Переболевшие	73	68	39	48	35	31
Контактные	145	164	86	96	87	161
РППТИ	536	565	383	447	526	512
VI-б	116	132	87	89	84	90
VI-в	1627	1393	531	495	481	325
Тубинфицированные	3151	2962	2007	2027	1230	837
ИТОГО	6444	5898	3926	3961	3050	2296
Заболеваемость						
дети	6,4	4,7	6,7	8,4	8,9	4,6
подростки	16,6	27,3	28,7	3,2	9,6	26,7
Всего	8,1	7,9	11,3	7,9	9,0	7,9

Выводы. В связи с этим и в условиях продолжающейся реорганизации здравоохранения целесообразно (необходимо) определить дальнейшие направления и объемы ППДиП, приоритетными из них должны быть следующие.

Сохранение индивидуальной ТД и обязательно ее использование с применением ДСТ в педиатрической службе системы здравоохранения.

Формирование противотуберкулезной службой групп повышенного риска среди детей и подростков, приоритетно контактных с больными ТБ, и их диспансерное наблюдение.

С целью использования показателей распространения ЛТИ как индикатора при прогнозировании ЭС и контроле эффективности реализуемых Программ ликвидации туберкулеза в регионах применять ДСТ при выборочных исследованиях всего населения региона.

Список литературы.

1. Равильоне М., Коробицин А.А. Ликвидация туберкулеза – новая стратегия ВОЗ в эру устойчивого развития, вклад Российской Федерации. //Туберкулез и болезни легких. 2016. № 11. С. 8-15.

2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей. – М.: РООИ «Здоровье человека», 2015. – 36 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОБАКТЕРИОЗОВ В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ СОЮЗНОГО ГОСУДАРСТВА

Санько О.Ю., Панкова Е.П.
Гродненский государственный медицинский университет
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической аллергологии и фтизиопульмонологии
Кафедра фтизиопульмонологии
Научные руководители – к.м.н., Демидик С.Н.
д.м.н., профессор Коломиец В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что при стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу (ТБ) в Союзном государстве, которая остается пока довольно напряженной, возрастает значение микобактериозов в диагностике респираторной патологии [6].Нетуберкулезные микобактерии (НТМ) широко распространены в окружающей среде и встречаются в экологических резервуарах, у домашних и диких животных, в почве и т.д [1, 4, 5]. В настоящее время описано более 200 видов НТМ, около 60 из которых являются потенциально патогенными для человека и при условии сниженного иммунитета могут вызвать микобактериоз [3].

Причины роста заболеваемости микобактериозов связывают с ростом числа иммунокомпрометированных пациентов, увеличением ниши для НТМ в связи с уменьшением воздействия МБТ на популяцию, проблемами старения населения. Одновременно важным является усовершенствование методов выделения и идентификации НТМ, рост и накопление знаний о данном заболевании [2].

Трудности диагностики микобактериозов легких обусловлены сходством их клинических, рентгенологических и морфологических проявлений с туберкулезом органов дыхания. Установлено, что НМТ и возбудитель туберкулеза могут вызвать сочетанную инфекцию [1, 2, 3].

Целью исследования является изучение распространенности и клинического течения микобактериозов в условиях стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских данных пациентов, жителей Гродненской и Курской областей Союзного государства РФ и РБ (СГ РФиРБ), находившихся на обследовании и лечении в учреждениях здравоохранения (областные клинические противотуберкулезные диспансеры) с 2013 по 2018 год. Все пациенты были направлены в клинику с предварительным диагнозом туберкулез легких.

Среди выявленных пациентов с НМТ преобладали мужчины –58,5%, средний возраст – 46,4±14,9 лет. У всех пациентов, включенных в исследование, методами лучевой диагностики выявлены изменения в легких. У 24,2% пациентов подтверждено наличие факторов риска: хронические заболевания органов дыхания, туберкулез в анамнезе и прочее, из них в 15,2%

пациентов выявлена клинически значимая иммуносупрессия: ВИЧ-инфекции, системная глюкокортикостероидная, лучевая и цитостатическая терапии.

НТМ выделялись из мокроты, индуцированной мокроты или бронхоальвеолярной лаважной жидкости пациентов после культивирования и получения роста культуры на жидкой (автоматизированная система Bactec MGIT 960) и плотной средах Левенштейна-Йенсена.Идентификация НТМ проводилась молекулярно-генетическим методом: использовалась методикана основе гибридизации с ДНК-зондами (GenoTypeMycobacterium CM/AS (HainLifescience, Германия).

Результаты и их обсуждения. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Гродненской и Курской областях СГ РФиРБ практически идентична по динамике, но различна по распространенности ТБ. Так, если за последние три года в первой заболеваемость ТБ снизилась с 38,1 до 25,3, то во второй – с 52,2 до 39,7 на 100 000 населения. В то же время частота выявления пациентов с НМТ в первой области в 2,3 раза выше чем среди жителей второй.

У обследованных пациентов, выделяющих НТМ, при идентификации установлено видовое многообразие штаммов (таблица 1). В 28-и случаях (68,3%) выделены медленно растущие виды микобактерий.

Таблица 1. Видовой состав НТМ

Вид НТМТ	Области СГ РФиРБ	
	Гродненская	Курская
M. avium	26,8	18,2
M. gordonae	21,9	22,7
M. kansasii	14,6	18,2
M. abscessus	12,2	-
M. fortuitum	10,0	22,6
M. species	7,3	-
M. chelonae	2,4	4,5
M. intracellulare	2,4	9,3
M. xenopi	2,4	4,5

У 58,5% пациентов выявлена респираторная симптоматика и/или клинические проявления интоксикации. Физикальные изменения в виде ослабленного дыхания, разнокалиберных влажных хрипов или сухих рассеянных хрипов установлены лишь у 29,3% пациентов.

Рентгенологическая картина была разнообразной: инфильтративные изменения подтверждены у 53,7% пациентов, очаговые изменения в легких были у 31,7% обследованных, у 9,8% пациентов выявлены бронхоэктазы и проявления полиморфно-очаговой диссеминации и деформации легочного рисунка.

По результатам комплексного обследования, в соответствии диагностическими критериями, рекомендуемыми Американским торакальным общество (ATS) совместно с Американским обществом по инфекционным болезням, выявлены значительные различия в характере (клинические

особенности) микобактериозов. Так, в первой области у 13 (31,7%) пациентов установлен диагноз микобактериоз легких. В 28-и (68,3%) случаях выделенные НТМ определено, как этиологически не значимое т.е. диагностировано носительство НТМ. У 17 (60,7%) пациентов в данной группы подтвержден диагноз туберкулез легких, у 7 (25,1%) – изменения в легких, носили характер поствоспалительного фиброза или фиброзно-очаговых изменений, в 2-х (7,1%) случаях установлен диагноз пневмония и в 2-х – периферическое образование легкого. В то же время во второй микобактериоз диагностирован лишь у 3 из 22 больных, у остальных имел место преимущественно диссеминированный туберкулез легких с хроническим течением на фоне носительства НМТ.

Выводы. Среди населения сравниваемых регионов СГ РФиРБ при стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу имеются различия как в распространении микобактеризов, так и в характере заболевания. Выделение НТМ не всегда свидетельствует о наличии заболевания микобактериозом. При сходных с туберкулезом легких клинико-рентгенологических изменениях установлено видовое многообразие идентифицированных штаммов НТМ. У 68,3% пациентов выделены медленно растущие виды микобактерий.

Диагноз микобактериоз легких установлен лишь у 13,6%-31,7%, в большинстве случаев выделение микобактерий определено, как этиологически не значимое. При проведении дифференциальной диагностики легочных заболеваний необходимо верифицировать диагноз микобактериоза с учетом данных бактериологического мониторинга.

Список литературы.

1. Литвинов, В.И. Нетуберкулезные микобактерии / В.И. Литвинов, М.В. Макаров, М.А. Краснов – Москва: МНПЦБТ, 2008. – 256 с.

2. Микобактериоз легких: состояние проблемы в Республике Беларусь / сборник научных трудов первого съезда фтизиатров и пульмонологов Республики Беларусь «Современные направления развития респираторной медицины и фтизиатрии», Минск, 17–18 мая 2018 года) / Л.К. Суркова [и др.] // Рецепт. – 2018. – Приложение. – С. 242–247.

3. Нетуберкулезные микобактерии у пациентов с заболеваниями органов дыхания (клиникоблабораторное исследование) / А.Э. Эргешов [и др.] // Пульмонология. – 2016. – № 26 (3). – С. 303–308

4. Оттен, Т.Ф. Микобактериоз / Т.Ф. Оттен, А.В. Васильев – СПб. : Мед. Пресса, 2005. – 224 с.

5. Heifets, L. Mycobacterial infections caused by nontuberculous mycobacteria / L. Heifets // Semin. in Respir. Crit. Care Med. – 2004. – Vol. 25 (3). – P. 283–295.

6. Global Tuberculosis Report 2016. Geneva, World Health Organization (WHO) Library Cataloguing-in-Publication Data. (WHO /HTM/TB/ 013.11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОЙ (ЖЕЛТУШНОЙ) ФОРМЫ ЛЕПТОСПИРОЗА ПО ДАННЫМ ОБУЗ «ОКИБ» ИМ. Н.А. СЕМАШКО

Сафронова Т.В., Хрипункова Е.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киселёва В.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в 2014–2016 годах в России официально было зарегистрировано 100-300 тысяч случаев лептоспироза в год, преимущественно в Южном, Центральном и Северо-Западном федеральных округах, в которых заболеваемость составляла от 0,1 до 0,2 случая на 100 тыс. населения в год [2].

Целью исследования является изучение клинического течения лептоспироза и срока стационарного лечения.

Материалы и методы: анализ учетной медицинской документации больных лептоспирозом за летне-осенний период 2018 года.

Результаты и обсуждения. В ОБУЗ «Областной клинической инфекционной больнице им. Н.А. Семашко» города Курска с 21.08.2018 года по 18.09.2018 года находился на лечении больной 46 лет с диагнозом лептоспироз, выраженный интоксикационный синдром, который был поставлен на основании обнаружения методом ПЦР РНК лептоспир в крови и моче и характерной клинической симптоматики. При сборе эпидемиологического анамнеза пациент указал на то, что 18.08.2018 года купался в реке, где выше по течению купались коровы, цыгане переправляли лошадей. Вечером того же дня появился озноб, температура тела повысилась до фебрильных цифр, почувствовал интенсивную боль в икроножных мышцах, которая усиливалась при движении, так же беспокоили тошнота, головная боль, общая слабость. 20.08.2018 года состояние ухудшилось: появилась желтушность кожи и склер, сухость во рту, боли в икроножных мышцах усилились. Обратился в ОБУЗ «Суджанская ЦРБ».

В связи с нарастающей симптоматикой, неэффективностью медикоментозной терапии 21.08.2018 года был переведён в ОБУЗ «Областную клиническую инфекционную больницу им. Н.А. Семашко».

При физикальном обследовании пациента врачом приёмного отделения: состояние тяжёлое, сознание спутанное, кожа и склеры желтушные, температура тела – 39,9оС. Болезненность при пальпации икроножных мышц, в лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца глухие. ЧСС 78 в мин. АД 90/50 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен налётом. Живот неправильной конфигурации безболезненный. Печень пальпаторно увеличена (+2,0 ниже края рёберной дуги), плотная. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча тёмная. Учитывая тяжесть состояния, был госпитализирован в отделение реанимации.

В ходе лечение наблюдалась положительная динамика (уменьшилась общая слабость, повысился аппетит; общее состояние средней тяжести, сознание ясное, желтуха визуально не нарастает, t тела – 37,1^{o}С; в лёгких

везикулярное дыхание, хрипов нет; ЧДД 20 в мин; тоны сердца ясные, ЧСС 76 в мин, АД 110/80 мм.рт.ст; язык влажный, обложен; живот мягкий, безболезненный; печень пальпаторно увеличена (+1,5см ниже края реберной дуги); симптом Пастернацкого отрицательный; моча светлая), в связи с чем 1.09.2018 года был переведён в 1 диагностическое отделение, где находился до 18.09.2018 года.

За время стационарного лечения пациенту было проведено обследование (таблицы 1-3):

Таблица 1 Общий анализ крови

Дата	Эр	Hb	ЦП	Тр	Лейк	ПЯ	СЯ	ЛФ	М	СОЭ	Свёрт. по Сухареву	Ретик
21.08	3,3	112	1,0	202	9,9	2	77	18	3	4	5*00**	4%
<…>												
17.09	2,0	67	1,0	190	6,0	1	60	34	5	68		
18.09	2,2	68	0,93									

Таблица 2 Биохимический анализ крови

Дата	Об. белок	Глю	Билирубин	АЛТ	АСТ	Мочевина	Креатинин	СРБ	ГГТП	К	Амилаза	Fe сыворотки
	52,4	5,86	195,94 общ;	105,1	131,7	26,47	202,1	284	209		1145,4	
	<..>											
		4,29	20,23 общ	22	34	6,22	146	3		4		2,10

Сывороточное железо от 17.09 – 12,2 ммоль/л

Таблица 3. Общий анализ мочи

Дата	Кол-во	Р-ия	Цвет	Уд. вес	Белок	Сахар	Эпит	Лейк	Эр	Цил	Соли
21.08	20,0	кисл	тёмная	1,020	0,075	5,6	2-3	9-10	8-10	3-5	оксалаты
<…>											
17.09	50,0	кисл	с/жёлт	1,19	0,027	0	1-3	4-6	1-3	0	0

Я/г и простейший не обнаружены от 22.08.2018 года. МР от 22.08.2018 года – отрицательно. ЭКГ от 24.08.2018 года – регулярный синусовый ритм, ЧСС 60 в мин.УЗИ ОБП и почек от 22.08.2018 года – диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Данных за актуальную желчную гипертензию на момент УЗИ нет. Гепатомегалия. От 30.08.2018 года – диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Косвенные эхо-признаки энтерита. Конкремент в левой почки. ИФА крови на ВИЧ от 23.08.2018 года – отрицательно.ИФА крови на HBs-Ag, анти-HCV; анти-AtHAVот 24.08.2018 года – не обнаружено.Кровь методом ПЦР от 22.08.2018 года – обнаружено РНК лептоспир; не обнаружено – ДНК Brucellaspp. Моча методом ПЦР от 22.08.2018 года – обнаружено РНК лептоспир. Консультирован неврологом – патологий нет. Консультирован гематологом – D64.9 – Анемия неуточнённая, средней степени тяжести. Не исключается вторичное миелотоксическая анемия. ЯБ ДПК. Эрозивный гастрит. ЖКК?

Получал лечение: Инфузионная в/в терапия (физ.р-р, глюкоза 5% + трентал);Цефтриаксон по 2,0 в/в; Тигацил по 50 мг + физ.р-р по 50 мл;Аминостерил 500,0;Но-шпа 2,0; Церукал 2,0; Этамзилат Na 4,0;Флуконазол 100,0;Эральфон по 0,5 мл п/к через день № 5;Феррум-лек по 2,0 мл в/м № 7;Вит В12 по 1,0 мл в/м с 11.09 по 18.09.2018 года; Ципрофлоксацин по 500 мг * 2 р в день внутрь с 15.09.

На примере данного клинического случая мы пронаблюдали типичную клиническую картину течения тяжёлой формы лептоспироза. Отмечалось 4 периода: инкубационный, начальный, разгар, реконвалесценция. Заболевание начиналось остро с озноба и резкого повышения температуры тела до 39,9^{o}C постоянного характера, головной боли, боли в икроножных мышцах, тошноты. Далее присоединились: желтушность кожи и склер, увеличение печени, потемнение мочи. Обращает на себя внимание длительно сохраняющаяся анемия, хотя для больных тяжёлой формой лептоспироза более характерна тромбоцитопения. В ходе проводимой терапии состояние больного улучшилось, пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Лептоспироз наносит большой экономический ущерб, в связи с затратой средств на медикаментозное лечение, длительное пребывание в стационаре, преобладание тяжелого, осложненного течения заболевания, обусловленного наличием у пациентов неблагоприятного преморбидного фона, что является значимой проблемой практического здравоохранения.

По данным изученной литературы [1,2] заболеваемость лептоспирозом в основном регистрируется в летний период года – с июня по сентябрь, с максимальным подъемом в августе, когда основную роль играет «купальный фактор», что полностью подтверждается описанным нами клиническим случаем.

Необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди населения области, привлекать к профилактической вакцинации непрофессиональных контингентов, подвергающих себя риску заражения лептоспирозом.

Список литературы.
1. Клинические рекомендации: Лептоспироз у взрослых. 2014: некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов».
2. Оксенойт Г.К. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – С. 33.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М И G К CHL. PNEUMONIAE МЕТОДОМ ИФА

Свентицкая А.Л., Селютина А.С., Курбатова С.О.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней

Актуальность исследования состоит в том, что у детей школьного возраста с хроническими и рецидивирующими заболеваниями легких респираторный хламидиоз плохо диагностируется, несмотря на широкую распространенность [1].Высокое сродство к эпителиальной оболочке дыхательных путей делает возбудителя Chlamydia pneumoniae распространенным этиологическим агентом инфекций дыхательных путей [2, 4]. Он вызывает в том числе: фарингит, трахеит, синусит, средний отит, бронхит и бронхиолит, пневмонию. По оценкам, инфекция Chl. pneumoniae является причиной около 20% инфекций нижних дыхательных путей [2].

Chl.pneumoniae является причиной развития 10-50% пневмоний, до 25% острых бронхитов, а также нередко – синуситов, фарингитов и отитов. Для лабораторной диагностики хламидийной инфекции используются морфологические, культуральные, иммунологические, а также молекулярно-биологические методы, из которых наибольшее распространение получили иммунологические методы с использованием диагностикумов на основе родо- и видоспецифических антигенов [1, 3]. Принцип диагностики хламидийной инфекции основан на том, что после инфицирования в организме последовательно образуются антитела классов IgM, IgA и IgG. Антитела класса IgM появляются первыми (через 5 дней) и отображают острую фазу болезни. Как правило, они исчезают через 2-3 месяца даже без лечения. Антитела IgA указывают на хроническую или персистирующую инфекцию. Антитела IgG можно обнаружить через 15-20 дней от начала заболевания. Эти антитела могут сохранятся на низком уровне в течение многих лет.

Целью исследования является определение частоты встречаемости специфических иммуноглобулинов М и G к хламидиям методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови у детей, находящихся на лечении в Учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» с 2017 по 2018 годы.

Материалы и методы: в период с 2017 по 2018 годы в лаборатории Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» было

обследовано 140детей с целью выявления иммуноглобулинов М и G к хламидиям методом иммуноферментного анализа (производство Вектор-Бест, город Новосибирск, РФ, 2010). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.0, Excel 2010 (MS Office) for Windows 8.0. О статистической значимости различий судили по уровню значения $p<0,05$, где p – это величина уровня статистической значимости (ошибка первого рода).

Результаты и обсуждения. Был проведен ретроспективный анализ 140 медицинских карт стационарных пациентов с респираторным хламидиозом в возрасте от 2-х до 17 лет, средний возраст которых составил 7,83±0,37 лет. Среди обследованных было 63пациента (45%) в возрасте до 6 лет (дошкольного возраста), из них и 77пациентов (55%) в возрасте от 7–17 лет (школьники).

Частота обнаружения иммуноглобулинов М и G к хламидиям в сыворотке крови у детей различных возрастных групп представлена в таблице 1.

Таблица 1. Частота обнаружения иммуноглобулинов М и G к хламидиям в сыворотке крови у детей

Возрастная категория	Chl. IgM+	Chl. IgM сомнит.	Chl. IgM–	Chl. IgG+	Chl. IgG сомнит.	Chl. IgG –
Дети до 6 лет	48 (34,3%)	8 (5,7%)	7 (5%)	16 (16,32%)	7 (7,14%)	20 (20,4%)
Дети от 7 до 17 лет	63 (45%)	10 (7,14%)	4 (2,86%)	17 (17,35%)	6 (6,12%)	32 (32,7%)
Итого	111 (79,3%)	18 (12,85%)	11 (7,85%)	33 (33,7%)	13 (13,3%)	52 (53%)

По результатам обследования детей до 6 лет, в 48 случаях (34,3%) выявлены антитела класса IgM к хламидиям, в 16 случаях (11,43%) – IgG. Среди обследованных детей от 7 по 17 лет, в 63 случаях (45%) выявлены антитела класса IgM к хламидиям, в 17 случаях (17,35%) – IgG. Сомнительный результат к антителам класса IgM был выявлен в 18 случаях (12,84%), к антителам класса IgG – в 13 случаях (13,27%).

У 20 детей (14,3%) имело место сочетание положительных антител одновременно к двум классам (М и G). Наибольшее количество детей с выявленными антителами класса IgM у детей дошкольного возраста (32 пациента, 50,8%) отмечается в возрасте 3-4 лет, с выявленными антителами класса IgG у детей от 7 до 17 лет (18 пациентов, 23,4%) – в возрасте 13-14 лет ($\chi^2=3,19$, $p<0,002$).Антитела класса IgM к хламидиям у детей выявлялись значительно чаще (111 случаев, 79,3%), чем антитела класса IgG (33 случая, 33,7%), $\chi^2=6,95$, $p<0,001$. При сравнении частоты выявления классов иммуноглобулинов к хламидиям по полу, данные оказались статистически незначимы, $p>0,05$.

Выводы. Диагноз респираторной хламидийной инфекции основывается, главным образом, на результатах лабораторных исследований (главным образом, ИФА).

По данным серологического обследования, наличие иммуноглобулинов M и G одновременно было определено в 14,3% случаев из общего количества обследуемых. Антитела класса IgM к хламидиям у детей выявляются статистически значимо чаще при госпитализации (79,3%), чем антитела класса IgG (34 случая, 23,6%), χ^2=6,95, p<0,001. Наибольшее количество детей с выявленными антителами класса IgM у детей дошкольного возраста (50,8%) отмечается в возрасте 3-4 лет, с выявленными антителами класса IgG у школьников (23,4%) – в возрасте 13-14 лет (χ^2=3,19, p<0,002).

Список литературы.

1. Катосова Л.К., Спичак Т.В., Бобылев В.А., Мартынова В.Р., Колкова Н.И. Этиологическое значение Chlamydia pneumoniae у детей с рецидивирующими и хроническими болезнями легких // ВСП. 2003. № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/etiologicheskoe-znachenie-chlamydia-pneumoniae-u-detey-s-retsidiviruyuschimi-i-hronicheskimi-boleznyami-legkih (дата обращения: 17.03.2019).

2. Данилов А.И., Петроченкова Н.А., Ковалева Л.А. Современные особенности внебольничной пневмонии, вызванной Chlamydophylapneumoniae // Лечащий врач. 2019. № 3. С. 93-95.

3. Аверьянов А.В. Хламидийная и микоплазменная инфекция при патологии нижних дыхательных путей // Лечебное дело. 2009. № 4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/hlamidiynaya-i-mikoplazmennaya-infektsiya-pri-patologii-nizhnih-dyhatelnyh-putey (дата обращения: 17.03.2019).

4. Choroszy-Król I, Frej-Mądrzak M, Hober M, Sarowska J, Jama-Kmiecik A. Infections caused by Chlamydophila pneumoniae. AdvClinExpMed. 2014. Jan-Feb;23 (1):123-6. Review. PubMed PMID: 24596014.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Смахтина А.М., Коршикова О.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Русанова Т.С.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – хроническое заболевание, сопровождающееся прогрессирующей обструкцией и ремоделированием ткани легкого [3].Смертность от ХОБЛ постоянно растет, и по прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) к 2020 году ХОБЛ будет занимать пятое место среди всех причин смертности [1].Но по

данным ВОЗ, хроническая обструктивная болезнь легких в структуре причин смерти в мире делит 3–4-е место с инфекциями нижних дыхательных путей [2].Это говорит о довольно быстрой динамике распространения этого заболевания среди населения. Основной причиной этого тяжелого заболевания является курение табака, загрязнение вдыхаемого воздуха и инфекции верхних дыхательных путей [2].

Актуальность исследования состоит в том, что исследованиями последних лет установлено, что цитокины являются универсальными регуляторами работы и взаимодействия иммунокомпетентных клеток. Особое значение они имеют в индукции и регуляции воспаления.

Цитокины предают сигнал об инициации и активизации воспалительного процесса в организме человека клеткам иммунной системы. Провоспалительные цитокины синтезируются в ответ на проникновение чужеродного агента в организм и отвечают за мобилизацию воспалительного ответа, а противоспалительные препятствуют распостранению воспалительного процесса и синтезируются непосредственно в патологический очаг. Из всего вышесказанного следует, что эти пептидные молекулы играют немаловажную роль в формировании иммунного ответа.

Целью исследования является изучение содержания провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в периферической крови и бронхоальвеолярной жидкости больных ХОБЛ.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 35 больных с хронической обструктивной болезнью легких в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст – 50,2±4,8 лет). Диагноз ХОБЛ (МКБ10 – J-44.0) ставили в соответствии с диагностическими критериями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2007).Средняя длительность заболевания составила 15,1±2,1 лет.

Содержание цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО-α, ИФН-γ) в сыворотке крови и бронхоальвеолярном смыве (БАС) определяли методом твёрдофазного ИФА с помощью наборов реагентов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург) и «Вектор-Бест» (Новосибирск); иммуноглобулинов А, М, G и секреторного иммуноглобулина А (sIgA) методом ИФА (ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург). Жидкость бронхоальвеолярного лаважа получали с использованием гибкого бронхоскопа (Olimpikus, Япония). В качестве контрольных значений содержания исследуемых цитокинов в бронхоальвеолярной жидкости (БАЛЖ) использованы данные литературы [3].

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного обследования у всех больных уровень цитокинов с провоспалительной активностью был значительно повышен как в крови, так и в БАС (рисунок 1). Уровни ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8 и ИФН-γ превышали контрольные значения, а именно: ФНО-α в 4,6 превышал исходные данные (доноры-22,8±1,1; больные-104,4±10,71); уровень ИЛ-1β – в2,6 (доноры- 47,2±1,5; больные-123,07±11,94), а уровеньИЛ-6– в 3,7 (доноры-18,3±3,9; больные – 67,76±7,23).Уровни ИЛ-8 и ИФН-γ превышали показатели доноров в 2,5 и в 1,9 раза соответственно (рисунок 1).

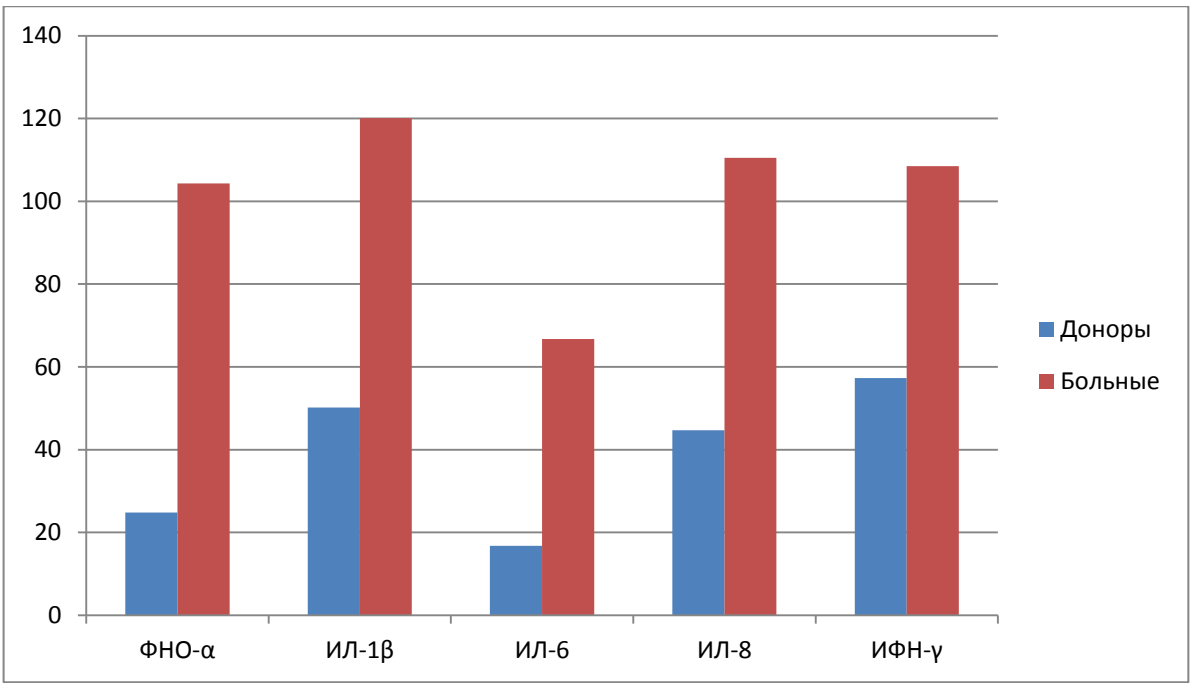


Рисунок 1. Уровень провоспалительных цитокинов
в сыворотке крови доноров и больных ХОБЛ

В отношении содержания в сыворотке крови больных цитокинов с противовоспалительной активностью были получены довольно противоречивые результаты. Уровень ИЛ-10 был только немного ниже значений доноров (3,68±1,82 пг/мли 4,0±1,5 пг/мл, соответственно), что, возможно, связано с высоким содержанием в сыворотке крови ИФН-γ, который является ингибитором продукции данного цитокина.. Уровень ИЛ-1rав 1,6 раза (375,16±24,14 пг/мл) был ниже значений доноров (615,08±14,16 пг/мл).

Известно, что увеличение уровня ИЛ-1β влияет на систему ИЛ-1β-ИЛ-1ra и рассматривается как один из важных маркеров воспаления, протекающего в организме человека, что, собственно, способствует и наличию воспалительнооого процесса в бронхиальном дереве.

Содержание цитокина ИЛ-4 незначительно отличается от его содержания в крови доноров. Изменения цитокинового статуса в БАС сходны с результатами анализа сыворотки крови.

Выводы. Таким образом, у больных хронической обструктивной болезнью легких наблюдается значительный дисбаланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов как в сыворотке крови, так и в БАС. Наличие выраженных изменений в цитокиновом статусена местном и системном уровнях, возможно, являются причиной длительного воспалительно-деструктивного процесса в бронхиальном дереве.

Список литературы.

1. Василенко Л.В. Эпидемиология хронической обструктивной болезни легких и эффективность программы легочной реабилитации в промышленном городе Свердловской области: Автореф. дис. … канд. мед.

наук: (14.01.25) / Л.В. Василенко; Уральская гос. мед. акад. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Самара, 2010. – 28 с.

2. Визель А.А. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии / А.А. Визель, И.Ю. Визель, Е.А. Бакунина // Медицинский совет. – 2016. – № 15. – С. 6-10.

3. Дисбаланс цитокинов IL-1βbIL-1rав сыворотке крови и жидкости бронхоальвеолярного лаважа у больных ХОБЛ // Е.А. Суркова, Н.А. Кузубова, Т.П. Сесь и др. // Медицинская иммунология. – 2006. – Т. 8, № 5–6. – С. 667–672.

4. Маркина В.М.Особенности иммунного статуса больных хроническим обструктивным бронхитом / В.М.Маркина, С.М.Юдина, Т.С.Русанова, А.Л.Ремесник// Российский аллергологический журнал. - 2007. - № 3.- С.357-358.

5. Global initiative for chronic obstructive lung disease : global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obctructiv pulmonary disease [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf].

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕШЕНСТВОМ ЖИВОТНЫХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сорокин А.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мамчиц Л.П.

Актуальность исследования состоит в нарастании проблемы бешенства в мире за последние 20 лет. Это связано не только с расширением ареала инфекции, появлением новых путей передачи возбудителя, но и с новым подходом к лечению пациентов. В Беларуси ранняя лабораторная диагностика бешенства не налажена. Диагноз «бешенство» ставится на основании клинических (наличие аэрофобии и гидрофобии, усиленной саливации) и эпидемиологических (укус животным) данных.В связи с редкостью заболевания и отсутствием у врачей должной настороженности в отношении бешенства диагноз обычно выставляют на поздних стадиях или посмертно, хотя клиника классической гидрофобии описана во всех руководствах по рабиологии. В РБ последний случай смерти человека от бешенства был в 2012 году в Могилевской области. В результате исследования эпидемиологических особенностей 144 случаев бешенства, произошедших в Беларуси с 1951 по 2015 годы, установлено, что главенствующее положение заболевших бешенством заняла Гомельская область (38 человек).

Целью исследования является оценка заболеваемости бешенством в Гомельской области.

Материалы и методы: проанализированы данные официального учета заболеваемости бешенством, полученные учетно-отчетной документации ГУ «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии», ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».Основу методологии составил ретроспективный эпидемиологический анализ обращаемости за антирабической медицинской помощью (АРМП) населения Гомельской области за период с 1997 по 2017 годы, описательно–оценочный и статистический методы, обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. За период с 1997 по 2017 годы, в отсутствие случаев заболевания бешенством людей, за оказанием антирабической медицинской помощи в организации здравоохранения Гомельской области обратились 71176 человек. В среднем, за 2000-2017 годы, ежегодно за антирабической помощью обращалось 140 человек. Наибольшее количество обратившихся отмечалось в 2016 году (295 человек), а наименьшее – в 2017 году (118 человек), что можно объяснить состоянием информационно-образовательной работы с населением за анализируемый период.

Установлено, что на территории Гомельской области в течение всех лет наблюдения частота обращения лиц за АРМП в связи с повреждениями, нанесенными животными с установленным бешенством нарастала, что может служить индикатором вероятности осложнения эпидемиологической ситуации по бешенству в связи с интенсивной активизацией на протяжении ряда лет факторов эпидемиологического риска;

Возросло число обратившихся с 3-й, наиболее опасной, категорией повреждения, что может косвенно указывать на снижение настороженности населения в отношении бешенства на современном этапе. Поэтому основной защитой для людей и животных является регулирование контроль эпизоотической ситуации, иммунизация животных и людей;

Значительную роль в профилактике бешенства играет организация работы органов лесного хозяйства, охраны природы, охотничьего хозяйства, заповедников и их взаимодействие с ветеринарной и эпидемиологической службами. Меры профилактики и борьбы с бешенством весьма трудоемки, многообразны и, несмотря на интенсивное их проведение, напряженность эпизоотической ситуации по этой болезни снижается очень медленно. Пока не может быть и речи об искоренении инфекции бешенства, многомиллионная эволюция вируса обеспечила широкие возможности для его приспособления к разнообразным условиям существования, широкое распространение инфекции в самых разнообразных условиях.

Список литературы.

1. Шестопалов, А.М. Бешенство и его распределение в мире / А.М. Шестопалов // Вопросы вирусологии. – 2001. – № 2. – С. 7-12.

2. Ханенко, О.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты случаев бешенства в Республике Беларусь /О.Н. Ханенко [и др.] // Достижения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в

государствах-участниках СНГ в рамках реализации стратегии ВОЗ по внедрению ММСП (2005 год) до 2016 года: материалы XIII Межгосудар. науч.-практ. конф. / под ред. д-ра мед. наук, проф. А.Ю. Поповой, акад. РАН В.В. Кутытева. – Саратов, 2016. – С. 256–258.

3. Ханенко, О.Н., Коломиец, Н.Д., Тонко, О.В.. Бешенство в Республике Беларусь. факторы эпидемиологического риска на современном этапе // О.Н. Ханенко, Н.Д. Коломиец, О.В. Тонко/ Современные проблемы инфекционной патологии человека [Электронный ресурс]: сб. науч. тр. /М-во здравоохр. Респ. Беларусь. РНПЦ эпидемиологии и микробиологии; под ред. Л.П. Титова. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – Вып. 10. – Выпуск 10. – С. 100-107.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Сосновская А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Русанова Т.С.

Актуальность исследования состоит в том, что отмечен значительный рост аллергодерматозов в структуре общей аллергопатологии, а среди них атопического дерматита. По данным эпидемиологических исследований частота атопического дерматита в разных странах колеблется от 9% до 24%, в России распространенность этого заболевания составляет 1,3% до 15,6%.

Проблема атопического дерматита с каждым годом становится все актуальнее в связи с тенденцией к росту, усилением тяжести клинических симптомов, снижению разультативности терапии и развитию серьезных осложнений [1].Атопический дерматит в настоящее время рассматривается как многофакторное заболевание, в основе механизма развития которого, лежит нарушение в работе иммунной системы. Разработка и внедрение новых патогенетических методов лечения данного заболевания является важной проблемой в аллергологии.

Целью исследования является изучение клинической эффективности использования ВЛОК в лечении атопического дерматита.

Материалы и методы: под нашим наблюдением было 20 больных с различными формами атопического дерматита в возрасте от 16 до 50 лет (средний возраст – 27,4±3,26 года), находившихся на лечении в аллергологическом отделении Курской областной клинической больницы.

В анамнезе появления первых симптомов заболевания в возрасте до трёх лет отмечали 53% (11) больных, оставшийся процент пациентов столкнулся с заболеванием в 10-14-летнем возрасте. Наследственность атопического дерматита была отмечена у большинства больных.

Атопический дерматит почти у каждого пациента сочетался с сопутствующей патологией (аллергический ринит, бронхиальная астма, заболевания желудочно-кишечного тракта, крапивница, астено-невротический синдром, патология щитовидной железы, хронический бронхит).

Основными жалобами были кожный зуд, сыпь в определенных местах (подколенная ямка, локтевые сгибы, тыльная поверхность кистей, заднебоковая поверхность шеи, лицо). Скачок клинических проявлений отмечается в осеннее-зимний период.

Степень тяжести атопического дерматита оценивалась с помощью шкалы SCORAD, предусматривающей балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, экскориации, лихенификация, сухость кожи. Степень выраженности каждого признака оценивалась по четырехуровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная.

Для оценки симптомов (нарушение сна и зуд) пациенту предлагалось указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, которая соответствует выраженности оцениваемого признака (средней выраженности за последние 3 суток). Расчет индекса SCOARD производился по формуле: SCORAD = A/5 + 7B/2 + C, где A – распространенность поражения кожи, B – сумма уровней интенсивности клинических симптомов атопического дерматита, C – сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Таким образом, значения индекса могут варьироваться в пределах от 0 (нет признаков заболевания кожи) до 103 баллов (максимально тяжелое течение заболевания). Среди пациентов с атопическим дерматитом преобладали больные со среднетяжелым течением заболевания, у которых индекс SCORAD варьировал от 30 до 60 баллов.

Больные, в зависимости от проводимого лечения были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты, которые получали традиционное лечение, 2 группа – традиционное лечение и эфферентные методы (ВЛОК, ВУФОК, ЭИФТ). Кроме этого, среди пациентов обеих групп выделялись больные с атопическим дерматитом, осложненным пиодермией и неосложненным пиодермией течением заболевания.

Сеансы ВЛОК проводили 20 больным с неосложненными формами заболевания со 2 дня пребывания в стационаре. Перед лечением пациентам исследовали общий анализ крови с определением количества лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, времени свертывания крови и кровоточивости, гематокрит, общий анализ мочи. Сеансы проводили с использованием аппарата «Мулат» (длина волны 630 нм) в течение 20-25 минут.

Анализ эффективности ВЛОК в комплексном лечении атопического дерматита у больных разных групп проводили по динамике купирования основных клинических проявлений заболевания (эритема, сыпь, корки, лихенификация, шелушение, сухость кожи, площадь поражения, интенсивность зуда и нарушение сна), соответствующих выраженности клинических симптомов по индексу SCORAD [2].

Стойкая клиническая ремиссия у пациентов, в комплексном лечении которых применялось внутрисосудистое облучение крови, отмечалось к 11-12 дням лечения. Купирование же остаточных явлений (достижение клинической ремиссии) у пациентов контрольной группы отмечалось к 14-16 дням лечения. При анализе динамики регрессии симптомов заболевания на фоне ВЛОК отмечено, что уже после первых двух сеансов у всех пациентов значительно уменьшился зуд и улучшился сон.

Традиционное лечение переводило заболевание в ремиссию в более длительные сроки. Это сочеталось с более выраженной положительной динамикой изменения лабораторных показателей (уменьшилась эозинофилия, снизилось содержание цитотоксических клеток и провоспалительных цитокинов).

Выводы. Применение ВЛОК в комплексном лечении больных с различными формами атопического дерматита позволило сократить сроки достижения ремиссии заболевания в среднем на 3-4 дня.

Список литературы.

1. Альбанова В.И., Пампура А.Н. Атопический дерматит. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 128 с.
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. М. ГЭОТАР-Медиа. 2014. 640 с.
3. Короткий Н.Г., Тихомиров Т.А., Таганов А.В. и др. Атопический дерматит // Справочное пособие для врачей. М: Прондо. 2016. 5с.
4. Плиева Т.К., Мельниченко О.О., Невозинская З.А. и др. Возможности контроля кожных аллергических реакций // Эффективная фармакотерапия. 2016. Т.3. С. 4-5.
5. Юдина С.М., Клиническая эффективность эфферентных методов в комплексном лечении атопического дерматита / Юдина С.М., Иванова И.А., Русанова Т.С. // Российский аллергологический журнал. - 2011. № 4. С. 34-39.

АНАЛИЗ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К МАКРОЛИДНО-ЛИНКОЗАМИДНО-СТРЕПТОГРАМИН В СРЕДИ МЕСА-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЙ

Сперанский А.В.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Кафедра микробиологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Евдокимова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема антибиотикорезистентности является одной из самой главной проблемой в лечении инфекционных болезней.

Целью исследования является оценка распространения MLS B фенотипов резистентности и генотипов в метициллинрезистентных изолятах Staphylococcus aureus (MRSA.

Материалы и методы: нами было исследовано 106 неповторяющихся клинических изолятов MRSA которые были получены в течение 12 месяцев с января 2018 года по январь 2019 года от лиц, направленных в 3 клинические больницы Рязани. Все изоляты культивировались на агаре соли маннитола (маннитол плюс хлорид натрия 7,5%, Мерк, Дармштадт, Германия) и инкубировались на 37°C на 24 часа. Распознавание всех сомнительных колоний производилось на основе стандартных биохимических и микробиологических тестов. Штаммы культивировались в бульоне Лурия-Бертани (Мерк, Дармштадт, Германия) плюс 20% глицерина при – 80°C для дальнейшего использования.

Анализ антимикробной восприимчивости проводился на средах Мюллера-Хинтона агара Петри (Мерк, Дармштадт, Германия) с использованием метода диско-диффузионного агара для эритромицина (ERY; 15 мкг), клиндамицина (CC; 2 мкг), гентамицина (GM; 10 мкг), ципрофлоксацина (CP; 5 мкг), тетрациклина (TE; 30мкг), ампикллина (MUPI; 20 мкг), 20 мкг (MUPI; 20 мкг). 5 мкг), цефокситин (FOX; 30 мкг), рифампин (RA; 5 мкг), линезолид (LNZ; 30 мкг) и триметоприм-сульфаметоксазол (SXT; 5 мкг) (диагностика мачт, Мерсисайд, Великобритания). S. aureus ATCC 25923 рассматривался как эталонный штамм.

Были использованы электронные тест-полоски для анализа ванкомицина (VA) MIC (от 0,016 до 256 мкг/мл и критерии интерпретации ≤ 2; S, 4-8; I и ≥ 16; R мкг/мл, Liofilchem SRL, RosetodegliAbruzzi, Италия).

Резистентные фенотипы были идентифицированы с помощью двойного дискового теста с эритромицином (ERY; 15 мкг) и клиндамицином (CC; 2 мкг) диски, нанесенные на расстоянии 20 мм друг от друга. После инкубационного периода в течение 24 часов при 35° C, зона ингибирования я, прилегающая к пластинчатому диску, указывающему на индуцибельный тип (D-образная зона) сопротивления MLS B (IR), в то время как сопротивление к ERY и C называлось определяющим типом (CR). Отсутствие D-образной зоны у очень резистентных и C-чувствительных штаммов рассматривалось как фенотип M/MS B efflux.

Обе реакции M-PCR были выполнены в амплификаторемastercycler ПЦР.

Для обнаружения ermA, ermB, ermC, msrA, msrB, ereA, и ereB генов. Клеточная ДНК была получена из изолятов MRSA с использованием набора для очистки геномной ДНК (Промега, Мэдисон, Висконсин, Соединенные Штаты) в соответствии с инструкциями производителя.

Условия реакции были начаты фазой денатурации (95°C на 60 секунд), 33 циклами денатурации на 45 секунд на 94°c, отжиг на 30 секунд на 55°C и выдвижение на 60 секунд на 72°C, и закончились с окончательной фазой выдвижения (5 минутами на 72°C). ПЦР-ампликоны исследовали методом электрофореза в 1,5% агарозных гелях (Sigma-Aldrich, США), окрашенных

бромидом этидия. Положительный и отрицательный контроль были включены с каждой реакцией.

Данные были проанализированы с помощью статистического программного обеспечения Minitab 16 (MinitabInc., StateCollege, PA, США). p-значения и доверительные интервалы были <0,05 и 95% соответственно.

Результаты и обсуждение. В течение 12-месячного периода исследования, в общей сложности 106 FOX-стойкие и MRSA изолятов были получены из различных клинических образцов, в том числе, раны (n = 37,349%), крови (n = 21,198%), бронхоальвеолярный лаваж (n = 9,82%), мокроты (n = 6,56%), внутритрахеальные трубки (n = 4,37%), синовиальной жидкости (n = 3,28%) и спинномозговой жидкости (СМЖ) (n = 1,09%). Частота MRSAизолятов на основе больничной палаты (n = 32), хирургия (n = 23), пульмонология (n = 15), Педиатрия (n = 12), ОРИТ (n= 10), образование для взрослых ОРИТ (n = 8), ортопедии (n = 3), ЛОР (n = 2) и офтальмология (n = 1). Каждый изолят подвергался скринингу с целью выявления резистентности к 12 противомикробным препаратам. Коэффициенты сопротивления для ERY, CC, GM, CP, TE, AM, MUP, RA и SXT были 80,2%, 68,8%, 90,6%, 79,2%, 79,2%, 87,7%, 13,2%, 11,3% и 66,9% соответственно. Все изоляты были восприимчивы к LNZ. Самые высокие показатели восприимчивости были связаны с MUP (86,7%) и RA (88,6%). Соответствующие данные представлены в виде n (%)в

Все изоляты, которые были устойчивы к FOX, рассматривались как MRSA, фенотипически и подтверждались усилением mecA-ген по ПЦР. Кроме того, результаты двойной диско-диффузионного метода испытаний показали, что 61 (57,5%) изолятов были устойчивы к обоим CC и ERY из которых, 48 (78,7%) штаммов были 4 разных фенотипов резистентности, из которых 27 (56,2%) изолятов были устойчивы к фенотипу cMLSB (устойчива к ERY и CC), 11 (22,9%) изолятов были устойчивы к фенотипу индуцибельного сопротивления MLSB (iMLSB устойчив к ERY и восприимчивы к CC), 8 (16,6%) изолятов имели MS фенотип резистентности (восприимчивы ERY и устойчивы к CC) и, наконец, 2 (4,2%) изолятов были чувствительны к ERY и устойчивы к CC. Из 11 изолятов, которые были в iMLSB стойкий фенотип, ermC был положительным в 81,8% (n= 9), ermB – в 63,6% (n= 7), ermA в 54,5% (n = 6), и зоной в 18,2% (n = 2) изолятов, и из них, ermA/B/C совместно присутствующих в 36,4% (n= 4). Один фенотип iMLSB-резистентный (9,1%) содержит все гены ermA/B/C и ereA. Ни один из тестируемых изолятов не был отрицательным для генов ereB, msrA и msrB. Таким образом, 18,2% (n = 2) изолятов с фенотипами iMLS B не имели ни одного тестируемого гена.

В изолятах с cMLSB фенотипом, распространенность ermA, ermB, ermC, msrA, msrB, ereA и ereB были 7 (25,9%), 5 (18,5%), 12 (44,4%), 0 (0,0%), 0 (0,0%), 3 (11,1%) и 0 (0,0%), соответственно. 27 штаммов cMLSB, 6 (22,2%), 4 (14,8%), 1 (3,7%) и 1 (3,7%) были положительными для ermA/ermC, ermA/ermB/ermC, ermA/ermB и ermC/ereA, соответственно. В MS фенотип, ermA, ermB и ermC гены были найдены в 1 (12,5%), 0 (0,0%) и 3 (37,5%) штамма, соответственно. Другие гены резистентности не были найдены в этом фенотипе.

Выводы. Из 106 изолятов ген ereA присутствовал во всех 5 (10,8%) штаммах с устойчивым фенотипом [(cMLSB ; 3 (11,1%), iMLS B ; 2 (18,2%)]. В отличие от наших результатов, Ф.Д. Шмитти др [4] проанализировал 851 клинический изолят S aureus и показал, что ген ereA не был обнаружен. В добавлении, ген ereB только был найден в изоляте с фенотипом cMLS B (1,0%). Мы не обнаружили MRSA с механизмами сопротивления msrA и msrB. В отличие от наших данных, резистентность к макролидам (гены msrA / msrB) была обнаружена только в MSSA (n = 14/358; 13%) Ф.Д. Шмитти др [4], но Г. Линаи др [2] показали наличие msrA / msrB как в изолятах MSSA, так и в изолятах MRSA. Заметным выводом настоящего исследования было то, что 1 (9,1%) изолят содержит все гены ermA/B/C и ereA. Распространенность ermA/C составила 13,1% (n = 6) в наших изолятах. М.Никбакхти др [3] показали одновременное присутствие ermA и ermCв значительном количестве (n = 39/215, -18,14%) их изолятов. Так как штаммы с индуцибельным сопротивлением могут мутировать и изменяться на определяющее сопротивление, лаборатории должны правильно определить восприимчивость С, используя метод D-зоны для устранения индуцибельного сопротивления с. CMLS B был наиболее часто встречаемой фенотипической картиной, с erm (C) быть самым превалирующим геном, и erm (A, C) самая частая комбинация гена. В соответсвии с Ф.Д. Шмитт и др [4], доля S. aureus с in vitro индуцибельным сопротивлением (iCR) клиндамицина может отличаться возрастной группой, зоной, и подверженностью метициллина.

Список литературы.

1. Асонов Н.Р. Микробиология: Учебник.– 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Колос. 2009. – 352с.

2. LinaG, QuagliaA, ReverdyM-E, etal. Distribution of genes encoding resistance to macrolides, lincosamides, and streptogramins among Staphylococci. Antimicrob Agents Chemother. 1999. № 43 (5) P. 1062 – 1066.

3. Nikbakht M, AhangarzadehRezaee M, et al. Phenotypic and Genotypic Study of Inducible Clindamycin Resistance in Clinical Isolates of Staphylococcus aureus in Tabriz, Northwest Iran. Jundishapur J Microbiol. 2017. № 10 (1). e39274.

4. Schmitz FJ, Sadurski R, Kray A, et al. Prevalence of macrolide-resistance genes in Staphylococcus aureus and Enterococcus faecium isolates from 24 European university hospitals. J Antimicrob Chemother. 2000. № 45 (6). P. 891 844.

ТУБЕРКУЛЕЗ В ФОРМИРОВАНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Стрела К.Р., Павлова Н.Н., Павленко Е.П.
Курский государственный медицинский университет.
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Коломиец В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что в утвержденной Правительством РФ «Государственной программе развития здравоохранения до 2020 года» (ГПРЗ) определены важные направления в здравоохранении как формирование здорового образа жизни у населения, профилактика и раннее выявление заболеваний, ликвидация дефицита медицинских кадров и повышение их квалификации и другие. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ [5] в ГПРЗ включены различные мероприятия по оказанию медицинской помощи и особенное значение проведение таких мероприятий имеет в группах населения с высокой частотой факторов риска развития различных заболеваний. Несомненно, такой группой риска среди всего населения являются контингенты пенитенциарных учреждений (КПУ).

Сама структура заболеваемости и пораженности КПУ по различным причинам явно недостаточно освещается и анализируется, без чего крайне сложно разрабатывать мероприятия по предупреждению и реабилитации различных заболеваний. Не вызывает сомнений и то, что в КПУ приоритетно необходим анализ именно инфекционной заболеваемости, имеющей важное значение в системе противоэпидемических мероприятий среди всего населения. Однако такие данные, за исключением по туберкулезу [1,3,4] крайне скудны.

Целью исследования является анализ эпидемической ситуации в пенитенциарных учреждениях региона с целью определения приоритетной направленности противоэпидемических мероприятий по отдельным заболеваниям.

Материалы и методы: в течение десяти лет в КПУ УФСИН одного из субъектов РФ отслеживается заболеваемость и эффективность оказания специализированной медицинской помощи (СМП) при инфекционных болезнях, в том числе и больным туберкулезом всех локализаций, с целью разработки и реализации мероприятий по повышению ее эффективности. Для оценки ее эффективности учитываются прежде всего показатели клинической реабилитации, анализируются динамика пораженности и заболеваемости всеми инфекционными и паразитарными болезнями для разработки дальнейших реабилитационных мероприятий. Используются общепринятые методы диагностики и лечения, практически в большинстве случаев для верификации диагноза больные консультируются сотрудниками кафедр ФГБОУ ВО КГМУ [2].

Результаты и обсуждения. Общий показатель инфекционной заболеваемости в целом по КПУ (без учета острых респираторных заболеваний,

в том числе гриппа) в последние пять лет снизился с 54,2 до 35,5на 1 тыс. человек.

Таблица 1. Динамика показателя
по инфекционным и паразитарным болезням в 2000-2017 годы

Инфекционные и паразитарные заболевания	Годы	
	2000	2017
Вензаболевания:	2693,8	232,3
- сифилис	2367,3	154,9
- гонорея	326,5	19,3
- трихомониаз		58,1
Педикулез	1857,1	290,4
Чесотка	2102	38,7
Туберкулез	2877,5	716,4
ВИЧ-инфекция	204	774,5
Вирусные (хронические) гепатиты	241,8*	98,4
- в т.ч. ВГВ		39,4
- в т.ч. ВГС	241,8	59
ВСЕГО:	10183,6	2130
ОРЗ		4434,5
ВСЕГО:		6564,6

Если же рассматривать эпидемическую ситуацию в целом по КПУ, то несомненно преобладание заболеваемости туберкулезом органов дыхания, которая после кратко временного подъема в период заключительного этапа реализации федеральной целевой программы (2005-2012годы) до 1220,9 на 100 тыс. человек хотя и снижалась до 718,4, но на порядок превышает заболеваемость среди всего населения региона (таблица 1). Что же касается выраженной заболеваемости венерическими болезнями (сифилисом, гонореей, трихомониазом), то она хотя и имеет тенденцию к снижению, составив 3,1/тысячу, однако также заметно превышает таковую среди всего населения. Аналогичная ситуация с пораженностью (заболеваемостью) спецконтингента педикулезом, так как удалось снизить за анализируемый период в 3,6 раза 1,0/тыс. человек. Следует отметить, что все случаи паразитарных заболеваний (педикулеза, чесотки) за анализируемый период времени выявлялись в следственных изоляторах области при поступлении спецконтингента. В ИК (исправительных колониях) данные заболевания не регистрировались.

Отмечается рост впервые выявленных случаев хронических вирусных гепатитов (в основном ХВГ С) – в 2,9 раза (до 3,7 на 1 тыс. СДЛ). В то же время наметилось снижение впервые выявленных случаев острых вирусных гепатитов – почти в 4 раза, до 0,19 на 1 тыс. человек с преобладанием заболеваемости ОВГ В. Несомненно, крайне тревожным фактом следует признать и то, что на фоне такой динамики заболеваемости ОВГ и ХВГ выражено увеличение числа впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 3,9 раза до 2,3 на 1 тыс. человек.

Заболеваемость спецконтингента ОРЗ в целом по УФСИН за анализируемый период времени остается на прежнем уровне и составляла от 60,2 до 68,8 на 1 тыс. человек, при этом, как правило, она практически в два раза выше в контингентах СИЗО сравнительно с ИТК. В конечном итоге удалось достичь показателей общей инфекционной заболеваемости в КПУ на уровне 87,1/1 тысячу, в том числе 63,4 в ИТК и 242,4 в контингентах СИЗО.

Установлено, что и пораженность, и заболеваемость всеми инфекционными и паразитарными инфекциями достоверно выше в контингентах отбывающих наказание в СИЗО. Так, на примере заболеваемости туберкулезом в начальный период наблюдений она в несколько раз превышала аналогичную в исправильных колониях.

Выводы. Таким образом, в наблюдаемых контингентах пенитенциарной системы региона эпидемическая ситуация по инфекционным заболеваниям формируется приоритетно и стабильно пораженностью туберкулезом, которую возможно рассматривать как контролируемую эпидемию. В последние три года отмечается снижение пораженности вензаболеваниями и резкий рост численности ВИЧ-инфицированных.

Список литературы.

1. Коломиец В.М. Пенитенциарный туберкулез: патоморфоз и эффективность реабилитации. /В.М.Коломиец. – Курск: 2014. – 248 с.

2. Коломиец В.М., Рачина Н.В., Ляликов А.В., Девянин П.А., Гапеев О.В. Повышение эффективности специализированной медицинской помощи при туберкулезе в группе риска – контингентах пенитенциарных учреждений //Курский научн.-практич. вестн. «Человек и его здоровье».– 2013. -№ 2. – С.123-126

3. Ларионова И.И., Чебагина Т.Ю., Стерликов С.А., Одинцов В.Е., Белиловский Е.М. Контроль над туберкулезом в уголовно-исполнительной системе. //Туберкулез в Российской Федерации, 2012/2013/2014 годы Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2015. – С. 166-176.

4. Нечаева О.Б. Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации //Туберкулез и болезни легких. 2013. № 12. С. 40-49.

5. Федеральный закон от 21 ноября 2011год № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» //Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)

ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОГО И АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ АДЕНОЛИМФОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сузаева П.П., Рукавишникова З.С.
Приволжский исследовательский медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Сенягина Н.Е.

Актуальность исследования состоит в том, что лимфоглоточное кольцо Пирогова-Вальдейера является одним из основных органов иммунитета у детей до 6-7 лет. Различные инфекционные агенты, респираторные и, в ряде случаев, пищевые аллергены являются причиной гипертрофии лимфоидной ткани глотки [1]. Гипертрофия аденоидных вегетаций 3 степени, рецидивирующие отиты с дисфункцией слуховых труб, обструктивное апное сна являются показанием для проведения аденотомии [2]. Известно, что частота развития и степень гипертрофии глоточной миндалины выше у детей с аллергическим ринитом, при хронических аденоидитах среди этиологических агентов преобладают герпесвирусы [3,4].

В настоящее время доказано негативное влияние аденотомии для организма ребенка, что инициирует поиск эффективных неинвазивных методик лечения хронической аденолимфотонзилярной патологии [5].

С целью оптимизации ведения пациента с хронической, рецидивирующей патологией ЛОР-органов и лимфоглоточного кольца необходимо комплексное обследование пациента, выявления наиболее значимых инфекционных и неинфекционных факторов формирования данной патологии с последующей персоналиацией подходов к ведению, в том числе с учетом коморбидного состояния.

Целью исследования является оценка аллергологического и инфекционного (вирусологического) статуса у детей с хронической аденолимфотонзиллярной патологией.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 84 ребенка в возрасте от 2-х до 7 лет с хронической аденолимфотонзиллярной патологией. Исследование проводились на клинической базе ФГБОУ «ПИМУ» – клиника «Александрия» города Нижнего Новгорода путем ретроспективного клинико-лабораторного анализа по данным учетной формы № 112/у. С целью оценки аллергологического статуса проводилось определение IgE-специфических к бытовым респираторным аллергенам методом ИФА; методом ПЦР определялись ДНК ЦМВ, ЭБВ, ВГЧ6 в кров для идентификации ДНК вирусов методом ПЦР использовали тест-системы: набор реагентов «Амплисенс EBV/ CMV/HHV6-скрин – FL», производитель ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Для оценки клинико-лабораторных показателей применяли современные методы статистического анализа.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлено, что рецидивирующие ОРИ отмечались у 86% (72 детей), каждый 2-й ребенок 50% (41 человек) имел рецидивирующие бактериальные риносинуситы и/или

хронический аденоидит– 58% (49 детей), у каждого 4-го ребенка – 27% (23 человека)отмечались повторные (более 3-х эпизодов) отиты, гипертрофию аденоидных вегетацийIIи IIIстепени имели, соответственно,57% (48 детей) и 13% (15 детей) пациентов, инфекционный мононуклеоз в анамнезе диагностирован у 6% (7 человек)детей. Большинство наблюдаемых – 75% (63 ребенка) имели отягощенный аллергоанамнез: атопический дерматит, пищевая и лекарственная аллергии отмечались, соответственно, в 32% (27 детей) и 26% (22 ребенка) случаев; аллергический ринит имели29% детей (24 человека);наличие кожной или респираторной аллергии у родственников 1-й,2-й линий отмечено у каждого 3-го ребенка – 35% (29 пациентов).

Изучая вирусологический профиль обследуемой группы, установлено, что большинство (77% –65 человек) детей имели активную ВГЧ вирусную инфекцию с выявлением ДНК ВГЧ6 в ПЦР в крови, у каждого 3-го ребенка (33%– 28 детей) выявлялась ДНК ЭБВ в крови, при этом в обоих случаях достоверно ($p<0,05$) преобладала минимальная вирусная нагрузка (менее 10 копий в мкл). В отличие от ВГЧ6 и ЭБВ-инфекций, выявлениеДНК ЦМВ в крови у обследованных детей отмечалось достоверно реже: лишь в 6%случаев (5детей) ($p<0,05$).

При оценке аллергологического статуса у данных детей сенсибилизация к аллергену домашней пыли выявлена у 86% пациентов (72 человека), у каждого 3-го ребенка выявлены специфические IgE к аллергенам домашних животных, клещам домашней пыли–в 29% случаев (24 ребенка).

Выводы. Дети с хронической аденолимфотонзиллярной патологией требуют сбора аллергоанамнеза: у каждого 3-го ребенка в анамнезе отмечались проявления атопического дерматита, пищевой или лекарственной аллергии, выявлялся отягощенный аллергоанамнез со стороны родственников 1-2-й линии, имел место, ранее диагностированный аллергический ринит, по данным аллергообследования у 86% детей выявлена сенсибилизация к бытовым эпидермальным аллергенам.

У большинства (77%) детей в крови выявлялась ДНК ВГЧ6, [1].у каждого 3-го ребенка −ДНК ЭБВ, при этом в обоих случаях достоверно преобладала минимальная вирусная нагрузка (менее 10 копий в мкл, ($p<0,05$)). ДНК ЦМВ в крови у обследованных детей выявлена достоверно реже ($p<0,05$).

У детей до 7 лет с хронической аденолимфотонзиллярной патологией выявлена коморбидность: сенсибилизация к бытовым эпидермальным аллергенам в сочетании с персистирующей и, в большинстве случаев, активной ВГЧ6 вирусной инфекцией, у каждого 1/3 ребенка в сочетании с активной ЭБВ-инфекцией.

Список литературы.

1. Ю.Ю. Русецкий, Д.П. Поляков, Е.Н. Латышева, Т.А. Полунина О «вреде» аденотомии. ФГБНУ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, РФ.2014

2. Самсыгина Г.А., Коваль Г.СПроблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе. ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава, Москва 2009
3. Баринский И.Ф. Герпес: этиология, диагностика, лечение. Москва: Медицина, 1994
4. Бархатова Т.В., Сенягина Н.Е., Краснов В.В. Влияние вируса герпеса человека 6 типа на течение пиелонефрита у детей. Детские инфекции. 2014
5. Исаков В.А., С.Б. Рыбалкин, М.Г.Романцов. Герпесвирусная инфекция. Санкт-Петербург, 2006

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПОЛИКОМПОНЕНТНЫХ МАЗЕЙ

Трофимов И.В., Ромашкина Д.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Научные руководители – к.м.н., ст. продаватель Жиляева Л.В., к.б.н., доцент Ефремова Н.Н.

Актуальность исследования заключается в проблеме эффективного лечения хирургических гнойных ран, которая, несмотря на значительный прогресс в этом направлении остается одной из важных в хирургии и требует особого внимания. По мнению некоторых авторов, количество пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей составляет 30-35% от числа всех хирургических больных [4].Многообразие этиологии, гнойные осложнения, генерализация инфекции, высокая летальность, большие материальные затраты во многом усложняют лечение [1, 2].

Частью комплексного лечения гнойных процессов является использование антибактериальных средств. По данным литературы, среди лекарственных форм для наружного применения в лечении хирургических ран с успехом используются мази, обладающие пролонгированным и разнонаправленным действием. Мази являются одной из наиболее рациональных и удобных форм лекарственных средств, так как имеют ряд неоспоримых преимуществ. Мягкая консистенция мазей обеспечивает простоту применения, позволяя удобно наносить лекарство. Благодаря наличию в их составе гидрофильных компонентов образуется гидрофобная пленка, которая препятствует испарению влаги, а возможность сочетать гидрофильные и липофильные вещества дает возможность регулировать биодоступность. Еще одним преимуществом мазей является то, что с их помощью можно создавать необходимую концентрацию действующих веществ в очаге поражения, а также практически полностью избавиться от побочных эффектов [3, 5, 6].

Целью исследования является определение антимикробной активности вновь синтезированных мазей в отношении фармакопейных штаммов

грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, а также грибов рода Candida.

Материалы и методы: исследование проводилось на вновь синтезированных мазях, которым были даны условные номера: № 1, № 2 и № 3. Составы мазей были различны, и в них вошли следующие компоненты: в мазь № 1: метронидазол 2,0, лидокаин 1,0, глицерин 10,0, нипагин 0,02, натрий КМЦ 4,0, раствор диоксидина 0,1%до 100,0;в мазь № 2: метилурацил 2,0, глицерин 10,0, нипагин 0,02, натрий КМЦ 4,0 и раствор диоксидина 0,1% до 100,0; вмазь № 3: трипсин 0,1, полиэтиленоксид 400,0, полиэтилеоксид 1500,0.

Исследование противомикробной активности препаратов проводили in vitro на плотных чашечных питательных средах методом диффузии в агар, а затем на основании сравнительного анализа степени угнетения роста фармакопейных тест-штаммов микроорганизмов (Bacillus cereus ATCC 10702, Staphylococcus aureus ATCC 25923, Escherichiacoli ATCC 25922, Bacillus subtilis ATCC 6633, Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853, Proteus vulgaris ATCC 4636, Candida albicans NCTC 2625) сделали выводы об антимикробной активности экспериментальных мазей.

Результаты и обсуждения. Результаты были обработаны статистически и представлены в таблице в виде M±m (таблица 1).

Таблица 1. Антимикробная активность препаратов

Исследуемый состав	Зона задержки роста (мм)			p
	№ 1	№ 2	№ 3	
Staphylococcus aureus ATCC 25923	22±1,89	30±2,99	14±2,61	<0,05
Bacillus cereus ATCC 10702	37±1,05	37±2,20	14±1,15	<0,05
Bacillus subtilis ATCC 6633	29±1,41	29±1,99	8±2,04	<0,05
Escherichia coli ATCC 25922	25±1,36	32±2,30	14±2,41	<0,05
Proteus vulgaris ATCC 4636	33±2,20	38±0,68	16±1,99	<0,05
Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853	8±1,68	29±0,84	15±2,78	<0,05
Candida albicans NCTC 2625	30±0,89	25±1,73	10±1,52	<0,05

По итогам исследований, антимикробной активностью по отношению к представленным тест-штаммам обладают все три мази. Наибольшая биоцидная активность к грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам наблюдается у мази № 2, которая содержит в своем составе метилурацил. Наибольшей антимикотической активностью обладает мазь № 1, активным веществом которой является метронидазол.

Вывод. В ходе проведенных микробиологических исследований было выяснено, что вновь синтезируемые мази обладают противомикробным действием по отношению к фармакологическим тест-штаммам микроорганизмов. Этот факт дает возможность для дальнейшего изучения разработанных мазей в экспериментах in vivo, с целью проверки и обоснования их эффективности в лечении гнойно-воспалительных процессов.

Список литературы.

1. Блатун, Л.А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения // Consiliummedicum: хирургия (прил.). 2007. № 1. С. 9-16.
2. Гордина, А.П. Лечение хирургической раны после комбинированных операций на органах брюшной полости и малого таза: автореф. дис. на соиск. учен.степ. канд. мед. наук (14.00.27); Башкир. гос. мед. ун-т. – Уфа, 2008. 22 с.
3. Грушко, В.И. Применение плазменного потока в комплексном лечении гнойных ран:автореф. дис. на соиск. учен.степ. канд. мед. наук (14.00.27); Рос. НЦ хирургии им. Б.В. Петровского РАМН. – Москва, 2008. 29 с.
4. Исаев, У.М. Лечение гнойных ран озономагнитофорезом: (клиническое исследование): автореф. дис. на соиск. учен.степ. канд. мед. наук (14.00.27); Дагест. гос. мед. акад. – Махачкала, 2008. 19 с.
5. Исмаилова Л.В. Алгоритм мероприятий для профилактики и лечения гнойных осложнений ран у онкологических больных // Российский онкологический журнал. – 2010. - № 2. - С. 39-44.
6. Регистр лекарственных средств России // Глав. ред. Г.Л. Вышковский // Энциклопедия лекарств ежегодный сборник. – Выпуск 26 (2017). – «ВЕДАНТА». – 1384с.

ФАКТОРЫ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Урусова Д.А., Башмаков Н.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Юдина С.М.

Актуальность исследования состоит в том, что на сегодняшний день хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) распространена среди большей части населения. ХОБЛ – это прогрессирующее угрожающее жизни человека заболевание легких, которое характеризуется ограничением потока воздуха в дыхательных путях. Одной из главных причин возникновения ХОБЛ может послужить табачный дым (из-за потребления табачных изделий или вдыхания вторичного табачного дыма) [1]. В последнее десятилетие наблюдается повышение уровня курящих людей. Именно по этой причине ХОБЛ возникает все чаще и чаще и необходимость в изучении и разработке новых методов лечения, диагностики и профилактики является острой проблемой.

Согласно существующим данным, причиной обострения ХОБЛ является экссудативно-деструктивный воспалительный процесс, вызываемый полиморфноядерными лейкоцитами, имеющими огромный разрушительный потенциал, который используется ими в качестве подавления патогенной

микрофлоры [2]. В зависимости от наличия в окружающей среде провоспалительных медиаторов, в первую очередь ИЛ-8, служащего хемокином для нейтрофилов, изменяется уровень миграции нейтрофилов в дыхательные пути и реализация деструктивного потенциала. Повышенная продукция ФНО-α в очаге воспаления вызывает хемотаксис нейтрофилов и моноцитов в очаг, тем самым благоприятствуя усилению фагоцитоза, бактерицидности, а также их интенсивной дегрануляции и продукции реактивных кислородных радикалов [4].

Целью работы является исследование показателей местного иммунитета бронхолегочного дерева при ХОБЛ.

Материалы и методы: состояние местного иммунитета бронхолегочного дерева при ХОБЛ оценивали по клеточному составу эндопульмональной цитограммы, функциональной активности нейтрофилов с использованием метода спонтанной и стимулированной люминол-зависимой хемилюминесценции (ЛЗХЛ).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было установлено, что у больных ХОБЛ процентное содержание нейтрофилов превосходит контрольные значения в 15,4 раза, клеток эпителия бронхов – в 15,7 раза, лимфоцитов – в 3 раза. Кроме того наблюдалось значительное снижение количества альвеолярных макрофагов (преобладающая популяция клеток в норме, которая выполняет функцию участия в поддержании иммунного гомеостаза легких) в БАЛЖ в 2,8 раза (таблица 1).

Таблица 1. Показатели цитограммы жидкости бронхоальвеолярного лаважа больных с ХОБЛ

Группы обследованных	Показатели, %				
	нейтрофилы	макрофаги	лимфоциты	эозинофилы	эпителий
доноры (n=12)	2,8±0,8	78,0±4,0	5,8±1,2	0,5±0,1	0,7±0,1
больные ХОБЛ (n=23)	43,1±2,0*	28,0±2,6*	18,0±2,2*	0,5±0,02	11,0±1,2*

* – при $p<0,01$ различия между группами статистически достоверны

Таким образом, при обострении ХОБЛ в БАЛЖ преобладают нейтрофилы и клетки эпителия бронхов. При исследовании функциональной активности нейтрофилов БАЛЖ методом люминолзависимой хемилюминесценции выявлено повышение как спонтанной в 11,5 раза (до 220,88±20,56 имп/мин*10^4), так и стимулированной хемилюминесценции – в 16,3 раза (до 346,41±53,01 имп/мин*10^4) по сравнению с контролем (19,3±5,8 имп/мин*10^4 и 21,2±5,7 имп/мин*10^4 соответственно) [5].

Интенсивность спонтанной люминолзависимой хемилюминесценции показывает исходное состояние метаболизма, протекающего в клетке. При повышенном уровне образования активных форм кислорода нейтрофилами больных в отсутствии стимулятора указывает на напряженность протекания

процессов метаболизма в них. Следовательно, повышенный уровень спонтанной люминолзависимой хемилюминесценции нейтрофилов может указывать на их способность к постоянному образованию огромного количества свободных кислородных радикалов даже в случае отсутствия патогенных агентов, что в итоге приводит к повреждению ткани легкого [3].

Выводы. На основании данных проведенного исследования можно говорить о том, что для обострения ХОБЛ в БАЛЖ характерно присутствие в большом количестве нейтрофилов, клеток бронхиального эпителия и лимфоцитов. Изменение протекания процессов метаболизма сопровождается повышением образования активных форм кислорода нейтрофилами при отсутствии стимулирующих факторов.

Список литературы.

1. Бисенова Н.М., Ергалиева А.С. Анализ антибиотикочувствительности штаммов Streptococcus pneumoniae, выделенных их мокроты больных с обострением ХОБЛ // Современная медицина: актуальные вопросы. 2015. № 41. С. 97-103.

2. Гренье Ф. Обструктивная болезнь легких (ХОБЛ и астма): роль визуализации для диагностики, фенотипирования и последующего лечения // Лучевая диагностика и терапия. 2015. № 1. С. 6-18.

3. Жазыкбаева Л.К., Даутов Д.Х., Токабаев А.К. Клинико-функциональные нарушения при ХОБЛ // Medicus. 2015. № 2. С. 49-51.

4. Лещенко И.В. Прогрессивный взгляд на терапию ХОБЛ, или тиотропий и возможности его применения // Справочник поликлинического врача. 2014. № 8. С. 23-28.

5. Шапорова Н.Л., Марченко В.Н., Яблонская В.Н. ХОБЛ: роль инфекционных обострений и их профилактики // Медицинский совет. 2014. № 17. С. 8-9.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ СНГ

Фаттахов Р.А., Барсукова В.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научные руководители – д.м.н, доцент Ташпулатова Ф.К., д.м.н., профессор Коломиец В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на стабилизацию эпидемической ситуации по туберкулезу в большинстве регионов стран СНГ, его клиническая структура в Республике Узбекистан (РУ) остается неблагоприятной, где продолжают выявляться больные туберкулезным

менингитом (ТМ), в том числе тяжелые и осложненные формы, сопровождающихся высокой летальностью [2]. В то же время в РФ частота ТМ резко снизилась [4]. Однако ТМ остается одним из наиболее трудно диагностируемых заболеваний, его своевременное выявление (в срок до 12 дней) при многообразии клинических и морфологических проявлений наблюдается лишь у 20-30% больных [3].

Заболеваемость ТМ за период 1997-2001 года составила 0,5-0,2 на 100 тыс. населения, а в структуре внелегочного туберкулёза эта форма заняла 3-5% [4]. В РУ заболеваемость ТМ составляет 0,11-0,06 на 100 тыс. населения и наблюдается высокий процент летальности – от 14 до 60% [1].Поэтому своевременная его диагностика определяет успех лечения и сохранение жизни больного.

Целью исследования является сравнительное изучение особенностей клинического течения и диагностики ТМ в различных эпидемических условиях

Материал и методы: анализированы результаты обследования 38 больных, в возрасте от 17-58 лет, поступивших в клинику центра фтизиатрии РУ, для сравнения проведен анализ клинического течения ТМ в условиях РФ.

Среди обследованных было 21 (55,2±8,0%) мужчин и 17 (44,8±8,0%) женщин. Преобладали больные в возрасте 21-30 лет (36,8±7,8%), 31-40 лет (31,6±7,5%), 41-50 лет (18,4±6,2%). В возрасте до 20 лет было 3 пациента (7,9±4,3%), старше 50 лет – 2 (5,3±3,6%).

Всем больным проводили клинико-лабораторные методы исследования крови, ликвора, КТ головного мозга, ПЦР крови и ликвора. Результаты исследования статистически обработаны с применением современных вычислительных систем типа IBM/PQ последнего поколения при помощи пакета стандартных программ – «EXEL».

Результаты и обсуждения. У 31 (81,5±6,2%) больного туберкулез был выявлен впервые, из них у 20 (64,5±8,5%) больных ТМ сочетался с туберкулезом легких, у 11 (35,4±8,5%) -с внелегочным туберкулезом, 7 (18,4±6,2%) больных раньше получили лечение по поводу ТМ. В работе пользовались общепринятой классификацией ТМ во фтизиатрической практике: выделяли базилярный менингит, менингоэнцефалит и спинальную форму [2,3]. Диагноз базилярной формы верифицирован в 26,3±7,1%больных.

Продромальный период у всех больных отмечалось нарастанием вялости, адинамии, раздражительности, снижением аппетита, появлением катаральных явлений, головной боли, потерей интереса к окружающему. Ранее имевшее место самолечение с применением антибиотиков приводило к удлинению продромального периода и стертости симптоматики, что затрудняло диагностику и своевременную госпитализацию больных.

У 92,1%больных ТМ развился на фоне активного легочного и внелегочного туберкулеза и сочетался преимущественно с инфильтративным (23,0%) и туберкулезом костно-суставной системы (17,1%).У всех больных определялись менингеальные симптомы, наиболее постоянными из них были головная боль, не связанная с приемом пищи, тошнота или рвота, ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

32 (84,2±6,9%) из 38 больных поступили в клинику в крайне тяжелом состоянии и 15 (39,5±8,0%) – в коматозном. У 19 (50,0±8,1%) больных отмечались признаки отека мозга.у 5 (13,2±5,4%) была обнаружена ВИЧ инфекция.

Исследования ликвора не установило зависимости между количеством белка и клеток, с одной стороны, формой туберкулезного менингита, его тяжестью заболевания, с другой. Нормальные показатели ликвора имели место лишь у 5 (13,2 ±5,4%) больных.При бактериологическоми при ПЦР исследовании спинномозговой жидкости МБТ обнаруженыу 3 (7,9±4,5%). ПЦР крови у всех обследованных была положительной. В то же время в мокроте МБТ выявлены у 10 (26,3±7,1%) больных. При КТ у всех больных обнаружено признаки гипертензии головного мозга и энцефалита, у 6 (37,5±4,8%) очаговые изменения, у 2-х (12,5±8,2%) больных с ВИЧ-инфекцией туберкулема головного мозга.

Среди умерших у 4 (33,3±13,6%) из 12 больных имело место сочетание туберкулезного менингита с туберкулезом легких, у 5 (41±14,2%), туберкулезом костно-суставной системы- 2 (16,6±10,7), лимфа узлами –2 (16,6±10,7) и с сочетание с ВИЧ-инфекцией- 3 (25,0±12,5).

При сравнительном изучении историй болезни 8 больных в регионе РФ получены аналогичные данные о структуре, однако выявлены и особенности в клиническом течении ТМ – у 6 больных диагностирован генерализованный ТБ и у 5 из 8 больных ТМ он сочетался с ВИЧ-инфекцией (коморбидный туберкулез). Приводим пример клинического наблюдения.

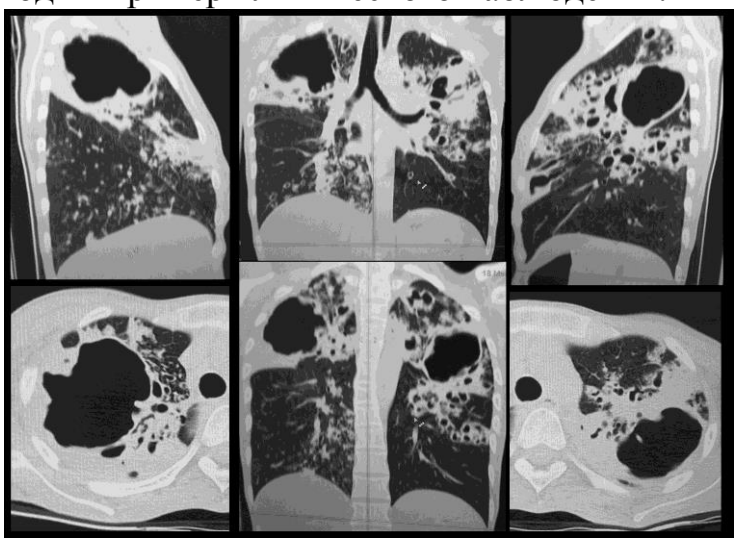


Рисунок 1. Изменения в легких у ВИЧ-инфицированной

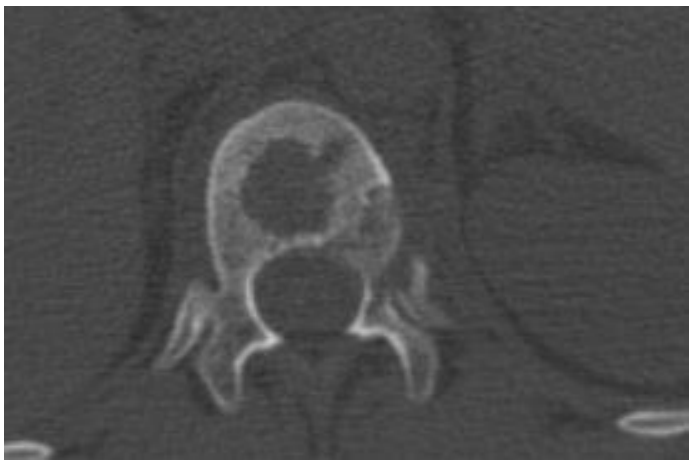


Рисунок 2. Изменения в 5-9 грудных позвонках у ВИЧ-ифицированной

Больная Р., 45 лет, выявлена при обследовании с выраженной клинической картиной менингоэнцефалита. Наблюдалась как ВИЧ-инфицированная крайне нерегулярно, лечение не принимала. Методом ПЦР обнаружены МБТ в мокроте и ликворе, при лучевом обследовании выявлены выраженные изменения в легких и 5-9 грудных позвонках (рисунки 1и 2). На фоне противотуберкулезной терапии наступил летальный исход на 4 дне лечения.

Выводы. Выявлены существенные различия в частоте пораженности ТМ населения отдельных регионов стран СНГ.

Для туберкулезного менингита в современных условиях характерны: преобладание туберкулезного менингоэнцефалита и уменьшения частоты изолированной базилярной формы, роста сочетаний ТМ с ТБ легких, с внелегочными поражениями и сопутствующими заболеваниями, прежде всего ВИЧ-инфекцией.

С целью повышения эффективности диагностики врачами общей лечебной сети комплексное обследование больных с подозрением на ТМ должно включать применения КТ и ПЦР ликвора и крови.

Список литературы.

1. Бугакова С.Л. Туберкулезный менингит. Вопросы патогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и исходов/ [С.Л. Бугакова.// Астана: Медицина, 2010. -100с.

2. Махаматов К.М., Муаззамов Б.Р. Сил менингити. / [К.М. Махаматов [и др.]// Бухоро: Бухоро,2007. -91.б.

3. Покровский В.И., Литвинов В.И., Ловачева О.В., Лазарева О.Л. Туберкулезный менингит. / [В.И.Покровский [и др.]// –Москва: Медицина, 2005. -243с./

4. Ресурсы и деятельность противотуберкулезных организаций Российской Федерации в 2016-2017 годах (статистические материалы)./О.Б.Нечаева, А.В.Гордина, А.Н.Стерликов, Д.А.Кучерявая, И.М.Сон, Н.М.Зайченко, С.Б.Пономарев. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2018, -95 с.

ЦИТОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Щербинина А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Юдина С.М.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ)–заболевание, развивающееся вследствие воспалительной реакции на раздражение патогенными частицами и газами. Характерным признаком является ограничение воздушного потока в дыхательных путях в результате поражения ткани дистальных бронхов [2].

Актуальность исследования состоит в том, что ХОБЛ по распространенности занимает второе место среди хронических инфекционных заболеваний и четвертое среди причин смертности взрослого трудоспособного населения, имеет тенденцию к увеличению в ближайшие десятилетия. Заболевание приводит к ограничению физической работоспособности и, как следствие, к инвалидности [3].

При заболеваниях легких в воспалительный процесс вовлекаются цитокины, которые определяют направление, тяжесть и исход патологического процесса, регулируют иммунную воспалительную реактивность [1].

Целью исследования является определение уровня цитокинов, оказывающих непосредственное влияние на течение воспалительных процессов.

Материалы и методы: в ходе работы у 28 пациентов с ХОБЛ было исследовано содержание провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-8, ИФН-γ), а также противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1ra, ИЛ-4, ИЛ-10) в периферической крови и БАС.

Результаты и обсуждения. Анализ уровня цитокинов в периферической крови больных ХОБЛ, способствующих развитию воспаления, показал, что их содержание было выше, чем в контрольной группе (таблица 1). Так уровни ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1βи ИФН-γ превышали контрольные значения в 4,5, 3,5, 2,5, 2,5и в 2 раза соответственно.

Исследование уровня противовоспалительного цитокина – ИЛ-4, показало, что его содержание в сыворотке крови больных практически не отличалось от значений доноров (таблица 1).

Относительно содержания в сыворотке крови других цитокинов с противовоспалительным свойствами были получены неоднозначные результаты. Содержание ИЛ-1ra (антагонист ИЛ-1β) в сыворотке крови было ниже значений доноров в 1,7 раза, но выше в 3,1 раза значений ИЛ-1β в сыворотке крови больных. Именно баланс между этими цитокинами определяет ход воспалительных реакций. У 33,1% больных ИЛ-10 не определялся вовсе, что объясняется высоким содержанием в сыворотке крови ингибитора

продукции ИЛ-10–ИФН-γ. А у66,9% больных содержаниеИЛ-10было снижено в 1,3 раза относительно доноров [4].

Таблица 1. Цитокиновый статус больных ХОБЛ

Цитокины пг/мг	Группы обследованных			
	БАЛЖ		сыворотка крови	
	доноры (21 человек)	больные (33 человека)	доноры (17 человек)	больные (23 человека)
ФНО-α	45,61±1,423	142,011±13,07*	3,24±1,21	102,31±10,91*
ИЛ-1β	25,72±1,57	160,032±10,13*	47,89±1,57	123,07±11,96*
ИЛ-6	18,91±2,61	94,523±7,03	19,01±4,02	65,78±6,93
ИЛ-8	46,23±2,87	198,774±24,64*	43,53±3,88	110,486±15,01*
ИФН-γ	47,81±1,19	250,461±19,28*	55,87±2,65	112,48±8,76*
ИЛ-10	1,892±1,22	1,352±0,55	3,14±0,62	2,93±0,87
ИЛ-4	45,21±1,83	45,083±4,97	45,91±3,61	47,564±3,2
ИЛ-1ra	621,374±12,767	502,391±13,01	615,08±14,96	369,16+22,94*

* – при p<0,01 различия между группами статистически достоверны

Для противовоспалительных цитокинов в БАЛЖ были получены аналогичные результаты. Критичной разницы в уровне ИЛ-4 у доноров и больных выявлено не было. Уровень ИЛ-1ra в БАЛЖ больных был ниже в 1,2 раза в сравнении с донорами (рисунок 1).Уровень ИЛ-10 у 55,67% пациентов был снижен в 1,3 раза, ау44,33% больных не определялся, что вероятно связано с высокими концентрациями ИФН-γ [3].

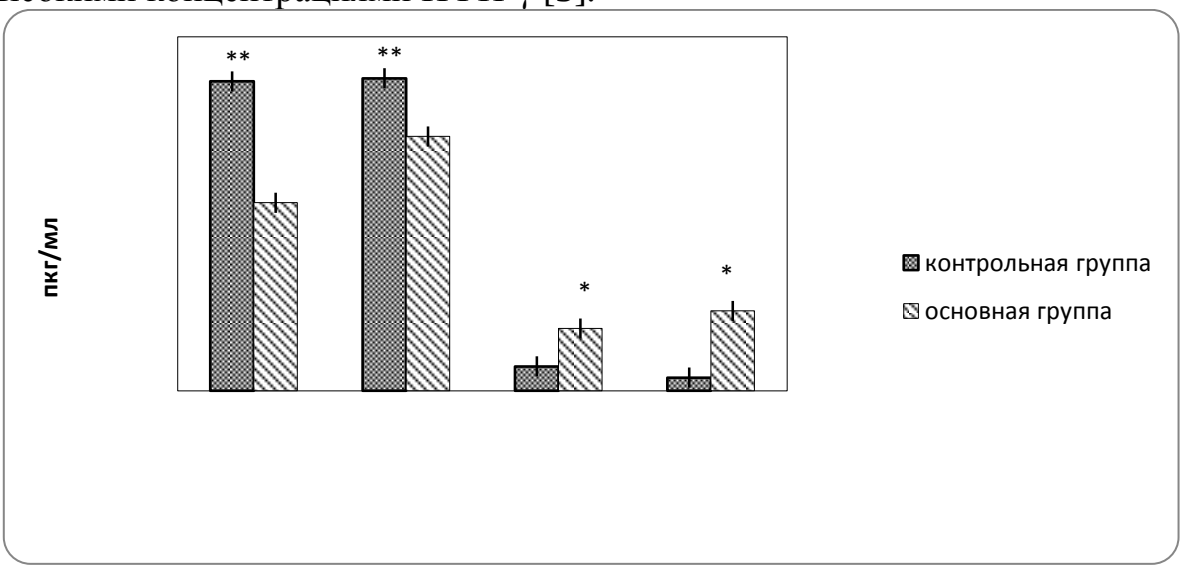


Рисунок 1. Уровень ИЛ-1β и ИЛ-1ra в сыворотке крови и БАЛЖ при ХОБЛ.

** – p< 0,05 по сравнению с донорами,

* – p < 0,01 по сравнению с донорами.

В БАЛЖ уровень провоспалительных цитокинов (ИФН-γ, ИЛ-6, ИЛ-1β, ИЛ-8 и ФНО-α)был повышен (в 5,3,5,0, 4,3, 4,2 и3,1раза соответственно) (рисунок 2). Данные значения цитокинов превышают их концентрацию в

сыворотке крови. Уровень ФНО-α увеличен в 1,5 раза, ИФН-γ – в 2,2 раза, ИЛ-1β – в 1,2 раза, ИЛ-6 – в 1,6 раза, ИЛ-8 – в 1,9 раза [2].

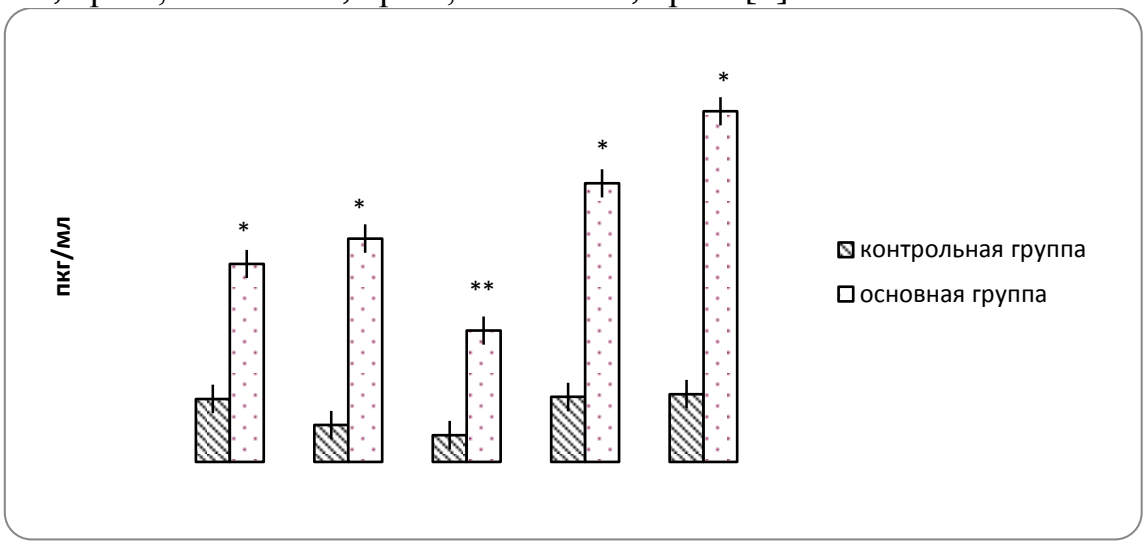


Рисунок 2. Уровень провоспалительных цитокинов в БАЛЖ при ХОБЛ.
** – p< 0,05 по сравнению с донорами,
* – p < 0,01 по сравнению с донорами.

Выводы. Исследование показало, что у больных ХОБЛ наблюдается увеличение содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови и БАЛЖ, которое противовоспалительные цитокины не компенсируют, что играет значительную роль в нарушения системного и локального клеточного иммунитета.

Список литературы.

1. Ефремов А.В., Тулеутаева Р.Е., Сафронов И.Д. Содержание про- и противовоспалительных цитокинов в крови больных ХОБЛ на разных стадиях // Медицина и образование в Сибири. - 2014. - № 6. – С.23.

2. Исследование уровня цитокинов в биологических жидкостях бактерионосителей / О.В Бойко, А.Х. Ахминеева, Н.И. Гудинская, Л.И. Алексашина // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 5. – С. 15-21.

3. Калинина Е.П., Лобанова Е.Г. Особености цитокинового профиля у больных хронической обструктивной болезнью легких // Медицинская иммунология. 2012. Т. 14, № 6. стр. 501-506.

4. Маркина В.М. Клинико-иммунологическая эффективность ультрафиолетового облучения крови с гипохлоритом натрия в комплексном лечении больных ХОБЛ: Автореф. дис. канд. мед.наук: (14.03.09) / В.М. Маркина; КГМУ – Курск, 2011. – 23 с.

РАЗДЕЛ 4.

МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА И ЭКОЛОГИЯ

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Адамова А.Э.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Актуальность данного исследования состоит в том, чтовВопросами о сохранения здоровья населения обеспокоены многие страны, но сохранение женского здоровья выделяется в качестве отдельной проблемы. В настоящее время в мире наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости женщин от опухолевых образований, а также высокий уровень смертности женщин. В России отмечается интенсивный прирост онкопатологий, наряду со странами Европы, Азии и Африки. В онкологических клиниках России каждый год регистрируется 2-3% пациентов со злокачественными новообразованиями, диагноз установлен впервые. Россия занимает 5 место по числу летальных исходов у онкологических больных. Ухудшается состояние здоровья населения: заболеваемость мужского населения 0-29 лет выросла на 2,6% и женского на 13,2%, показатель в группе 30-59 лет у мужчин увеличился на 1,8%, у женщин – на 10,9%, среди людей старше 60 лет: у женщин на 12,3% и у мужчин на 3%, за последнее десятилетие. Происходит возрастание злокачественных образований у обоих полов, однако у представителей женского пола прослеживается образование опухолей в 3-4 раза больше, чем у мужского [7].

Целью исследования является изучение наиболее часто возникающих патологий среди женского населения Курской области.

Материалы и методы: материалом послужили данные статистического ежегодника Курской области. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета прикладных программ. Использовались методы для проверки статистических гипотез параметрические критерии Стьюдента и Фишера.

Результаты и обсуждения. В ходе исследований были получены следующие результаты. В Курской области, отмечается тенденция к увеличению общей заболеваемости от новообразований, в 2005 году число зарегистрированных пациентов с диагнозом – злокачественные новообразования составило 2155, а в 2016 году -2815 человек. Согласно статистическим данным удельный вес злокачественных новообразований в структуре первичной инвалидности взрослого населения РФ в 2004 году составлял 12,4%, а в Курской области – 13,1%. В 2012 году этот показатель составил 21,9% по РФ, а по Курской области данный показатель возрос до 23,6%.В 2013 году удельный вес первичной инвалидности по Курской области, обусловленный злокачественными новообразованиями, составил 24,5% от всей первичной инвалидности [5]. Рассматривая численность злокачественных образований на 100000 женщин заболеваемость в 2016 году составила 459,5 человек, что значительно выше, чем в 2005 году – 333,4 женщин. У женщин на первом месте стоит рак молочной железы, отодвигая рак легких и бронхов на второе место; рак тела матки и рак яичников делят между собой пятое место,

отодвигая на более низкое место рак ободочной кишки и лимфомы. Рак шейки матки в структуре первичной инвалидности у женщин стоит на девятом месте. Онкопатология половых органов у женщин составляет 28,8% в общей структур первичной инвалидности [5]. Рассмотрим злокачественные образования женского населения Курской области: злокачественные новообразования молочной железы, шейки и тела матки, яичника [6]

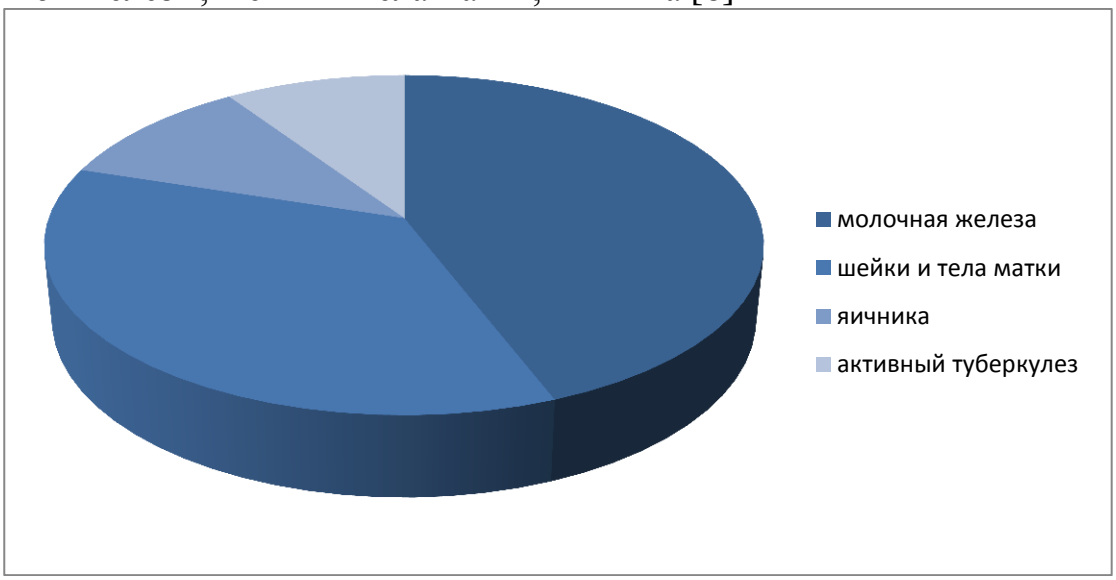


Рисунок 1. Структура новообразования у женщин Курской области в 2016 году

За период с 2005 по 2016 год распространенность рака молочной железы на 100000 женщин значительно увеличилась на 40%: в 2005 году отмечено 66,5 женщин на 100000, а в 2016 году – 93,2 женщин на 100000 (рисунок 1). Вместе с тем в возрастной группе от 18–39 лет, рак молочных желёз занимает первое место, что может быть обусловлено конгруэнтностью многих причин, приводящих к данной нозологической форме. Немало важным фактором, является отсутствие культуры использования солнечных лучей и их воздействие на железистую ткань, которое может стимулировать образование раковых клеток [1,4,6]. Отмечается тенденция к увеличению распространенности рака шейки и тела матки с 2005 по 2016 год. В 2005 году отмечалось 45,5 женщин на 100000 женщин, в 2016 году – 75,6 на 100000 женщин, увеличение на 66,15%. Это может быть обусловлено: раним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров не только самой женщиной, но и ее партнерами, несоблюдением половой гигиены, венерическими заболеваниями, курением, дефицитом витаминов, не контролируемое использование контрацептивов [2,6] Распространенность рака яичников увеличилась: в 2005 году данный диагноз зарегистрирован у 13,5 женщин на 100000 женщин, в 2016 году – 22,5 женщин 100000, возрастание заболеваемости составило 66%. Это может быть обусловлено ранней диагностикой и ежегодным проведением профилактических медицинских осмотров, факторы вызывающие данную нозологическую форму разнообразны [3,6]

Выводы. Таким образом, за период с 2005 года по 2016 год прослеживается тенденция к увеличению количества онкобольных женщин разного возраста: заболеваемость злокачественными новообразованиями молочной железы увеличилась на 40%, злокачественными новообразованиями шейки и тела матки – на 66,15%, злокачественными новообразованиями яичников – 66%.

В качестве профилактических мероприятий в нашей стране проводятся ежегодные медицинские осмотры, направленные на выявление этой нозологической формы на ранней стадии и беседы с пациентами об изменении их образа жизни, для снижения общей заболеваемости. Научно доказано, что увеличение физической активности способствует снижению риска рака молочной железы на 10-25%. Для профилактики новообразований яичников необходимо правильное питание, своевременное лечение воспалительных процессов, лечение доброкачественных заболеваний.

Список литературы.

1. Ашрафян Л.А., Новикова Е.Г. Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов женской репродуктивной системы//Журнал акушерства и женских болезней.-2001.-В.3.-Т.XLIX.-С.8-10

2. Бохман Я.В., Лютра У.К. Рак шейки матки, Кишинев: Штиинца.-1993.-С.352.

3. Винокуров В.Л. Рак яичников: закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных/В.Л.Винокуров-СПб.:ООО «Издательство ФОЛИАНТ»,2004.-332 с.

4. Дудик Ю.Е. Эпидемиология злокачественных новообразований репродуктивных органов женщин/ Под ред. Б.А. Войцеховича.-Краснодар,2003.

5. Кириченко Ю.И., Разиньков Д.В., Иванова С.И. Онкозаболеваемость и первичная инвалидность среди взрослого населения Курской области// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»-2014.-№ 1.-с.105-109.

6. Статистический ежегодник Курской области.2017: Статистический сборник/ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Курской области.- Курск, 2017.-436 с.

7. Статистика рака в России [Электронный ресурс]: Российский онкологический портал.Режим доступа: http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-v-rossii.html

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗЛИЧНЫХ ГОРОДАХ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Алябьева А.А., Барсова Д.А., Бородкина В.Н., Иванов Д.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Васильева О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что здоровье человека на 20-30% зависит от экологической обстановки территории, на которой он проживает. От ее агрессивного воздействия страдают органы дыхания, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Именно поэтому проблемы экологии человека и профилактики заболеваемости населения в зависимости от состояния окружающей среды становятся особо актуальными в наши дни.

Целью исследования является изучение динамики заболеваемости органов пищеварительной системы жителей города Курска и города Железногорска, а также выявление возможной зависимости между заболеваемостью и воздействием источников антропогенного загрязнения на территории Курской области.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили данные ТО Федеральной службы государственной статистики и Комитета здравоохранения по Курской области о заболеваемости и количеству выбросов в городах Курск и Железногорск за период с 2008 по 2016 год. Статистическую обработку и анализ результатов проводили с помощью программ Statistica 6.0. и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Исследователи оценивают состояние нашей области как «удовлетворительное». По сообщению официальных организаций, в сравнении с другими городами РФ экологические проблемы не вызывают серьезного беспокойства.

Нами было изучено загрязнение почв и водоемов на территории Курской области. Поскольку ведущим направлением экономики нашего региона является сельское хозяйство, особую нагрузку на экологию оказывают агрохимикаты и пестициды, применяемые при производстве.

Город Железногорск имеет развитую промышленность, стройиндустрию и транспортную инфраструктуру. Город расположен на северо–западе Курской области. Относится к категории малых моногородов России. Основные факторы, влияющие на окружающую среду города Железногорска: радиоактивное загрязнение после аварии на Чернобыльской АЭС; деятельность МГОК; относительно высокое техногенное загрязнение поверхностных водоемов и водотоков; несанкционированные свалки; автотранспорт.

Заболевания, связанные с органами пищеварения, относятся к группе мультифакториальных болезней. Причины, вызывающие данные заболевания, следующие: неправильное питание, состояние окружающей среды, несоблюдение санитарно-гигиенических норм, вредные привычки, стрессы, генетическая предрасположенность и тд.

Вещества, оказывающие негативное воздействие на пищеварительную систему человека, поступают в организм преимущественно с пищей и водой. Всасываясь из почвы корнями растений, чужеродные химические вещества кумулируются всё в больших количествах и мигрирают дальше по трофическим цепям, в конечном счете, достигая организма человека. Впоследствии наступает интоксикация сразу или спустя какое-то время, в организме поражаются печень и репродуктивные органы. Следующий этап действия загрязняющих веществ проявляется в виде злокачественных новообразований и различного рода болезней пищеварительной системы.

Мы изучили динамику заболеваемости органов пищеварительной системы жителей города Курск и города Железногорск и попытались выявить зависимость между уровнем загрязнения окружающей среды и статистическими показателями по заболеваемости в указанных городах. Данные были предоставлены Департаментом здравоохранения Курской области.

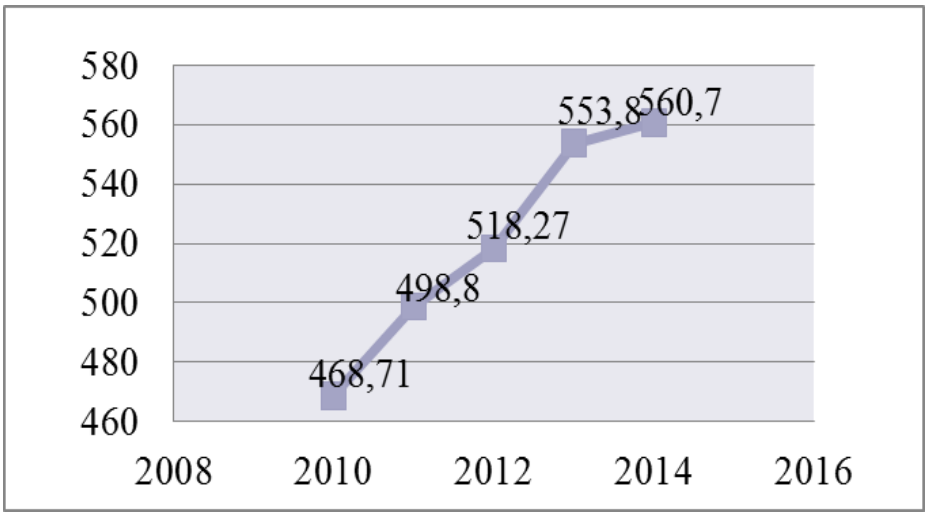


Рисунок 2. Динамика заболеваемости органов пищеварения всего населения города Курска

На рисунке 1 наблюдается резкое увеличение числа впервые выявленных заболеваний органов пищеварения среди населения города Курска, что свидетельствует об ухудшении экологической обстановки территории.

В первую очередь, мы связываем это с отмеченным ростом содержания тяжелых металлов в воде и почве, а так же с общей тенденцией к расширению ареалов захоронения отходов и повышенным содержанием пестицидов в почве. В Железногорске же наблюдается снижение уровня заболеваемости органов пищеварения. Так, в 2014 году она составляла 110,4 на 1000 населения, а в 2016 – уже 74,03 на 1000 населения.

Выводы. Подобная тенденция может быть обусловлена улучшением качества водно-питьевого водоснабжения города, введением ультрафиолетовой очистки питьевой воды при централизованном водоснабжении города.

Список литературы.

1. Доклад о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 году / Департамент экологической безопасности и природопользования Курской области. – Курск, 2017. – 160 с.
2. Доклад о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2011 году / Департамент экологической безопасности и природопользования Курской области. – Курск, 2011. – 254 с.
3. Жидеева, В.А. Загрязнение садовых чернозёмных почв тяжёлыми металлами в зоне воздействия выбросов свинцово-никель-кадмиевого производства / В.А. Жидеева, И.И. Васенев, А.П. Щербаков, Э.Г. Васенева // Агрохимия. - 2000.- № 11. - с. 66-77.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА -1306C>T (RS243865) ГЕНА MMP2C РИСКОМ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У РУССКИХ ЖЕНЩИН ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Барышева Е.М., Полшведкина О.Б, Запесоцкая С.Я., Сорокина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бушуева О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что миома матки (ММ) – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль у женщин. Течение ММ отличается выраженной вариабельностью, что зависит от количества, размера, а также от месторасположения миоматозных узлов. Зачастую ММ приводит к таким серьезным осложнениям, как меноррагия, бесплодие, прерывание нормально развивающейся беременности, патологическое прикрепление плаценты и т.д. Увеличивающиеся в размерах узлы могут также приводить к сдавлению органов малого таза, что ведет к хроническим болевому синдрому, диспареунии и стрессовому недержанию мочи [1]. Учитывая широкий спектр осложнений, а также сложность терапии заболевания, на сегодняшний момент остро стоит вопрос поиска путей превентивной диагностики ММ, что обуславливает необходимость детального изучения ее патогенеза.

На данный момент известно, что рост миоматозных узлов в большей степени обусловлен чрезмерным образованием дезорганизованного экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ), что в свою очередь вызвано нарушением баланса в работе между системой его синтеза и деградации [2]. Основными ферментами, участвующими в процессе ремоделирования стромального компонента ММ, являются матриксные металлопротеиназы (ММР). Семейство ММР имеет множество точек приложения, в частности ММР2 (желатиназа) интенсивно гидролизует желатины, получаемые из различных типов коллагенов, а также ряд других белков соединительно-тканного матрикса [3].

Изменения в работе генов, кодирующих ММР, приводят к модификации функциональной активности ферментов и, как следствие, к нарушению процесса ремоделирования ЭЦМ.

Ген, кодирующий фермент ММР2, расположен на длинном плече 16-й хромосомы в локусе q12.2 [4]. Полиморфизм -1306C>T (rs243865) гена ММР2приводит к снижению активности промотора и концентрации ММР2 как следствие, что предположительно может приводить к повышению риска развития ММ в связи с нарушением деградации чрезмерно синтезируемого ЭЦМ.

Целью исследования является изучения ассоциации полиморфизма 1306C>T (rs243865) гена ММР2с риском развития ММ у русских женщин Центральной России.

Материалы и методы: материалом для исследования послужила выборка неродственных женщин русской национальности, проживающих в Курской области (уроженки Центральной России), общей численностью 536 человек.

Всего было обследовано 332 пациентки с диагнозом ММ, находившихся на стационарном лечении в отделении оперативной гинекологии Курского областного перинатального центра в период с 2010 по 2014 годы Контрольную группу составили 204 относительно здоровые женщины соответствующего возраста, без доброкачественных и злокачественных новообразований в анамнезе и не имеющих клинических и УЗИ-признаков ММ.

Для проведения молекулярно-генетического исследования у всех обследуемых производился забор венозной крови. Выделение геномной ДНК осуществляли из размороженной венозной крови стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. В рамках исследования проводилось генотипирование полиморфизма -1306C>T (rs243865) гена ММР2. Генотипирование проводилось в лаборатории геномных исследований НИИГМЭ КГМУ методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов на амплификаторе CFX96 (Bio-Rad) с использованием праймеров и зондов, синтезированных компанией “Синтол” (Москва). Повторноегенотипирование 10% случайно выбранных образцов показало 100% воспроизводимость полученных результатов.

Для оценки ассоциаций аллелей и генотипов с риском развития ММ использовали критерий χ^2 и отношение шансов (OR) с 95%-ным доверительным интервалом (CI). Значения $p<0,05$ рассматривались как статистически значимые. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программных пакетов Statistica 8.0 («StatSoft») и MS Excel 2010.

Результаты и обсуждения. В таблице 1 представлены результаты сравнительного анализа частот аллелей и генотипов полиморфизма -1306C>T (rs243865) гена ММР2у пациентов с ММ и здоровых лиц.

Таблица 1. Распределение частот аллелей и генотипов 1306C>T (rs243865) гена MMP2 у пациентов с ММ и здоровых лиц

Аллели, Генотипы		Больные ММ (n=332) n (%)[1]	Контрольная группа (n=204) n (%)[1]	χ^2 (p)[2]	OR (95% CI)[3]
Аллели	C	0,759	0,752	0,06 (0,81)	0,96
	T	0,241	0,248		(0,72-1,29)
Генотипы	CC	191 (57,5)	109 (53,4)	0,86 (0,35)	0,85 (0,60-1,20)
	CT	122 (36,7)	89 (43,6)	2,51 (0,11)	0,75 (0,53-1,07)
	TT	19 (5,7)	6 (2,9)	2,20 (0,14)	2,00 (0,79-5,10)

[1] – абсолютное число и процент лиц с исследуемым генотипом;

[2] – Хи-квадрат и p-уровень значимости;

[3] – отношение шансов с 95% доверительными интервалами;

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны

Как видно из данных таблицы 1, ассоциации полиморфизма -1306C>T (rs243865) гена MMP2с риском развития ММ в изученной нами популяции обнаружено не было.

По данным ряда исследователей в тканях ММ отмечается более высокий уровень MMP2 по сравнению с тканями здорового миометрия, что позволяет сдерживать рост узлов и деградировать гиперпродуцированный ЭЦМ [5,6]. Наследование аллеля Т полиморфного варианта -1306C>T (rs243865) гена MMP2ведет к снижению продукции фермента MMP2, что способствует бесконтрольному росту опухоли.

Насколько нам известно из данных литературы, данный полиморфный вариант не был изучен в рамках исследования патогенеза ММ. Несмотря на отсутствие связи между исследуемым полиморфным вариантом гена MMP2 с риском развития ММ, необходимо дальнейшее изучения возможной взаимосвязи в других популяциях, а также исследования в аспекте генно-средовых взаимодействий.

Список литературы.

1. Szamatowicz J, Laudanski T, Bulkszas B, Akerlund M. Fibromyomas and uterine contractions. ActaObstetGynecolScand 1997;76 (10):973–976

2. Fujita, M. (1985). Histological and biochemical studies of collagen in human uterine leiomyomas [Hokkaido igakuzasshi] The Hokkaido journal of medical science, 60 (4), 602-615.

3. Birkedal-Hansen, H.W.G.I., Moore, W.G.I., Bodden, M.K., Windsor, L.J., Birkedal-Hansen, B., DeCarlo, A., &Engler, J.A. (1993). Matrix

metalloproteinases: a review. Critical Reviews in Oral Biology & Medicine, 4 (2), 197-250.

4. Chambers, A.F., &Matrisian, L.M. (1997). Changing views of the role of matrix metalloproteinases in metastasis. JournaloftheNationalCancerInstitute, 89 (17), 1260-1270.

5. Bogusiewicz M., Stryjecka-Zimmer M., K. Postawski1, JakimiukA.J., RechbergerT.Z. (2007) Activity of matrix metalloproteinase-2 and -9 and contents of theirtissue inhibitors in uterine leiomyoma and corresponding myometrium. Gynecological Endocrinology, 23 (9): 541–546.

6. Korompelis, P., Piperi, C., Adamopoulos, C., Dalagiorgou, G., Korkolopoulou, P., Sepsa, A., &Papavassiliou, A.G. (2015). Expression of vascular endothelial factor-A, gelatinases (MMP-2, MMP-9) and TIMP-1 in uterine leiomyomas. Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM), 53 (9), 1415-1424.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОГОРСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Бородкина В.Н., Иванов Д.И., Бурдеев И.Е., Барсова Д.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Васильева О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что здоровье населения, как в малых, так и в больших городах, а также их окрестностях во многом определяется состоянием окружающей среды, на которое значительное влияние оказывают различные промышленно-индустриальные предприятия, оно проявляется в токсическом эффекте выбрасываемых ими веществ в атмосферу.

Целью исследования является выявление основных загрязнителей окружающей среды Железногорского района Курской области, оказывающих отрицательное воздействие на организм человека.

Материалы и методы: материалом для изучения данной проблемы послужили данные Доклада о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 год, а также Доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Курской области в 2017 году». Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Statistica 6.0. и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного анализа были определены основные источники загрязнения атмосферы в Железногорском районе. Среди них ПАО «Михайловский горно-обогатительный комбинат», ЗАО «СМУ-4», ООО «Главстрой», Железногорская МСО, ЗАО «Завод «ЖБИ-3». Одну из главных ролей в задымлении воздуха в данном районе играют выхлопные газы, наибольшее сосредоточение которых наблюдается на

технологических автодорогах МГОКа, а так же на участке трассы федерального значения Тросна-Калиновка, проходящей в исследуемой местности.

Наиболее негативное влияние оказывают подразделения Михайловского ГОКа, в частности карьер по добыче железной руды, дробильно-обогатительный комплекс по переработке железистых кварцитов и дробильно-сортировочная фабрика по переработке богатых руд, хвостохранилище, отвалы вскрышных пород и открытые склады готовой продукции [3, 4].

Основными загрязняющими веществами, которые попадают в атмосферу воздуха в результате деятельности указанных предприятий и высокой концентрации автотранспорта на дорогах, являются тяжелые металлы (в наибольших количествах свинец, кадмий), а также минеральная кремнийсодержащая пыль, выбрасываемые в окружающую среду в процессе карьерных работ, а также оксид углерода, оксид и диоксид серы, диоксид азота. Каждое из перечисленных веществ оказывает пагубное воздействие на организм.

Так, отравление свинцом и кадмием приводит к нарушению функций почек, также свинец приводит к расстройствам нервной системы, к возникновению анемии, умственной отсталости у маленьких детей. Кремнийсодержащая пыль вызывает такое профессиональное заболевание легких как силикоз. Оксид углерода приводит к нарушению работы сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, функций щитовидной железы и коры надпочечников, ослабляет иммунитет. Диоксид углерода угнетает окислительные процессы в нервной системе, печени, оказывая резорбтивное действие. Диоксид азота делает человека более восприимчивым к патогенам, вызывающим болезни органов дыхания, вызывает увеличение усилий затрачиваемых на дыхание, ослабляет обоняние и ночное зрение [1, 2].

В структуре заболеваемости взрослого населения с 2012 по 2017 год наблюдается тенденция к снижению заболеваемости населения алиментарно-зависимыми заболеваниями, такими как анемия, гастриты, но, тем не менее, заболеваемость ожирением имеет тенденцию к росту. Вспышка последнего в 2014 году привела к его снижению в 2015 году, но к 2017 году показатель снова увеличивается. Уменьшается так же заболеваемость эндемическим зобом, вызванная йодной недостаточностью.

По уровню заболеваемости населения болезнями органов дыхания город неуклонно занимает лидирующее положение в области. Регистрируются случаи профессиональной патологии в связи с вовлечением части населения в работу Михайловского ГОКа.

Основной нозологической формой, обусловливающей высокую первичную заболеваемость детского и подросткового населения, проживающего на территории города Железногорска, остаётся заболеваемость органов дыхания. На 2 месте в детской заболеваемости находятся травмы и отравления, далее следуют некоторые инфекционные и паразитарные болезни, затем – болезни органов пищеварения.

В период с 2012 по 2016 год наблюдаются следующие закономерные изменения уровня заболеваемости детского населения города Железногорска:

общая заболеваемость уменьшается в период с 2012 по 2013 год. В 2015 году она возрастает и уменьшается к 2016 году, а заболеваемость болезнями органов дыхания с 2012по 2015 год снижается, но затем резко увеличивается в 2016 году.

Наибольшее число случаев травм и отравлений регистрируется в 2012 году, затем снижается и до 2017 года остается относительно стабильным. Заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями варьирует, ее кратковременное увеличение наблюдается в 2012, 2014, 2016 годах.

В период с 2012 по 2017 год наблюдаются следующие закономерные изменения уровня заболеваемости подросткового населения города Железногорска: относительно стабильной в период с 2012 по 2014 год, резкое снижение и скачок роста в 2016 году.

Заболеваемость болезнями органов дыхания снижается в период с 2012 по 2015 год, затем резко возрастает в 2016 году. Число травм и отравлений постепенно возрастает с 2012 по 2015 год, затем резко увеличивается в 2016 году. Заболеваемость болезнями костно-мышечной системы увеличивается в 2013 году, а затем постепенно снижается к 2016 году.

Выводы. Таким образом, мы изучили основные загрязнители окружающей среды в Железногорском районе Курской области, а также динамику и структуру заболеваемости его населения. Нами отмечается высокая частота первичной заболеваемости органов дыхания среди взрослых и детей.

Список литературы.

1. Абдурахманова, Э.Г. Влияние выхлопных газов на организм человека/ Э.Г. Абдурахманова// Проблемы обеспечения безопасности при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. – 2015. – С. 53-57.

2. Бушуев, Н.Н. Тяжелые металлы в промышленном производстве и их влияние на здоровье человека/ Н.Н. Бушуев// Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2011. – С. 115-116.

3. Доклад о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 год. – 2017.

4. Материалы государственного Доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Курской области в 2017 году» - 2018 г.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЗАГРЯЗНИТЕЛЕЙ ВОДЫ ДМИТРИЕВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Бурдеев И.Е., Алябьева А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Васильева О.В.

Дмитриевский район расположен рядом с территорией крупнейшего в мире железорудного бассейна курской магнитной аномалии. Производство данного района преимущественно сельскохозяйственное, что минимизирует его пагубное влияние на здоровье населения. Загрязнение водных ресурсов – одна из важнейших проблем.

Состояние окружающей среды в городе в значительной степени оценивается положительно. Основным источником антропогенного загрязнения является вода. Из-за ненадлежащего контроля за водоочистными сооружениями и близким расположением месторождений металлов в воде отмечается несоответствие санитарно-эпидемиологическим требованиям. Характерными загрязняющими веществами водных объектов Курской области являются органические вещества по ХПК (процент превышения ПДК 84%) и БПК5 (52%), соединения меди (90%), азот нитритный (79%) и железо общее (51%).

В результате наших исследований показано, что уровень заболеваемости взрослого населенияв Дмитриевском районе имеет тенденцию к снижению: в 2016 году по отношению к 2006 году показатель снизился на 27,5%, по отношению к 2015 году снижение на 2,5%.

Актуальность исследования состоит в том, что заболеваемость всего населения в 2016 году характеризуется повышением уровня по некоторым классам болезней: новообразования (на 2,5%), болезни крови и кроветворных органов (на 8,2%), болезни эндокринной системы (на 2,8%), болезни органов дыхания (на 3,7%), болезни органов пищеварения (на 3,7%).

Целью исследования является рассмотрение основных загрязнителей водных ресурсов, которые в большей мере влияют на экологическую обстановку, а также на состояние здоровья населения, так как их предельно допустимые концентрации превышены в данном регионе.

Материалы и методы: материалами послужили данные государственного Доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Курской области в 2017 году», а также Доклада о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 году. Статистическую обработку и анализ результатов проводилась с помощью программ Statistica 6.0. и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Медь распространена в окружающей среде в составе химических соединений и в атомарном виде, в том числе и в природных водах. Повышение количества меди в питьевой воде ощущается на вкус, у неё появляется вяжущий привкус. По классификатору опасности химических веществ медь относят к веществам третьего класса опасности. Следовательно,

концентрация этого металла свыше 1,0 мг/л является предельно допустимой. Хроническая интоксикация медью является губительной для организма и проявляется в нарушении деятельности нервной системы, печени и почек, более того она может приводить к аллергодерматозам и перфорации носовой перегородки [2]

Нитриты и нитраты образуются в желудочно-кишечном тракте естественным путем или поступают в организм вместе с пищей. Там они взаимодействуют с гемоглобином и преобразуют его в метгемоглобин. Поэтому гемоглобин теряет способность переносить кислород ко всем тканям.

Нитриты и нитраты вызывают в организме человека: гипоксию (кислородное голодание), одышку; слабость, сонливость, ощущение усталости, тошноту; ухудшение работы почек, сердца (сердцебиение), печени, нервной системы, щитовидной железы; авитаминоз, снижение потенции; снижение кровяного давления.

Особенно эти соли азота опасны для детей в возрасте до 3 месяцев. Особенно опасны подобные процессы для детей. Так как у взрослых людей эритроциты в ограниченных объемах имеют способность производить обратимые изменения в первоначальное состояние. У ребенка, не имеющего подобных механизмов защиты, поступление кислорода, необходимого органам, будет блокировано и может привести к возникновению различных заболеваний и даже к летальному исходу.

Также нитриты и нитраты – высокотоксичны и являются канцерогенным метаболитом. Способствуют развитию вредной микрофлоры кишечника и вторичной интоксикации организма [1].

Железо является главным компонентом гемоглобина и принимает участие в механизме кровообращения, влияет на общее состояние кожных покровов, улучшает работу эндокринной системы, влияет на процесс роста детей и иммунитет. Недостаток железа негативно сказывается на состоянии организма, но его избыток также пагубно влияет на здоровье. Норма общего потребления железа для взрослого человека – 25 миллиграмм в сутки. Избыток микроэлемента аккумулируется в организме и становится причиной таких болезней, как инфаркт или инсульт. Самыми первыми от перенасыщения организма железом страдают почки и печень. Вода, перенасыщенная железом, является главной причиной появления мочекаменной болезни. Плохие зубы, кишечные расстройства, заболевания желчного пузыря – совсем не полный список последствий использования «железной" воды».

Повышенная концентрация железа может стать причиной развития дерматитов и аллергических заболеваний.

Соединения кислорода и железа имеют и канцерогенные свойства. Они являются причиной мутаций ДНК в клетках и их перерождения вонкогенные. Увеличение содержания железа в крови увеличивает риск заболеть раком легких, толстой и тонкой кишки, мочевого пузыря и желудка.

Так как именно с этим элементом чаще всего сталкиваются граждане города Дмитриев, то признаками наличия железа в воде могут служить:

1)Оксид железа – это самое простое соединение, которое можно удалить простым методом отстоя. Из-за его наличия вода всегда имеет рыжий и мутный вид, с частицами ржавчины.

2)Коллоидное соединение (гидроксид железа) – это мелкодисперсное образование, которое никогда не дает осадок. Коллоидное железо всегда есть в мутной воде, которая поступает из-под крана и не оседает.

3)«Биологическое» железо – это результат жизненного цикла бактерий (чаще всего 3-валентные соединения железа). Выглядят такие железобактерии как вязкая и мягкая слизь, а на поверхности воды они образуют масляную пленку. Железобактерии становятся источником появления слизи на трубопроводе и причиной его коррозии, а также постоянно портят и разрушают нашу сантехнику и бытовую технику – в результате их деятельности появляется ржавый налет на унитазах и раковинах.

4)Двухвалентные ионы железа. Чаще всего при взаимодействии с кислородом образуют оксид железа. Его наличие видно по внезапному помутнению набранной из-под крана воды [3].

Выводы. Таким образом, загрязнение питьевой воды химическими элементами и их соединениями является достаточно важной проблемой. Особенно опасной является способность этих вредных соединений накапливаться в организме. К сожалению, во многих городах и населенных пунктах нашей области нет специализированных водоочистительных систем, что приводит к повышению уровня заболеваемости. Губительные изменения способны происходить незаметно. Если не принять соответствующих профилактических мер, то последующее лечение будет сопряжено с повышенными проблемами и крупными затратами.

Список литературы.

1. Абдурахманова, Э.Г. Влияние выхлопных газов на организм человека/ Э.Г. Абдурахманова// Проблемы обеспечения безопасности при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. – 2015. – С. 53-57.

2. Бушуев, Н.Н. Тяжелые металлы в промышленном производстве и их влияние на здоровье человека/ Н.Н. Бушуев// Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2011. – С. 115-116.

3. Доклад о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 год. – 2017.

4. Материалы государственного Доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Курской области в 2017 году» - 2018.

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ В ПРЕКРАЩЕНИИ КУРЕНИЯ

Бурцева Е.Н., Бончик А.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что курение является одним из основных факторов риска для здоровья курящих и некурящих людей и негативно влияет на динамику демографических процессов [1]. В течение ряда лет в Республике Беларусь сокращается численность населения, снижается рождаемость, растет смертность от онкологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний, которые вызваны злоупотреблением спиртными напитками и курением [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно во всем мире табак убивает 5 миллионов людей (11 тысяч человек каждый день). В Беларуси от болезней, связанных с курением, ежегодно умирают около 15,5 тысяч человек. Согласно прогнозам, к 2020 году табак станет ведущей причиной смерти 10 миллионов человек во всем мире [2]. По данным республиканского социологического исследования доля курящих мужчин составляет 43%, доля курящих женщин – 15,6% [2].

Целью исследования является оценка готовности студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет» к оказанию помощи в прекращении курения.

Материалы и методы: было проведено анкетирование 400 респондентов из числа студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет». Полученные данные были сведены в таблицы. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Среди опрошенных было 35% (n=140) юношей и 65% (n=260) девушек. Из общего числа респондентов пробовали начать курить 84% (n=336) и 16% (n=64) не предпринимали попыток курить. К моменту опроса курящими оказались 29% (n=116) студентов.

Из числа курящих респондентов большинство 41% (n=164) выразили желание бросить курить, 38% (n=152) хотели бы сократить число выкуриваемых сигарет в день и 79% (n=316) не стали бы менять свой образ жизни. При опросе ранее куривших студентов о применявшихся ими методах отказа от курения, 86% (n=344) ответили, что они не использовали никаких специальных методов. Только 14% (n=56) бросавших курить ответили, что они прибегали к использованию тех или иных видов специальных средств и методов для отказа от курения.

При анализе ответов на вопрос “Какие специальные методы для прекращения курения Вы знаете?”, наиболее частыми ответами являлись: никотиновые пластыри (45%), фармакологические препараты (25%), переход на

электронные сигареты (19%), психотерапия (6%), специальные жвачки (3%), народные средства (2%).

Из общего числа респондентов среди курящих и не курящих 87% (n=348) считают, что курение в целом наносит вред обществу.

На вопрос “Должны ли быть обучены работники здравоохранения методам прекращения курения” 81% (n=324) ответили утвердительно, остальные респонденты 10% (n=40) считают, что это должен делать другой специалист, а 9% (n=36) опрошенных считают это прерогативой самого пациента. При этом на вопрос “Должны ли работники здравоохранения советовать пациентам отказаться от курения” 90% (n=360) ответили положительно, однако на вопрос об эффективности данных рекомендаций медработников курящим пациентам 49% (n=196) считают, что данная тактика не повысит шансы пациента бросить курить.

Также по данным опроса 58% (n=232) утверждают, что современная профилактика курения оказывается не эффективной, но 42% (n=128) отмечают эффективность антирекламы табака.

На ряд вопросов, касающихся рекламы сигарет, большинство 82% считают, что она не оказывает значительного влияния на мотивацию к началу курения и 18% опрошенных отметили свое нейтральное отношение к рекламе.

Выводы. Таким образом, большинство опрошенных выразили готовность к помощи в отказе от курения другим курящим.90% респондентов, считают, что работники здравоохранения должны давать рекомендации о прекращении курения своим пациентам и 49% отмечают, что это увеличит шансы пациента отказаться от курения.

Студенты УО «Гомельский государственный медицинский университет» получают подготовку, касающуюся помощи пациентам в прекращении курения, и 80% считают, что необходимо обучать врачей методам помощи в прекращении курения.

Список литературы.

1. Тарасов, В.С. Эффективность мер профилактики и борьбы с курением в Беларуси / В.С. Тарасов // Социологический альманах. – 2010. – № 1. – С. 322

2. Материалы сайта Министерства Здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minzdrav.gov.by. - Дата доступа : 03.03.2019.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ В УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Бурцева Е.Н., Бончик А.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность состоит в том что, курение сигарет является крупнейшим предотвратимым фактором риска заболеваемости и смертности в развитых странах. Никотин (основное действующее вещество табака) – вещество, способное вызывать выраженную лекарственную (табачную, никотиновую) зависимость из-за оказывающего им психоактивного действия (МКБ-10), что подтверждается частыми рецидивами возобновления табакокурения у «бывших» курильщиков. В 1994 году Benowitz N.L. и Henningfield J.E. определили потребление 5 мг никотина в день как «порог» для развития никотиновой зависимости, что означает, что пороговое значение достигнуто для тех, кто курит 5 или больше сигарет в день (1 мг никотина на сигарету) [1].

Американская медицинская ассоциация в 1998 году предположила, что такой «порог» будет отличаться у разных людей и что предлагаемое Benowitz N.L. и Henningfield J.E. значение для развития зависимости, вероятно, представляет собой самое высокое пороговое значение, которое следует учитывать [1].

Целью исследования является оценка структуры и особенности курящих студентов в УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Материалы и методы: было проведено анкетирование 400 респондентов из числа студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет». Полученные данные были сведены в таблицы. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Среди опрошенных было 35% (n=140) юношей и 65% (n=260) девушек. Из общего числа респондентов пробовали начать курить 84% (n=336) и 16% (n=64) не предпринимали попыток курить. К моменту опроса курящими оказались 29% (n=116) студентов.

Мотивацией для продолжения курения в большинстве случаев являлись: снятие стресса, напряженности, способ “взбодриться”, привлекательность самого процесса курения, придание уверенности, средство для похудения, желание устранения проявлений абстинентного синдрома.

При этом 53% опрошенных признали, что курение является способом уйти от проблем, однако не решает их. Следует отметить, что некоторые студенты затруднились ответить о побудившей к курению причине. В качестве аргументов “за” прекращение курения самыми частыми являлись: финансовые проблемы, возникновение косметических дефектов, осознание риска возникновения проблем со здоровьем, зависимости, дополнительная трата времени.

На вопрос об отношении студентов к курящим лицам противоположного пола 29% (n=116) высказались негативно, 67% (n=268) ответили о нейтральном отношении и 4% (n=16) относятся положительно.

При анализе ответов на вопрос о “безопасном” количестве выкуренных сигарет в день 75% (n=300) ответили “0” штук, 19% (n=76) “1-2” сигареты, а 6% (n=24) считают безвредной дозой “3-5 сигарет”.Все опрошенные ответили, что были ознакомлены с последствиями курения и 89% (n=356) из них считают, что информации о вреде курения достаточно на сегодняшний день.

Выводы. Таким образом, в результате было выяснено, что студенты ознакомлены с информацией о вреде курения, о его профилактике, однако большинство из них (61%) считает недостаточной эффективность методов профилактики возникновения курения. Из чего следует, что одной из приоритетных задач в борьбе с курением является усовершенствование и разработка новых методов профилактики с учетом социальных, демографических и экономических условий.

Список литературы.

1. Зайцева О.Е., Масагутов Р.М., Юлдашев В.Л. Табачная зависимость и метаболизм никотина: есть взаимосвязь?/ О.Е. Зайцева, Р.М. Масагутова, В.Л. Юлдашева // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-8. – С. 1612-1616.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ИНСУЛЬТА В АЛЕКСЕЕВСКОМ РАЙОНЕ

Бутенко М.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что в России ежегодно регистрируют порядка 450 тыс. случаев заболеваемости различными формами инсульта [2]. По данным ВОЗ инсульт занимает второе место после ишемической болезни сердца, относится к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, что частично затрудняет сбор статистических данных. Неблагоприятная обстановка установилась в Алексеевском районе Белгородской области, в связи с ежегодной госпитализации свыше 300 человек в АЦРБ с диагнозом инсульт. Диагностика и последующее лечение осложняется компенсаторными функциями организма в ответ на всякое нарушение кровообращения в мозге [3].Наряду с изменениями речи, одними из ведущих проявлений в клинической картине ишемического инсульта являются моторно-двигательные нарушения, которые, в свою очередь, имеют ведущее значение в социальной адаптации пациентов, так как лежат в основе навыков самообслуживания [1]. По статистическим данным только 10-13% перенесших инсульт полностью выздоравливают, а остальные остаются инвалидами в той

или иной степени, высока вероятность в этой группе летального исхода [1,2,3]. Наиболее распространена ишемическая форма инсульта, которая составляет около 80% от общего числа, и является одной из наиболее частых причин инвалидизации населения. При этом 31% перенесших инсульт нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, а 20% не могут самостоятельно ходить. В то же время остается достаточно высоким риск развития повторного инсульта с уже менее благоприятным прогнозом.

Целью исследования является изучение распространенности и структуры инсультов населения Алексеевского района Белгородской области, а также выявление группы риска среди пациентов неврологического отделения АЦРБ.

Материалы и методы: в ходе исследования проанализированы статистические материалы заболеваемости ишемической и геморрагической формами инсульта за 2014-2017 годы. Проанализирована группа из 15 мужчин и 15 женщин для выявления группы риска возникновения инсульта. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ.

Результаты и обсуждения. В ходе сравнения показателей заболеваемости ишемической и геморрагической формами инсульта, на базе АЦРБ было установлено, что свыше 80% случаев у пациентов обнаруживают ишемический инсульт. Можно предположить, что ишемическое размягчение мозга наблюдается у больных атеросклерозом, гипертонической болезнью, облитерирующим тромбангиитом, ревматизмом, эритремией [3].

Заболеваемость ишемической формой инсульта в Алексеевском районе с 2014 по 2016 годы имеет тенденцию к незначительному снижению, с увеличением количества зарегистрированных случаев в 2017 году на 23,4% по отношению к среднегодовому показателю предыдущих трех лет. Незначительное увеличение заболеваемости наблюдается с 2015 по 2017 годы, самые высокие показатели зафиксированы в 2017 году. Преобладание ишемической формы инсульта говорит о том, что значительная роль принадлежит органическому поражению сосудов и состоянию сердечной деятельности (недостаточность, аритмии) [1,3] у большинства пациентов АЦРБ. Возможно, в случаях возникновения геморрагического инсульта наблюдается менее выраженное воздействие на показатели жизнеспособности, так как в патогенезе геморрагии большую роль играют расстройства вазомоторной иннервации и уровень артериального давления (повышение), а также наблюдаемое при артериальной гипертензии уменьшение массы гладких мышц в стенке мозговых сосудов (в 2-3 раза против нормы), что снижает их прочность [3].

Результаты анкетирования показывают неравнозначные значения у мужчин и женщин в факторах риска, например: отягощенную наследственность отметили 33,3% женщин и только 23,3% мужчин; гиподинамия зафиксирована преимущественно у мужчин и составила 26,6% анкетируемых, доля гиподинамии у женщин – 16,6%; избыточный вес (одна из четырех степеней ожирения) преобладает у женщин с показателем 23,3%, против 13,3% у мужчин; среди анкетируемых 30% мужчин курят, среди женщин 6,6% курящих; среди

опрошенных женщин 43,3% неправильно питаются, что на 13,3% больше, чем показатели среди мужчин; боль за грудиной и повышение АД отмечают у себя 46,6% мужчин, среди женщин показатели несколько меньше (на 6% меньше, чем у мужчин). В равной степени у отобранной группы выявлено психо-эмоциональное перенапряжение с разной частотой возникновения, которое составило 40% как у мужчин, так и у женщин.

Для предупреждения дальнейшего увеличения числа заболевших инсультом, требуется комплексный подход к проблеме, а именно: пропаганда здорового образа жизни еще со школьной скамьи; массовая просветительская работа о факторах риска и последствиях инсульта; просветительская, профилактическая работа, а так же мониторинг состояния общего здоровья людей уже попавших в группу риска; мониторинг экологической обстановки в районе; борьба со стрессом; профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с высокими показателями заболеваемости инсультами, можно предположить высокую смертность и инвалидизацию еще трудоспособного населения, что негативно сказывается на экономическом развитии района в целом.

Список литературы.

1. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Шутеева Т.В., Никишина Е.И., Савостиков В.А. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишмический инсульт, с учетом профиля латерализации. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (3) С. 10-11.

2. Ежегодно в России регистрируются более 450 тысяч случаев инсульта [Электронный ресурс]. 2017. URL: http://stom.tilimen.org/ejegodno-v-rossii-registriruyutsya-bolee-450-tisyach-sluchaev.html

3. Мартынов Ю.С. «Нервные болезни: Учеб. Пособие. – М.: Медицина 1988. – 496 с.: ил: [8] л. ил. – (учеб. лит. Для студентов мед. ин. – тов.).

ЗНАЧИМОСТЬ КАЧЕСТВО СНА ДЛЯ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Голомако Ю.Н.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии

Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что сон – естественный физиологический процесс, обеспечивающий ряд функций, необходимых организму для восстановления и существования. Главная функция сна – обеспечение отдыха и восстановление организма [1]. Когда мы спим – восстанавливается иммунитет, отдыхают мышцы, некоторые отделы головного мозга, а информация, приобретённая в течение дня, перерабатывается и структурируется в процессе сна [2].

Целью исследования является оценка влияние качества сна у студентов на их способность к обучению и запоминанию.

Материалы и методы: было проведено анкетирование 540 респондентов из медицинских ВУЗов Республики Беларусь. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Возраст респондентов был в пределах 18-24 года. Средний возраст опрошенных составил 20 лет. Средний балл опрошенных составляет 7-8 (67,2%).По результатам опроса чаще всего студенты засыпают в течение 15 минут (54,2%).У большинства респондентов наблюдались отклонения в режиме сна и бодрствования.

У студентов, спавших по 8 часов в день, не наблюдалось каких-либо нарушений в виде снижения когнитивных функций, ухудшения реакции или провалов в памяти. В то же время у людей, спавших по 6 и 4 часа в сутки, постепенно ухудшались все вышеназванные показатели (Таблица 1).

Таблица 1. Изменение когнитивных функций в зависимости от времени сна

Когнитивные функции	Количество сна в сутки		
	Студенты, спавшие 8 часов в сутки	Студенты, спавшие 6 часов в сутки	Студенты, спавшие 4 часа в сутки
Ухудшение реакции	3%	43%	50%
Провалы в памяти	1%	15%	84%
Слабость в конце учебного дня	10%	20%	70%
Снижение способности воспроизвести что-то из выученного в конце дня	10%	40%	50%

У группы с 4 часами сна показатели были несколько ниже, чем у 6-часовой. Большинство студентов (54,2%) встает около 7 часов утра. Таким образом 60% студентов находится в режиме сна 5-6 часов, что отмечается у 75% опрошенных чувством усталости в конце дня. У 50% неспособностью воспроизвести что-то из прочитанного/выученного вчера во время занятий.

Причиной усталости и неспособности сконцентрироваться на учебе опрошенные считают большой объем учебной информации (25,5%), стресс (23,6%), плохой сон (18,2%), быстрый темп жизни (18,2%).

Причиной усталости студенты 3 курса считают большой объем информации, 4-6 курса стресс, быстрый темп жизни и слишком раннее прекращение сна. По результатам опроса выяснилось, что студенты 5 курса менее подвержены усталости в течение дня и спят около 7-8 часов, по сравнению с остальными курсами (5-6 часов).

По результатам опроса были выявлены нарушения в режиме сна и бодрствования у большинства студентов. Отмечается также, что у тех студентов, у которых занятия начинались позднее, выше качество сна и

большая его продолжительность. И наоборот, меньшая продолжительность сна наблюдалась у студентов, чей учебный процесс начинался раньше.

Выводы. Таким образом, осознанная депривация, отмеченная среди респондентов, ослабляет их мозговую активность и приводит к потере тонуса организма. В связи с этим, необходимо более дифференцированного подходить к составлению учебных нагрузок для студентов, в особенности младших курсов в силу их дезадаптации к новым условиям жизни и большей подверженности негативным факторам, связанным с нарушением продолжительности и качества сна.

Список литературы.

1. Н.Г. Андреева, И.А. Вартанян, Г.А. Куликов, В.О. Самойлов. Физиология сенсорных систем и высшей нервной деятельности. В 2 томах. Том 2. Физиология высшей нервной деятельности. – М.: Академия, 2009. – 224 с.

2. Влияние нарушений продолжительности и качества сна на состояние психофизиологического здоровья и успеваемости студентов / К.А. Газенкампф [и др.] // Международ.жур. приклад. и фундамент. исслед. – 2015. – № 12. – С. 257–260.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НАСЕЛЕНИЯ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012-2016 ГОДЫ

Грибанова Н.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что ежегодный прирост мочеполовых болезней в Российской Федерации составляет 1,2%. Так, например, в 2003 году пораженных этой болезнью было 4206 на 100 000 человек, 2004 – 4506. Причинами роста числа заболеваний мочеполовых органов являются условия окружающей среды, социально-экономические возможности населения, ухудшение качества продуктов, состояния экологии, физической подготовки человека [4].

В 80-90 годах на долю урологических заболеваний приходилось всего лишь 4-5% от всей структуры общей заболеваемости. В настоящее время этот процент увеличился почти в 2 раза, что составило 7-7,5%. В Московской области, например, с 2006 по 2015 годы болезни мочеполовой системы занимали 4 место, а по Российской Федерации – 3 место. За этот период наблюдался постепенный спад численности заболевших. Так за 9 лет число случаев уменьшилось на 1603, 5 на 100000 взрослого населения [1,2]. Диспансерным наблюдением охватывается всего 26, 6% от всех больных с мочеполовой системой [1,3]. Данная проблема особенно актуальна в современном мире. Люди ведут чрезмерную половую жизнь, не используя средств контрацепции, не задумываются о состоянии своего здоровья.

Целью исследования является изучение заболеваемости населения Липецкой области болезнями мочеполовой системы за 2012-2016 годы

Материалы и методы: отчёты ЦРБ Хлевенской больницы, медицинские карты взрослого населения, находившегося на амбулаторном лечении за данный период времени. Методы исследования: анкетирование и статистическая обработка.

Результаты и обсуждения. Среди мочеполовых болезней первое место занимает мочекаменная болезнь (30%), далее идет хронический пиелонефрит (10%) и третье место составляют онкоурологическим болезням. С каждым годом увеличивается число пациентов, страдающих заболеваниями предстательной железой. Наиболее распространёнными болезнями среди населения Липецкой области являются: почечная недостаточность (41, 2% от всего населения), мочекаменная болезнь (31,8%), а так же эрозия шейки матки (27%).

С каждым годом наблюдается значительный рост числа поражённых почечной недостаточностью. За исследуемый период данный показатель увеличился на 5,5 тыс. человек. При сравнении динамики распространённости больных с почечной недостаточностью среди населения близлежащих областей, выявлена значительная доля населения Липецкая области с данной нозологической формой – занимает второе место. Первое место занимает Воронежская область – 94 000, благоприятная обстановка в Брянской области – 30 300 (рисунок 1).

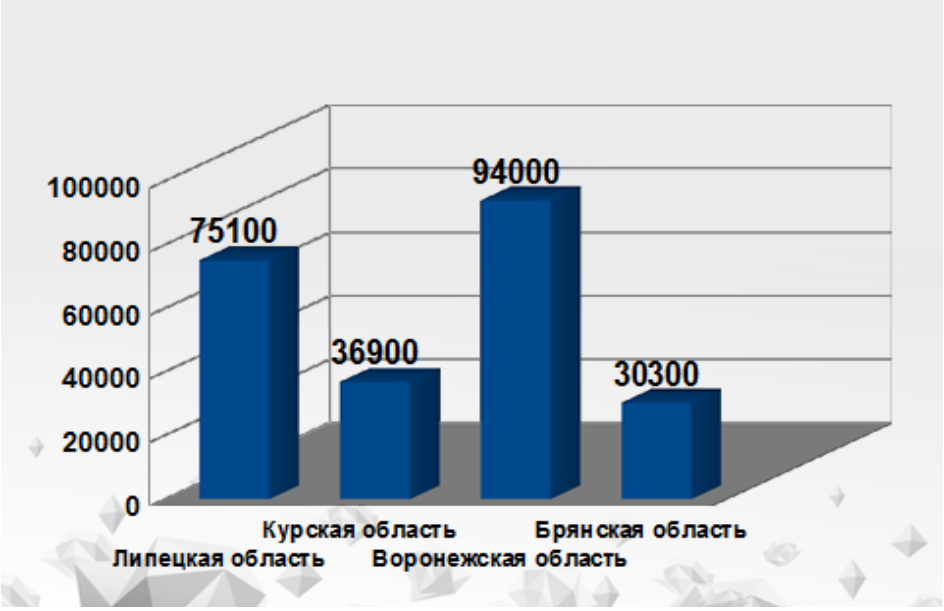


Рисунок 1. Количество зарегистрированных случаев с почечной недостаточностью, диагноз установлен впервые

В Воронежской области численность населения в два раза больше, возможно этим и обусловлено высокая численность заболевших. Обращает внимание высокая численность заболевших в Липецкой области, при сравнительно одинаковой численности населения в Курской и Брянской областях.

Выводы. Таким образом, мочеполовые болезни занимают 3 место по распространённости среди взрослого населения. Отмечается высокая заболеваемость населения Липецкой области почечной недостаточностью. Причинами возникновения могут быть: застой мочи, нарушение гигиены, наследственная предрасположенность, активная половая жизнь.

Список литературы.

1. Геворкян, А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения города Москвы за 2006-2015 годы /А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева//Медицинский вестник. - М.: 2017.
2. Гайворонский, И.В. Анатомия и физиология человека: учебник для студентов общеобразовательных учреждений среднего профессионального образования/И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук, А.И. Гайворонский. - М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 496с.
3. Раснер, П.И. Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы/ [Электронный ресурс]/П.И. Раснер, А.О. Васильев, Д.Ю. Пушкарь// воспалительные заболевания органов мочеполовой системы. - Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/biblioteka_patsienta_urologiya/Vospalitelynye_zabolevaniya_organov_mochevoy_sistemy/
4. Поляков, В.В. Клиническая эффективность комбинированной медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии простаты при последовательном применении различных L-адреноблокаторов/В.В. Поляков, Н.Г. Филиппенко//Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».- 2007. -№ 1. – С.31-34.

ВРЕД И ПОЛЬЗА СОЛАНИНА

Данилова М.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что соланин – ядовитый стероидный алкалоид, встречающийся в растениях семейства пасленовых, таких как картофель и Solanuma mericanum (паслён). В организм человека соланин может попасть при употреблении гликоалкалоидов из картофеля, альфа-соланина и альфа-чаконина. Многие люди не догадываются о том, что данное вещество может приносить пользу и вред человеческому организму [2]. Например, при обыденном поедании картофеля соланин может вызвать у человека пищевое отравление и впоследствии летальный исход, с другой стороны, данное вещество, благодаря своим фунгицидным свойствам стало основой растительного антивирусного средства под названием Панавир. Изучение свойств и влияние данного вещества на организм человека является актуальным.

Целью исследования является определение качественного содержания соланина в клубнях картофеля и его влияние на организм человека, а также изучение противовирусного препарата, основой которого является данное вещество.

Материалы и методы: для данного исследования были взяты клубни картофеля сорта «Удача» с разными сроками хранения [3].Для того, чтобы провести качественное определение на данного алкалоид, была использована методика В.И. Ниловой [1]. Из клубней вырезали несколько полосок толщиной около 1мм.

Срез А. От кончика до основания картофелины по оси, делящей её пополам.

Срез В. Продольные срезы у основания и у кончика клубня.

Срез С. Боковые срезы.

Срез D.Зона около глазков. На каждый срез поочерёдно каплями наносились: CH3-COOH (80-90%), затем концентрированная H2SO4 и несколько капель (5-%)-H2O2

Подготовленные картофельные полоски были расположены на ровной поверхности, и на каждый срез по каплям и поочерёдно наносились вещества, описанные в материалах работы. Для того, чтобы результат был точным данную манипуляцию повторили три раза.

Результаты и обсуждения. В результате данного наблюдения было замечено, что места срезов клубней, которые содержат соланин, быстро приобрели малиновый оттенок, в местах, где большее содержание вещества, цвет был особенно насыщенным. Было отмечено, что у 3-х месячного картофеля во всех трёх случаях окрашивания не произошло, следовательно, соланин на ранних сроках хранения отсутствует в картофеле. Исследование 6-ти месячного картофеля показало, что соланин проявился только в верхних слоях, под кожицей, следовательно, при увеличении срока хранения соланин начал накапливаться в клубнях картофеля. Наиболее выраженная окраска, а значит и максимальное количество соланина из всех исследуемых клубней обнаружилось у 12-ти месячных и зелёных клубнях. Исследовав клубни на 3-х разных сроках хранения, можно сказать, что алкалоид способен накаливаться в картофеле постепенно и чем больше срок хранения, тем больше соланина находится в клубне. Выработка изучаемого алкалоида увеличивается под воздействием лучей солнца. Вместе с этим клетки растения синтезируют пигмент хлорофилл, отвечающий за окраску. Поэтому насыщенный зелёный оттенок клубней говорит о большой концентрации ядов.

Соланин способен накапливаться в организме человека. При частом потреблении продуктов с малым содержанием яда признаки отравления соланином будут проявляться постепенно. В основном интоксикация проявляется общей слабостью и болью в суставах. Отравление алкалоидом может возникнуть при попадании в организм свыше 250–400 мл данного вещества. В больших дозах соланин разрушает красные клетки крови, в особо тяжёлых случаях можно наблюдать: затруднённое дыхание, дисфункцию кишечника, судороги, обморок, возможно наступление комы. Первая помощь

при отравлении данным алкалоидом должна состоять из ниже перечисленных манипуляций:необходимо промывание желудка, введение слабительных средств, приём внутрь адсорбирующих и нейтрализующих веществ.

В медицинской практике, благодаря своим фунгицидным свойствам, соланин стал основой для производства известного противовирусного препарата Панавир.

Панавир является веществом растительного происхождения (экстракт из побегов паслёна клубненосного), называемым оригинальным российским противовирусным препаратом. Представляет собой растительный полисахарид, который относится к классу высокомолекулярных гликозидов сложного состава. В его состав входят следующие сахара (гексозы) – глюкоза, галактоза, рамноза, манноза, арабиноза, а также уроновые кислоты. Благодаря исследованиям, проведённым производителем препарата, механизм действия препарата описывается следующим образом: он блокирует выработку вирусных белков, увеличивает неспецифическую резистентность организма к различным чужеродным агентам и способствует индукции интерферона. Поэтому, считается, что данный препарат обладает прямым противовирусным и иммуномодулирующим действием. Клинические испытания показали отсутствие мутагенного, тератогенного, канцерогенного, аллергизирующего и эмбриотоксического действия. В инструкции производитель говорит, что Панавир показан при лечении следующих заболеваний: герпесвирусные инфекции, цитомегаловирусная инфекция, папилломавирусная инфекция, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, клещевой энцефалит, ревматоидный артрит, ОРВИ и грипп.

Выводы. Таким образом, алкалоид соланин может накапливаться в клубнях картофеля, отмечено, что чем дольше хранятся клубни, тем выше содержания в них соланина. Соланин – токсичен для организма человека, поэтому необходимо знать правила хранения и приготовления картофеля, на основе исследуемого вещества производится знаменитый противовирусный препарат – Панавир, который занимает важное место на рынке фармакологических средств.

Список литературы.

1. Л.И.Губарева и др. «Экология человека»:Практикум для ВУЗов. – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС,2003. – С.32-34

2. Б.Н.Орлов и др. «Ядовитые животные и растения СССР»: Справочное пособие ля ВУЗов. – М.: Высшая школа,1900. – С.237-239

3. Видовой состав и структура популяций картофеля в связи с селекцией устойчивых сортов/В.Г. Иванюк // Принципы и методы оптимизации селекционного процесса сельскохозяйственных растений. -Минск, 2005. -С.235-240.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНЯ О ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Демьянчик А.С., Сидоренко Ю.И.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в последние годы, согласно данным GLOBOCAN среди 174 стран мира Беларусь по заболеваемости раком шейки матки (РШМ) занимает 94 место, по смертности —108. Среди гинекологических онкозаболеваний в РБ рак шейки матки на втором месте [1].

Следует отметить, что заболеваемость этой карциномой в РБ в 3 раза выше, чем в Финляндии и в 2 раза выше, чем в США [1]. Общеизвестно, что основной причиной развития РШМ являются высокоонкогенные штаммы ВПЧ, из которых наиболее часто встречаются в РБ 16 и 18 [1]. Активность последних увеличивается под влиянием некоторых инфекций, передаваемых половым путем, гиперэстрогении и курения. В Беларуси показатели заболеваемости находятся в пределах 15–20 человек на 100 000 женского населения. При этом основной прирост заболеваемости приходится на возрастную группу 25–40 лет [1].

Целью исследования является оценить осведомленность женского населения о ранней диагностике рака шейки матки в городе Гомеле.

Материалы и методы: было проведено анкетирование 468 респондентов женского пола. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения StatSoftStatistica 12.0 (USA) и Microsoft Excel. Результаты расчетов считали значимыми при уровне статистической значимости (p) менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Средний возраст респондентов составил 19,08 лет (мин=10, макс=43). По итогам проведенного исследования установлено, что большинство респондентов 52,6% (n=246) не имеют представление о факторах, способствующих развитию рака шейки матки. Большинство анкетированных девушек 46,2% (n=216) посещают врача-гинеколога 1 раз в год.Так же 50,6% (n=237) респондентов не знают о роли ВПЧ 16 и 18 типов в развитии рака шейки матки, и только 15% (n=70) всех опрошенных девушек проходили вакцинацию против ВПЧ. 64,7% (n=303) опрошенных девушек знают, что курение в молодом возрасте является основным фактором, способствующим развитию рака шейки матки. У 16% (n=75) респондентов имелось заболевание матки в анамнезе.

Среди опрошенных респондентов 62,8% (n=294) не знают о симптомах, которые указывают на развитие рака шейки матки. 39,7% (n=186) опрошенных девушек не знают о каких-либо анализах на определение рака шейки матки. В том числе 48,7% (n=228) не знают, где в городе Гомеле можно сделать анализ на различные онкомаркеры рака шейки матки.

Так же 51,9% (n=243) опрошенных девушек знают о таких методах диагностики рака шейки матки как биопсия, 32,7% (n=153) знают о кольпоскопии, 28,2% (n=132) знают о УЗИ, 10,3% (n=48) о КТ, 9,6% (n=45) о рентгенографии, 30,1% (n=141) не знают выше указанных методов для диагностики рака шейки матки.

Основной причиной развития рака шейки матки68,6% (n=321) респондентов считают наследственность.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования выяснилось, что половина опрошенных не знают о возможности проведения ранней диагностики рака шейки матки в городе Гомеле. При этом значительная часть опрошенных респондентов недостаточно осведомлены о возможности диагностики рака шейки матки. Так же большинство девушек не знают о симптомах развития рака шейки матки. Исходя из вышеизложенного, необходимо улучшить информирование женского населения о возможностях ранней диагностики рака шейки матки.

Список литературы.

1. Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике: материалы 7 Междунар. конф, город Гомель 26–27 апреля 2018 года / ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» ; под ред. А.В. Рожко ― город Гомель, 2018. С. 22.

ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Дешко А.С

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии

Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в высоком уровне распространения синдрома эмоционального выгорания среди медицинского персонала, а значит, целесообразно будет оценить данный синдром на началах становления врачом.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ)– это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [1].

Согласно концепции В.В. Бойко [1] СЭВ обнаруживает связь со стрессом, при этом подчеркивается, что выгорание – это динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмами и тремя фазами развития стресса по Г. Селье (нервное напряжение, резистентность, истощение).

Целью исследования является изучение распространенности синдрома эмоционального выгорания и степени учебного стресса у студентов ГГМУ; оценкавлияние СЭВ на самочувствие учащихся.

Материалы и методы: обследовано 520 студентов ГГМУ. Уровень эмоционального выгорания определялся по прототипу методики MBI – Maslach Burnout Inventory (C.Maslach, S.E.Jackson, 1979) в русскоязычной адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой [2].

Для выяснения степени учебного стресса использовался «Тест на учебный стресс» (Щербатых Ю.В) [3]. Так же был задан ряд вопросов для выявления степени СЭВ на самочувствие учащихся.

Результаты и обсуждения. По данным таблицы 1 учебный стресс у студентов ГГМУ значительно отклонен от нормы (указана в скобках). Это доказывает, что учащиеся находятся в постоянном стрессе, вызванном условиями учебной среды. Наибольшие отклонения наблюдаются по пунктам: 1.2. Большая учебная нагрузка; 1.5. Жизнь вдали от родителей; 1.7. Неумение правильно организовать свой режим дня; 1.12. Нежелание учиться или разочарование в профессии; 1.14. Страх перед будущим; 3.3. Повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания; 3.9. Плохой сон (таблица 1).

Таблица 1. Данные, полученные с помощью «Теста на учебный стресс» (Щербатых Ю.В)

№	Среднее значение	№	Среднее значение	№	Среднее значение	№	Среднее значение
1.1	5,7 (4,8)	1.9	2,3 (2,7)	3.1	5,7 (4,0)	3.9	6,4 (3,9)
1.2	7,7 (3,4)	1.10	3,7 (3,1)	3.2	5,5 (4,7)	3.10	3,6 (2,6)
1.3	6,6 (4,1)	1.11	5,2 (3,8)	3.3	6,5 (3,8)	3.11	3,7 (2,6)
1.4	6,6 (5,0)	1.12	4,7 (2,5)	3.4	5,7 (3,5)	3.12	2,49 (2,1)
1.5	2,9 (5,0)	1.13	4,6 (3,3)	3.5	6,2 (4,4)	3.13	3,2 (3,2)
1.6	3,9 (3,4)	1.14	6,4 (3,6)	3.6	5,4 (3,8)	3.14	2,8 (2,8)
1.7	5,8 (3,6)	1.15	4,3 (5,3)	3.7	5,0 (2,9)	3.15	5,6 (4,9)
1.8	5,5 (3,6)			3.8	5,6 (4,5)	3.16	6,2 (5,0)

Как видно их таблицы ниже, около 65% опрошенных имеют высокие показатели по всем трем составляющим синдрома эмоционального выгорания (таблица 2).

Таблица 2. Данные, полученные с помощью опросника MBI, адаптированного Н.Е. Водопьяновой

	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Эмоциональное истощение	340 студентов	100 студентов	80 студентов
Деперсонализация	360 студентов	90 студентов	70 студентов
Редукция личностных достижений	340студентов	100 студентов	80 студентов

В ряде исследований показано, что одним из главных факторов, вызывающих стресс, для студентов-медиков на протяжении всего периода обучения являются периоды сдачи экзаменов во время сессии [4].

Из теста Щербатых показатель экзаменационного волнения студентов 8,1, при норме-6,0±0,35.71% утверждает, что их самочувствие сильно ухудшается во время сессии.

При этом даже в перерывах между экзаменами у студентов отмечается повышение артериального давления, активируется симпатическая регуляции сердца, наблюдаются такие симптомы, как тревожность, бессонница и т.д., что и характеризуется как состояние хронического эмоционального напряжения [4]. При повторяющихся стрессорных ситуациях закономерно возникают отклонения в психологическом и поведенческом плане, которые соответствуют ранним стадиям (активации) развития СЭВ. Подобные сдвиги в эмоциональном поведении закрепляются на уровне не отрегулированных эмоций с комплексом вегетативно-гуморальных перестроек, что в дальнейшем приводит к «соматизации» поведенческих расстройств, то есть появлению не только жалоб психоэмоционального характера, но и соматических расстройств.

По данным опроса (Как изменилось ваше состояние здоровья за все время учебы?):

Эпизоды поднятия АД–32,7%, проблемы с ЖКТ–30,8%, бессонница–59,6%, головные боли–53,8%, нервные расстройства–50%, при этом 69,2% опрошенных связывают проблемы со здоровьем с тяжелой учебой, что доказывает «соматизацию» процесса СЭВ.

Выводы. Таким образом, был выявлен высокий уровень учебного стресса у учащихся, который вероятнее всего, воздействуя на постоянной основе на организм и нервную систему студентов, привел к развитию синдрома эмоционального выгорания у 65% опрошенных, и вследствие этого начались процессы нарушения нормального функционирования организма. Исходя из этого, синдром эмоционального выгорания у студентов ГГМУ может рассматриваться как проявление дистресса, вызванного неоптимальными условиями обучения.

Список литературы.

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб: Питер, 1999. С. 105.

2. Водопьянова, Старченкова Е.С. Синдром выгорания. 2-е изд. СПб: Питер,2008. С. 153-159.

3. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб: Питер,2006. С. 207-209.

4. Nowack, K.M., Hanson, A.L. Therelationshipbetweenstress, jobperformance, and burnout in collegestudent resident assistants //Journal of College StudentPersonnel- 1983. –P. 24, 545–550.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ У ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Дроздова Е.Л.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – д.б.н., доцентСолодилова М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что одной из наиболее злободневных медицинских проблем современного социума является высокая заболеваемость инсультом, составляющая в Российской Федерации 2,5–3,0 случая на 1000 населения в год. По данным НЦ неврологии РАМН, ежегодно инсульт поражает около 6 млн. чел. в мире и более 400 тыс. – в России [2].Среди причин смертности инсульт занимает 2-е место, а инвалидизация после перенесенного заболевания достигает 3,2 на 1 тыс. населения, занимая 1-е место среди всех источников первичной инвалидизации в мире [1,3].

Этиология цереброваскулярных заболеваний весьма разнообразна, и ее изучение возможно только при оценке комплекса факторов риска, характерных для конкретного больного. Среди факторов особое место занимает генетический статус пациента, а именно его наследственная предрасположенность к возникновению того или иного состояния.Выявление молекулярно-генетических аспектов инсульта способствует созданию более полной системы первичной профилактики цереброваскулярных заболеваний [3].

Целью исследования является анализ заболеваемости ишемическим инсультом у жителей Курской области.

Материалы и методы: обследовано 100пациентов с ишемическим инсультом (из них 62 мужчины и 38 женщин) находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении РСЦ Курской ОКБ с октября по декабрь 2018 года. Для опроса использовалась анкета по изучению инсультов, разработанная на кафедре биологии, медицинской генетики и экологии. Изучение клинической картины заболевания проводилось на основании данных анамнеза, исследования неврологического и соматического статуса. Для определения характера и локализации сосудистого поражения головного мозга применяли нейровизуализационные методы: компьютерная и/или магнитно-резонансная томография. Диагностика характера и степени выраженности структурных изменений магистральных артерий головы основывалась на данных ультразвуковой допплерографии и дуплексного сканирования. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью программы Statistica 8.0 фирмы StatSoftInc.и MS Excel.

Результаты и обсуждения. Анализ структуры заболеваемости ишемическим инсультом показал, что средний возраст пациентов 64,82 года (у мужчин- 62,9; у женщин 67,8).Минимальный возраст 34 года, максимальный 91 год.

Наиболее часто инфаркт мозга манифестирует в возрастных категориях от 51 до 70 лет (на данную группу приходится больше половины заболевших)

(таблица 1).Средний возраст манифеста 62,3 года (у мужчин- 59,9; у женщин 66,1).Минимальный возраст манифеста 30 лет, максимальный 91 год.

Таблица 1. Распределение манифеста ишемического инсульта по возрасту

Возраст	30-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91 и старше
%	6	8	34	27	19	5	1

Социальный статус пациентов: 67% пенсионеры, 26% рабочии,7% служащие.

У большинства больных была диагностирована следующая сопутствующая патология: гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз. Практически у четверти пациентов выявлена фибрилляция предсердий (таблица 2).

Таблица 2. Клиническая характеристика пациентов

Характеристика	Количество (%)
Гипертоническая болезнь	94
Фибрилляция предсердий	23
Сахарный диабет	15
Церебральный атеросклероз	85
Ожирение	15

У 58 больных это первый инсульт, у 42– повторный (рисунок 1). Ишемический инсульт по кардиоэмболическому типу был верифицирован у 23%, по атеротромботическому типу у 77%.

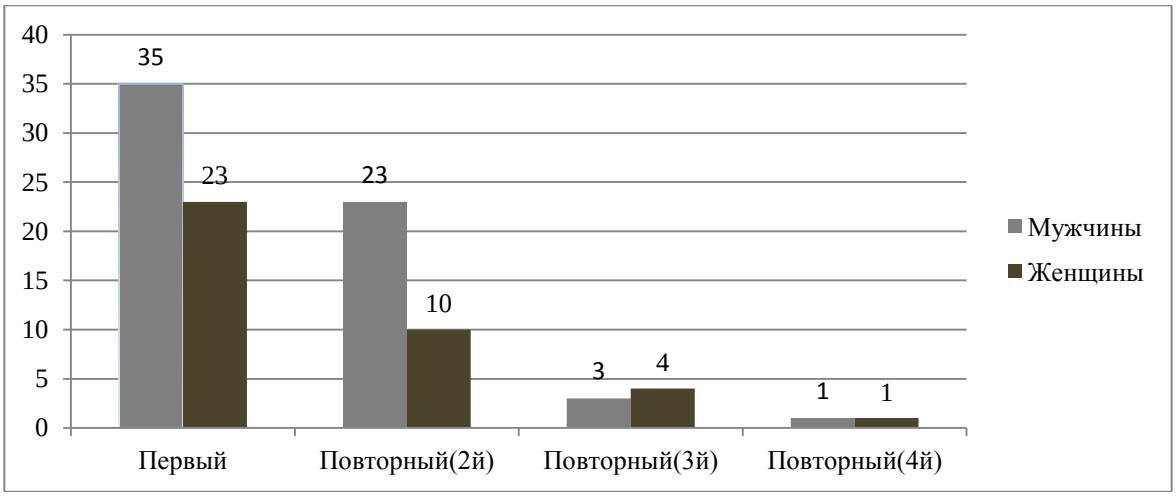


Рисунок1 Количество перенесенных инсультов.

В исследуемой группе острое нарушение мозгового кровообращения с образованием инфаркта в бассейне передней мозговой артерии зафиксировано у 4 больных (левой передней мозговой артерии 3, правой 1), в бассейне средней мозговой артерии у 69 больных (левой средней мозговой артерии 32, правой 37), в бассейне задней мозговой артерии у 8 больных (левой задней мозговой артерии 5, правой 3) и в вертебро-базилярной системе 19 больных.

Подавляющее большинство пациентов после проведенного лечения отмечали значительное улучшение – 77%, незначительное улучшение – 17%, незначительное ухудшение произошло у 2%, смерть в 6% случаев.

Клинико-генеологический анализ выявил наследственную предрасположенность к острой ишемии у 38% пациентов.

Выводы. 33% больных ишемическим инсультом – работающее население, что подчеркивает экономическую и социальную значимость представленной патологии.

У 42% пациентов инсульт был повторный, что может говорить о несовершенной вторичной профилактики.

Подавляющее большинство больных ишемическим инсультом имеют следующие сопутствующие патологии: гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз, в связи, с чем необходимо проводить профилактические меры острого нарушения мозгового кровообращения у данной категории населения.

Значительное число пациентов отмечали у близких родственников инсульт, что свидетельствует о вовлеченности общих наследственных механизмов в развитие острого нарушения кровообращения по ишемическому типу.

Дальнейшее детальное изучение наследственной предрасположенности к цереброваскулярным заболеваниямпозволит создать более эффективную системупервичной профилактикиишемического инсульта.

Список литературы.

1. Иванов В.П., Васильева О.В., Полоников А.В., Вялых Е.К., Солодилова М.А., Полякова Н.В., Анцупов В.В. К вопросу о генетических механизмах развития сосудистых заболеваний мозга / В.П.Иванов // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2010. № 2. С. 47-52.

2. Овсянникова А.Н., Машин В.В., Белова Л.А., Саенко Ю.В. Генетические факторы риска развития острой ишемии мозга у пациентов молодого и среднего возраста / А.Н. Овсянникова // Ульяновский медико-биологический журнал. 2015. № 2. С. 57-63.

3. Платунова И.М., Никулина С.Ю., Черкашина И.И., Воевода М.И., Орлов П.С., Максимов В.Н., Никулин Д.А., Прокопенко С.В. «Ассоциация полиморфизма RS699гена ангиотензиногена (AGT) с геморрагическим и ишемическим инсультами» //Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 3 (81). С. 26-30.

ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОГОЛОЛЕДНЫХ РЕАГЕНТОВ

Дубинина М.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научные руководители – к.б.н., ст. преподаватель Бобынцева О.В., к.б.н., доцент Бабкина Л.А.

Актуальность исследования состоит в том, что противогололедные реагенты (ПГР) являются основным способом снижения скользкости дорожных покрытий в городах. Действие ПГР основано на понижении температуры замерзания воды и эффекте плавления снежно-ледяных отложений [2]. Однако процесс таяния способствует поступлению компонентов реагентов в почвенный раствор, изменяя его физико-химические показатели [1, 3]. Минерализация и кислотность почвенного раствора, состав почвенно-поглощающего комплекса, доступность элементов питания определяет функциональную активность почвенной биоты, состояние фитоценозов урбоэкосистем и, в конечном итоге, качество среды обитания человека. Негативное воздействие ПГР на почвенные организмы зависит, прежде всего, от компонентного состава и соблюдения норм внесения. Наиболее распространенными средствами для борьбы с зимней скользкостью дорог являются препараты на основе хлоридов, которые в больших концентрациях оказывают токсическое воздействие на почвенные организмы и растительность. Многообразие современных ПГР обуславливает необходимость сравнительной оценки их токсичности.

Целью исследования является изучение токсикологических свойств ПГР на основе хлоридов методами биотестирования.

Материалы и методы: объектами исследования послужили ПГР, реализуемые в торговых сетях города Курска и наиболее часто используемые коммунальными службами и частными лицами: техническая соль (100% NaCl), INIS-Антилед ($CaCl_2$, NaCl, $(NH_4)_2CO$), Mr. Defroster (не менее 98% KCl).Для оценки токсичности антигололедных средств проводился модельный эксперимент. Были приготовлены серии растворов исследуемых реагентов в дозах ПДК, 2ПДК, 3ПДК, 4ПДКв расчете на хлориды. В качестве ПДК хлоридов в талой воде использовался норматив для сточных вод, допущенных к сбросу в централизованные дождевые системы водоотведения (c_{Cl^-}=300 мг/л) [4]. Тест-объектом послужила суточная культура инфузорий Paramenicum caudatum, которая выращивалась на среде отстоянной водопроводной воды. Парамеции обладают высокой чувствительностью к изменениям условий среды и типичны для почв урбоэкосистем. Токсическое действие исследуемой пробы на инфузорий определяли по их выживаемости по сравнению с контролем за определенный период экспозиции (30 мин). К выжившим относили особей, которые свободно перемещались в толще воды. Обездвиженных и травмированных инфузорий не учитывали. В качестве контроля использовали культивационную воду. Показателем токсичности служила гибель 20% особей и более в исследуемой пробе по сравнению с контролем, при этом при

превышении показателя 50% считали, что реагент оказывает острое токсическое действие. Гибель простейших в контроле не должна превышать 10%. Токсичность каждой пробы оценивали в трех параллельных сериях. В лунки планшета вносили культуру инфузорий и подсчитывали под микроскопом начальное количество особей (не более 10-12) [5]. Для изучения динамики токсического эффекта количество выживших парамеций регистрировали через 15 мин, 30 мин. Математическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета анализа MS Exel.

Результаты и обсуждения. Действие различных концентраций хлоридов как основных компонентов исследуемых ПГР на выживаемость P. caudatum отражают результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Выживаемость P. caudatum в процессе экспозиции в модельных растворах ПГР

ПГР	Время экспозиции, мин	Контроль	Выживаемость при различных концентрациях Cl^-,%			
			ПДК	2ПДК	3ПДК	4ПДК
Техническая соль	15	99,00 ±0,58	97,33 ±0,67	88,67 ±0,88	63,33 ±2,33	42,00 ±1,53
	30	98,67 ±0,67	95,00 ±0,58	72,00 ±1,15	32,00 ±1,53	14,67 ±2,60
INIS-Антилед	15	99,00 ±0,58	99,33 ±0,67	86,00 ±2,52	58,33 ±1,76	46,67 ±1,20
	30	98,67 ±0,67	97,00 ±0,58	62,00 ±0,58	49,00 ±1,15	31,00 ±1,15
Mr. Defroster	15	99,00 ±0,58	88,00 ±1,73	68,67 ±0,88	27,00 ±2,08	12,67 ±1,20
	30	98,67 ±0,67	76,00 ±1,73	35,00 ±1,15	15,67 ±1,76	1,67 ±0,67

Анализ выживаемости инфузорий при различных концентрациях хлоридов свидетельствует об увеличении смертности при возрастании дозы реагента независимо от его вида. Однако существенно выше смертность парамеций в пробах с реагентом Mr. Defroster на основе хлорида калия, что возможно объясняется тем, что мембрана клетки более проницаема для ионов калия за счет работы Na/K-насоса. Изучение временной динамики выживаемости простейших показало, что с увеличением времени экспозиции до 30 минут выживаемость инфузорий снижается, при этом отмечается следующая зависимость: более выражено негативное влияние реагента Mr. Defroster, менее – INIS-Антилед, что может связано с присутствием азота как элемента питания в составе мочевины в данном препарате.

Сравнительная оценка токсичности модельных растворов исследуемых ПГР для равноресничных инфузорий на основе результатов их выживаемости на момент окончания эксперимента представлена на рисунке 1. Препарат Mr. Defroster в концентрации не превышающей ПДК для хлоридов (300 мг/л)

оказывает умеренно токсическое действие (индекс токсичности 22,98%), при этом растворы аналогичных концентраций антигололедных средств на основе технической соли и INIS-Антилед не вызывают токсического эффекта.

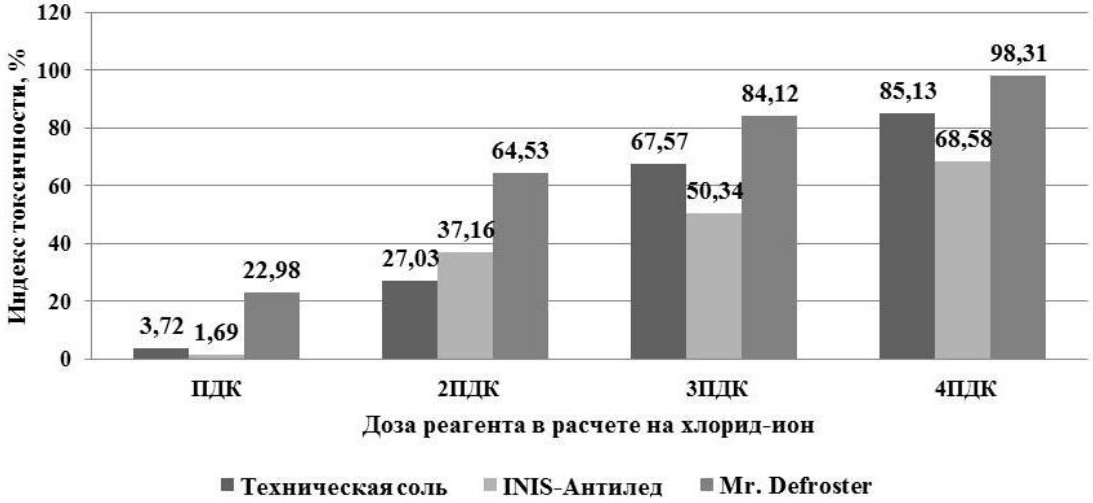


Рисунок 1. Токсичность модельных растворов ПГР для P. caudatum

Повышение концентрации хлоридов в модельных растворах до 2ПДК вызывает острое токсическое действие для инфузорий при использовании реагента Mr. Defroster, умеренное токсическое действие – для технической соли и INIS-Антилед. Растворы всех исследуемых ПГР в дозах 3ПДК и 4ПДК оказывают острое токсическое действие. Достоверных различий в токсичности INIS-Антилед и технической соли не выявлено (t_{st}<2,78).

Выводы. Наиболее выраженным токсическим действием обладает ПГР Mr. Defroster, что проявляется в существенном снижении выживаемости инфузорий при концентрации хлоридов, не превышающих ПДК в сточных водах. При соблюдении норм использования INIS-Антилед и техническая соль не обладают токсическими свойствами для почвенной биоты. Повышение концентрации хлоридов свыше 2ПДК вызывает негативное влияние на жизнедеятельность инфузорий.

Список литературы.

1. Бабкина Л.А., Бабенков А.В. Оценка влияния противогололедных реагентов на физико-химические показатели почв // Биоразнообразие и антропогенная трансформация экосистем: сб. материалов всерос. науч.-практ.конф. (Балашов, 17 мая 2018 год). Саратов: Саратовский источник, 2018. С. 24-26.

2. ГОСТ 33387-2015 Дороги автомобильные общего пользования. Противогололедные материалы. Технические требования. М.: Стандартинформ, 2016

3. Королев В.А., Соколов В.Н., Самарин Е.Н. Оценка эколого-геологических последствий применения противогололедных реагентов в городе Москве // Инженерная геология. 2009. № 3. С. 34-43

4. Об утверждении Правил холодного водоснабжения и водоотведения и о внесении изменений в некоторые акты Правительства

Российской Федерации: Постановление Правительства РФ № 644 от 29.07.2013 (ред. от 30.12.2013)

5. ФР.1.39.2006.02506; ПНД Ф Т 14.1:2:3.13-06 (ПНД Ф Т 16.1:2.3:3.10-06) Методика определения токсичности отходов, почв, осадков сточных, поверхностных и грунтовых вод методом биотестирования с использованием равноресничных инфузорий Paramenicum caudatum

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В МЕХАНИЗМАХ ПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАЗА. ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Ефанова Е.В., Саранюк Р.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Кафедра дерматовенерологии
Научные руководители – д.м.н., профессор Полоников А.В., д.м.н., профессор Силина Л.В.

Псориаз – хроническое воспалительное кожное заболевание, проявляющееся папулезными высыпаниями с чешуйками на поверхности, как результат гиперпролиферациит кератиноцитов, вызванной множеством факторов, включая генетические, иммунологические и экологические [1].

Актуальность исследования состоит в том, что согласно исследованиям за последние 20 лет, окислительный стресс занимает одно из центральных мест в патогенезе псориаза. Цитокины Th1 и Th17, участвующие в патологическом процессе дерматоза, усиливают генерацию активных форм кислорода (ROS). Увеличение производства ROS происходит как от экзогенных, так и эндогенных факторов. Кожа является потенциальной мишенью для окислительного повреждения, так как она постоянно подвергается воздействию УФ-излучения, курения сигарет или другим триггерам из окружающей среды, генерирующих реактивные виды кислорода (ROS). Среди эндогенных источников можно выделить воспалительные реакции лейкоцитов с участием NADPH-оксидазы (NOX), индуцируемой синтазой оксида азота (iNOS) и миелопероксидазой (МПО) при окислительном стрессе [2].

Целью исследования является изучение экзогенный и эндогенных факторов, увеличивающих производство ROS.

Материалы и методы: анализ сведений иностранной литературы о роли окислительного стресса в патогенезе псориаза.

Результаты и обсуждения. Многие цитокины, участвующие в патогенезе псориаза, индуцируют пролиферацию кератиноцитов, и эти сигналы осуществляются через опосредованное действие ROS, передаваемое факторам транскрипции и связанным с ними путями пролиферации [1]. Превышение уровней ROS вызывает окислительный стресс, что приводит к вредным эффектам посредством: окислительной модификации и повреждения

биомолекул, изменяя структуру и функцию липидов / белков / ДНК; дальнейшего необратимого окисления реакционноспособных белковых тиоловых групп, которое является признаком окислительного стресса; и нарушения регуляции клеточных сигнальных путей, приводящих к изменению выделения цитокинов и обострению воспаления [2]. ROS могут появляться в ходе воспалительного процесса при псориазе, что оказывает прямое влияние на липидный метаболизм клеток. Кроме того, ROS, продуцирующиеся в ходе перекисного окисления липидов, могут активировать фосфолипазу А2 и, таким образом, вызывать перекисное окисление многих медиаторов арахидоновой кислотой, которая в конечном счете метаболизируется в малондиальдегидMDA [1]. Исследования показывают, что повышенный окислительный стресс у пациентов, продемонстрированный высокими уровнями MDA в плазме и низкими уровнями антиоксидантных защитных ферментов приводит к повышении способности к хемотаксису, адгезии и увеличении продукции ROS в нейтрофилах, кератиноцитах и фибробластах [1]. Более ранние сообщения показывают, что в фибробластах интактной кожи пациентов с псориазом обнаруживают признаки повышенного окислительного повреждения даже до формирования характерных псориатических поражений, которые могут быть связаны с аномальными иммунными реакциями, приводящими к возникновению заболевания [2].

Большой вклад в общей антиоксидантной активности происходит за счет антиоксидантных молекул в плазме. Антиоксиданты могут защитить эпидермис от факторов, способствующих токсическому поражению эпидермиса и развитию заболеваний. Недостаточность в любом звене антиоксидантной защиты может привести к снижению общего антиоксидантного статуса (TAS) индивидуума [2]. Одним из защитных механизмов кожи от патологических экзо- и эндогенных воздействий является система ферментов, включающая глутатионпероксидазу, супероксиддисмутазу (SOD) и каталазу (CAT), которые уменьшают концентрацию наиболее опасных окислителей [3]Примечательно, что низкое количество антиоксидантов было обнаружено вместе с повышенным уровнем маркеров перекисного окисления липидов в крови пациентов с псориазом. Кроме того, концентрация каталазы в сыворотке больных, а также активность супероксиддисмутазы (SOD) были увеличены. Уровни экспрессии пероксиредоксина (Prdx) 2 и глутатионпероксидазы (GPx) 6 обнаружены в псориатических поражениях кожи завышенными. Из этого можно предположить, что увеличенное количество антиоксидантов компенсирует перекошенный окислительно-восстановительный баланс [2]. Однако недостаточная антиоксидантная защита или избыточное производство ROS приводит к развитию состояния, известного как окислительный стресс, способствующего развитию кожных заболеваний и расстройств [3].

Выводы. Последние 10 лет количество исследований о взаимосвязи псориаза и окислительного стресса растет. Достаточно много внимания уделяется поиску биологических маркеров тяжести псориаза и результату терапевтического воздействия. Однако выявить конкретный дефект в антиоксидантной системе, приводящий к развитию заболевания пока не удалось.

Списоклитературы.

1. K. Baz, M.Y.B. Cimen, A. Kokturk, A.C. Yazici, G. Eskandari, G. Ikizogluetal. Oxidant/antioxidant status in patients with psoriasis // Yonsei Med. Journal. 2003. № 44 (6).

2. D.P. Kadam, K.H. Deshpande, A.N. Suryakar, R.D. Ankush, C.Y. Kadam Role of oxidative stress in various stages of psoriasis // Indian Journal Clin. Biochem. 2010. № 25.

3. Q. Zhou, U. Mrowietz, M. Rostami-Yazdi Oxidative stress in the pathogenesis of psoriasis // Free Radic Biology Med.. 2009. № 47.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА C3 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЫ

Зайцев А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бушуева О.Ю.

Актуальность исследования состоит в необходимости дальнейшего изучения и систематизации знаний о структурных вариантах гена C3, кодирующего структуру одного из центральных компонентов системы комплемента (белка C3), в функции которого входит участие в иммунных реакциях организма.

Целью исследования является анализ частоты встречаемости частых аллелей гена C3 в европейских популяциях.

Материалы и методы: в работе были использованы статистические данные проекта «1000 геномов» (1000 Genomes Project) с сайта Ensembl genome browser 95 [1], открывающего доступ к базам данных геномов позвоночных. Анализировались частоты встречаемости аллелей и генотипов для 5SNP (single nucleotide polymorphism) со значением показателя «Общемировая частота встречаемости минорного аллеля» больше 0,01среди представителей финской, британской, итальянской (провинция Тоскана) и испанской (Иберийский полуостров) национальностей. Для оценки распространённости патологий, связанных с полиморфизмами гена C3, для каждой популяции были рассчитаны и сравнены процентные соотношения числа носителей «рискового»аллеля (аллеля, ассоциированного с повышенным риском заболевания), а также

гомозигот по «рисковому» аллелю, к числу лиц, у которых «рисковый» аллель отсутствует.

Результаты и обсуждения. Ген характеризуется широким спектром полиморфизмов, исчисляемых тысячами. Аллели гена C3 регулируют функционирование практически всех органов человеческого организма, контролируют иммунные процессы, химический состав крови и других биологических жидкостей. Информация о клинических проявлениях выбранных для исследования полиморфизмов представлена в таблице 1 [2].

Таблица 1. Клиническая значимость полиморфизмов гена C3

rs ID	Фенотипическое проявление	Варианты аллелей	«Рисковый» аллель
11569585	Дефицит белка C3 в плазме крови	G/A	A (доминантный)
17030	Атипичный гемолитико-уремический синдром	G/A	A (доминантный)
2230199	Возрастная макулодистрофия	G/C	C (доминантный)
2230201	Возрастная макулодистрофия	C/T	T (рецессивный)
7951	Дефицит белка C3 в плазме крови	G/A	A (доминантный)

Описанные выше SNP распространены по всему миру, включая население Европы (таблица 2) [1,3].

Таблица 2. Распределение аллелей и генотипов полиморфизмов гена C3 в европейских популяциях

rs ID	Популяция Финляндии		Популяция Великобритании		Популяция Иберийского полуострова		Популяция Тосканы	
	F	P	F	P	F	P	F	P
11569585	G: 0.96 A: 0.04 G|G:0.92 A|A: 0.01 A|G: 0.07	0.09	G: 0.97 A: 0.03 G|G:0.95 A|G:0.05	0.06	G: 0.97 A: 0.03 G|G:0.94 A|G:0.06	0.06	G: 0.94 A: 0.06 G|G: 0.87 A|G: 0.13	0.15

17030	G: 0.50 A: 0.50 G|G: 0.24 A|A:	3.17	G: 0.51 A: 0.49 G|G: 0.23 A|A: 0.22 A|G: 0.55	3.35	G: 0.44 A: 0.56 G|G: 0.19 A|A: 0.30 A|G: 0.51	4.26	G: 0.54 A: 0.46 G|G: 0.30 A|A: 0.22 A|G: 0.48	2.33
2230199	G: 0.84 C: 0.16 G|G:0.69 C|C: 0.01 C|G: 0.30	0.45	G: 0.74 C: 0.26 G|G:0.56 C|C:0.08 C|G:0.36	0.78	G: 0.72 C: 0.28 G|G: 0.55 C|C: 0.11 C|G: 0.34	0.82	G: 0.78 C: 0.22 G|G:0.59 C|C: 0.03 C|G: 0.38	0.69
2230201	C: 0.80 T: 0.12 C|C: 0.66 C|T: 0.29 T|T: 0.05	0.05	C: 0.88 T: 0.12 C|C: 0.77 C|T: 0.22 T|T: 0.01	0.01	C: 0.83 T: 0.17 C|C: 0.67 C|T: 0.31 T|T: 0.02	0.02	C: 0.85 T: 0.15 C|C: 0.72 C|T: 0.25 T|T: 0.03	0.03
7951	G: 0.89 A: 0.11 G|G: 0.80 A|A: 0.01	0.25	G: 0.92 A: 0.08 G|G: 0.85 A|G: 0.15	0.18	G: 0.94 A: 0.06 G|G: 0.89 A|A: 0.01 A|G: 0.10	0.12	G: 0.91 A: 0.09 G|G: 0.82A|G: 0.18	0.22

F – частоты встречаемости аллелей и генотипов;

P – процентное соотношение числа носителей «рискового»аллеля, а также доминантных гомозигот по «рисковому»аллелю, к числу лиц, у которых «рисковый»аллель отсутствует

Выводы. Представленные данные позволяют проследить неоднородность распределения заболеваний, детерминированных структурными вариантами гена C3. Так, риск возникновения дефицита C3 в плазме крови nors 11569585 наиболее высок для населения Тосканы (P=0.15). Развитию атипичного гемолитико-уремического синдрома (P = 4.26) и возрастной макулодистрофии (P = 0.82) в большей степени подвержены представители популяции Иберийского полуострова. Полиморфизмы, определяющие патогенез возрастной макулодистрофии по rs 2230201 (P = 0.05) и дефицита C3 в плазме крови по rs7951 (P = 0.25), преобладают среди жителей Финляндии.

Таким образом, в европейских популяциях среди патологий, связанных с SNPгена C3, наибольшую распространённость получил атипичный гемолитико-уремический синдром, наименьшую – возрастная макулодистрофия по rs 2230201.

Список литературы.
1. Ensembl genome browser 95. URL:http://www.ensembl.org/Homo_sapiens/ Gene/ Variation_Gene/ Table?db=core;g=ENSG00000125730;r=19:66777046730562 (дата обращения: 24.02.19)
2. National Center for Biotechnology Information URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ (дата обращения 22.02.19)
3. Phase 3 | 1000 GenomesURL:www.internationalgenome.org (дата обращения 24.02.19)

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Залогина Е.В., Быканова М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., ассистент Быканова М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что по данным ВОЗ за 2018 год в мире колоректальный рак (КРР) стал причиной смерти 862000 человек. Этот вид рака занимает третье место по распространенности среди всех гистологических типов злокачественных опухолей, уступая только раку легких и желудка. Распространенными проблемами являются обращение за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания и недоступность диагностики. КРР – проблема мирового масштаба [5]. Одной из важнейших задач современного общества является разработка способов его выявления и лечения. Стремительное распространение патологии и мультифакториальная природа её возникновения стали причиной данного исследования.

Рак возникает в результате преобразования нормальных клеток в опухолевые клетки в ходе многоэтапного процесса, в ходе которого предраковое поражение переходит в злокачественную опухоль. Эти изменения происходят в результате взаимодействия между генетическими факторами человека и внешними факторами, такими как биологические, химические канцерогены, ионизирующее излучение и т.д. Все они приводят к накоплению в организме свободных радикалов, что влечет за собой ряд последствий [5]. Антиоксидантная система играет важнейшую роль в защите органов и тканей от канцерогенов, тем не менее, по-прежнему, мало изучена роль системы метаболизма глутатиона – главного эндогенного антиоксиданта и антимутагена.

В литературе имеются результаты лишь единичных исследований по оценке вовлеченности генов метаболизма глутатиона, главного эндогенного антиоксиданта и антимутагена, при КРР, которые не дают представления о роли данной системы в развитии исследуемых онкологических заболеваний. В литературе имеются результаты лишь единичных исследований по оценке вовлеченности генов метаболизма глутатиона при КРР [2,3].

Влияние генов на функции организма является основополагающим. Следовательно, возникновение заболеваний, в частности, КРР зависит от состояния генетического аппарата человека. Для понимания генетической предрасположенности является важным поиск генов-кандидатов, которые, возможно, влияют на индуцирование мутаций в тканях.

Целью исследования является выявление основных полиморфных вариантов гена, связанных с метаболизмом глутатиона.

Материалы и методы: подавляющая часть исследований, в которых освещена генетическая предрасположенность к КРР вкупе с метаболизмом глутатиона, имеет в качестве объекта рассмотрения гены ферментов глутатион-S-трасфераз (GST), катализирующих реакцию глутатиона с различными алифатическими, ароматическими, эпоксидными и гетероциклическими радикалами ксенобиотиков [1].

Результаты и обсуждения. Связь между GST и возникновением рака отмечается многими учеными по всему миру. Основные гены и полиморфизмы, встречающиеся в описании это GSTP1 Ile105Val, GSTP1 Ala114Val, GSTT1, GSTM1. Полиморфизм в гене GSTM1 характеризуется делецией по обеим аллелям, которая ведет к отсутствию синтеза белкового продукта, результатом чего является подавление функции фермента. Обширная делеция в структурной части гена GSTT1 ассоциируется с низкой эффективностью детоксикации потенциальных канцерогенов, что может быть связано с широкой предрасположенностью к раку [2,4,5].

Выводы. Таким образом, изученность генетического контроля метаболизма глутатиона при КРР низкая, имеются единичные работы по этой теме за рубежом и данное направление требует более детальной разработки.

Список литературы.

1. Almusafri F., Elamin H.E., Khalaf T.E., Ali A., Ben-Omran T., El-Hattab A.W. Clinical and molecular characterization of 6 children with glutamate-cysteine ligase deficiency causing hemolytic anemia // Blood Cells Mol Dis. – 2017. – № 65. – P. 73-77

2. Lao X., Peng Q., Lu Y., Li S., Qin X., Chen Z., Chen J. Glutathione S-transferase gene GSTM1, gene-gene interaction, and gastric cancer susceptibility: evidence from an updated meta-analysis // Cancer Cell Int. – 2014. № 30. P. 127-142

3. Ma W., Zhuang L., Han B., Tang B. Association between glutathione S-transferase T1 null genotype and gastric cancer risk: a meta-analysis of 48 studies // PLoS One. – 2013. – № 9. – P. 83-93

4. Николаев В.М., Николаев В.М., Иванова Ф.Г., Чирикова Н.К., Александрова Е.Н., Григорьева Л.В., Хуснутдинова Э.К., Федорова С.А., Федорова С.А. Изучение полиморфизма генов GSTT1 и GSTM1 у больных раком легкого в республике Саха (Якутия) // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 11-9. – С. 1949-1953

5. Пасевич Д.М., Сушков С.А., Семенов В.М. Молекулярно-генетические аспекты злокачественных новообразований толстой кишки // Молекулярная генетика в диагностике злокачественных новообразований. – 2016. – № 10. – С. 184-192

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS2057482 ГЕНА HIF1AB РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Запесоцкая С.Я., Солдатова В.О., Гуртовой Д.Е., Горяинова А.С., Зайцев С.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, экологии и медицинской генетики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бушуева О.Ю.

Жизнедеятельность клеток большинства организмов требует определенного уровня кислорода для выработки АТФ. Гипоксия или отсутствие кислорода в тканях и клетках человека может наблюдаться из-за таких состояний как: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательных систем, некоторые виды патологии крови [9].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) характеризуется эпизодами обратимого несоответствия между потребностями миокарда в кислороде и их обеспечением, что возникает из-за ишемии или гипоксии. Подобные эпизоды могут возникать как на фоне физической нагрузки, так и спонтанно и сопровождаются преходящим дискомфортом в грудной клетке [5]. Последствия ишемии – желудочковая диастолическая и систолическая дисфункция с региональными нарушениями движения стенок миокарда [2].

Актуальность исследования состоит в том, что по последним данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) смертность от ишемической болезни сердца во всем мире составляет 24% и является наиболее частой причиной смертельных исходов. На территории Российской Федерации в абсолютных цифрах этот показатель равен 494,6 человек на 100 тысяч населения в год [8].

Доказанными факторами риска развития ИБС являются: артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение и отягощенный семейный анамнез [1].

Передовое научное направление на данный момент представляет собой генетическая терапия, для которой обязательным условием является углубленное изучение механизмов, лежащих в основе процессов гипоксии в клетках. Одним из наиболее перспективных семейств белков для изучения в этой области является группа гипоксия-зависимого фактора 1 (HIF1), для которого характерна экспрессия во всех видах многоклеточных организмов, известных на данный момент.

HIF1 влияет на потребление митохондриального кислорода, регулирует митохондриальную аутофагию, повышает уровень эритропоэтина в сыворотке и, что более важно, контролирует ангиогенез.

Сама молекула белка представляет собой гетеродимерный фактор транскрипции, состоящий из 2субъединиц:α и β.

HIF1α является кислород–зависимой, так как содержит домен, зависящий от кислорода (ODD), который в условиях нормоксии гидроксилируется пролин-гидроксилазой-2 (PHD-2). Она также содержит два домена трансактивации (TAD). Для транскрипции HIF1 с доменами трансактивации связываются два транскрипционных коактиватора: CREB-связывающий белок (CBP) и p300. Они являются целями в попытке регулировать экспрессию HIF1 в качестве терапевтического лечения. Ингибирование взаимодействий TAD с коактиваторами происходит посредством гидроксилирования пролином, что предотвращает нормальную транскрипцию и трансляцию гена HIF-1.

Кроме HIF1α существуют HIF2α и HIF3α. Их структура, регуляция и функции сходны между собой.

HIF-1β не является кислородзависимой и представляет собой арилгидрокарбоновый рецептор ядерной транслокации (ARNT).

После связывания двух субъединиц молекула стабильна и соединяется с генами мишенями на гипоксических связывающих участках (HBS) [4, 6,7].

Ген человека, кодирующий альфа-субъединицу гена HIF1α, содержит 16 однонуклеотидных полиморфизмов, достоверно связанных с развитием таких заболеваний как: рак легких, пищевода, почек, молочных желез, поджелудочной железы, шейки матки, системные склеродермия, системная красная волчанка, хроническая обструктивная болезнь легких [3].

Целью исследования является изучение полиморфизма rs2057482 гена HIF1A в развитии ишемической болезни сердца у жителей Центральной России.

Материалы и методы: выборка больных индивидов осуществлялась на базе Курской областной клинической больницы города Курска в период с 2014-2019 год и представляла собой 909 пациентов с установленным диагнозом ишемическая болезнь сердца. Контрольная группа состоит из 891 относительно здоровых человек. Средний возраст исследованных 62,8±7,8лет. Пациенты включались в группу больных только после верификации окончательного диагноза заболевания, подтвержденного с помощью клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Исследование было одобрено Региональным этическим комитетом Курского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждения. Для молекулярно-генетического анализа использована геномная ДНК, выделенная из венозной крови. Генотипирование полиморфизма rs2057482 выполнено методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan зондов на амплификаторе CFX96, Bio-Rad (США).

Таблица 1. Анализ ассоциаций полиморфизма rs2057482 гена HIF1α

	Минорный аллель/ генотипы	N (%)		P[1]	OR (95% Cl)[2]
		Больные (N=909)	Контроль (N=891)		
Частота минорногоаллеля	T	100 (11%)	98 (11%)	0,94	0,98 (0,74-1,29)
Частоты генотипов	C/C	725 (79,7%)	700 (78,6%)	0,014	1
	C/T	169 (18,6%)	189 (21,2%)		0.86 (0.63-1.19)
	T/T	15 (1,7%)	2 (1,7%)		7.62 (1.53-37.99)

1 – P-значение для кодоминантной регрессионной модели с коррекцией на пол, возраст, курение;

2 – отношение шансов и 95%-доверительный интервал.

Для анализа ассоциаций генотипов с риском развития ИБС использован логистический регрессионный анализ, расчеты были выполнены в программе SNPStats (https://www.snpstats.net/start.html). Для оценки ассоциаций генотипов с заболеванием использован показатель отношения шансов (OR) и 95%-ный доверительный интервал (CI). Все расчеты были выполнены с поправками на пол, возраст и курение. Значение $P \leq 0.05$ принималось как статистически значимое.

Выводы. Согласно результатам, приведенным в таблице 1, мы можем говорить о наличии ассоциации полиморфизма rs2057482 гена HIF1α с развитием ИБС в популяции русских жителей Центральной России.

Список литературы.

1. Bayturan O., Kapadia S., Nicholls S.J., et al. Clinical predictors of plaque progression despite very low levels of low-density lipoprotein cholesterol. J Am CollCardiol, 2010, 55, 2736–2742. doi:10.1016/j.jacc.2010.01.050

2. Camm A. John, LüscherF.Thomas, Maurer Gerald, et al. Chronic ischaemic heart disease. The ESC textbook of cardiology. Oxford: Oxford University Press, 2010.

3. Gladek I., Ferdin J., Horvat S., et al. HIF1A gene polymorphisms and human diseases: Graphical review of 97 association studies. Genes Chromosomes Cancer, 2017, 56, 439–452. doi:10.1002/gcc.22449

4. Jain T., Nikolopoulou A.E., Xu Q., et al. Hypoxia inducible factor as a therapeutic target for atherosclerosis. Pharmacology and Therapeutics, 2018, 183, 22-33. doi:10.1016/j.pharmthera.2017.09.003

5. Ponikowski P., Voors A A., Anker D S., et al., ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal, 2016, Vol 37 (27), 2129–2200.

6. Semenza L.G. Hypoxia-Inducible Factors in Physiology and Medicine. Cell, 2012, 148, 399-408. doi:10.1016/j.cell.2012.01.021
7. Semenza L.G. Vascular Responses to Hypoxia and Ischemia, ArteriosclerThrombVascBiol, 2010, 30 (4), 648-652. doi:10.1161/ATVBAHA.108.181644
8. WHO Mortality Database (WHO MD) URL:http://www.who.int/healthinfo/
9. statistics/mortality_rawdata/en/ (датаобращения: 03.10.2018).
10. Zielloa E.J., Jovina S.I., Huanga Y. Hypoxia-Inducible Factor (HIF)-1 regulatory pathway and its potential for therapeutic intervention in malignancy and ischemia. Yale journal of biology and medicine, 2007, 80, 51-60.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КУРЧАТОВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванов Д.И., Бородкина В.Н., Бурдеев И.Е., Алябьева А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Васильева О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что состояние окружающей среды является определяющим фактором здоровья человека. Существует ряд загрязнителей, выбрасываемых в атмосферу различными предприятиями, которые оказывают негативное влияние на человека, вызывая заболевания многих систем организма.

Целью исследования является выявление основных загрязнителей Курчатовского района.

Материалы и методы: материалами послужили данные государственного Доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Курской области в 2017 году», а также Доклада о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 году. Статистическую обработку и анализ результатов проводилась с помощью программ Statistica 6.0. и Microsoft Excel.

Результат и обсуждения. В результате было выявлено, что промышленные, строительные и автотранспортные предприятия города Курчатова, такие, как АО «Концерн Росэнергоатом», «Курская атомная станция», «Макаронная фабрика «Америя», ООО МУП «Гортеплосети», ОАО «АПК Курской АЭС» являются основными источниками загрязнения окружающей среды в данном районе. Выбрасываемые ими загрязняющие вещества оказывают негативное влияние на организм человека. Среди них сернистый ангидрид, оксид углерода и углеводороды. Значительное влияние на состояние атмосферы и организм человека оказывают выхлопные газы автомобилей [2, 4].

Было подробно изучено влияние каждого из перечисленных веществ на организм человека. Так, сернистый ангидрид, соединяясь с гемоглобином крови, приводит к недостатку кислорода, в результате чего возникают расстройства нервной системы. Он вызывает аллергические реакции у больных астмой.

Оксид углерода, вступая в связь с гемоглобином крови, блокирует процесс передачи кислорода тканевым клеткам, вызывая гипоксию гемического типа. Он связывает миоглобин, снижая насосную функцию сердца и вызывая мышечную слабость, а также нарушает биохимический баланс в тканях, вступая в биохимические реакции.

Углеводороды, выбрасываемые в атмосферу, могут вступать в реакции, которые приводят к образованию токсичных соединений. Наиболее часто встречающимся среди таких веществ в Курчатовском районе является бензопирен, который обладает канцерогенными свойствами [1, 3, 5].

В период с 2012 по 2016 год наблюдаются следующие закономерные изменения уровня заболеваемости взрослого населения города Курчатова: общая заболеваемость растет в период с 2015 по 2016 год.

Заболеваемость болезнями органов дыхания с 2012 по 2015 год остается стабильной, но затем резко увеличивается в 2016 году.

По данным за 2 квартал 2017 года в районе наблюдается высокий уровень заболеваемости органов дыхания среди других нозологий, среднего показателя первичной заболеваемости анемией (3,0) на 1000населения по сравнению с другими административными единицами области, заболеваемости тиреоидитом0,4 на 1000 человек. Данный показатель занимает второе место по величине в Курской области. Среди жителей Курчатовского района зарегистрирован один из самых высоких показателей заболеваемостью туберкулезом – 82,29%, так же наблюдается высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, который составляет 58,78 человек на 100000 населения.

В период с 2012 по 2016 год наблюдается тенденция к увеличению количества детей и подростков с болезнями органов дыхания, но в целом данный показателей один из самых низких по области. По данным за 2 квартал 2017 года заболеваемость ОРВИ составляет 76,47% от всей инфекционной заболеваемости.

В период с 2012 по 2016 год наблюдаются следующие закономерные изменения уровня заболеваемости детского населения города Курчатова: общая заболеваемость остается стабильной в период с 2012 по 2015 год, в 2016 году возрастает.

Заболеваемость болезнями органов дыхания, инфекционными и паразитарными заболеваниями с 2012 по 2015 год остается стабильной, но затем увеличивается в 2016 году. Наибольшее число случаев травм и отравлений регистрируется в 2016 году.

В период с 2012 по 2017 год наблюдаются следующие закономерные изменения уровня заболеваемости подросткового населения города Курчатова: общая заболеваемость остается относительно стабильной в период с 2012 по 2015 год, затем возрастает к 2016 году.

Заболеваемость болезнями органов дыхания остается стабильной с 2012 по 2013 год и постепенно возрастает к 2016 году. Наибольшее число травм и отравлений зарегистрировано в 2014 году. Максимальный уровень заболеваемость болезнями костно-мышечной системы в период с 2012 по 2016 год регистрируется в 2013 и в 2016 годах.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования основных загрязнителей атмосферы Курчатовского района и анализа динамики заболеваемости взрослого и детского населения в период с 2012 по 2016 год, можно сделать вывод о том, что выбрасываемые в окружающую среду вещества вызывают различные заболевания организма человека, среди которых наиболее распространены болезни органов дыхания.

Список литературы.

1. Абдурахманова, Э.Г. Влияние выхлопных газов на организм человека/ Э.Г. Абдурахманова// Проблемы обеспечения безопасности при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. – 2015 г. – С. 53-57.
2. Доклад о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2016 год. – 2017.
3. Лобовиков, А.О. Эколого-экономическая оценка эффективности технологии очистки выбросов тепловых электростанций// А.О. Лобовиков, Я.В. Базылева/ Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2013. – № 5. – С. 149-155.
4. Материалы государственного Доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Курской области в 2017 году» - 2018 год.
5. Николаева, Л.В. Оценка действия угарного газа на организм человека/ Л.В. Николаева, Н.Н. Кривенко// Проблемы обеспечения безопасности при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. – 2016. – С. 77-79.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВОДЫ

Иванов Н.С., Шуллерт О.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время водные объекты подвергаются интенсивному хозяйственному использованию, поэтому проблема их изучения и сохранения становится особенно значимой. Для оценки происходящих изменений и прогнозирования экологических последствий антропогенных воздействий большое значение имеет анализ многолетней динамики флоры и растительности. Важнейшей задачей природоохранной

деятельности в современном мире является сохранение биоразнообразия на Земле.

Целью исследования является изучение прибрежно-водной растительности реки Зуша, оценка экологическое состояние реки «Зуша».

Материалы и методы: сапробность участка реки Зуша в районе детского оздоровительного лагеря «Юбилейный» (д. Новоселки). Использовались методы фитоиндикации.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования были получены следующие результаты. Было выявлено 22 вида растений, относящихся к 15 семействам и 3 отделам. По численности преобладает «Кубышка желтая», «Рдест блестящий», «Рдест пронзеннолистный». Из чего можно сделать вывод, что наибольшим числом видов представлены семейства Осоковых, Рдестовых. Осоковые выступают в роле аккумуляторов пресной воды, входят в состав кормовой базы многих живых организмов. В зарослях растений семейства «Рдествовые» рыбы мечут икру и мальки находят защиту, что играет важную роль в рыбном хозяйстве, однако они мешают движению лодок [3]. Зуша не относится к судоходным речным путям России, поэтому большая численность растений семейства «Рдестовые» не играет отрицательной роли. После очистки реки их используют в качестве удобрения для полей [4]. Гипотеза не подтвердилась, так как максимальный предельно допустимый уровень α – олигосапробной воды (вполне чистая) – 1,50, а на исследуемом участке индекс сапробности составил 1,53, что соответствует β – мезосапробной воде (достаточно чистая) – III класс чистоты, то есть не пригодна для питьевых целей, но возможно использование в бытовых нуждах.

Среди гидробиологических методов анализа пресных вод видное место занимает сапробиологический анализ, то есть оценка состояния пресноводных экосистем по индикаторным организмам. Сапробность – это степень насыщенности воды разлагающимися органическими веществами, которые устанавливаются по видовому составу организмов-сапробионтов в водных сообществах [5]. Сапробность водоемов определяется методом Пантле и Букка. Каждой зоне сапробности присваивается балл от 0 до 4. Для этого используют список организмов-индикаторов загрязнения.

Одновременно с определением видового состава индикаторов оценивается и встречаемость каждого вида (h) по девятибалльной шестиступенчатой глазомерной шкале: 9 – очень часто, 7 – часто, 5 – нередко, 3 – редко, 2 – очень редко,1 – единично. Сапробность водоема [1] рассчитывается по формуле: $S = (\sum (s \times h))/ \sum h$, где S – сапробность водоема, h – численность индикатора, s – сапробность индикатора. Индекс и зона сапробности связаны с классом и разрядом качества воды.

Таблица 1. Результаты расчетов сапробности по Пантле и Букку

Вид растения	Индекс S сапробности	Чистота h сапробности	Sh	
Маршанция многообразная	1,0	2	2,0	
Фонтиналис противопожарный	1,35	2	2,7	
Хвощ приречный	0,8	5	4,0	
Уруть колосистая	1,8	3	5,4	
Роголистник погруженный	1,9	5	9,5	
Рдест злаковый	1,7	3	5,1	
Рдест блестящий	1,4	7	9,8	
Рдест курчавый	1,8	3	5,4	
Рдест пронзеннолистный	1,7	7	11,9	
Кубышка желтая	1,7	9	15,3	
Кувшинка белая	1,4	3	4,2	
Горец земноводный	1,75	2	3,5	
Стрелолист обыкновенный	1,4	5	7,0	
Водокрас обыкновенный	1,5	2	3,0	
Сумма			58	88,8
Сапробность реки S=1,53				

Из данных таблицы и проведенных расчетов определен индекс сапробности, равный 1,53.

Например, на территории Курской области регулярно анализируется загрязнение водных объектов зоны влияния Михайловского горно-обогатительного комбината (ГОК), при этом особое внимание обращается на ГОК как основной источник пылевых выбросов. Выявлены особенности распространения тяжелых металлов в зоне влияния предприятия, водных объектов [2].

Выводы. Таким образом, массовое использование водоемов населением во время отдыха приводит к механическим повреждениям растительности, деградации зарослей от попадания токсичных веществ. Усиливающийся процесс эвтрофирования вод оказывает неблагоприятное воздействие на пресноводные водоемы, вызывая гибель их обитателей и ухудшая качество воды. Все вышесказанное требует самого пристального внимания человека к сохранению природных экосистем, поэтому их всестороннее научное изучение в наше время становится как никогда актуальным. Только глубокое знание механизмов функционирования и саморегулирования природных процессов поможет успешному существованию человека на Земле.

Список литературы.

1. Бурлакова, А.Л. Совершенствование методов доочистки сточных вод // Вестник МГСУ.-2010.-№ 2.-С. 59-70.
2. Гонеев, И.А. Влияние крупного горнорудного предприятия на состояние здоровья территории загрязнения земель и водных объектов тяжелыми металлами (на примере Курской области) [Электронный ресурс] / И.А. Гонеев, Ю.Н. Кириченко, Ю.А. Соловьёва // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».- 2009.- № 3.
3. Заваров, П.И. Фитотесты: преимущества и будущее растений-тестов // Экология человека.-2007.-№ 4.-С. 35-41.
4. Лесников, Л.А. Основные задачи, возможности и ограничения биотестирования // Теоретические вопросы биотестирования. Волгоград.-1983.-С. 3-12.
5. Маленков, Г.Г. Защита от загрязнения пресных вод и вод суши // Экология и жизнь.-2008.-№ 9.-С. 40-47.

БИОИНФОРМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛНОГЕНОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА: НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ «МОЛЧАЩИХ ДАННЫХ»

Клёсова Е.Ю., Азарова Ю.Э.
Курский государственный медицинский университет
НИИ генетической и молекулярной эпидемиологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Полоников А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что диабет представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения, во всем мире этим заболеванием страдают более 425 миллионов человек [1]. Генетическая компонента этого заболевания не вызывает сомнений. 82 полногеномных ассоциативных исследования (GWAS), проведенные на более чем трех миллионах больных и здоровых лиц, выявили около 400 генов, связанных с СД2. Однако, большая часть идентифицированных однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) попадает в некодирующие последовательности и межгенные пространства, что делает проблематичным биологическую интерпретацию полученных данных.

Целью исследования является проведение комплексной оценки генов диабета 2 типа в контексте патогенеза заболевания с помощью интегративных биоинформационных подходов.

Материалы и методы: результаты 58 GWAS по СД2 (Каталог GWAS, https://www.ebi.ac.uk/gwas/), выполненных в период с 2007 по 2018 годы и обнаруживших 183 SNPs, были подвергнуты анализу. Чтобы понять потенциальные механизмы, с помощью которых все эти локусы совместно способствуют развитию болезни, мы создали базу данных, включающую уровни экспрессии 119 генов (www.biojps.org) в 8 тканях, имеющих отношение

к заболеванию, таких как поджелудочная железа, печень, скелетные мышцы, жировая ткань, тонкая кишка, почка, сердце и гипоталамус. Мы также охарактеризовали локализацию белковых продуктов (www.compartments.jensenlab.org), их функциональную категорию и опосредованный ими клеточный процесс (www.genatlas.medecine.univ-paris5.fr). Полногеномные параметры включали количество SNP в гене, связанном с СД2, количество подтверждений ассоциаций, номер хромосом, отрицательный логарифм P-значения и частоту минорного аллеля SNP с самым низким значением P. Используя эти данные, во-первых, мы выполнили корреляционный анализ, чтобы определить, насколько сильна связь между генами СД2 с помощью STATISTICA для Windows v.10.0. Мы рассматривали 119 генов как переменные и полногеномные параметры как наблюдения. Затем мы применили метод иерархической кластеризации для коэффициентов корреляции и определили основные кластеры сигналов ассоциации. Чтобы установить общие биологические функции взаимосвязанных генов, мы провели анали генных онтологий (http://geneontology.org). Схемы визуальных взаимосвязей между соответствующими белками были получены с использованием STRING (https://string-db.org).

Результаты и обсуждения. База данных, включающая 119 профилей экспрессии генов вместе с переменными GWAS, была подвергнут корреляционному анализу (рисунок 1).

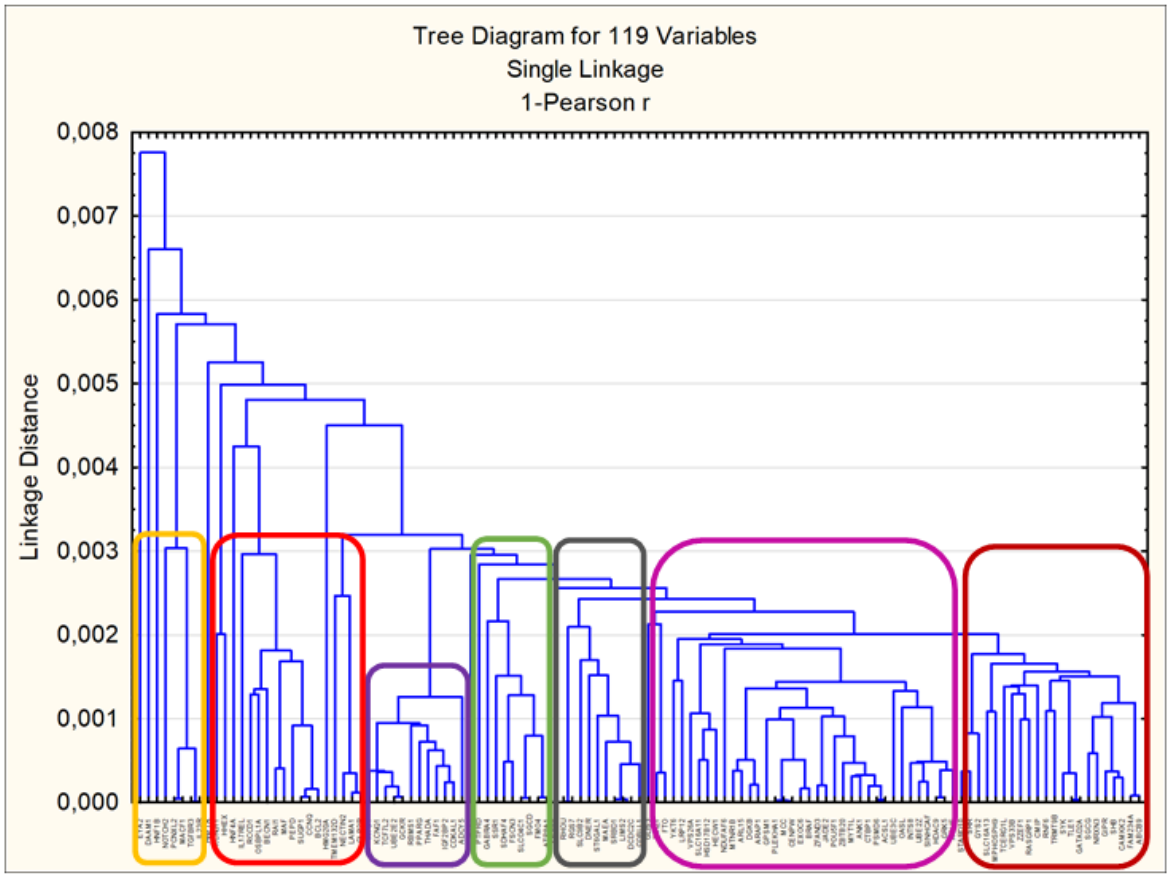


Рисунок 1. Кластерный анализ генов ассоциированных с СД2 по результатам GWAS

Белки первого кластера (EYA2, DAAM1, HNF1B, NOTCH2, PCNXL2, MACF1, TGFBR3, IL23R) участвуют в мембанно-внутриклеточном сигнальном пути (p = 0,015). Второй, четвертый, шестой и седьмой кластеры включают белки, которые функционально не связаны между собой. Белки третьего кластера включают девять белков, а именно, ADCY5, GCKR, CDKAL1, THADA, WFS1, KCNQ1, TCF7L2, IGF2BP2 и PPARG, участвующие в отрицательной регуляции апоптоза бета-клеток (p = 0,039) и гомеостазе глюкозы (p = 0,0068).

Таблица 1. Анализ онтологий генов подкластеров

N кластера	Кластеры генов	Gene Ontology process	P
1	EYA2, DAAM1, HNF1B, NOTCH2, PCNXL2, MACF1, TGFBR3, IL23R	Мембанно-внутриклеточная сигнализация	0,015
2	HNF1A, KCNJ11, HHEX, HNF4A, IL17REL, RCCD1, OSBPL1A, BECN1, RAI1, MAF, PEPD, SUGP1, CCNQ, BCL2, HMG20A, TMEM132D, NECTIN2, LAMA1, GLP2R	Нет статистически значимых результатов	-
3	WFS1, KCNQ1, TCF7L2, UBE2E2, GCKR, RBMS1, PPARG, THADA, FAF1, IGF2BP2, CDKAL1, ADCY5	Отрицательная регуляция апоптотического процесса в бета-клетках поджелудочной железы	0,039
		Гомеостазглюкозы	0,0068
4	JAZF1, PTPRD, GABRA4, SSR1, SDHAF4, FSCN3, SLCO4C1, SGCD, FMO4, ATP8A1, ABCC8	Нет статистически значимых результатов	-
5	RHOU, RGS7, SLC9B2, DNER, ST6GAL1, MAEA, SRBD1, LIMS2, DCDC2C, COBLL1	Нет статистически значимых результатов	-
6	GLIS3, ZMIZ1, FTO, YKT6, LRP12, VPS26A, SLC16A11, HSD17B12, HECW1, NDUFAF6, MTNR1B, ARL15, DGKB, ARAP1, GPSM1, PLEKHA1, MCC, CENPW, EXOC6, BRAF, ZFAND3, JADE2, POU5F1, ZBTB20, MYT1L, ANK1, CTBP1, PSMD6, ACSL1, UBE3C, OASL, INTS8, UBE2Z, SINHCAF,	Нет статистически значимых результатов	-

	HDAC9, GRK5, ACHE		
7	STARD10, SRR, GYS2, SLC16A13, MPHOSPH9, TCERG1L, VPS33B, ZZEF1, RASGRP1, CMIP, RNF6, TRMT9B, SYK, TLE1, GATAD2A, SGCG, NRXN3, GIPR, SHB, CAMKK2, FAM234A, ABCB9	Нет статистически значимых результатов	-

Выводы. Современные инструменты биоинформатического анализа позволили нам установить взаимосвязи и функциональную роль генов, выявленных в полногеномных исследованиях. Из 119 рассмотренных генов, в отношении двадцати нам удалось определить, в каких именно молекулярных процессах они задействованы. Дальнейшие усилия будут направлены на идентификацию цис-эффектов альтернативных аллелей на экспрессию генов (gain/loss-of-function), а так же выявление сетей транскрипционных факторов и их регуляторов имеющих отношение к дикому и минорному аллелю.

Список литературы.

1. Dajani R. et al. Genome-wide association study identifies novel type II diabetes risk loci in Jordan subpopulations //Peer J. – 2017. – Т. 5. – С. e3618.
2. Cho N.H. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045 //Diabetes research and clinical practice. – 2018. – Т. 138. – С. 271-281.
3. Scott R.A. et al. An expanded genome-wide association study of type 2 diabetes in Europeans //Diabetes. – 2017. – Т. 66. – № 11. – С. 2888-2902.
4. Zhao W. et al. Identification of new susceptibility loci for type 2 diabetes and shared etiological pathways with coronary heart disease //Nature genetics. – 2017. – Т. 49. – № 10. – С. 1450.

НЕНАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Лыскова М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что смерть с биологической точки зрения – завершающий этап онтогенеза, а контексте конкретного человека – трагедия, для государства – статистика. Выделяют смерть от физиологического изнашивания организма, то есть от старости, и внезапную смерть, наступающую от различных заболеваний. Важно знать и понимать

морфологию патологических процессов, и, вытекающих соответственно болезней человека.

Целью исследования является изучение ненасильственной смертности населения Курской области.

Материалы и методы: материалом послужили статистические данные Министерства здравоохранения РФ. Применялась статистическая обработка материала с помощью пакета прикладных программ.

Результаты и обсуждения. В процессе исследования ненасильственной смертности населения Курской области за период 2013- 2017 годы были получены следующие результаты (таблица 1). Выявлено ежегодное повышение показателя смертности населения [3].

Таблица 1. Общие показатели ненасильственной смертности населения Курской области за 2013-2017 годы

Годы	Число умерших
2013	2636
2014	2830
2015	3626
2016	3772
2017	3638

Рассматривая ненасильственную смерть, следует отметить, что среди основных причин смертности выделяют: сердечно – сосудистые заболевания, заболевания органов дыхания и пищеварения, новообразования, инфекционные заболевания, заболевания нервной системы [1]. Сравнивая показатели за 2013 и 2017 года, можно отметить, что основной причиной смертности населения являются сердечно – сосудистые заболевания (рисунок 1). Заболевания системы кровообращения обусловлены рядом определенных факторов: вредные привычки (курение, употребление алкоголя), минимальная физическая нагрузка, которая влечет за собой гиподинамию и ослабление работы сердца человека; эмоциональное состояние человека: стрессы, депрессии, нервные срывы; недостаток сна или нередко полное его отсутствие [2, 4].

Наиболее частой, среди заболеваний сердечно – сосудистой системы, является ишемическая болезнь сердца, которая приводит к скоропостижной смерти человека [1,2].

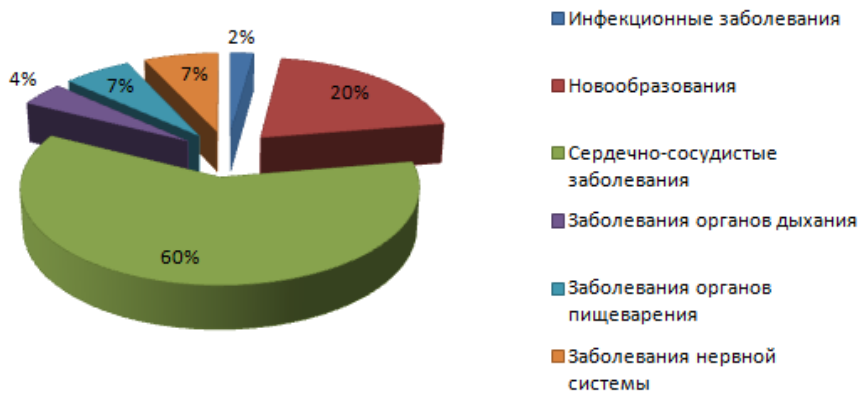


Рисунок 1. Структура смертности населения Российской Федерации за 2017 год

На данном этапе развития медицины известно немалое количество причин, приводящих к ИБС, главной из которых является атеросклероз коронарных артерий [2]. На втором месте причин смертности населения находятся летальные исходы от новообразований, составляющие 20% на 2013-2017 годы. Наиболее распространенными злокачественными заболевания кожи являлись базалиома и плоскоклеточный рак [2]. Среди злокачественных заболеваний у женского пола преобладает рак молочной железы, который имеет гормональную зависимость. Важную роль в возникновении рака играют нарушения функций яичников и гипофиза, а также гормональные нарушения, неправильное и избыточное питание, наследственные факторы [2, 4]. Доля остальных причин смерти населения составляют менее 20% от общей смертности населения (рисунок 1).

Выводы. Таким образом, наблюдается повышение ненасильственной смертности населения Курской области за 2013 – 2017 годы. Можно отметить стабильно высокий показатель смерти населения от заболеваний сердечно – сосудистой системы (более 60%), 20% случаев приходится на смерть от новообразований, в большей степени – злокачественных. Нарушение здоровья, и как следствие, образование и развитие серьезных заболеваний, приводящих к летальному исходу, обуславливаются различными факторами: курением, злоупотреблением алкоголем, малоподвижным образом жизни, несоблюдением режима сна, экологической обстановкой, стрессовыми ситуациями.

Список литературы.

1. Авдеев, М.И. Судебная медицина / М.И. Авдеев. – 2 – е изд., доп. – М. : Государственное издательство юридической литературы, 1950. – 508 с.

2. Патологическая анатомия: учебник / А.И. Струков, В.В. Серов. – 5-е изд., стер. – М.: Литтерра, 2010. – 880 с.

3. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/ (дата обращения: 10.11.2018).
4. Елисеева, Ю. В. Актуальные проблемы сохранения здоровья подростков в регионе: мониторинг и пути решения/ Ю.В. Елисеева, Е.А. Дубровина, Ю.Ю. Елисеев// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. - № 2. – С. 39 – 44.

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2016-2017 ГОДЫ

Машкина А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Новикова Е.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в любом государстве при любых социально-экономических и политических ситуациях здоровье детей является важной и приоритетной проблемой [1]. Она определяет будущее страны, ее генофонд, а также научный и экономический потенциал поколения. Негативное влияние урбанизации, изнанка научно-технического прогресса, ухудшение экологической ситуации оказывает отрицательное влияние на здоровье взрослых, и особенно детей [3].

Целью исследования является изучение структуры детской заболеваемости в Курской области за период 2016-2017 годы

Материалы и методы: годовые отчеты Федеральной службы государственной статистики за 2016-2017 годы [2, 4]. Методы стандартной статистики.

Результаты и обсуждения. За исследуемый период в Курской области зарегистрировано больных детей в возрасте 0-14 лет: в 2016 – 275533 человека, 2017 – 282395 детей. В 2016 году наиболее часто обращались в детские поликлиники с болезнями органов дыхания – 184930 детей, что составило 69,4% от всех случаев. Аналогичная ситуация наблюдалась в 2017 году, было зарегистрировано 197784 человека, это составила 71,4% всех обратившихся за помощью (диаграмма 1).

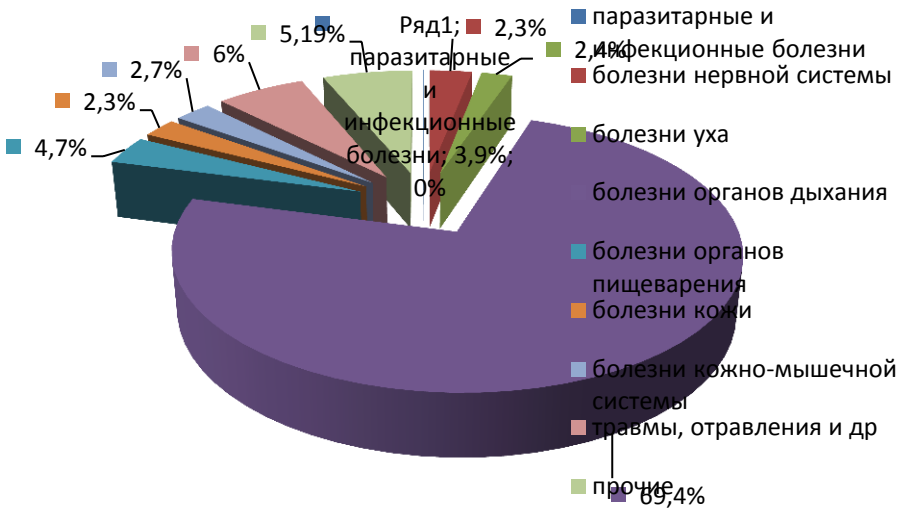


Диаграмма 1. Структура детской заболеваемости
в Курской области в 2016 год

На втором месте по распространенности находятся травмы, отравления и патологии, обусловленные разными внешними причинами. В данный период частота встречаемости практически была одинаковой и составила соответственно в 2016 – 15931 человек (6%) и в 2017 году – 16230 человек (5,9%).

Третье место в 2016 году по встречаемости занимают болезни органов пищеварения (12719 человек) и паразитарные и инфекционные заболевания (12481 человек). Частота их встречаемости составила 4,7%. В 2017 году на долю заболеваний органов пищеварение пришлось 3,4% (9446 человек), а инфекционные и паразитарные болезни встречались с частотой 3,9% (10849 детей). Общая тенденция распространенности этих заболеваний характеризуется снижением частоты их встречаемости.

Среди детских заболеваний в 2016 году приблизительно с одинаковой частотой регистрировали заболевания нервной системы (2,3%), болезни уха (2,5%), кожи (2,3%) и кожно-мышечной системы (2,7%). Другие группы заболеваний встречались с частотой 1% и меньше.

Аналогичная тенденция наблюдалась и в 2017 году, заболевания нервной системы выявлялись с частотой 2,9%, болезни уха (2,1%), кожи (2,3%) и кожно-мышечной системы (2,5%). Другие группы заболеваний также наблюдались с частотой 1% и меньше (диаграмма 2).

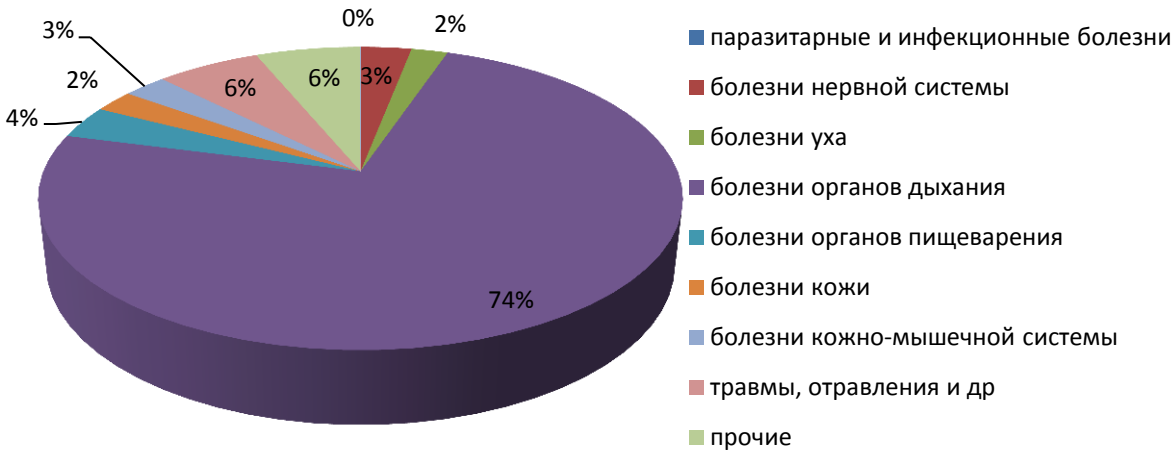


Диаграмма 2. Структура детской заболеваемости
в Курской области в 2017 году.

Выводы. Проведенные исследования позволяют сделать выводы о структуре детской заболеваемости в Курской области за 2016-2017 годы Самыми распространенными являются заболевания органов дыхания, вторую позицию занимают болезни, обусловленные внешними причинами (травмы, отравления и другие), на третьем месте находятся болезни органов пищеварения и инфекционные и паразитарные болезни. Другие детские заболевания встречаются с меньшей частотой. Данные результаты могут быть использованы при разработке профилактических мероприятий среди детского населения.

Список литературы.

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. 2012, том 91, № 3. С. 9-14.
2. Здравоохранение в России. 2017. Стат.сб./Росстат. М., 2017. 172 с.
3. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Антонова Е.В., Терлецкая Р.Н., Альбицкий В.Ю., Слипка М.И., Конова С.Р. Проблемы здоровья подростков в Российской Федерации // Альманах № 31 "Психологическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в педиатрическом стационаре". 2017, № 31. С. URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-31/difficulties-of-development-of-communication-in-children-first-years-of-life-with-disabilities
4. Федеральной службы государственной статистики http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ТИПОВ В РОССИИ ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГОДЫ

Машошина Л.О., Сороколетова О.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванова Н.В.

Сахарный диабет – это довольно часто встречаемое эндокринное заболевание, сопровождающееся длительным повышением концентрации глюкозы в крови и обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина. Пациенты с данным заболеванием обычно испытывают полидипсию (увеличение количества выпиваемой воды в сутки), полиурию (увеличение объема выделяемой мочи за сутки), а также голод. Значение слова «диабет» с греческого языка – «истечение». Следовательно, понятие «сахарный диабет» обозначает «теряющий сахар». В данном случае отображается главный признак болезни – выведение сахара с мочой [1].

Существует два типа сахарного диабета, которые существенно отличаются друг от друга.

Итак, для сахарного диабетаI типа (СД-I) характерна полная инсулиновая зависимость. Также он называется еще ювенильным или инсулинозависимым. Это заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся неспособностью поджелудочной железы вырабатывать инсулин.

Актуальность исследования состоит в том, что одним из главных факторов развития СД-I является наследственная предрасположенность, имеют место быть и вирусные заболевания, такие как вирусы краснухи, Коксаки В, паротита; токсические вещества, разрушающие бета-клетки (например, нитрозамины); осложнения во время беременности; злокачественная анемия; а также факторы питания и стресс. Обычно данный тип диабета развивается до 35 лет, чаще всего это случается в подростковом или юношеском возрасте [2]. Пациенты с СД-I нуждаются в инъекциях инсулина до конца своей жизни и на постоянно основе следить за уровнем глюкозы в крови.

Симптомами СД-I могут послужить ночное недержание мочи, сильная жажда, потеря остроты зрения, веса, быстрая утомляемость, тошнота и рвота, снижение иммунитета, беспокойство, у совсем маленьких детей – опрелости в промежности и на бедрах.

Сахарный диабет II типа (СД-II). Данная разновидность сахарного диабета совсем не поддается лечению, так как поджелудочная железа вырабатывает недостаточное количество инсулина или клетки организма отвергают его. Примерно 90% всех случаев диабета относятся именно к этому типу [3].

Одним из основных факторов риска развития СД-II является наследственность. Множество других факторов риска развития данного заболевания человек приобретает в течение жизни: возраст 45 лет и старше,

преддиабет (нарушение показателей уровня глюкозы в крови), артериальная гипертензия, отсутствие физической активности, избыточная масса тела.

Симптомами СД-II могут являться активно прогрессирующие различные грибковые заболевания, повышенное артериальное давление, специфические кожные утолщения в области шеи, подмышек, локтевых сгибов.

Наиболее страшным является проявление данного эндокринного заболевания у детей. Детский диабет, как правило, протекает тяжелее и более склонен к прогрессированию, чем у взрослых. В целом, сахарный диабет у младенцев трудно диагностировать. Чаще он проявляется капризным поведением, расстройством работы пищеварительной системы, упорными опрелостями. Моча на пеленках из-за большой концентрации сахара в ней оставляет затвердевающие, «засахаренные» пятна.

Целью данного исследования было проведение ретроспективного анализа заболеваемости сахарным диабетом I и II типов среди населения Российской Федерации, в частности жителей города Москвы, Московской и Курской областей за период 2014-2017 годы

Материалы и методы: ретроспективный анализ заболеваемости сахарным диабетом I и II типов среди населения Российской Федерации, в частности жителей города Москвы, Московской и Курской областей за период 2014-2017 годы по материалам комитета статистики Российской Федерации.

Результаты и обсуждения. Показатель заболеваемости сахарным диабетом среди всего населения России в 2014 году составил 2860,9 (на 100 тыс. населения), а в 2017 году – 3231,2 – прирост за 3 года составил 12,9%. Если рассматривать отдельно регионы нашей страны, то в городе Москве данный показатель составил 4,9%, в Московской области – 3,2%, а лидирующее место заняла Курская область- 15,5%. Более подробно хотелось бы остановиться на детскомнаселении. В 2014 году общий показатель заболеваемости СДсреди детей (0-14 лет) в России составил 98,7 (на 100 тыс. населения), а в 2017 году – 121,8, следовательно, прирост составил 23,4%. Лидирующее место по числу заболеваемости также занимает Курская область – 26,5%, в Московской области показатель составил 17,4%, а в городе Москве 13%. Рассматривая каждый тип сахарного диабета, Курская область занимает также первое место по числу заболеваемости сахарным диабетом I типа (27,9%). Чаще всего у детей встречается СД-I, и долгое время считалось, что дети болеют только этим типом заболевания. Но в 2003 году международная диабетологическая ассоциация заявила об эпидемическом пороге заболеваемости сахарным диабетом второго типа у детей и подростков. Анализируя статистические данные, показатель заболеваемости СД-II среди детей (0-14 лет) России в 2014 году составил 1,3 (на 100 тыс. населения), а в 2017 году – 1,41. Следовательно, прирост равен 8,4%. В Курской области были приведены показатели только за 2014 и 2015 годы, и составили 1,2 и 0,6 соответственно, динамика отрицательная, равная -50%. Среди детей Московской области и города Москвы данный показатель также сократился, динамика отрицательная, -0,4% и -71,9% соответственно. Среди детского населения (15-17лет) показатели заболеваемости СД-II имеют совершенно другую тенденцию. В РФ динамика

по данному типу заболевания составила 5,7%, в Курской области более 100%, в городе Москве 10,2%, и только в Московской области прослеживается отрицательная динамика, равная -23,4%.

Выводы. Таким образом, проведя ретроспективного анализ, можно говорить о высоких показателях заболеваемости какСД-I, так и СД-II, среди всего населения, в частности детей. И это напрямую связано с достаточно низким уровнем жизни населения России, большим количеством стрессов, отсутствием своевременных и качественных профосмотров.

Список литературы.

1. Афонченко В.И., Молокоедов В.В., Машошина Д.О., Иванова Н.В., Долгарева С.А. Анализ динамики сахарного диабета у детей курской области за период 2010-2014 ГОДЫ // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 2-2.;URL: http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=13034 (дата обращения: 03.03.2019).

2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. – 2017. – № 20 (1). – С. 13-41.

3. Молокоедов В.В., Афонченко В.И., Машошина Д.О., Иванова Н.В., Долгарева С.А. Динамика сахарного диабета у детей города курска и города железногорска за период 2010-2014 ГОДЫ // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 2-2.; URL: http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=13043 (дата обращения: 03.03.2019).

ВКЛАД ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA В РАЗВИТИЕ ИБС В ПОПУЛЯЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Медведева М.В., Быканова М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – д.б.н., доцент Солодилова М.А.

Ген VEGF-A является одним из представителей семейства генов сосудистых эндотелиальных факторов роста (VEGF) и представляет собой мультифункциональный цитокин с молекулярной массой 45 кДа [1]. Эндотелиальные факторы роста продуцируются различными типами клеток организма человека: макрофагами, фибробластами, лимфоцитами, эндотелиальными клетками, гладкомышечными клетками, тромбоцитами, кератиноцитами, клетками почечных клубочков, остеобластами, а также активно продуцируется в опухолевых и эмбриональных клетках [2]. По данным научных исследований, была установлена связь уровня VEGF-A в плазме крови в зависимости от различного состояния коллатерального кровотока: его более высокая концентрация, по данным Старостина И.В., наблюдалась при лучшем

состоянии коллатерального кровотока (OR 1,05; p 0,01) [2]. Известна также роль вклада исследуемого гена в риск возникновения изолированного дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП), коронарной ангиопатии, инфарктом миокарда и собственно ИБС [2]. Таким образом, связь гена VEGF-A с сердечно-сосудистыми заболеваниями уже известна, установлены независимо ассоциированные связи определенных полиморфизмов с риском развития и тяжестью протекания конкретных заболеваний.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время установлена половозрастная зависимость возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. В частности, известно, что мужчины болеют ИБС значительно чаще, чем женщины, особенно в молодом и среднем возрасте (до 49 лет в 5 раз чаще) [3]. Так как VEGF-A имеет более 200 обнаруженных однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) и теоретически может быть связан с протеканием множества метаболических процессов, связанных с физиологическим и патологическим неоангиогенезом в человеческом организме, а также его особенностями, то крайне актуальным представляется продолжение работы над поиском таких ассоциаций, как у мужчин так и женщин. В настоящей работе будет рассмотрен ОНП rs 3025039 как фактор риска развития ИБС среди женщин и мужчин популяции нашего региона.

Целью исследования является изучение роли полиморфного варианта rs3025039 C>T гена VEGF-A в риске развития ишемической болезни сердца (ИБС) у жителей Центральной России.

Материалы и методы: в данной работе исследовался генетический материал 1214 человек, не состоящих в кровном родстве, проживающих на территории указанного региона. Среди общей выборки количество человек с установленным диагнозом ИБС составляло 555, в группе контроля – 659, среди них женщин с ИБС 260 (47%), относительно здоровых – 324 (49%), мужчин с ИБС 295 (53%). относительно здоровых – 335 (51%).

От всех индивидов была получена цельная кровь в объеме 5 мл, которая до момента анализа хранилась в биобанке НИИ "Генетической и молекулярной эпидемиологии" КГМУ в горизонтальных холодильных установках при температуре -20 градусов Цельсия. Выделение ДНК проводилось на базе НИИ методом фенол-хлороформной экстракции, генотипирование выделенного материала осуществлялось с помощью технологии IPLEX на генетическом анализаторе MassARRAY 4. Для установления и оценки взаимосвязи изучаемых генотипов с риском развития ИБС применялись показатели: «p» – уровень значимости и «OR» – отношение шансов (характеризует различие вероятности попадания носителей конкретного генотипа в группу больных ИБС от вероятности попадания в группу контроля). Все данные оценивались с поправкой на возраст в программе SNPStats.

Для дифференциации половой зависимости вероятных ассоциаций генотипов с риском развития заболевания, было сформировано и исследовано в сравнении друг с другом три выборки индивидов: общая по полу, а также две соответственно гендерной принадлежности.

Результаты и обсуждения. В общей выборке было выявлено протективное влияние генотипов C/C, C/T/ и T/T на возникновение ИБС: OR 0.74 (Cl 0.57-0.97), p 0,0044. То есть, полиморфизм rs 3025039 C>T был значимо ассоциирован с пониженным риском развития заболевания в данной группе людей.

В выборке, состоящей из женщин, никаких статистически значимых взаимосвязей не наблюдалось.

В выборке, состоящей из мужчин, была подтверждена ассоциация генотипов C/C, C/T-T/T и C/C-C/T с протективным влиянием на возникновение ИБС: OR 0.68 (Cl 0.47 – 0.98), p 0,038.

Из полученных результатов, можно заключить, что ОНП rs 3025039 C>T гена VEGF-A у мужчин исследуемой популяции обуславливает более низкую вероятность развития ИБС.

Выводы. Таким образом, rs 3025039 C>T оказывает протективный эффект относительно ИБС только среди представителей мужского пола в популяции жителей Центральной России.

Список литературы.

1. Гавриленко Т.И., Рыжкова Н.А., Пархоменко А.Н. Сосудистый эндотелиальный фактор роста в клинике внутренних заболеваний и его патогенетическое значение // Украинский кардиологический журнал. 2011. Т. 4. С. 87-95.

2. Старостин И.В. Клинико-лабораторные, генетические и ангиографические факторы, ассоциированные с особенностями коллатерального кровотока у больных ишемической болезнью сердца. Дис. канд. мед. наук: 14.01.05, 14.01.13 / Старостин Иван Васильевич; НИИ Кардиологии им. А.Л. Мясникова. - Москва, 2015. - 166 с.

3. Цыганкова О.В. Этиопатогенетические особенности ишемической болезни сердца в зависимости от уровня половых гормонов, пола и возраста. Дис. док. мед. наук: 14.01.05, 14.01.02 / Цыганкова Оксана Васильевна; НИИ ТПМ. - Новосибирск,2016. - 397 с.

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1799930 NAT2 С РАЗВИТИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПОПУЛЯЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Москалев А.С., Барышева Е.М., Запесоцкая С.Я., Гуртовой Д.Е., Шиленок И.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологии, экологии и медицинской генетики

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бушуева О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что колоректальный рак (КРР), объединяющий рак прямой кишки и рак толстой кишки, является третьей по

частоте формой рака в мире. Следует отметить, что в последние годы наблюдается значительный рост заболеваемости КРР.

Развитие КРР может быть инициировано или усилено гетероциклическими ароматическими аминами (НАА). Было показано, что после поглощения гетероциклические ароматические аминамы биоактивируются CYP1A2 впечени, а затем подвергаются биотрансформации ферментами N-ацетилтрансферазы (в частности, NAT2) в печени и толстой кишке. Полиморфный ген NAT2 является основной детерминантой активности N-ацетилтрансферазы и, таким образом, может быть ответственным за межиндивидуальные различия в способности человека биоактивировать гетероциклические амины. В гене NAT2 были описаны несколько частых полиморфизмов. В частности, полиморфизмrs1799930NAT2влияет на функциональные свойства NAT2. Генотипирование данного полиморфизма используется для определения фенотипа ацетилирования («медленный», «промежуточный» или «быстрый») [2]. Проведенные в мире исследования ассоциации между полиморфизмом rs1799930NAT2 и КРР показали противоречивые результаты. Так, Probst-HenschN.M. и соавт., а также OsianG. и соавт. обнаружили связь между NAT2 и КРР [3,4]. В то же время, согласно результатам проведенного ранее метаанализа, ассоциации между rs1799930NAT2 и КРР не обнаружено [1].

Анализа взаимосвязи полиморфизма rs1799930NAT2 с риском развития колоректального рака в популяции Центральной России не проводилось.

Целью исследование является изучение ассоциации полиморфизма rs1799930 NAT2с развитием колоректального рака в популяции русских жителей Центральной России.

Материалы и методы: материалом для исследования послужила выборка неродственных индивидов, русских, проживающих в Курской области, численностью 505 человек. В исследование вошли 178 пациентов с КРР (87 мужчин, 91 женщина), которые находились на стационарном лечении в Курском областном клиническом онкологическом диспансере в период 2013-2017 годы Группу сравнения составили 327 практически здоровых добровольцев (179 мужчин, 148 женщин) без хронических заболеваний в анамнезе. Пациенты включались в группу больных только после верификации окончательного диагноза заболевания, подтвержденного с помощью клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Исследование было одобрено Региональным этическим комитетом Курского государственного медицинского университета.

Средний возраст больных группы КРР составил 66,92 ±9,27 года; средний возраст индивидуумов контрольной группы был несколько выше и составил 68,71±8,44 года (p=0,02). Исследуемые группы (больных КРР и контроля) были сопоставимы по полу (p>0,05). У всех обследуемых проводился забор венозной крови. Геномную ДНК выделяли стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфизмars1799930NAT2 проводили методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan зондов на амплификаторе CFX96, Bio-Rad (США).

Для анализа ассоциаций генотипов с риском развития КРР использовали логистический регрессионный анализ. Все расчеты были выполнены в программе SNPStats, доступной онлайн (https://www.snpstats.net/start.htm). Для оценки ассоциаций генотипов с заболеванием использовали показатели отношения шансов (OR) и 95%-ный доверительный интервал (CI). Все расчеты были выполнены с поправками на пол, возраст и курение. Значение $p \leq 0,05$ принималось как статистически значимое.

Результаты и обсуждения. Распределение частот генотипов исследуемых SNP в группе больных и в контрольной группе соответствовало равновесию Харди–Вайнберга ($p > 0,05$). Результаты анализа ассоциаций исследованных полиморфных вариантов генов представлены в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1, взаимосвязи генотипов полиморфизма rs1799930NAT2 с развитием рака толстого кишечника обнаружено не было.

Таблица 1. Генетические модели ассоциаций \ полиморфизма rs1799930NAT2 с развитием колоректального рака

Модель	Генотипы	N (%)		P[1]	OR (95% Cl)[2]	AIC[3]
		Больные (N=178)	Контроль (N=327)			
Кодоминантная	GG	93 (52,2%)	167 (51,1%)	0,75	1	658,9
	GA	73 (41%)	130 (39,8%)		1,01 (0,68-1,48)	
	AA	12 (6,7%)	30 (9,2%)		0,77 (0,37-1,58)	
Доминантная	GG	93 (52,2%)	167 (51,1%)	0,84	1	657,4
	GA+AA	85 (47,8%)	160 (48,9%)		0,96 (0,66-1,39)	
Рецессивная	GG+GA	166 (93,3%)	297 (90,8%)	0,45	1	656,9
	AA	12 (6,7%)	30 (9,2%)		0,77 (0,38-1,55)	
Сверхдоминирования	GG+AA	105 (59%)	197 (60,2%)	0,84	1	657,4
	GA	73 (41%)	130 (39,8%)		1,04 (0,71-1,52)	
Лог-аддитивная	-	-	-	0,63	0,93 (0,70-1,24)	657,2

P-значение для регрессионной модели с коррекцией на пол, возраст, курение; отношение шансов и 95%-доверительный интервал; критерий Акаике

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования продемонстрировали, что полиморфизм rs1799930NAT2 не связан с риском развития КРР в популяции русских жителей Центральной России.

Требуются дальнейшие исследования на большем размере выборки, особенно в аспекте межгенных и генно-средовых взаимодействий.

Список литературы.

1. de Jong M.M., Nolte I.M., teMeerman G.J., et al. Low-penetrance genes and their involvement in colorectal cancer susceptibility. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers. 2002, V.11 (11), 1332-1352.
2. Deitz AC, Rothman N, Rebbeck TR, et al. Impact of misclassification in genotype-exposure interaction studies: example of N-acetyltransferase 2 (NAT2), smoking and bladder cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers. 2004, 13,1543–1546.
3. Osian G., Procopciuc L., Vlad L. NAT2 gene polymorphism and sporadic colorectal cancer. Prevalence, tumor stage and prognosis. A preliminary study in 70 patients.Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases. 2006, 15 (4), 347-53.
4. Probst-Hensch N.M., Haile R.W., Ingles S.A., et al. Acetylation polymorphism and prevalence of colorectal adenomas. Cancer research. 1995, 55 (10), 2017-2020.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КУРЧАТОВСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Мухина А.Р., Спашко А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
НИЛ «Генетика»
Научные руководители – д.м.н., профессор Иванов В.П., к.м.н., доцент Бушуева О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что в 1976 – 1985 годы на Курской Атомной Электростанции (АЭС) города Курчатов Курской области, были запущены 4 энергоблока [3], и с этого момента, в связи с потенциальной возможностью негативного влияния АЭС на здоровье населения, особенно остро стал вопрос анализа уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями местных жителей, ведь онкологические болезни представляют объемный и достаточно разнообразный класс заболеваний [2,5], которые относят к классу мультифакторных [4,6,7]. Анализ заболеваемости населения позволяет органам управления здравоохранения правильно планировать комплекс мероприятий, направленный на улучшение состояния здоровья населения, сохранение его трудоспособности, проведение необходимых реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение

качества жизни и увеличение средней продолжительности жизни для лиц различных возрастно-половых групп [1].

Целью исследования является анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями и прогнозирование заболеваемости на 10 лет в Курчатовском районе Курской области.

Основными задачами исследования являются: анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями взрослого населения в Курчатовском районе Курской области, сравнение уровня заболеваемости в Курчатовском районе с заболеваемостью в городе Курск (контроль) и в Октябрьском районе (техногенный контроль), с оставление прогноза общей заболеваемости населения Курчатовского района до 2020 года.

Материалы и методы: проанализированы статистические данные по заболеваемости взрослого населения трех районов Курской области: Курчатовского – выбран как техногенная зона области, Октябрьского – выбран как условно техногенная (техногенный контроль) зона – находится в 30 км от города Курчатов, город Курск – как контроль. Данные получены из сборника «Основные показатели медицинского обслуживания населения Курской области за 2008-2014 годы»

Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждения. В ходе проведенного анализа нами установлено, что максимальный уровень заболеваемости наблюдался в Курчатовском районе, минимальный – в Октябрьском районе. Средний показатель уровня общей заболеваемости за рассматриваемый период составил: для Курчатовского района–33,24±3,07 человек, для Октябрьского района – 22,46±0,96 человек. Средний уровень заболеваемости в городе Курске – 25,80±2,31человек (на 1000 населения), минимум был равен 21,02, максимум – 36,98 человек (рисунок 1.).

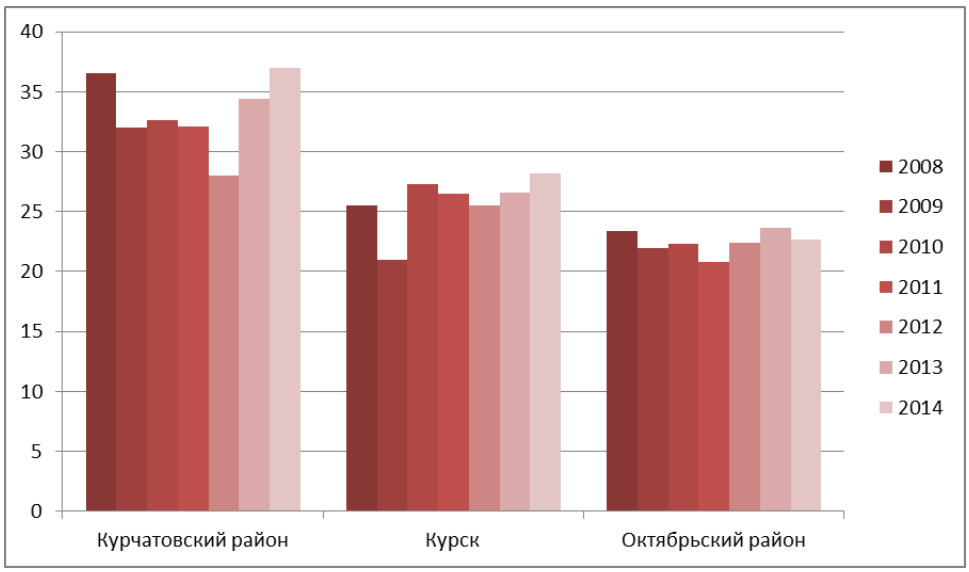


Рисунок 1. Уровень заболеваемости в Курчатовском районе, городе Курске (контроль) и Октябрьском районе (техногенный контроль)

Максимальный уровень заболеваемости наблюдался в Курчатовском районе – в2014 году, минимальный – в2012 году.

Для Октябрьского района в 2013 году – максимальный, а в 2011 – минимальный, для города Курска – максимальный уровень наблюдается в 2014 году, а минимальный в 2009.

Далее методом экстраполяции динамических рядов мы рассчитали предполагаемый уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями до 2020 года и выявили тенденцию к изменению уровня заболеваемости в Курчатовском районе до 34 человек на 1000 населения (рисунок 2).

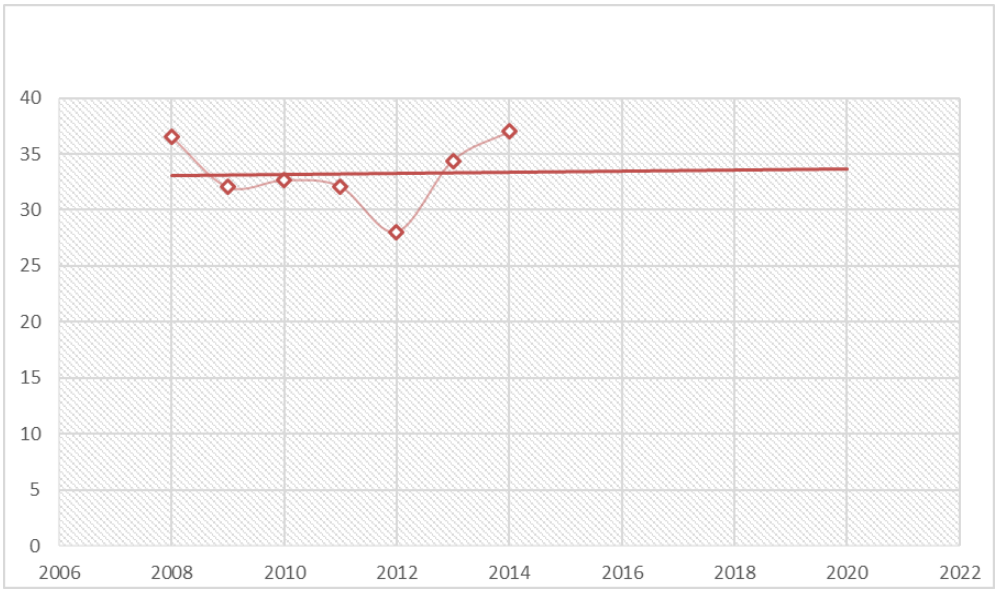


Рисунок 2. Прогноз заболеваемости злокачественными новообразованиями в Курчатовском районе

Выводы. Нами проанализирован уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями взрослого населения в Курчатовском районе Курской области, в среднем он составил 33 человека на 1000 населения. Сравнен уровень заболеваемости в Курчатовском районе с заболеваемостью в г. Курск (контроль) и в Октябрьском районе (техногенный контроль), он оказался выше, чем в других рассматриваемых районах. Составлен прогноз общей заболеваемости населения до 2020 года и показана тенденция к небольшому увеличению, несмотря на это, можно сказать, что ситуация достаточно стабильна.

Список литературы.

1. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика: (традиционные методы, новые информационные технологии): руководство для врачей / В.М. Мерабишвили. Издание второе, дополненное. Часть I., 2015. – 223 с.

2. Напалкова Н.П. Общая онкология / Под ред. Н.П. Напалкова. Л., 1989.

3. Официальный сайт РОСЭНЕРГОАТОМ [Электронный ресурс] / Режим доступа http://www.rosenergoatom.ru/stations_projects/sayt-kurskoy-aes/ Дата обращения: 11.03.2019
4. Фирсова Н.Д. Развитие современных знаний о причинах рака. // История рака. Пер. с англ. Н.Д. Фирсова (2016).
5. Чиссов В.И. Онкология: нац. Рук. / В.И. Чиссов // «ГЭОТАР-Медиа», 2008
6. Ярыгин В.Н. Биология: учебник / Под ред. В.Н. Ярыгина М. И// М. издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», Том 1, 2018
7. Ярыгин В.Н. Биология: учебник / Под ред. В.Н. Ярыгина М. И// М. издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», Том 2, 2018

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА -9-154C>A ГЕНА CYP1A2C РИСКОМ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У РУССКИХ ЖЕНЩИН ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Полшведкина О.Б, Пономарева Л.А., Барышева Е.М., Вдовина И.Н.' Сорокина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Научные руководители – к.м.н., доцент Бушуева О.Ю., д.м.н., профессор Иванова О.Ю. [1]

Миома матки (ММ) представляет собой опухоль, развивающуюся в миометрии. Несмотря на доброкачественный характер заболевания, оно может нанести серьезный урон здоровью женщины ввиду частых осложнений, таких, как нарушение репродуктивной функции, расстройство сексуальной сферы, хроническая тазовая боль и нарушение функции тазовых органов вследствие их сдавления миоматозными узлами. Также ММ может являться причиной мено- и метроррагий, осложнений во время беременности и родов и т.д [1]. Необходимо отметить, что ММ является одним из наиболее частых показаний к оперативному вмешательству, в том числе радикального характера.

Несмотря на широкую распространённость данной патологии, до сих пор нет единого представления о механизмах патогенеза ММ. На сегодняшний день известно, что ММ является гормонозависимым заболеванием, ее рост коррелирует с уровнем эстрогенов и прогестерона [2].Концентрация гормонов в организме женщины зависит от стадии менструального цикла, а также от скорости их синтеза и деградации. В метаболизме стероидных гормонов значимую роль играет система цитохромов Р450. В частности, фермент CYP1A2участвует в I фазе биотрансформации ксенобиотиков, а также в конверсию эстрогенов в их малоактивные метаболиты, обладающие антиэстрогеновой активностью, антипролиферативным действием и

способностью ингибировать митотическую активность клеток миометрия, что играет важную роль в сдерживании роста ММ [3].

Актуальность исследования состоит в том, что функциональная активность фермента CYP1A2 напрямую зависит от вариаций в структуре кодирующего его гена. Носительство аллеля Сполиморфного варианта -9-154C>A CYP1A2 приводит к снижению экспрессии гена и, как следствие, уменьшению ферментативной активностиCYP1A2 [4], что может приводить к гиперэстрогении ввиду нарушения преобразования эстрогенов в их метаболиты [5,6]. Увеличение концентрации эстрогенов ведет к гормон-опосредованному росту миоматозных узлов.

Целью нашего исследования явилось изучения ассоциации -9-154C>A гена CYP1A2с риском развития ММ у русских женщин центральной России.

Материалы и методы: материалом для исследования послужила выборка неродственных женщин русской национальности, проживающих в Курской области (уроженки Центральной России), общей численностью 551 человек.

Всего было обследовано 344 пациентки с диагнозом ММ, находившихся на стационарном лечении в отделении оперативной гинекологии Курского областного перинатального центра и отделении оперативной гинекологии Курского городского клинического родильного дома в период с 2010 по 2014 годы Контрольную группу составили 207 относительно здоровых женщин соответствующего возраста, без доброкачественных и злокачественных новообразований в анамнезе и не имеющих клинических и УЗИ-признаков ММ.

Для проведения молекулярно-генетического исследования у всех обследуемых производился забор венозной крови. Выделение геномной ДНК осуществляли из размороженной венозной крови стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. В рамках исследования проводилось генотипирование полиморфизма -9-154C>A гена CYP1A2. Генотипирование проводилось в лаборатории геномных исследований НИИГМЭ методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов на амплификаторе CFX96 (Bio-Rad) с использованием праймеров и зондов, синтезированных компанией “Синтол” (Москва). Повторное генотипирование 10% случайно выбранных образцов показало 100% воспроизводимость полученных результатов.

Для оценки ассоциаций аллелей и генотипов с риском развития ММ использовали критерий χ^2 и отношение шансов (OR) с 95%-ным доверительным интервалом (CI). Значения $P<0,05$ рассматривались как статистически значимые. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программных пакетов Statistica 8.0 («StatSoft») и MS Excel 2010.

Результаты и обсуждения. В таблице 1 представлены результаты сравнительного анализа частот аллелей и генотипов полиморфизма -9-154C>A гена CYP1A2 у пациентов с ММ и здоровых лиц.

Таблица 1. Распределение частот аллелей и генотипов -9-154C>A гена CYP1A2у пациентов с ММ и здоровых лиц

Аллели, Генотипы		Больные ММ, n=344, n (%)[1]	Контроль, n=207, n (%)[1]	χ^2 (p)[2]	OR (95% CI)[3]
Аллели	C A	0,669 0,331	0,657 0,343	0,16 (0,69)	0,95 (0,73-1,23)
Генотипы	CC CA AA	147 (42,7) 166 (48,3) 31 (9,0)	91 (44,0) 90 (43,5) 26 (12,6)	0,08 (0,78) 1,19 (0,28) 1,75 (0,19)	1,05 (0,74-1,49)1,21 (0,86-1,71) 0,69 (0,40-1,20)

[1] – Абсолютное число и процент лиц с исследуемым генотипом;
[2] – Хи-квадрат и p-уровень значимости (df=1);
[3] – Отношение шансов с 95% доверительными интервалами;
* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны.

Как видно из данных таблицы 1, полиморфизм -9-154C>A CYP1A2не был связан с риском развития ММ в изученной нами популяции.

Выводы. Дальнейшее изучение генов системы биотрансформации ксенобиотиковв рамках исследования патогенеза ММ представляется перспективным. Учитывая возможный вклад полиморфизма -9-154C>A гена CYP1A2 в развитие гормонозависимых заболеваний, в частности ММ, необходимо проведение более масштабных исследований в других популяциях мира.

Список литературы.

1. Szamatowicz J, Laudanski T, Bulkszas B, Akerlund M. Fibromyomas and uterine contractions. ActaObstetGynecolScand 1997;76 (10):973–976

2. Maruo T, Matsuo H, Samoto T, Shimomura Y, Karachi O, Gao Z, Wang Y, Spitz IM, Johansson E. Effects of progesterone on uterine leiomyoma growth and apoptosis. Steroids 2000;65:585–592.

3. Zanger, U.M., & Schwab, M. (2013). Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. Pharmacology & therapeutics, 138 (1), 103-141.

4. Uslu, A., Ogus, C., Ozdemir, T., Bilgen, T &Keser, I. (2010). The effect of CYP1A2 gene polymorphisms on Theophylline metabolism and chronic obstructive pulmonary disease in Turkish patients. BMB reports, 43 (8),ч530-534.

5. Артымук, Н.В., Гуляева, Л.Ф., Зотова, О.А., & Хвостова, Е.П. (2012). Полиморфизм генов метаболизма эстрогенов у женщин с аденомиозом. Журнал акушерства и женских болезней, 61 (6).

6. Ступко, Е.Е., Шенин, ВА., Колесникова, Л., Лабыгина, А. В., & Сутурина, Л.В. (2011). Роль полиморфизмов генов детоксикацииксенобиотиков в развитии миомы матки и эндометриоза. Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 104 (5).

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS890293 ГЕНА CYP2J2 НА ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Распопова О.И., Быканова М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., ассистент Быканова М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в России гипертоническая болезнь диагностируется у 40% женщин и 48% мужчин [1]. Гипертоническая болезнь (ГБ) – это мультифакторное заболевание, одной из причин которого является генетическое полигенное нарушение, связанное с возникновением мутаций в генах, кодирующих систему цитохромов Р450 эпоксигеназ, участвующих в процессе метаболизма арахидоновой кислоты (АК). Она может быть метаболизирована в классическом и хорошо изученном пути преобразования липоксигеназой, продукты преобразования, такие как простакцилин (простагландин I2) и 12-гидроэйкозанотриеновая кислота, обладают кардиопротекторным действием [3]. Но есть и другой, менее изученный путь метаболизма АК, такой как преобразование CYP2 (цитохром Р450), продукты которого также могут иметь важные эффекты на сердечно-сосудистую систему. Ферменты системы цитохрома Р450 кодируются большим числом генов, один из них – CYP2J2 [4].

При мутации гена CYP2J2 цитохромаР450 наблюдается нарушение синтеза ингибиторов воспаления сосудов – эпоксиейкозатриеновых кислот (EETs).Важная физиологическая роль EETs проявляется в регулировке кровообращения. Они снижают кровяное давление, расслабляя гладкие мышцы и снижая общий тонус сосудов [5].Существующие полиморфизмы рассматриваемого гена, могут приводить к изменению EET, что оказывает прямое влияние на вероятность возникновения такой сердечной патологии как гипертония. У человека наличие полиморфного варианта rs890293 гена CYP2J2цитохромаР450 объясняет снижение экспрессивности гена у носителя, которое приводит к возрастанию расположенности к заболеваниям сердечно-сосудистой системы [2].

Целью данной работы является изучение влияния полиморфного варианта rs890293 гена CYP2J2 цитохрома Р450 эпоксигеназы на патогенез гипертонической болезни.

Материалы и методы: в ходе исследования было обследовано 756 больных ГБ и 621 здоровый индивид, русской национальности, проживающих в Курской области. Контрольная группа не имела статистически значимых различий с группой больных ГБ по полу и возрасту ($p>0,05$).Генотипирование полиморфного варианта rs890293 гена CYP2J2 проводилось на базе Томского НИИ Медицинской генетики в Центре коллективного пользования «Медицинская геномика» на масс-спектрометре Mass ARRAY Analyzer 4 (Seqeunom). Анализ результатов проводили с помощью программного обеспечения Mass ARRAY TYPER 4.0. Статистическую обработку данных

осуществляли при помощи StatSoft «STATISTICA 6.0» и Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждения. Распределение частот генотипов в группах больных ГБ и здоровых индивидов находилось в соответствии с равновесием Харди-Вайнберга (Но=0,126; Нв=0,128; р=0,821). Частоты генотипов СС, СА и АА полиморфного варианта rs890293гена CYP2J2 были следующими: 76,98%, 20,77% и 2,25% у больных ГБ, 71,34%,26,09% и 2,58% у здоровых индивидов. Различия для аллеля СС являются статистически значимыми (OR 1,50; 95%CI 1,08-2,08; р=0,02), и говорят о меньшем риске возникновения ГБ у людей с гомозиготным диким вариантом гена. Гетерозиготы СА, процент которых среди больных ГБ 20,77 и здоровых 26,09, также имеют значимые различия (OR 1,44; 95%CI 1,04-2,00; р=0,02), наличие такого варианта ассоциировано с повышенным риском возникновения заболевания.

Видимо, дикий гомозиготный вариант гена rs890293 отличается своим протективным действием в виду того, что именно такая последовательность нуклеотидов в промоторе гена CYP2J2 обеспечивает синтез EETs в достаточном количестве, а гетерозиготный – ассоциирован сповышенном риском ГБ из-за снижения их количества. Механизмы, которыми можно объяснить такое действие это нарушение работы ионной канал-зависимой вазорелаксации, недостаточное стимулирование образования и освобождения вазодилататоров, увеличение сократительной способности сердечной мышцы и частоты сердечных сокращений, повышение коркового высвобождения ренина и снижение выделения натрия в почках, способствование апоптическому и окислительному повреждению сосудов.

Выводы. Интерпретировать обнаруженную ассоциацию сложно, но можем утверждать, что полиморфный вариант rs10889162 гена CYP2J2 оказывает влияния на риск развития ГБ у людей, проживающих на территорииКурской области.

Список литературы.

1. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь – основная причина, определяющая сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность в стране. Терапевтическийархив. 2003; Т. 75, № 9: С. 31-36.

2. Beshay N.M. Zordoky, Ayman O.S. El-Kadi Effect of cytochrome P450 polymorphism on arachidonic acid metabolism and their impact on cardiovascular diseases. Pharmacology and Therapeutics. 2010;125:446–463.

3. Spiecker M., Darius H., Hankeln T. et al. Risk of coronary artery disease associated with polymorphism of the cytochrome P450 epoxygenase CYP2J2. Circulation.2004; 110: 2132–2136.

4. Wu S, Moomaw CR, Tomer KB and et al. Molecular cloning and expression of cyp2j2, a human cytochrome p450 arachidonic acid epoxygenase highly expressed in heart. The Journal of biological chemistry 1996; 271: 3460-3468.

5. Fichtlscherer, S., Dimmeler, S., Breuer, S. et al. Inhibition of cytochrome P450 2C9 improves endothelium-dependent, nitric oxidemediated vasodilatation in patients with coronary artery disease. Circulation. 2004; 109 (2): 178–183.

ГЛАУКОМА – МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Реприцев А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

В последние годы мировым научным сообществом приложены значительные усилия к изучению этиологии и патогенеза мультифакториальных патологий различных органов и систем. Установлено, что в основе возникновения мультифакториальных заболеваний лежат комплексные механизмы взаимодействия генетических и средовых факторов, которые, несмотря на их сложность, все больше поддаются генетическому анализу в связи с успехами расшифровки генома человека [4].

Актуальность исследования состоит в том, что к мультифакториальным заболеваниям с пороговым эффектом относится глаукома, которая является одним из тяжелых и необратимых заболеваний глаз [2]. В мире насчитывается от 85 до 115 миллионов больных глаукомой. В России зарегистрировано около 1 млн. таких больных, а среди учтенных 230 тысяч слепых и слабовидящих людей внушительная доля приходится именно на больных глаукомой [1, 3].

Целью настоящего исследования явилось изучение генетических аспектов и распространенности глаукомы как мультифакториального заболевания.

Материалы и методы: материалом исследования послужили статистические данные Министерства здравоохранения РФ о заболеваемости глаукомой населения России за 2013-2017 годы. Для обработки результатов исследования использовались методы статистического анализа.

Результаты и обсуждения. В ходе контент-анализа данных научной литературы установлено, что глаукома рассматривается как мультифакториальное заболевание с прогрессирующим течением [1]. Развитие глаукомы обуславливается микроструктурными изменениями на клеточном уровне вследствие нарушения многих процессов: инволютивных, биомеханических, механизмов кровообращения и сосудистой ауторегуляции, ускорением апоптоза нервных клеток и снижением уровня естественной нейропротекции. В патогенезе заболевания играют роль изменения иммунных факторов, эластотонических свойств склеры, возраст, сосудистая дисрегуляция, артериосклероз и т.д [2].

Генетические аспекты глаукомы свидетельствуют, о том, что развитие болезни при различных мутациях, во многих случаях неодинаково и сложно для анализа. Однако есть группа генов, для которых причинно-следственные взаимосвязи при патогенезе глаукомы удалось установить. Это гены миоцилина (MYOC), оптиневрина (OPTN), цитохромаР450 первого семейства подсемейства В полипептид 1 (CYP1B1), WD повторяющегося домена 36 (WDR36) и нейротрофина 4 (NTF4) [5].

Количество зарегистрированных больных глаукомой в РФ увеличилось с 1182,2 тыс. человек в 2013 году до 1330,6 тыс. человек в 2017 году (рисунок 1). Темп прироста показателя составил 12,6%.

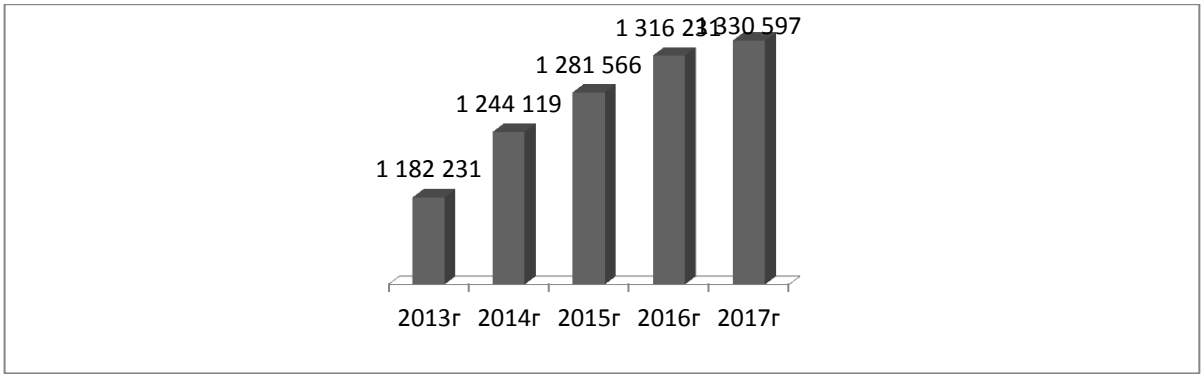


Рисунок 1. Динамика количества зарегистрированных больных глаукомой в РФ за 2013-2017 годы (человек)

Динамика числа больных глаукомой с диагнозом, установленным впервые в жизни, составила в 2015 году 142,28 тыс. человек, а в 2017 году – 133,7 тыс. человек, на протяжении указанного периода наблюдалась тенденция к увеличению числа зарегистрированных случаев.

Сравнительный анализ заболеваемости населения глаукомой в ряде областей ЦФО позволил выявить регионы с высоким уровнем распространенности глаукомы. Это Воронежская и Орловская области, где количество зарегистрированных больных глаукомой составляло в 2017 году 1176,9 и 1125,0 человек на 100 тыс. населения соответственно, что значительно превышает аналогичный показатель в целом по России (906,4). В Белгородской и Курской областях данным показатель находится на более низком уровне: 691,9 и 529,7 человек на 100 тыс. населения соответственно.

Выводы. Таким образом, глаукома является опасным мультифакториальным заболеванием с прогрессирующим течением, приводящим к снижению качества здоровья населения. В последнее время имеется тенденция к увеличению числа зарегистрированных больных глаукомой, распространенность данной нозологической формы в регионах РФ неравномерна.

Список литературы.

1. Генетическая диагностика глазных заболеваний [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://oftalmic.ru/b_glaucoma-genetest.php. Дата обращения 11.11.2018.

2. Егоров Е.А. Нейропротекция при глаукоме: современные возможности и перспективы / Е.А. Егоров, А.Е. Егоров, А.Ю. Брежнев // Клиническая офтальмология.– 2014. – № 2. – С.108.

3. Кириченко Ю.Н. К вопросу сохранения здоровья населения Курской области в XXI веке / Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков// Курский научно-практический вестник человек и его здоровье.– 2013.– № 3.– С. 71-77.

4. Некоторые результаты молекулярно-генетических исследований при мультифакториальной патологии / В.П. Иванов, А.В. Полоников, М.А. Солодилова, Д.А. Белугин // В сб. науч. тр. YIII конф. «Генетика человека и патология».– Томск, 2007.– С. 74-79.

5. Challa P. Glaucoma genetics / P. Challa // Int. Ophthalmol. Clin. – 2011. – V.48. – P.73–94.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА В ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Рубанов В.Л., Русаленко Д.О.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии

Научный руководитель – м.м.н., ст. преподаватель Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что роль информационного стресса в здоровье населения все больше возрастает, человек постоянно подвержен воздействию информационного стресса, обусловленный большим или малым количеством информации, его качеством, большим количеством источников информации, такими как интернет, социальные сети, рекламы по телевидению, в общественном транспорте, на вывесках и т.п [1].

Целью исследования является изучение актуальных данных о уровне влияния информационного стресса на организм человека.

Материалы и методы: анализ актуальных данных о влиянии информационного стресса на организм человека.

Результаты и обсуждения. Биологической функцией информационного стресса является быстрая адаптация организма человека к сложившимся ситуациям. Экспериментально установлено, что мозг человека способен воспринимать информацию и её точно обрабатывать со скоростью не более 25 бит в секунду, когда поток информации превышает это значение, организм попадает в состояние стресса [2]. Из-за стресса мозг перестает адекватно усваивать поступающую информацию и переключается на самые элементарные задачи, что ослабляет способность думать и снижает творческие потенции, постепенно мозг разучивается работать в полную силу, однако стресс не только влияет на психическое состояние, но может оказать негативное влияние на органы и системы органов организма человека, вследствие чего могут появляться патологические процессы.

Признаками информационного стресса являются: депрессия, сопровождающаяся снижением физической и интеллектуальной активности, уныние, раздраженность и подавленность, безразличие к происходящему вокруг, снижение концентрации внимания, но при этом невозможность расслабиться, пессимизм, плаксивость; снижение аппетита, головная боль, усталость; навязчивые состояния и психические расстройства, нервные тики [3].

Схему воздействия информационного стресс-фактора можно представить в общем виде следующим образом: со стороны коры головного мозга ответное раздражение на воздействующий фактор поступает в структуры гипоталамуса, в котором происходит генерирование эмоциональных реакций и активизация симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Активация этих отделов вызывает возбуждение мозгового вещества коры надпочечников, что приводит к выбросу в кровь адреналина и норадреналина. Повышенное содержание адреналина и норадреналина в крови, в свою очередь, вызывает повышение содержания других гормонов и биологически активных веществ, в том числе, холестерина и сахара. Увеличенная секреция стимулирует работу почти всех органов и систем: сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную, мышечную, повышает интенсивность течения обменных процессов. Возникают такие симптомы, такие как прекардиальная боль, учащенное сердцебиение, артериальная гипертензия, повышенное потоотделение, анорексия и тошнота [4].

Выводы. Из выше изложенной информации можно сказать, информационный стресс представляет собой один из доминирующих стрессорных факторов. Наравне с другими способен вызывать длительное напряжение компенсаторных систем организма и дезадаптацию. В результате чего может являться этиологическим фактором множества различных патологий.

Список литературы.

1. Медведева, Н.И. Современная социальная среда как фактор и источник информационногостресса / Н.И. Медведева // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. 2015. – № 2 (47). – С. 235-239.

2. Стрекалова Н.Б. Влияние информационной перегрузки на жизнедеятельность личности / Н.Б. Стрекалова // Проблемы и перспективы развития образования в России. – 2011. – № 12. – С. 325-330.

3. Ковтунович, М.Г. Информационный стресс / М.Г. Ковтунович, К.Е. Маркачев // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 5. – С. 83-91.

4. Зотов, М.В. Физиологические показатели устойчивости человека к воздействиюинформационного
стресса / М.В. Зотов, В.И. Шостак, В.М. Петрукович // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – № 4. – С. 255-261.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С 2004 ПО 2014 ГОДА НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рубцова Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., Бобынцева О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в структуре онкологической заболеваемости женщин злокачественные опухоли шейки матки составляют 15% и среди поражения органов репродуктивной системы стабильно занимают третье место после рака молочной железы и рака эндометрия. В структуре онкологической смертности рак шейки матки также занимает третье место, уступая лишь раку яичников и раку эндометрия.

Целью исследования является изучение динамики заболеваемости раком шейки матки с 2004 по 2014 года на территории Российской Федерации.

Материалы и методы: исследование условно было разделено на 2 части: 1 – изучение показателей заболеваемости раком шейки матки в различные промежутки времени, 2 – субъективная оценка проведенной работе. Материалом исследования послужили данные РОССТАТ. Рак шейки матки каждый год поражает около 500 000 пациентов по всему миру, при этом очень часто заболевание диагностируется на поздних стадиях (30-40%). Согласно статистике, рак шейки матки входит в десятку самых распространенных злокачественных новообразований. Доля патологии составляет 4,4% в развитых странах, 5,2% в России и 15% в развивающихся регионах.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлена явная тенденция к увеличению количества заболеваемости женщин раком шейки матки с 2004 по 2014 года. Заболевание в большинстве случаев формируется у женщин старше 45-50 лет, но согласно проведенному анализу все чаще патология регистрируется в более молодом возрасте. Из полученных данных у женщин в возрасте 20-39 лет с каждым последующим годом наблюдается тенденция к увеличению показателя заболеваемости. У возрастной группы от 60 лет и старше прослеживается тенденция к снижению показателя заболеваемости. Это связано с их интенсивным обращением в лечебные учреждения и подтверждения диагноза. Вероятность смертности от рака шейки матки за 1 год после постановки точного диагноза сравнительно снижается на протяжении с 2004 по 2014 года.

Показатели заболеваемости раком шейки матки достаточно высоки, поэтому вопрос о дальнейших исследованиях заболевания и предотвращение заболеваемости среди молодого поколения путем информирования населения о профилактике данной патологии, остается открытым.

По мнению Сухих Г.Т.: «Рак шейки матки многие годы занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний органов репродуктивной системы в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах».Данная проблема затрагивает наиболее социально значимую часть женского населения планеты, вследствие

чего приобретает большое значение. В связи с этим требуется более тщательный пересмотр скрининговых программ по выявлению групп риска по возникновению патологии шейки матки на основе современных вирусологических и биологических методов исследования, также необходимо учитывать раннюю диагностику данного заболевания и комплексные профилактические меры.

Приведение к единообразной системе диагностических подходов и стандартизация методов лечения, в сочетании с одновременной индивидуализацией специальной терапии рака шейки матки возможны благодаря разработанным классификациям, которые позволяют определить клиническую стадию болезни. Классификация Международной федерации гинекологов и акушеров, FIGO (распространенность опухолевого процесса), классификация Международного противоракового союза, система TNM и морфологическое строение опухоли (морфологическая классификация предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей шейки матки).

Обычно шейку матки покрывает эпителий двух видов, соответственно гистологически различают плоскоклеточный рак и аденокарциному. Так же выделяют классификацию по Папаниколау и классификацию ВОЗ.

Лечебно-диагностические мероприятия отражены в приказе Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

В настоящее время активно проводятся исследования по созданию терапевтических вакцин, которые будут нацелены на белки Е6 Е7 вируса папиломы человека. Целью терапевтической вакцина станет помощь иммунной системе разрушить вирус, индуцировать клеточный иммунный ответ, направленный на уничтожение раковых клеток. Однако на данных этапах исследования такая вакцина еще только в разработке.

Выводы. Таким образом, рак шейки матки продолжает оставаться одной из важнейших проблем современного здравоохранения, требующих не только научных исследований механизмов развития данной патологии, но и специальных программ профилактики и своевременной диагностики на доклиническом уровне.

Список литературы.

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 915н «Об порядке оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

3. Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

4. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкология. 2012 - № 3. - С. 18-23.

5. Бохман Я.В. Выявление солитарных и первично-множетсвенных опухолей в женской репродуктивной системе // Новая медицинская технология. - № 2 - 2012. - 480 с.

6. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / М.И. Давыдов, Г.Л. Вышковский и др. - М.: РЛС, 2012.- 520 с.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015-2017 ГОДЫ

Сазонова Д.С., Сороколетова О.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванова Н.В.

Актуальность исследования состоит в том, что смертность от новообразований в России составляет 300 чел. на 100 тыс. населения в год, в мире онкопатологией страдает более 14 млн. человек, из которых 8 млн. погибает. Десятки институтов и сотни лабораторий во всем мире работают над ранней диагностикой и профилактикой онкопатологий, но не смотря на все усилия ученых и врачей показатели заболеваемости высоки. В России показатель заболеваемости новообразованиями имеет тенденцию к росту; за 2015-2017 годы, показатель новообразований среди взрослого населения возрос на 8,3% (рисунок 1).Развитие онкологических болезней могут провоцировать развитие таких заболеваний как: вирус гепатита В, вирус папилломы, передающийся половым путем и т.д.Так же на развитие онкопатологий оказывают влияние: наследственность, стресс, рост загрязнений окружающей среды и негативное влияние техногенных факторов [2].

Целью исследования является оценка динамики показателей заболеваемости онкопатологией в России и Курской области за 2015-2017годы

Материалы и методы: в работе использовались методы стандартной статистики и данные отчетов Министерства здравоохранения Российской Федерации департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения.

Результаты и обсуждения. Исследование показателей заболеваемости онкопатологии в России позволило выявить стабильный рост онкозаболеваний (с 4523чел. на 100 тыс. населения до 4897 чел. на 100 тыс. населения) в период

с 2015 по 2017 годы. Показатель онкозаболеваемости у лиц старшего трудоспособного возраста за 3 года (2015-2017 годы) вырос на 12,5% (с 6274 чел. на 100 тыс. в 2015 году, до 7058 человек на 100 тыс. в 2017 году). Динамика показателей всего взрослого населения составила 9,3% (с 5377 чел. на 100 тыс. в 2015 году, до 5875 чел. на 100 тыс. в 2017 году). Показатель заболеваемости онкопатологией в группе детского населения в возрасте 0-14 лет, вырос с 4523 чел. на 100 тыс. в 2015 году, до 4897 чел. в 2017 году, динамика составила 8,3%. Показатель в группе детей в возрасте 15-17 лет вырос на 5,9% (с 1041 чел. на 100 тыс. в 2015 году, до 1102 чел. на 100 тыс. в 2017 году) (рисунок 1)

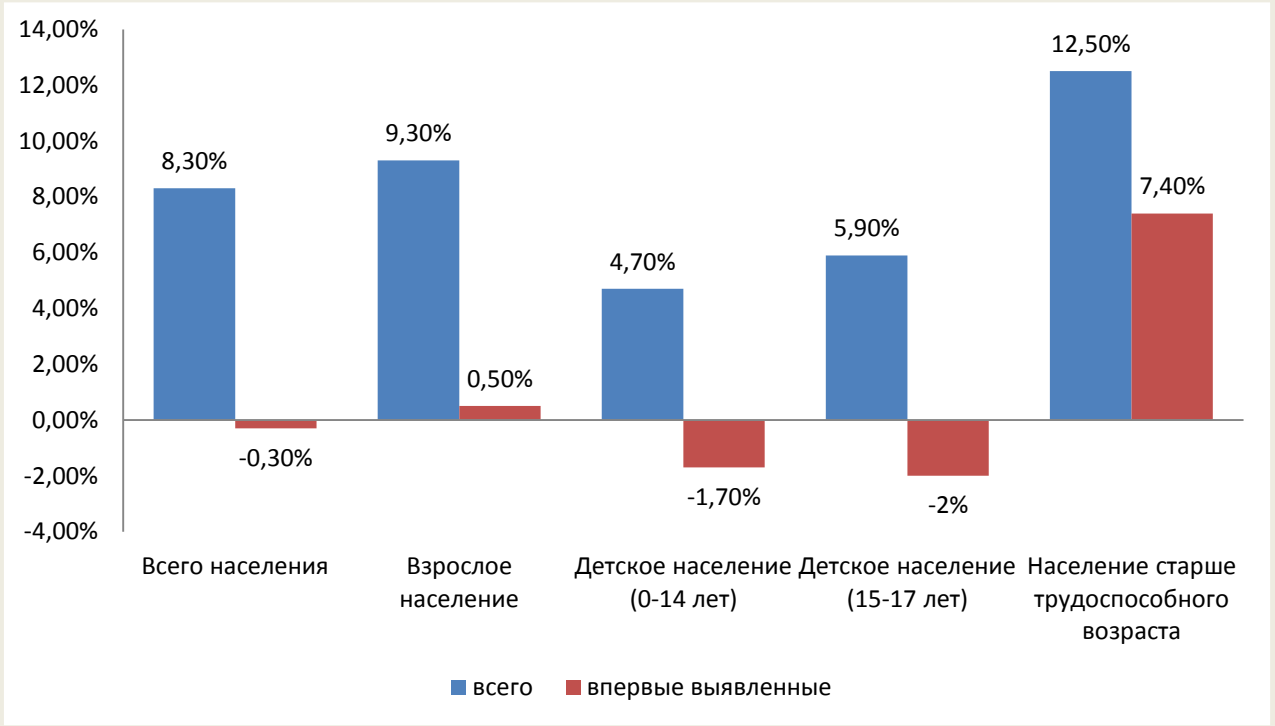


Рисунок 1. Основные тенденции в динамике показателей заболеваемости онкопатологией в России за 2015-2017 годы на 100 тыс. населения (в %)

В Курской области наблюдается рост среди всего населения показателя заболеваемости онкопатологией на 10,4%за 3 года (2015-2017годы). Анализируя показатели только взрослого населения так же наблюдается рост показателя заболеваемости в период с 2015 по 2017 годы (с 5523,4 чел. на 100 тыс. до 6119,3 чел. на 100тыс.), что составило 10,8%. Рост показателей заболеваемости в лиц старшего трудоспособного возраста составил 19,6% (с 6117,8 чел. на 100 тыс. в 2015 году, до 7320,5 чел. на 100 тыс. в 2017 году).Анализ показателей заболеваемости у детей в возрасте 0-14 лет позволил выявить рост онкопатологии, который составляет 11,7% (с 807,9 чел. на 100 тыс.в 2015 году, до 902,3 чел. на 100 тыс. в 2017 году). Показатель заболеваемости онкопатологией в группе детского населения (15-17 лет) возрос практически в 2 раза (с 675 чел. в 2015 году на 100 тыс., до 1029 чел. на 100 тыс2017 году), что составляет 52%. (Рисунок 2).Высокие показатели онкозаболеваний позволяют сделать вывод, что Курская область является субъектом РФ, концентрирующим негативные эпидемиологические факторы.

Это интенсивное развитие промышленно-экономического комплекса Курской магнитной аномалии, последствия аварии на Чернобыльской АЭС (пострадали Дмитриевский, Железногорский, Поныровский, Фатежский, Хомутовский, Щигровский районы), а также загрязнение окружающей среды мутагенами от промышленности, энергетики и транспорта и это может оказывать влияние и на высокую распространенность новообразований среди всех групп населения [1].

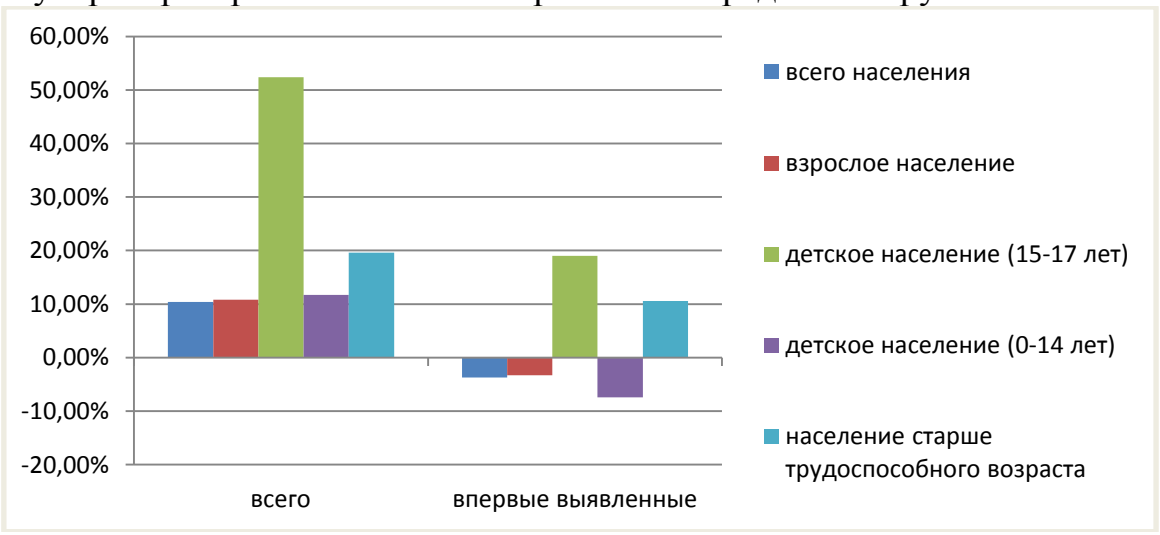


Рисунок 2. Основные тенденции в динамике показателей заболеваемости онкопатологией в Курской области за 2015-2017 годы на 100 тыс. населения (в %)

Выводы. Таким образом высокие показатели заболеваемости онкопатологией позволяют говорить о наличии неблагоприятной онкоситуации в России. Это в основном связано с низким уровнем жизни, загрязнением окружающей среды, несбалансированным питанием, высокой стрессовой нагрузкой, генетической предрасположенностью, загрязнением окружающей среды, а так же низким качеством профилактических осмотров [4].

Список литературы.

1. Вопросы онкологии [Электронный ресурс]// niioncologii.ru –Режим доступа: URL:http://www.niioncologii.ru/science/pio (дата обращения 18.02.2019).

2. Ганцев, Ш.Х. Онкология: учебник.-М.: Медицинское информационное агентство, 2004.-516 с.

3. Министерство здравоохранения Российской федерации [Электронный ресурс] //www.rosminzdrav.ru- Режим доступа :URT: https://www.rosminzdrav.ru/documents/6686 (дата обращения 18.02.2019)

4. Тихонова, Г.И.Исследование смертности от злокачественных новообразований населения, подвергающегося воздействию хризотилового асбеста/ Г.И.Тихонова, Т.Ю.Горчакова, А.Н.Чуранова// Электронный научный журнал «Innova».-2009.-№ 1.-С.14-17

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КУРСКА

Свешникова А.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Новикова Е.А.

Актуальность исследования состоит в том, что заболевания нервной системы в настоящее время являются не только медицинской, но и социальной проблемой [1]. Эта группа заболеваний хотя и не являются основной причиной смертности в мире, однако находятся на первом месте среди причин ухудшения качества жизни людей – на них приходится 10,2% от общего количества лет жизни населения с инвалидностью. Среди причин смертности в мире они занимают второе место и являются причиной для 16,8% от общего количества смертей. За последние 25 лет (с 1990 по 2015 год), по измерениям GBD, число смертей от неврологических заболеваний в абсолютном изменении в мире увеличилось на 36,7% (что, очевидно, в том числе связано с ростом продолжительности жизни и ростом распространения этих болезней у пожилых людей), а масштабы инвалидности – на 7,4% [2, 3].

Целью исследования является сравнительный анализ распространенности болезней нервной системы у жителей города Курска за период 2011-2012 годы

Материалы и методы: послужили данные годовых отчетов поликлиники ОБУЗ «Курская городская больница № 2». При исследовании использовались методы стандартной статистики.

Результаты и обсуждения. За исследуемый период в городе Курске на диспансерной учете в ОБУЗ «Курская городская больница № 2» состояли в 2011 – 207 человека, 2012 – 226 человек, соответственно. Сравнительный анализ распространенности заболеваний нервной системы выявил следующие различия. В 2011 году наиболее часто обращались пациенты с цереброваскулярными нарушениями – 75 человек, что составило 33,2%, в 2012 г аналогичная патология была зарестирована у 81 человека и составила 32,8%.

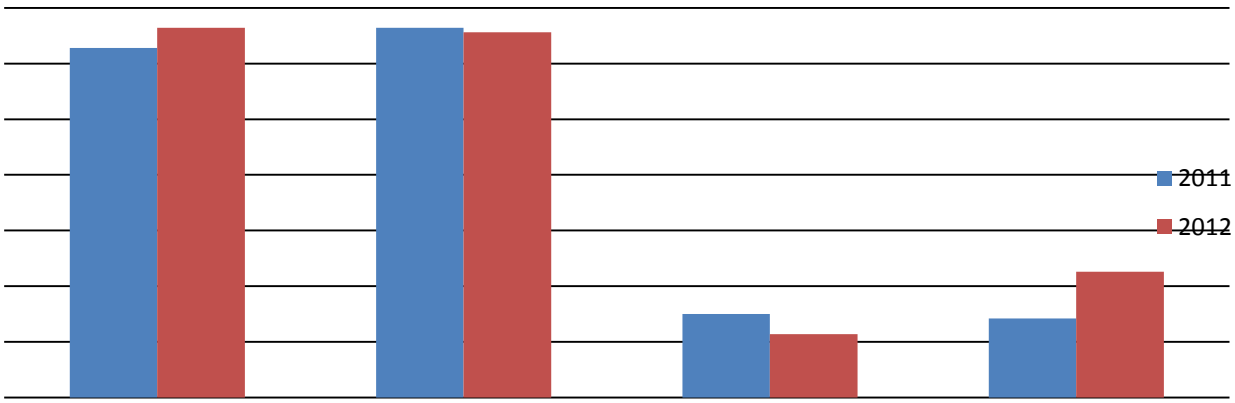


Рисунок 1. Динамика распространенности болезней нервной системы у жителей города Курска в 2011-2012 годы

Анализ встречаемости костно-мышечных заболеваний в 2011 году выявил 71 человек (31,4%) и в 2012 – 82 человека, что составило 33,2%, соответственно.

Третье место среди неврологических заболеваний в 2011 году составили черепно-мозговые травмы – 17 человек (7,5%). В 2012 году третью позицию заняли эстрапирамидальные заболевания – 28 человек (11,3%). Аналогичная патология в 2011 году 7,1% (16 человек). Остальные нозоологические формы встречались с частотой 0,4-5%.

Выводы. Сравнительный анализ показал, что диспансерная группа выросла за счет вновь выявленных неврологических патологий, а также увеличения больных с костно-мышечными и цереброваскулярными заболеваниями. Выявлен рост больных с экстрапирамидным расстройством: средний процент составил 4,1%. Самая многочисленная группа – это больные цереброваскулярными заболеваниями (средний процент 33%). В основном это больные с последствиями перенесенных ОНМК, к сожалению, это общероссийская тенденция увеличения роста сосудистых заболеваний (в России ежегодно фиксируется 450 тыс. инсультов).

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро. URL: https://gateway.euro.who.int
2. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Евзиков Г.Ю. Нервные болезни. Учебник / Из-во МИА. – М., 2018. – 496 с.
3. Скоромеец А.А., Скоромеец А.В., Скоромеец Т.А. Нервные болезни. Из-во МЕДпресс-инфо Россия. – М., 2017. – 568 с.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Скибарь А.А., Немченко Ю.И.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии
Научный руководитель – м.м.н., ст. преп. Провалинский А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что витамин D – один из важнейших биоэлементов, необходимых для поддержания метаболических, иммунных, когнитивных и репродуктивных функций, дефицит которого, согласно результатам многочисленных исследований, является одной из наиболее актуальных проблем современности [1].

В большинстве случаев недостаточность 25 (OH)D выявляется у детей грудного возраста, подростков, беременных и кормящих женщин, женщин в менопаузе, пожилых людей, а так же лиц, страдающих ожирением, хроническими заболеваниями печени или почек [2].

Целью исследования является изучение уровня осведомленности населения о проблеме дефицита витамина D.

Материалы и методы: был проведен опрос 405 респондентов. Проведен статистический анализ с использованием программ STATISTICA10.0 и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Возраст респондентов, участвовавших в опросе, составил от 18 до 30 лет. Средний возраст 22 года. Основная часть молодых людей (72,2%) является студентами-медиками. В результате статистического анализа было выявлено, что 38% хорошо осведомлены о проблеме недостаточности витамина D в крови, при этом только 1,2% сдавали анализ на 25 (OH)D по назначению лечащего врача. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Осведомленность пациентов о недостатке витамина D

Критерий сдачи анализа	Кол-во респондентов (в %)
По назначению лечащего врача	1,2
Самостоятельно	0
Не сдавали, но планируют	7,4
Не сдавали	82,8
Не знают	8,6

Было выявлено количество респондентов, знающих о связи некоторых патологий с дефицитом витамина D. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2. Осведомленность респондентов
о связи дефицита витамина D с некоторыми патологиями

Патология	Кол-во респондентов (в %)
Частые депрессии	28,4
Простудные заболевания, грипп	28,4
Гипертония, заболевания сердца	12,3
Ожирение	9,9
Онкологические заболевания	16
Заболевания кишечника	8,6
Рахит, остеопороз	55,6
Затруднились ответить	21

По итогам исследования установлено, что 88% респондентов связывают возможную недостаточность витамина D в организме с дефицитом солнца и неправильным питанием.

28% респондентов ранее принимали витамин D в составе поливитаминного комплекса или в виде БАД; 5% принимали по назначению лечащего врача и 61% никогда ранее не принимали витамин D.

Показатели уровня приёма витамина D в составе поливитаминного комплекса или в виде БАД представлены в таблице 3.

Таблица 3. Уровень приема витамина D респондентами

Критерий приёма	Кол-во респондентов (в %)

Принимал (а) ранее самостоятельно	28,4
Принимал (а) по назначению лечащего врача	4,9
Принимают регулярно, т.к. проживают в зоне низкой инсоляции	6,2
Не принимали никогда	60,5

На вопрос об оптимальном уровне 25 (OH)D в крови 63% респондентов не смогли дать определенного ответа.

Выводы. Таким образом, возрастная группа 21-26 лет оказалась наиболее осведомленной о проблеме дефицита витамина D. 100% респондентов употребляют продукты питания, обогащенные витамином D. Более 80% опрошенных никогда ранее не сдавали анализ крови для определения уровня 25 (OH)D.

Список литературы.

1. Громова О.А. Витамин D – смена парадигмы / О.А. Громова, И.Ю. Тор-шин. – М.: ГэоратМед, 2017.
2. Мальцев С.В. Витамин Д и иммунитет / С.В. Мальцев, Н.В. Рылова // Практическая медицина. – 2015. – W 1 (86). – С. 114-120.
3. K.A. Synthesis and evaluation of vitamin D receptor-mediated activities of cholesterol and vitamin D metabolites / K.A. Teske, J.W. Bogart, L.M. Sanchez // Eur J Med Chem. – 2016. – № 109. – P. 238-246.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОРШЕЧЕНСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Степанова А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Рыжаева В.Н.

Сердечно-сосудистые заболевания включают заболевания сердца, заболевания сосудов головного мозга и заболевания кровеносных сосудов. В начале XXI века болезни системы кровообращения (БСК) в мире занимают лидирующее место по смертности (ежегодно умирает около 17 млн. человек). В Российской Федерации структура смертности не отличается от мировой: наиболее частой причиной смерти также являются БСК (56,4%) [1, 2, 3].

Актуальность исследования состоит в том, что за период 2000-2017 годы в соответствии с официальными статистическими данными Минздрава России по расчетам Росстата России общее количество с впервые установленным диагнозом болезней системы кровообращения увеличилось с 2483 человек в

2000 году до 4706 человек в 2017 году (с 2 до 4% от общего количества с впервые установленным диагнозом) [4].

Целью исследования является изучение состояния органов кровообращения населения Горшеченского района Курской области за 2013-2017 годы.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили данные федеральной статистической отчетности. Проведен статистический анализ с использованием программ STATISTICA10.0 и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования были получены следующие результаты. В Горшеченском районе Курской области прослеживается тенденция к уменьшению численности населения за 2013-2017 годы. Численность населения Горшеченского района уменьшалась следующим образом: 2013-2014 годы – на 342 человека, 2014-2015 годы – на 405 человек, 2015-2016 годы – на 414 человек, 2016-2017 годы – на 353 человека, 2017-2018 годы – на 409 человек (в среднем на 385 человек ежегодно). В данном периоде наименьшее снижение численности в 2013-2014 годы и 2016-2017 годы, наибольшее – 2014-2015 годы, 2015-2016 годы и 2017-2018 годы Причинами отрицательного естественного прироста являются миграция взрослого населения и низкая рождаемость.

Анализируемый фактический материал позволяет наглядно представить информацию о заболеваниях системы органов кровообращения жителей Горшеченского района (таблица 1).

Таблица 1. Общее количество заболеваний и количество заболеваний от болезней системы кровообращений в Горшеченском районе в 2013-2017 годы

Год	Всего зарег. заб.	В т.ч. б-ней сис-мы кровообращения	Доля болезней с-мы кров-ния в общем числе заб. (%)	Из них, с диагнозом, уст. впервые	Доля болезней системы кровообращения, впервые установленных	Из них, состоит под диспансерным наблюдением с заб-ниями системы кровообр. на конец года	Доля сост. под дисп.набл. с заб-ниями системы кровообр. на конец года
2013	11719	2914	24,9%	400	13,7%	1725	59,2%
2014	10468	2150	20,5%	494	23%	1535	71,4%
2015	10783	2520	23,3%	437	17,3%	1822	72,3%
2016	9380	2172	23,2%	527	24,3%	2001	92,1%
2017	11564	2708	23,4%	385	14,2%	2061	76,1%

Численность заболеваний системы кровообращений, как и общая численность заболеваний жителей Горшеченского района, развивается волнообразно: в период 2013 – 2014 годы значительное снижение, 2014 – 2015 годы незначительное увеличение, 2015 – 2016 годы снижение, 2016 – 2017 годы значительное увеличение.

Примечательно, что в периоды 2013-2014 годы и 2016-2017 годы на фоне значительного уменьшения как общей численности заболеваний, так и заболеваний системы кровообращений наблюдается наименьшее снижение численности населения Горшеченского райна.

Доля болезней системы кровообращений в общей численности заболеваний незначительно меняется, однако как в начале анализируемого периода, как и в конце остается примерно на уровне 23 – 25%.

Численность пациентов с диагнозом впервые установленных болезней системы кровообращений и их доля также развивается волнообразно: в начале и в конце анализируемого периода на уровне 14%, а в середине увеличивается до 24%.

В целом следует отметить увеличение численности и доли заболеваний системы кровообращения, находящихся под диспансерным наблюдением на конец года, с 59,2% в 2013 годы до 76,1% в 2017 году.

Самыми многочисленными в период 2013-2017 годы являются болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемические болезни сердца, цереброваскулярные болезни и болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов (таблица 2).

Таблица 2. Структура болезней системы кровообращения населения Горшеченского района в 2013-2017 годы

Год	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (чел.)	Ишемические болезни сердца (чел.)	Цереброваскулярные болезни (чел.)	Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов (чел.)
2013	527	475	321	290
2014	669	357	233	212
2015	703	292	329	214
2016	586	286	319	205
2017	794	291	373	192

Ежегодно наибольшее количество населения страдает повышением кровяного давления. Предположительно, это объяснимо старением населением, образ которого, как правило, малоподвижен. Также одной из причин распространенности повышенного артериального давления является неправильное питание и психоэмоциональные нагрузки.

В 2013 и 2014 годы 2-ое место по численности занимают ишемические болезни сердца (их меньше, чем болезней характеризующихся повышенным кровяным давлением, на 52 в 2013 году и примерно в 2 раза в 2014 году), 3-е место – цереброваскулярные болезни (меньше в 1,6 раза в 2013 году и почти в 3

раза в 2014 году). Причем разница в натуральных единицах между ишемическими и цереброваскулярными заболеваниями значительна: ишемических заболеваний больше на 154 в 2013 году и на 124 в 2014 году.

В 2015-2017 годы на 2-м месте – цереброваскулярные болезни (меньше, чем болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, примерно в 2 раза, в 2015-2017 годах), на 3-ем – ишемические болезни сердца (меньше в 2,4 раза в 2015 году, в 2 раза в 2016-2017 годы). Примечательно, что разница между ишемическими и цереброваскулярными заболеваниями в натуральных единицах не так значительна, как в период 2013-2014 годы: цереброваскулярных заболеваний больше на 37 в 2015 году, на 33 в 2016 году и на 82 в 2017 году.

В анализируемом периоде на четвертой позиции по количеству пациентов составляют болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов. Численность данных заболеваний меньше, чем число болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, в 3 раза в 2013, 2015 и 2017 годы и в 2 раза в 2014 и 2016 годы

Демографические характеристики Горшеченского района характеризуются снижением общей численности населения. Примечательно, что количественные характеристики населения напрямую связаны с динамикой как заболеваний в целом, так и заболеваний системы кровообращения.

Список литературы.

1. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Под ред. Mendis S, Puska P, Norrving B. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 155 с.

2. Окороков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окороков // Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Мед. лит., 2002. Т. 6. – 464 с.

3. Особенности функционального состояния пациентов с острой коронарной патологией, связанные с достижением целевых значений ЧСС [Электронный ресурс]/ В.П. Михин, В.Н. Коробова, А.В. Харченко [и др.] // Человек и его здоровье.2018.№ 2. С. 7 – 12. - Режим доступа: https://www.kursk-vestnik.ru/jour/article/view/359/306 (Дата обращения 26.02.2019).

4. Поликлиническая терапия: учебник / Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 640 с.

РАЗДЕЛ 5.

ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ, КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ И ОДА. НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ШКАЛЫ АЛЬВАРАДО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Абаева К.А., Абилхас А.А.
Национальный медицинский университет
Кафедра хирургии № 1 с курсом клинической анатомии
Научный руководитель – ассистент Имангалиев А.М.

Актуальность исследования заключается в необходимости изучения эффективности применения в клинической практике хирургами современной диагностической шкалы Альварадо для своевременной и точной верификации диагноза острый аппендицит (ОА). Неспецифическое воспаление червеобразного отростка является одной из часто встречающихся нозологий в ургентной хирургии, на ее долю приходится около 40-50% от всей острой хирургической патологии [1]. Несмотря на то, что клиническая картина и критерии диагностики острого аппендицита описаны многими и в достаточном объеме, нередко его клинические проявления не соответствуют классической, что в свою очередь затрудняет своевременное выявление заболевания и нередко приводит к диагностической ошибке. В ряде стран для диагностики воспаления аппендикса у взрослых широко используется шкала Альварадо, базирующаяся на оценке клинико-лабораторных параметров [2].

Целью исследования является: определение диагностической ценности шкалы Альварадо для верификации диагноза острый аппендицит, дать сравнительную характеристику эффективности применения ее у мужчин и у женщин.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 180 историй болезни пациентов с диагнозом острый аппендицит, поступивших в хирургическое отделение ГКБ № 4 города Алматы (клиническая база кафедры хирургии № 1 с курсом клинической анатомии) в первом полугодии 2018 года. При госпитализации все пациенты были в состоянии средней степени тяжести, обусловленном выраженным болевым синдромом. Шкала основана на оценке 8 клинико-лабораторных параметров: боль в правой подвздошной области, потеря аппетита, тошнота или рвота, симптомы Кохера и Щеткина-Блюмберга, гипертермия более 37,3С, лейкоцитоз более 10,0х10^9/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В соответствии с суммой баллов пациенты распределяются на 4 группы: менее 5 баллов – вероятность ОА мала, 5-6 баллов – ОА возможен и пациент нуждается в наблюдении, 7-8 баллов – ОА вероятен, 9-10 баллов – ОА имеется и пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство. Результаты оценки по шкале Альварадо сравнивали с послеоперационным диагнозом как у мужчин, так и у женщин.

Результаты и обсуждения. Исследуемый контингент был разделен на 2 группы в зависимости от половой принадлежности. Первую группу составили 90 женщин, перенесших с диагнозом ОА, вторую – 90 мужчин.

Средний возраст мужчин составил –28,3 года. Болевые ощущения в правой подвздошной области, тошноту или рвоту отмечали – 100%, при этом ни у кого не было потери аппетита. У всех 100%, а положительный симптом

Щеткина-Блюмберга у 22 пациента (24,4%). Гипертермия выше 37,3 С наблюдалось у 9 мужчин (10%). Лейкоцитоз выше 10,0 и сдвиг лейкоцитарной формулы влево был выявлен у 79 пациентов (87,7%).При этом только у 6 пациентов (0,06%) был выставлен послеоперационный диагноз «катаральная форма», а сумма показателей по шкале Альварадо составляло 4-6 баллов, а у 84 пациента (93,3%) были верифицированы деструктивные формы острого аппендицита, при этом оценка по шкале Альварадо составляла у 21 пациента (23,3%) – 7-8 баллов, у 58 пациента (64,4%) -5-6 баллов, у 5 пациента (5,5%) – ниже 5 балла.

Возраст женщин в среднем составил –27 лет. Болевые ощущения в правой подвздошной области, тошноту или рвоту отмечали – 100%, при этом ни у кого не было потери аппетита. У всех 100% пациентов был положительный симптом Кохера, а положительный симптом Щеткина-Блюмберга у 12 пациента (13,3%). Гипертермия выше 37,3 С наблюдалось у 15 женщин (16,6%). Лейкоцитоз выше 10,0 и сдвиг влево лейкоцитарной формулы был выявлен у 68 (75,5%) пациентов. При этом только у 7 (7,7%) пациента был выставлен катаральный аппендицит, а сумма показателей по шкале Альварадо составляло 4-5 баллов. У 83 (92,3%) пациента были верифицированы деструктивные формы острого аппендицита, а оценка по шкале Альварадо составляла у 19 (21,1%) пациента – 7-8 баллов, у 60 (66,6%) пациента -5-6 баллов, у 4 (4,4%) пациента – ниже 5 балла.

Выводы. Шкала Альварадо в наших исследованиях имело относительно невысокую диагностическую ценность для верификации ОА у обоих полов, так как больше половины исследуемых с деструктивными формами ОА при оценке по шкале набирали 5-6 баллов, что соответствовало результату – ОА возможен и пациент нуждается в наблюдении, тогда как необходимо оказывать хирургическое пособие в экстренном порядке. А десятая часть исследуемых с деструктивным ОА и вовсе по шкале Альварадо набирало ниже 5 баллов, при котором результат оценивался как – ОА отсутствует, что привело бы к неминуемый диагностической ошибке. Кроме того, использование такого критерия как «потеря аппетита» в данной шкале нецелесообразно, так как данный субъективный признак никто из наших пациентов не отмечал. Также это связано с тем, что хирурги при постановке диагноза острый аппендицит не придерживались критериев данной шкалы. Это означает, что если они начнут придерживаться данных критериев, то, возможно, эффективность шкалы повысится.

Список литературы.

1. Нурмаков Д.А. Хирургические болезни, 2017, 65с.
2. Anderssom Manne, Andersson Roland E. The Appendicitis Inflammatory Response Score: A Tool for the Diagnosis of Acute Appendicitis that Outperforms the Alvarado Score. World J Surg 2008; 32: 1843- 1849.

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Алексеева Т.А., Коваль А.В.
Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии
Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Т. Авченко

Актуальность исследования состоит в том, что на сегодняшний день аневризмы артерий и аорты различной локализации встречаются в 40 клинических случаях на 100 тысяч населения, при этом аневризмы аорты составляют 29-37,8%. Среди патологических расширений различных отделов аорты на долю брюшной ее части приходится около 80% [1]. Они могут длительное время существовать, не имея выраженных клинических проявлений, но в то же время у 40% больных в течение первого года после установления диагноза наступает разрыв аневризмы, что в свою очередь приводит к сильнейшему кровотечению, которое заканчивается летальным исходом в 40% до госпитализации и 60% в послеоперационном периоде [2].

Основным хирургическим методом лечения аневризм брюшной аорты является резекция брюшной аорты с последующим замещением резецированного участка аорты гомотранстплантатом. Однако, данная операция противопоказана пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией, а также имеет высокий риск развития и послеоперационных осложнений. Высоко значение возникновения послеоперационных осложнений, связанных с применением искусственной вентиляции легких и общего наркоза. При этом средняя операционная летальность составляет 5-10,3% [3].

Современным методом хирургического лечения неосложненных аневризм брюшной аорты является стентирование (эндопротезирование) аорты. Стентирование аневризмы брюшной аорты позволяет рассматривать в качестве потенциальных кандидатов на операцию широкий круг пациентов, включая пациентов с сопутствующей патологией, имеющих высокий риск внутри- и послеоперационных осложнений при открытых операциях. За время применения стентирования для лечения аневризм брюшной аорты в России летальных исходов операции не отмечено [4].

Целью исследования является оценка результатов применения стентирования для лечения аневризм брюшной аорты у пациентов с противопоказаниями к применению открытой резекции аорты с протезированием.

Материалы и методы: был проведен анализ 5 клинических случаев пациентов ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» города Оренбурга, в отделении эндоваскулярной хирургии (зав. отделением Бородин В.И.), которым было проведено стентирование аневризмы брюшной аорты в период с ноября 2016 года по сентябрь 2018 года Среди пациентов было 4 мужчины и 1 женщина в возрасте от 63 лет до 71 года.

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов отмечены: ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения 2 ф.к. у 4 пациентов), артериальная

гипертензия (у 4 пациентов), поражение артерий нижних конечностей (у 2 пациентов), сахарный диабет (у 1 пациента), хроническая обструктивная болезнь легких (у 1 пациента), вторичная тромбоцитопения (у 1 пациента). Наличие данных сопутствующих заболеваний является относительным противопоказанием к применению открытой операции на аорте и повышает риск развития послеоперационных осложнений, таких как острый инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, острый гнойный бронхит с сердечно-легочной недостаточностью, пневмония и острая почечная недостаточность [5]. У 2 пациентов отмечен высокий хирургический и анестезиологический риск применения открытой операции.

Подготовка пациентов к операции включала следующие обязательные обследования: ультразвуковое дуплексное сканирование брюшной аорт, мультиспиральная компьютерная томография брюшной аорты, мультиспиральная компьютерная томография подвздошных артерий с целью определения соответствия анатомическим критериям для применения эндопротезирования. С целью изучения возможности проведения данной операции в соответствии с анатомическими критериями проведения операции перед имплантацией стента произведены ряд измерений – длина и ширина проксимальной и дистальной шеек аневризмы, длина основной и обеих бранш бифуркационного протеза, диаметр сегмента аорты дистальнее устьев почечных артерий, диаметр наружных подвздошных и бедренных артерий для проведения системы доставки, отмечено отсутствие пристеночного тромба в сегменте аорты дистальнее устьев почечных артерий (данные показатели являются не для фиксации проксимального конца стента) [1].

Результаты и обсуждения. При исследованиях диаметр аневризмы брюшной аорты у пациентов составил от 45 до 79 мм, отмечено инфраренальное расположение аневризмы брюшной аорты, достаточный диаметр шейки аневризмы для фиксации стента. Пристеночный тромбоз выявлен у всех пациентов, при этом у 1 пациента отмечено наличие пристеночного тромба в сегменте аорты проксимальнее устьев почечных артерий, у 1 пациента в области шейки аневризмы расположена поясничная артерия, что затрудняет фиксацию эндопротеза, однако, не является противопоказанием к применению данной операции.

В ходе операции всем 5 пациентам установлен стент-графт «Endurant II» (Medtronic). Операцию проводили стандартным способом. Под спиномозговой анестезией выполняли открытые доступы к бедренным артериям обеих нижних конечностей и правый лучевой доступ для контрольной ангиографии. Позиционирование и имплантация осуществлялись на ангиографическом комплексе GE 1NNOVA 3100 IQ. У 4 пациентов визуализация осуществлялась с помощью рентгеноконтрастастного неионного препарата «Сканлюкс 370». Одному пациенту выполняли сочетанную операцию (одностороннее бедренно-бедренное шунтирование). Минимальное время операции составило минимальное 130 мин, максимальное 250 мин. При этом максимальное время потребовалось у пациента с анатомическими особенностями, для имплантации двух дополнительных бранш.

Все пациенты после операции, для мониторинга состояния в течение суток, переводились в отделении реанимации и интенсивной терапии. Среднее время пребывания в стационаре составило 17,4 суток, а среднее время послеоперационного периода – 14,3 дня. У всех пациентов отмечалось гладкое течение послеоперационного периода. Осложнений, связанных с недостатками имплантируемого устройства и системы для его введения и осложнений, связанных с проведением или ограничением методики не было отмечено интраоперационно и при контрольной мультиспиральной компьютерной томографии перед выпиской. Послеоперационная летальность после не отмечена. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Применение стентирования для лечения аневризм брюшной аорты у пациентов с противопоказаниями к применению открытой резекции аорты с протезированием с использованием стент-графта «Endurant II» (Medtronic) показало хорошие ближайшие результаты. Должное техническое оснащение рентген-операционной ГБУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова», квалификация оперирующего хирурга, навыки операционной бригады позволили эффективно использовать данную высокотехнологичную методику для успешного лечения аневризмы брюшной аорты. Дальнейшее широкое применение данного метода позволит проводить раннее хирургическое лечение данного заболевания, расширит круг операбельных пациентов, а также уменьшит риск развития интра- и послеоперационных осложнений, что позволит снизить летальность и в целом значительно улучшить прогноз течения данного заболевания.

Список литературы.

1. Руководство: Сосудистое и внутриорганное стентирование. Под редакцией Б.И.Долгушина, С.А. Капранова, Л.С. Кокова, А.Г. Мартова, Протопопова А.В., Троицкого, А.В – М.: ОАО « ГРААЛЬ», 2003. – С.172-181

2. Клиническая ангиология: Руководство/ Под ред.А.В. Покровского.Т.2. – М.: ОАО « Издательство «Медицина»,2004. – С.23-39

3. Лончакова О.М., Смуров С.Ю., Червяков Ю.В. Послеопераионные осложнения в хирургии аневризмы брюшной аорты // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2011. - № 3. - С. 20-23.

4. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации-2017 год / Б.Г. Алекян, Л.А. Бокерия. - Москва : НЦССХ, 2017. – 170 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ГУБЧАТОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ КРЫС ЛИНИИ WISTAR НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Аниканов А.В., Сабанцев Д.О., Семин Н.А., Махлаев В.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии
НИИ экспериментальной медицины
Научные руководители – д.м.н., профессор Файтельсон А.В., д.б.н., профессор Артюшкова Е.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что микроциркуляция играет важную роль в процессах остеогенеза костной ткани, в поддержании нормального минерального и белкового обмена кости [2, 5]. Снижение микроциркуляции – одно из звеньев патогенеза гипоэстрогенного остеопороза [3]. Этим обусловлено важное значение показателя микроциркуляции в костной ткани в диагностике остеопороза наряду с исследованием костной плотности.

Целью исследования является оценка показателей костной плотности и микроциркуляции в губчатой костной ткани крыс линии Wistar на модели остеопороза.

Материалы и методы: эксперимент проводился на 40 самках белых крыс линии Wistar массой 250-300 грамм. Гипоэстрогенный остеопороз моделировался путем билатеральной овариэктомии под наркозом (внутрибрюшинным введением раствора хлоралгидрата в дозе 300 мг/кг). Животные были разделены на 2 группы: I – контрольная – проводили ложную овариэктомию (n – 20); II – проводили двустороннюю овариэктомию (n – 20). Медикаментозная коррекция остеопороза не проводилась. Перед эвтаназией на 60-й день от начала эксперимента под общим внутрибрюшинным наркозом производилась цифровая рентгеновская денситометрия с использованием системы молекулярной визуализации In-Vivo FX Pro производства компании Bruker (США) при помощи лицензированного программного обеспечения – BoneDensitySoftware. Также измерялись параметры микроциркуляции в губчатой костной ткани вертельной области бедра с помощью лазерно-доплеровского флоуметра Biopacsystems MP-100 и игольчатого датчика TSD-144. Значения микроциркуляции выражались в перфузионных единицах (ПЕ).

Результаты и обсуждения. При выполнении лазерной допплеровской флоуметрии в межвертельной зоне бедра было обнаружено, что средний уровень микроциркуляции составил: в I контрольной группе – 92,08±5,14 ПЕ; во II группе – 71,81±3,3 ПЕ.При выполнении цифровой рентгеновской денситометрии средний показатель костной плотности в проксимальном метафизе бедренной кости составил 2,76 г/см^3 в Iгруппе и 2,47 г/см^3 во II группе. Средний показатель костной плотности в дистальномметафизе бедренной кости составил 2,832 г/см^3 в I группе и 2,65 г/см^3 во II группе. Средний показатель костной плотности в проксимальномметафизеплечевой кости составил 2,346г/см^3 в I группе и 2,207г/см^3 во II группе.Средний показатель костной плотности в дистальномметафизе плечевой кости составил

4,06г/см^3 в I группе и 3,192 г/см^3 во II группе.Суммарное значение плотности костной ткани по четырем локализациям (проксимальный метафиз бедра, дистальный метафиз бедра, проксимальный метафиз плеча, дистальный метафиз плеча) в I группе составило 3,00 г/см3, во второй группе – 2,632 г/см3.

Показатели костной плотности и микроциркуляции в I группе оказались достоверно выше ($p<0,05$), чем во II группе.При анализе взаимозависимости показателей костной плотности и микроциркуляции внутри каждой группы выявлена сильная корреляционная связь: для Iгруппы коэффициент корреляции составил 0,89; для IIгруппы коэффициент корреляции составил 0,86.

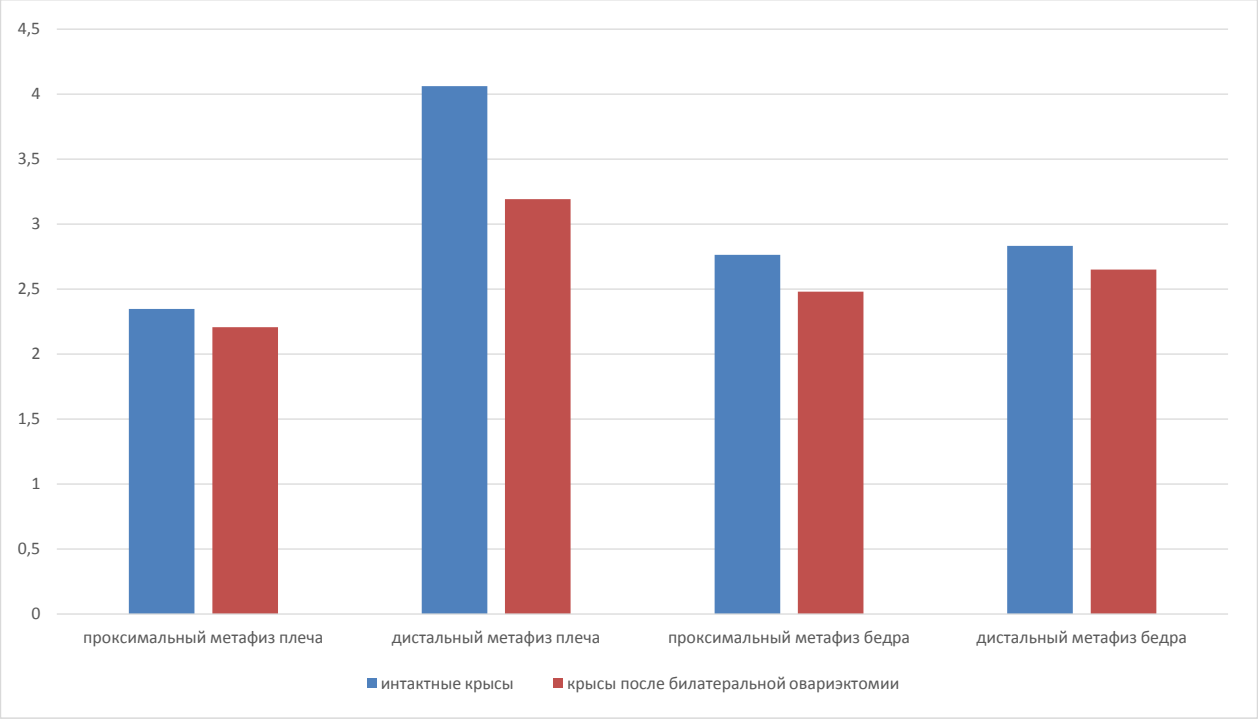


Рисунок 1. Костная плотность в проксимальном и дистальном метафизе бедренной и плечевой кости в г/см^3.

Выводы. С учетом полученных данных, можно сделать вывод, что билатеральная овариэктомия приводит к достоверному снижению показателей костной плотности и микроциркуляции в губчатой костной тканикрыс линии Wistar. Также сильная корреляционная связь показателей микроциркуляции и костной плотности говорит об их патогенетической взаимосвязи при гипоэстрогенном остеопорозе.

Список литературы.

1. Аниканов, А.В.Изучение остеопротективных свойств нанокапсулированной формы резвератрола в сравнении с препаратом кальций d3 на модели генерализованного остеопороза / А.В.Аниканов, Е.Б.Артюшкова, А.В.Файтельсон// Фармакология разных стран Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.А. Лазаренко, Г.С. Маль, И.А. Татаренковой. – 2018. – С. 32-33.

2. Изучение остеопротективных свойств комбинации наноформлозартана и резвератрола в коррекции моделированного гипоэстрогенного остеопороза / А.В. Файтельсон [и др.] // Научно-образовательная школа: инновации в травматологии и ортопедии - мультидисциплинарный подход. Сборник тезисов региональной научно-практической конференции. – 2018. – С. 94-96.

3. Изучение антиостеопоротического действия нанопартикулированного резвератрола и лозартана / Н.Ю. Коклина, О.С. Гудырев, А.В. Файтельсон и др. // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 6. С. 46-51.

4. Смирнов А.В., Рентгенологическая диагностика первичного остеопороза / А.В. Смирнов // Современная ревматология. – 2011. № 1’11. – С. 47-52.

5. Раджкумар, Д.С.Р. Фармакотерапия эксперементального остеопороза и нарушений консолидации переломов на его фоне L-аргинином и его комбинациями с эналаприлом и лозартаном. Автореферат дис. канд. мед. наук: (14.03.06)/Раджкумар Д.С.Р.; Курск. – КГМУ,2014. –22 с.

ЛФК ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

Антощенко В.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель – к.м.н. доцент Павлов В.К.

Актуальность исследования состоит в том, что многие пациенты не уделяют должное внимание физической реабилитации.

Целью исследования является показать важность занятий ЛФК в реабилитационном периоде при травме грудных и поясничных позвонков.

Материалы и методы: изучение литературы и других источников информации.

Результаты и обсуждения. Задачи ЛФК при травмах грудных и поясничных отделах позвоночника: восстановление правильной оси и нормальных физиологических изгибов позвоночника, восстановление нормальных движений и функциональности позвоночника, создание мощного мышечного каркаса, способного удерживать позвоночник в правильном положении.

Особенности методик лечебной физкультуры: если повреждены только костные структуры ЛФК назначают с третьего дня. Если есть повреждения спинного мозга ЛФК назначают как можно раньше (потому-то уже через две недели начинают развиваться атрофические и дистрофические изменения в тканях, появляются застойные изменения в суставно-связочном аппарате, в результате чего возникает патологическая фиксация и даже деформация позвоночника)Поздно начатая реабилитация не приносит должного результата.

В ЛФК при травмах грудных и поясничных позвонков выделяют четыре основных периода: острый, ранний, промежуточный, поздний.

Задачами ЛФК в 1-м периоде является восстановление и поддержание мышечного тонуса пояса нижних конечностей, улучшение деятельности систем и органов.

В первом периоде (длительностью 2 недели) выполняются упражнения непосредственно в исходном положении лежа на спине для всех крупных суставов конечностей и, что немало важно, дыхательные упражнения. Все упражнения необходимо повторяется не менее 6-10 раз; при этом не должны возникать болевые ощущения в месте повреждения и прилегающих мягких тканях. При выполнении специальных упражнений следует обратить внимание на такие упражнения как: кратковременное изометрическое напряжения всех мышц спины, попеременное сгибание и разгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, не отрывая стопы от постели; динамические дыхательные упражнения (диафрагмальные и грудные) необходимо выполнять постоянно в течение дня [1].

Второй период длиться две недели. Задачи ЛФК – те же, что и в первом периоде, а также укрепление мышц спины, а также живота. Вначале занятия выполняются в том же исходном положении, что и в первом периоде. А через 2-2,5 недели после травмы пациенту дают возможность переворачиваться на живот самостоятельно. Условием смены положения тела больного является результат функциональной пробы: если пациент поднимает обе вытянутые ноги вверх под углом 35-40° и больше – его можно перевернуть на живот. В исходном положении лежа на спине больной, делает те же упражнения, что и в 1-м периоде. Также применяются изометрические напряжения мышц спины, и увеличивается количество и продолжительность повторений в течение всего дня. В исходном положении лежа на животе под грудную клетку подкладывают мягкий предмет (подушку, валик) и выполняют следующие специализированные упражнения: поочередное; поднимание прямых ног, разгибание туловища с опорой на предплечья и кисти, ноги остаются лежать на постели. Длительность занятия ЛФК – двадцать-тридцать минут (2 раза в день).

Третий период продлевается до момента подъема больного в вертикальное положение (приблизительно 45-60 дней после травмы).Основной задачей этого периода является – формирование надежного и устойчивого мышечного каркаса. Занятия лечебной физкультурой проводятся в коленно-кистевом и коленно-локтевом положении также применяются разные положения, лежа на спине, на боку, на животе. В исходном положении лежа на спине выполняются упражнения с одномоментными движениями обеими ногами, изометрические напряжения мышц живота и спины за счет удержания ног на весу. В исходном положении лежа на животе, выполняются: разгибание, и удержание верхней части туловища на весу без опоры на верхние конечности, поднятие одной или обеих ног и удержание их на весу; одновременное разгибание туловища и поднятие ног «ласточка». По мере укрепления мышечного каркаса в эти упражнения добавляют нагрузки, в виде бутылок с водой, гирек. За две недели до подъема с кровати и перехода в стоячие

положение на занятиях ЛФК используется коленно-кистевое или коленно-локтевое положение. Непосредственно в нем необходимо выполнят следующие упражнения: поочередное поднимание рук перед собой, в стороны, круговые движения в плечевом и локтевом суставах. Попеременное разгибание ног в коленном и тазобедренном суставах; одновременное поднимание ноги и противоположной руки; сгибание и разгибание рук в локтевых суставах (отжимания), ходьба по плоской поверхности в коленно-кистевом положении. При выполнении этих упражнений позвоночник должен находиться в положении разгибания. Длительность занятий ЛФК – сорок минут (два раза в день).За два-три дня до подъема с кровати больному позволяет подниматься на колени с опорой кистями на кровать. В данном положении выполняются разнообразные движения головой и туловищем. Готовность мышечной системы, к переходу в исходное положение стоя, определяется на основании функционального теста – возможность удерживать положение «ласточка» в течение трех- пяти минут. Вставать с кровати необходимо, минуя положение сидя. Принять это положение можно из положения лежа на животе или стоя в коленно-локтевом положении [2]

Четвертый период начинается с момента перехода больного в положении стоя и длится до полного выздоровления. Задача ЛФК в этот период – восстановление подвижности всех отделов позвоночника во всех направлениях и возобновление нормальных функций. Упражнения выполняются у шведской стенки в исходном положении стоя и в движении, также используют дополнительные нагрузки. Также для опоры можно использовать спинку кровати или стула. В реабилитацию, помимо занятий ЛФК, также включают плавание, спортивные игры. Продолжительность занятий лечебной гимнастикой (включая короткие паузы между подходами)– сорок пять-шестьдесят мин (не менее двух раза в день). Садиться больной может начать через три-четыре месяца после травмы. При условии, что он в течение трех часов, может прибывать в положении стоя, не испытывая боли или дискомфорта в области повреждения. В четвертый период пострадавший проходит основную часть реабилитационных мероприятий в амбулаторных и поликлинических и санаторных условиях, необходимо продолжать выполнение упражнений для поддержания и усиления мышечного корсета. Сидеть рекомендуется на стуле, опираясь спиной на прямую спинку. В течение 5 месяцев нельзя бегать, прыгать, поднимать и носить тяжести, выполнять тяжёлую физическую работу и делать активные резкие движения.

Выводы. При всех других способах применяемых при лечении травм позвоночника, применение лечебной физкультуры является обязательным, так как этот способ ускоряет регенеративные процессы, компенсирует результаты долгой гиподинамии, укрепляет мышцы, сохраняет нормальную подвижность и опорную функцию позвоночника и др. На завершающем этапе реабилитации занятия ЛФК обеспечивают необходимую адаптацию пациента к бытовым и профессиональным нагрузкам.

Список литературы.

1. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб, заведений/Дубровский В.У – 2-е изд., стер. – М.: Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 239 с

2. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений/С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева и др.; Под ред. С.Н. Попова. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 110-115 с

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ОПЦИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Артищев С.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Братчиков О.И.

Актуальность исследования состоит в том, что в последние десятилетия в современной науке существенно вырос научно–практический интерес к такой междисциплинарной проблеме здоровья современного человека, как дефицит витамина D [1,2]. Современная роль витамина D в гормонально-метаболическом гомеостазе организма человека многими исследователями рассматривается как фундаментальная, поскольку витамин D генерирует и модулирует биологические реакции более чем в 40 клетках–мишенях за счет регуляции своими рецепторами транскрипции генов (медленный геномный механизм) и быстрых молекулярно-клеточных реакций (быстрый негеномный механизм), обеспечивая гормональный контроль над 3% генома человека, включая гены инсулинового рецептора и стероидогенеза (синтеза всех половых стероидных гормонов) [3,4,5]. В отечественной урологической литературе доступных работ аналогичной направленности мы не обнаружили, однако, тема дефицита витамина D для россиян, живущих в географической зоне «витаминной зимы» является крайне актуальной.

Целью исследования является изучение влияние медикаментозной компенсации дефицита витамина D на гормонально-метаболический статус и локальные параметры предстательной железы у больных аденомой предстательной железы (АПЖ).

Материалы и методы: исследование выполнено у 80 больных АПЖ с установленным лабораторным дефицитом витамина D в возрасте 45-75 лет (средний возраст 62,3±4,2 года). Диагностика дефицита витамина D проводилась в соответствии с российскими клиническими рекомендациями «Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика» (2015) на основании определения в крови уровня критического маркера – 25 (OH)–витамина D методом усиленной хемилюминесценции. За референсные

значения нормального сывороточного уровня 25 (OH)–витамина D, отражающего общий нормальный баланс и достаточный уровень витамина D в организме, были приняты значения 30–60 нг/мл (75–150 нмоль/л). Все больные были разделены на две группы сравнения: группа 1 (n=40), не получавшая препараты витамина D, и группа 2 (n=40), которая получала препараты витамина D в соответствии с дизайном фармакологического исследования. Статистическая обработка выполнялась в программе Microsoft Excel-2007 и Statistica 6.0. (StatSoft, USA). Обработку данных проводили с использованием описательной и сравнительной статистики.

Результаты и их обсуждение. В группе 1, не получавшей терапию препаратом витамина D, в течение 12 месяцев наблюдения не только не отмечено никакой позитивной лабораторной динамики 25 (OH)–витамина D в крови, но, более того, к 12 месяцу выявлено достоверное уменьшение среднего значения указанного показателя с 16,3±0,2 до 15,6±0,3 нмоль/л, соответственно, или в среднем на 3,0% от исходного ($p<0,05$).

Через 12 месяцев средний уровень 25 (OH)–витамина D у больных группы 1, не получавшей терапии, оставался существенно достоверно ниже достигнутого в ходе медикаментозной компенсации дефицита витамина D среднего уровня 25 (OH)–витамина D у больных в группе 2 в 7 раз (15,715,7±0,2 нмоль/л в группе 1 против 110,3±0,6 нмоль/л в группе 2, соответственно) ($p<0,05$).

У подавляющего большинства больных (25/40, или 62,5%) группы 2, получавших препарат витамина D, к 3 месяцу терапии были достигнуты плазменные уровни 25 (OH)–витамина D, соответствующие его референсным целевым значениям здоровых людей (>75 нмоль/л), что отражало достижение у них состояния лабораторной компенсации дефицита витамина D. У остальных 15/40 (37,5%) пациентов группы 2 состояние лабораторной компенсации дефицита витамина D было достигнуто к 6 месяцу терапии.

Таким образом, в течение 6 месяцев лечения препаратом витамина D у всех больных АПЖ группы 2 была достигнута лабораторная компенсация дефицита витамина D, и пациенты на оставшиеся 6 месяцев переводились с лечебной дозы (10000МЕ/сутки) на профилактическую поддерживающую дозу 3000 МЕ/сутки однократно. К 12 месяцу терапии в группе 2 средний уровень плазменного 25 (OH)–витамина D составил 110,3±0,6 нмоль/л, что в 6,1 раза больше его исходного уровня до лечения (18,2±0,4 нмоль/л, соответственно) и в 7 раз больше, чем в группе 1, не получавшей соответствующей терапии ($p<0,05$). В течение 12 месяцев достоверной динамики количества остаточной мочи в каждой их сравниваемых групп 1 и 2 не выявлено, но при сравнении конечных значений данного показателя через 12 месяцев оказалось, что количество остаточной мочи у больных группы 2, получавших лечение по поводу дефицита витамина D, на 23,3% достоверно меньше, чем аналогичный показатель группы 1 без лечения (29,6±2,6 мл против 38,6±2,4 мл) ($p<0,05$), при этом, не наблюдалось никаких колебаний уровня общего ПСА крови, подозрительных в отношении рака предстательной железы. Более того, больные АПЖ в группе 2 подошли к окончанию курса терапии со средним

уровнем общего ПСА крови на 36,0% меньше аналогичного показателя группы 1 (2,0±03 нг/мл против 2,9±0,4 нг/мл, соответственно) ($p<0,05$), что свидетельствовало о высоком уровне простатической безопасности проводимого лечения препаратом витамина D.

Выводы. Заместительная терапия дефицита витамина D в российской урологической практике пока не нашла своего широкого рутинного применения, однако, полученные результаты исследования эффективности и безопасности правильной медикаментозной компенсации дефицита витамина D у D–дефицитных больных АПЖ убедительно свидетельствуют о наличии у него достоверных позитивных системных и локальных эффектов, которые позволяют существенно оптимизировать и улучшить результаты существующей консервативной терапии АПЖ.

Список литературы.

1. Калинченко С.Ю., Тюзиков И.А., Гусакова Д.А., Ворслов Л.О., Тишова Ю.А., Греков Е.А., Фомин А.М. Витамин D как новый стероидный гормон и его значение для мужского здоровья. Эффективная фармакотерапия. Урология и нефрология. 2015; 27: 38-4;

2. Тюзиков И.А., Калинченко С.Ю., Ворслов Л.О., Тишова Ю.А. Витамин D, мужское здоровье и предстательная железа (обзор литературы). Андрология и генитальная хирургия. 2014. № 3. С. 26-32;

3. Тюзиков И.А. Гормон D-статус у мужчин с андрологической патологией (пилотное исследование). Материалы Международного Конгресса «Мужское здоровье». Минск, 2014. С.90-92.

4. Adorini L., Penna G. Control of autoimmune diseases by the vitamin D endocrine system. Nat Clin Pract Rheumatol. 2008;4 (8):404-12;

5. Adorini L, Penna G, Fibbi B, Maggi M. Vitamin D receptor agonists target static, dynamic, and inflammatory components of benign prostatic hyperplasia. Ann N Y Acad Sci. 2010;1193:146-52.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Аскарова В.Р., Зверко Н.Л.
Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Дюсьмикеева М.И.

Актуальность исследования состоит в том, что для диагностики и лечения некоторых заболеваний легких зачастую требуется удаление сегмента, доли или же целого легкого. Эта процедура сложна и достаточно травматична. Среди малоинвазивных способов сегментэктомии большее распространение получила видео-ассистированная торакоскопия (ВАТС). Это объясняется относительной

простотой и безопасностью метода, его высокой информативностью. Опыт и результаты более обширных резекций, включая торакоскопическую лобэктомию и пневмонэктомию, в современной литературе представлены мало [3].

Целью исследования является сравнение течения послеоперационного периода у пациентов после резекций долей легких, проведенных с помощью торакоскопического и торакотомического доступа.

Материалы и методы: были изучены стационарные карты 20 пациентов, которым на базе туберкулезного (хирургического торакального) отделения ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2018 году были выполнены резекции доли легкого. Анализировались протоколы операций и карты наблюдения интенсивной терапии отобранных для исследования пациентов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждения. В зависимости от использованного во время операции доступа к легкому все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту.

В первую группу вошли 10 человек (50%отобранных для исследования пациентов), которым была выполнена резекция доли легкого с помощью ВАТС. Мужчин было 60%, женщин – 40%. Соотношение мужчин и женщин составило 1:0,67. Медиана возраста составила 42 года. Минимальный возраст – 17 лет, максимальный – 58 лет. 50% пациентов первой группы оперировалось по поводу туберкулезного процесса. Средняя длительность послеоперационного пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реаниматологии (ОАиР) составила 21,3±2,93 часа. В ближайшем послеоперационном периоде потребность в наркотическом обезболивании составила 2,5±2,6 мл/человека 2% раствора промедола, 0,6±1,07 мл/человека 1% раствора морфина. Средний срок пребывания дренажа составил 8 дней.Ко второй группе было также отнесено 10человек (50%), которым была проведена лобэктомия через классический торакотомический доступ. У 1 (10%) пациента данной группы лобэктомия начиналась с ВАТС, но после результата экспресс-биопсии было принято решение о конверсии. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1.

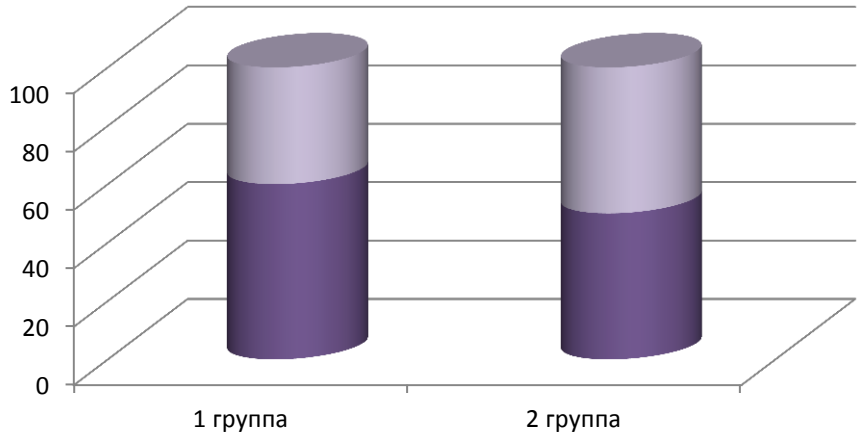


Рисунок 1. Половая структура пациентов

Медиана возраста составила 63,5 года. Минимальный возраст – 41 год, максимальный – 89 лет. 20% пациентов второй группы оперировалось по поводу туберкулезного процесса. Средняя длительность послеоперационного пребывания пациентов в ОАиР составила 47,8±30,8 часа. В ближайшем послеоперационном периоде потребность в наркотическом обезболивании составила 6,9±3,48 мл/человека 2% раствора промедола, 0,9±1,1 мл/человека 1% раствора морфина. 60% пациентов данной группы в течение всего времени нахождения в ОАиР по эпидуральному катетеру получали ропивакаин со скоростью 6 мл/ч. Средний срок пребывания дренажа составил 12 дней.

Выводы. Послеоперационный период протекает значительно легче у пациентов, которым была проведена лобэктомия с помощью ВАТС, чем у пациентов после операции торакотомическим доступом.

У пациентов, перенесших открытые операции на грудной клетке, достоверно выше потребность внаркотическом обезболивании морфином в ближайшем послеоперационном периоде с вероятностью безошибочного прогноза более 99,7% (Т=3,16).

Длительность пребывания в ОАиР с вероятностью безошибочного прогноза равной более 95% (Т=2,55) больше у пациентов после торакотомическихлобэктомий.

Средний срок до удаления дренажа на 67% дольше у пациентов, которым была проведена торакотомическаялобэктомия.

Список литературы.

1. Гиллер Д.Б.Эффективность выполнения видеоассисти-рованных анатомических резекций легких / Д.Б. Гиллер, С.С. Садовникова, А.В. Папков и др. // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2014. - № 1. – С. 126-131.

2. Порханов В.А. Видеоторакоскопичекие резекции легкого в торакальной хирургии / В.А. Порханов, И.С. Поляков, В.Б. Кононенко и др. // Инновационная медицина Кубани. - 2016. - № 1. – С. 5-9.

3. Hennon M.W. Technique of video-assisted thoracoscopic left pneumonectomy [Электронныйресурс] Journal of Visualized Surgery2017; 3:32. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5637945 (дата обращения: 28.02.2019).

4. Mitchell J.D. Techniques of VATS lobectomy [Электронныйресурс] Journal of Thoracic Disease 2013; 5 (S3):S177-S181. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24040520 (дата обращения: 2.03.2019).

СПОСОБ ОЦЕНКИ МОБИЛЬНОЙ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ УСТАНОВКИ СТОП У ДЕТЕЙ, ПРИМЕНИМЫЙ ПРИ МАССОВЫХ ОСМОТРА QX, И СПОСОБ ЕЕ КОРЕКЦИИ

Бакурская Е.С., Боровлева А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Дубровин Г.М.

Актуальность исследования состоит в том, что до настоящего времени нет единого мнения о функциональных нарушениях при формировании стоп у детей. Согласно одной точке зрения, плоскостопие у детей – вариант нормы формирования стопы до 6 лет, что приводит к заключению, что начинать лечение в этих случаях необходимо только при наличии жалоб со стороны самого ребенка [1,2]. Другие исследователи считают, что уплощение продольного свода топы у детей в сочетании с пронационной установкой пяточной кости независимо от наличия клинических проявлений является одним из пусковых факторов развития деформации как самой стопы, так и вышележащих отделов опорно-двигательной системы и требует безотлагательного лечения [5].До настоящего времени окончательно не решен вопрос о необходимости использования ортопедических стелек у детей с мобильной плоско-вальгусной деформацией стоп.

Согласно Приказу министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 года N514н «О порядке прохождения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», определен возраст детей, подлежащих осмотру ортопеда: 3 мес., 1 год, 6 лет, 10 лет, 15 лет, 16 лет и 17 лет. Однако, нет четких указаний по методике осмотра и устройствам, с помощью которых должен осуществляться осмотр. Используемые при профилактических осмотрах устройства для оценки состояния стоп имеют стандартный угол наклона отражающей поверхности (14-18°), что не позволяет при необходимости получить на одном фотоизображении подсводную часть стоп и голени до коленных суставов, что особенно важно при скрининговых обследованиях большого количества детей и ограниченных временных рамках.

Целью исследования является определение возможность скрининговой диагностики мобильной плоско-вальгусной деформации стоп у детей и изучить результаты коррекции выявленной патологии.

Материалы и методы: профилактический осмотр проведен у 272 детей в возрасте от 5 до 10 лет. Применялись клинический и фотоантропометрический метод исследования на подоскопе собственной конструкции. Основными объективными признаками при определении мобильной плоско-вальгусной деформации стоп являлись подсводный индекс (ПИ), вальгусное отклонение пяточных костей (ВИ), а также высота стояния внутренней лодыжки (Н).

Критериями включения пациентов в исследование явились выявленная пронационная установка стоп с углом пронации более 5° и мобильное продольное плоскостопие. Мобильность деформации оценивалась с помощью теста Джека, пробы Штриттера и возможностью активной коррекции

имеющейся деформации врачом. В исследование не включались дети с сопутствующей патологией вышележащих отделов опорно-двигательного аппарата, с неврологическими заболеваниями, а также дети с ожирением. Мобильная плоско-вальгусная деформация стоп определена у 102 детей (37,5%). Гендерных различий показателей выявлено не было, определялась тенденция к увеличению числовых значений деформации от пяти к десяти годам.

Лечение проведено 102 детям. Пациенты были распределены на три группы: основная группа и две контрольных. Всем детям назначено одинаковое физио-функциональное лечение: массаж нижних конечностей курсами ежеквартально; комплекс лечебной физкультуры для ежедневного выполнения; электростимуляция сводоудерживающих мышц голени; режим обуви с жестким задником.

В основной группе (45 детей) в комплексе с назначенным лечением применялись индивидуальные, изготовленные по собственной методике ортопедические стельки с коррекцией пронационной нефиксированной деформации стопы [3]. В первой контрольной группе (34 ребенка) в комплекс лечения было включено применение стандартных ортопедических стелек. Во вторую контрольную группу вошли 23 пациента, у которых ортопедические стельки не применялись вообще. Антропометрические исследования проводились через 3, 6 и 12 месяцев лечения.

Результаты и обсуждения. Для выполнения поставленных задач нами была изготовлена собственная конструкция подоскопа [4]. Она отличается от известных моделей возможностью изменения угла наклона зеркальной поверхности, что позволяет визуализировать на одном фотоснимке как подошвенную поверхность стоп, так и надсводную часть нижних конечностей до коленных суставов. Так же подоскоп имеет разборную конструкцию, что облегчает его транспортировку. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Изменение показателей стопы

Параметр	Основная группа		Первая контрольная		Вторая контрольная	
	1	2	3	4	5	6
Показатель	До лечения	После лечения	До Лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ПИ	73,2±5,8	40,1±4,6**	73,8±6,0	57,3±5,6*	72,1±6,1	63,8±5,9*
ВИ	15,6±1,2	11,2±1,2*	15,4±1,3	14,8±1,1	15,4±1,15	15,2±1,05
Н	56,8±4,7	66,3±6,5*	55,9±4,8	58,3±5,9	56,9±6,0	59,1±6,7

К концу года во всех трех группах отмечено достоверное уменьшение подсводного индекса. В основной группе абсолютные значения ПИ уменьшились в 1,82; в первой контрольной группе в 1,28 и во второй контрольной группе аналогичный показатель изменился меньше всего и составил 1,13. Улучшение абсолютного значения ВИ и Н в процессе лечения достоверным оказалось только в основной группе. Через 12 месяцев в основной

группе плоско-вальгусная установка стоп была полностью корригирована у 18 детей (40%). В первой контрольной группе коррекция достигнута у 5 детей (14%). Во второй контрольной группе восстановление показателей до нормы наблюдалось только у двух детей (8%). Следует отметить, что во всех группах отмечена положительная динамика критериальных показателей.

Выводы. Мобильная плоско-вальгусная деформация стоп у детей является субклинической формой поражения стопы и нуждается в раннем лечении и регулярном контроле. Комплексное лечение с применением индивидуальных стелек позволяет устранить мобильную плоско-вальгусную деформацию в 40% случаев в течение года, а в остальных случаях значительно улучшить морфометрические критериальные значения.

Список литературы.

1. Кенис, В.М., Лапкин, Ю.А., Хусаинов, Р.Х., Сапоговский, А.В. Мобильное плоскостопие у детей (обзор литературы) // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2014. – Том 2, Вып. № 2. – С. 44-54.
2. Клинические рекомендации: Травматология и ортопедия детского возраста / под ред. С.П. Миронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 417 с.
3. Способ изготовления индивидуальной ортопедической стельки при плоско-вальгусной нефиксированной деформации стоп: заявка № 2017112463 РФ, МКП A61F 5/14 A43B 7/22 / Е.С. Бакурская, Г.М. Дубровин - № 2651701; заявлено 11.04.17; опубл. 23.04.18, Бюл. 12. – 7с.
4. Устройство для диагностики состояния нижних конечностей у детей: заявка № 2018117974 РФ, МПК A61B 5/107 A61B 5/13 / Е.С. Бакурская, Г.М. Дубровин – № 185901; заявлено 15.05.2018; опубл. 21.12.2018 Бюл. № 36. – 10 с.
5. Wagner, F., Hofbauer, R., Matussek, J. Flexible flatfoot in children: variation within normal range or need for treatment? // Orthopade.– 2013. – V. 42 (6). – P. 455-468.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГОДА

Барт Ю.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хвостовой В.В.

Актуальность исследования состоит в том, что онкологические заболевания являются серьезной медико-социальной проблемой, потому что за последние несколько лет заболеваемость разными видами новообразований выросла, и прослеживается их омоложение. Бесспорно, происходит усовершенствование методов диагностики и лечения, но, одновременно с этим,

прогнозы выживаемости остаются на стабильном уровне. По статистическим данным рак желудка является распространенной злокачественной опухолью и занимает четвертое место среди всех онкопатологий, а в структуре смертности от злокачественных новообразований занимает вторую позицию.

Каждый год фиксируется примерно 980 тысяч случаев рака желудка по всему миру (75% из них первичных случаев диагностируется в развивающихся и восточных странах), кроме того за год от этого заболевания погибает приблизительно 740 тысяч пациентов.

Как показывается статистика, частота злокачественного новообразования желудка зависит от пола и возраста: чаще всего это мужчины в возрасте от 50 лет. В разных странах уровень заболеваемости раком желудка не одинаков: максимальные показатели регистрируются в Японии, Китае, Западной Европе, а минимальные в Соединенных Штатах Америки и европейских странах.

Злокачественные новообразования желудка находятся на лидирующих позициях, как по уровню распространённости, так и по смертности. В 2015 году в России было зафиксировано 21401 новых случаев заболевания среди мужского населения и 16398 – среди женского, более чем у 70% пациентов рак находился в запущенной форме. Это связано с трудностями ранней диагностики, и с тем, что население не внимательно относится к своему здоровью, и при появлении дискомфорта, неблагоприятных симптомов не сразу обращаются за помощью к специалисту.

Злокачественные новообразования желудка приводит к гибели 10% женщин и 12% мужчин среди всех умерших от новообразований в год. В 2015 году от рака желудка умерло 17663 мужчины и 13351 женщина. Летальность на первом году жизни после выявления патологии довольно высокая, так как рак желудка чаще всего диагностируется на 3-4 стадии, в 2015 году этот показатель составил 47,9%.

Вовремя развития раковой опухоли желудка очень часто возникают осложнения этого заболевания в виде перфорации желудка и кровотечения, являющиеся непосредственной угрозой для жизни человека. В связи с этим радикальные операции при раке желудка выполняются не только в специализированных онкологических центрах, но и в общих лечебных учреждениях.

Целью исследования является сравнение результатов хирургического лечения рака желудка в Курском областном клиническом онкологическом диспансере (КОКОД) и многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях (МЛПУ), к таковым отнеслись: Касторенская ЦРБ, Глушковская ЦРБ, Курская областная клиническая больница, Льговская ЦРБ, Октябрьская РБ, Солнцевская РБ, Суджанская РБ, ФКУЗ МСЧ-46 ФСИН России, Фатежская ЦРБ.

Материалы и методы: для реализации поставленной цели было изучено 597 случаев рака желудка, по данным областного патологоанатомического бюро, за 2014-2018 года. В исследование включались случаи радикально оперированного первичного рака желудка. Возрастной контингент пациентов составил от 50 до 75 лет. Оценивалась частота выполнения субтотальной

резекции желудка и гастрэктомии. Проводилось сравнение между лечебными алгоритмами.

Исследование было ретроспективным, многоцентровым, нерандомизированным, вовлечены в него были только пациенты, которым проводилась субтотальная резекция желудка или стандартная радикальная гастрэктомия. Распределение пациентов по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу

Учреждение / Год	КОКОД м	КОКОД ж	МЛПУ м	МЛПУ ж
2014	38	44	12	10
2015	55	41	14	13
2016	61	39	6	10
2017	61	41	14	6
2018	58	53	12	9
Всего	273	218	58	48

Результаты и обсуждения. Результаты наблюдения представлены в таблице 2.

Таблица 2. Процентное соотношение выполненных операций

Учреждение / Год	КОКОД		МЛПУ	
	Резекция желудка	Гастрэктомия	Резекция желудка	Гастрэктомия
2014	67% (55)	33% (27)	50% (11)	50% (11)
2015	55% (66)	45% (30)	40% (11)	60% (16)
2016	61% (61)	39% (39)	44% (7)	56% (9)
2017	56% (57)	44% (45)	40% (8)	60% (12)
2018	48% (53)	52% (58)	38% (8)	62% (13)

Объем лимфаденэктомии при лечении рака желудка широко обсуждается хирургами. Японские хирурги рутинно выполняют D2-диссекцию, многие западные хирурги проводят более ограниченную D1-лимфодиссекцию. Считают, что D2-диссекция позволяет предупредить лимфагенную опухолевую диссеминацию рака желудка и уменьшить риск метастазирования в специфические группы лимфоузлов [1]. На основании ретроспективных исследований и данных GastricCancerRegistry стандартной процедурой в Японии при резектабельных раках желудка является радикальная гастрэктомия с D2-лимфаденэктомией [2]. Однако, западные исследователи не выявили повышения выживаемости при расширенной лимфаденэктомии при сравнении с D1-диссекцией.

В многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях предпочтение отдается гастрэктомиям, в то время, как в Курском областном

клиническом онкологическом диспансере, субтотальные резекции преобладают в процентном соотношении.

По данным таблица 2 видно, что в МЛПУ в зависимости от локализации опухоли при раке желудка выполнялись как субтотальные резекции желудка, так и гастрэктомии. В целом количество выполненных операций остается примерно на одном уровне. В то время как, в КОКОД с 2014 по 2018 года наблюдается явная тенденция к увеличению выполнения гастркэтомий, по отношению к субтотальным резекциям желудка (с 33% от всех выполненных операции при раке желудка до 52%). Эту закономерность можно связать с расширением показаний к гастрэктомии в последних клинических рекомендациях. С учетом высокого процента летальности от осложнений при изучаемой патологии увеличение выполнения гастрэктомий при раке желудка является наиболее целесообразным, как в КОКОД, так и в МЛПУ.

Выводы. Ввиду большого количества осложнений при злокачественных новообразованиях желудка всем хирургам общих лечебных учреждений необходимо владеть принципами хирургического лечения рака желудка, как в экстренном, так и в плановом порядке. Ежегодно в специализированные центры должны внедряться новые технологии по профилактике кровотечений и перфораций при раке желудка. Хирургам-онкологам необходимо постоянно получать знания о новых методах хирургического лечения злокачественных новообразований желудка.

Список литературы.

1. De Aretxabala, X. Node dissection in gastric cancer / X. de Aretxabala, K. Konishi, Y. Yonemura [et al.] // Br.J. Surg. – 1987. – Vol. 74. – P.770–773.

2. Mine, M. End results of gastrectomy for gastric cancer: effect of extensive lymph node dissection / M. Mine, S. Majima, M. Harada, S. Etani. // Surgery. – 1970. – Vol. 68. – P.753–758.

ВЛИЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бейбутова Ж.Т.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Орлова А.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что на данный момент ХОЗАНК отмечается у 10% населения в возрасте старше 50 лет. Из всех больных, страдающих этой патологией, каждый второй умирает в течение 10 лет от появления первых симптомов, в случае, если больной не начнет лечиться у врача.

Целью исследования является изучение влияния консервативного лечения на качество жизни больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в зависимости от стадии (2 и 3 стадии) заболевания. Задачи исследования: изучить качество жизни больных со 2 и 3 стадией хронических облитерирующих заболеваний нижних конечностей.

Материалы и методы: был проведен анализ обследования и лечения 20 больных ХОЗАНК старше 50 лет, расспрос больных в момент назначения консервативной терапии (препарат «Трентал»), дальнейшее отслеживание качества жизни больных со 2 и 3 стадией заболевания. Больные были разделены на две группы по 10 человек. Первую группу составили 10 человек со 2 стадией, а вторую- 10 человек с 3 стадией ХОЗАНК. Возраст больных от 50 до 80 лет. Распределение по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Группа 1		Группа 2	
	женский	мужской	женский	мужской
50-60	0	2	1	1
60-70	1	4	1	2
70-80	1	2	2	3

Из таблицы видно, что в Группе 1 преобладают мужчины в возрасте 60-70 лет, а в Группе 2 – мужчины в возрасте 70-80 лет. По приведенным данным можно сделать вывод, что мужчины чаще подвержены развитию данного заболевания.

Результаты и обсуждения. Среди опрошенных больных ХОЗАНК был проведен анализ частоты встречаемых факторов риска. Результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2. Частота встречаемых факторов риска

Факторы риска	Группа 1		Группа 2	
	Абс.	%	Абс.	%
Табакокурение	6	60%	8	80%
Наличие сахарного диабета	1	10%	2	20%
Наличие артериальной гипертензии	5	50%	7	70%
Хронические воспалительные процессы	2	20%	3	30%

При анализе и сборе анамнеза было выяснено наличие факторов риска у больных. Табакокурение является основным фактором риска развития ХОЗАНК у больных в Группе 1 – 60%, в Группе 2 – 80%.Наличие артериальной гипертензии у больных Группы 2 с третьей стадией заболевания составило 70%. Так же фактором риска является наличие сахарного диабета и ХВП.

По данным разных авторов мужчины заболевают ХОЗАНК примерно в 1,5 раза чаще нежели женщины [2]. Исходя из сказанного, можно сделать вывод о том, что мужской пол тоже является одним из факторов риска развития этого заболевания. Всем больным было проведено консервативное лечение

препаратом «Трентал» обычная дозировка (по 1 таблетке 3 раза в день), либо две в/в инфузии в день по 200мг пентоксифиллина как оперированным, так и не оперированным. В результате проведенного анализа сделан вывод о том, что именно консервативное лечение является основным и главным фактором, который может обеспечить достаточно благоприятное течение послеоперационного и отдаленного периодов. Обязательным компонентом консервативной терапии является применение длительной и иногда пожизненной терапии антитромботическими препаратами для больных ХОЗАНК. Главная особенность заболеваний этой группы является постоянное прогрессирование патологического процесса, именно поэтому лечение при таких видах патологии является длительным и комплексным [1,3].

При оценке качества жизни больных были учтены как физический, так и психологический компоненты здоровья. После проведенной амбулаторно терапии и продолжающегося консервативного лечения препаратом пентоксифиллином больных с ХОЗАНК 2 стадии улучшилось дистанция безболевой ходьбы, уровень самообслуживания, уменьшение чувства онемения и зябкости стопы, от которых зависит активность больных и их образ жизни. Участники опроса с 3 стадией заболеваний, входящих во вторую группу, признаются, что таких существенных изменений не выявили, однако почти всеми было замечено небольшое улучшение физического состояния и уменьшение болевого синдрома, что во многом повлияло на их психологическое состояние. Так же при осмотре обратили внимание на степень оволосенения пораженной конечности, а у больных с 3 стадией заболевания наличие трофических язв на конечности. В основном признаками улучшения служили уменьшение зябкости стопы, отсутствие трофических язв и снижение боли в конечности при горизонтальном положении больного. Всеми участниками исследования было отмечено замедление прогрессирования патологического процесса, что доказывает эффективность консервативной терапии при хронических облитерирующих заболеваниях нижних конечностей.

Качество жизни было оценено с помощью опросника MOSSF-36. Результаты исследования приведены в таблице 3.

Из приведенной таблицы видно, что качество жизни больных, составивших Группу1 выше (физический компонент здоровья выше на 27,2%, а психологический компонент здоровья – на 29,22%).

Таблица 3. Результаты опросника MOSSF-36

Шкалы SF-36	Группа1 (n=10)	Группа2 (n=10)
Физическое функционирование	45,2±1,6*	33,5±5,4
Ролевое физическое функционирование	49,0±2,2*	26,2±2,8
Интенсивность боли	68,4±3,1*	36,0±6,4
Общие состояния здоровья	55,9±4,2*	41,5±2,7
Жизненная активность	43,3±1,2*	26,0±5,2
Социальное функционирование	71,2±3,5*	48,8±4,1
Ролевое эмоциональное функционирование	65,6±2,6*	44,7±3,8

Психическое здоровье	63,2±1,9*	42,9±5,0
Физический компонент здоровья	44,3±2,0*	34,9±4,9
Психологический компонент здоровья	46,9±3,6*	35,3±5,5

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны

Из приведенной таблицы видно, что качество жизни больных, составивших Группу1 выше (физический компонент здоровья выше на 27,2%, а психологический компонент здоровья – на 29,22%).

Вывод. Консервативное лечение препаратом «Трентал» эффективно как у больных ХОЗАНК со 2, так и с 3 стадией заболевания. Однако качество жизни больных выше при консервативном лечении пациентов со 2 стадией хронических облитерирующих заболеваний нижних конечностей.

Список литературы.

1. Кательницкий И.И., Божко А.В. Современные подходы к комплексному лечению больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей// Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С.133-156.

2. Лавриненко К.И., Маль Г.С., Орлова А.Ю., Полякова О.В., Татаренкова И.А. Экспериментальное исследование коррекции хронической ишемии нижних конечностей варденафилом// Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. С.145-152.

3. Оболенский В.Н., Яшин Д.В., Исаев Г.А., Плотникова А.А. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей-диагностика и тактика лечения// Регулярные выпуски «РЖМ». 2010. № 17.С. 1049.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ

Богаутдинова Д.К.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования состоит в том, что в России СД страдает около 9,6 млн человек [2].Преимущественно влияющим на качество жизни больного осложнением СД является гнойно-некротический процесс стоп. Каждый час в мире производят около 55 ампутаций нижних конечностей больным с СДС [1]. Поражение стоп у пациентов с сахарным диабетом является главной причиной инвалидизации, так как вероятность выполнения нетравматических операций нижних конечностей у пациента с СД в 22 раза больше по сравнению с аналогичной ситуацией, но при отсутствии сахарного диабета [3].

Целью исследования является установление влияния различных уровней ампутации нижней конечности у пациентов с СДС на физический и психологический компоненты здоровья.

Материалы и методы: проведен анализ диагностики лечения и качества жизни 40 пациентов с СДС, проходивших лечение в гнойном хирургическом отделении БМУ КОКБ за период с 2016 года по 2018 год в возрасте от 26до 61 года. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – ампутация нижней конечности на уровне стопы, 2 группа – ампутация нижней конечности на уровне бедра.Также все пациенты с СДС были разделены на 3 подгруппы в зависимости от возраста и на 2 группы в зависимости от пола (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по проводимому лечению, полу и возрасту

Возраст	Группа 1 (n =27)		Группа 2 (n=13)	
Пол	муж	жен	муж	жен
26-35 лет	3 (11,1%)	3 (11,1%)	-	-
36-50 лет	7 (25,9%)	5 (18,6%)	3 (20,1%)	2 (18,5%)
51-61 год	5 (18,5%)	4 (14,8%)	5 (33,5%)	3 (27,7%)
Итого	15 (55,5%)	12 (44,5%)	8 (53,6%)	5 (46,2%)

Из полученных данных, приведенных в таблице, отмечено, что значительное большинство пациентов представлено мужчинами трудоспособного возраста.

Диагностическая программа включала в себя: клиническое обследование, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование, реовазография, исследование качества жизни больных с помощью опросника SF-36.

Результаты и обсуждения. Основные клинические симптомы были сформированы в группы, сопоставимые по клиническим данным (таблица 2).

Таблица 2. Частота клинических симптомов у больных с СДС

Показатель	Группа 1 (n =27)	Группа 2 (n=13)	P, уровень
Нарушение пульсации в артериях стоп	2 (3,7%)	12 (92,3%)	<0,01
Нарушение чувствительности	25 (92,5%)	2 (15,3%)	<0,01
Деформация стопы, пальцев	19 (70%)	6 (46,2%)	<0,01
Болевой синдром	8 (29,6%)	13 (100%)	<0,01
Отеки	23 (85,2%)	5 (38,4%)	<0,01
Гиперкератоз	24 (89,1%)	2 (15,3%)	<0,01
Ограниченные некрозы пальцев	27 (100%)	-	<0,01
Гангрена стопы	-	13 (100%)	<0,01

У больных с ампутацией стопы была преимущественно нейропатическая форма СДС, которая характеризовалась нарушением чувствительности, возникновением трофических язв, ограниченных некрозов. А у больных 2

группы была ишемическая форма СДС с распространенной гангреной, отсутствием притока крови к стопе.

Данные УЗИ-диагностики представлены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты ультразвукового исследования пациентов с СДС

Результаты	Группа 1 (n=27)	Группа 2 (n=13)	Р, уровень
Артерии проходимые на бедре, голени и стопе	11 (40,7%)	-	<0,01
Артерии стенозированные на бедре, голени и стопе	16 (59,3%)	-	<0,01
Артерии окклюзивные на бедре, голени и стопе	-	13 (100%)	<0,01

У больных 1 группы артерии проходимы или стенозированы, но кровоток был достаточен, что позволило ограничиться только ампутацией стопы. А у пациентов 2 группы приток крови отсутствовал, так как артерии окклюзированы, им проводилась ампутация конечности на уровне бедра.

Результаты реовазографии представлены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты реовазографии у больных с СДС

Результаты	Группа 1 (n=27)	Группа 2 (n=13)	Р, уровень
Стадия компенсации	13 (48,1%)	-	<0,01
Стадия субкомпенсации	14 (51,9%)	-	<0,01
Стадия декомпенсации	-	13 (100%)	<0,01

Для пациентов 1 группы характерны стадии нарушения кровообращения такие как, компенсация и субкомпенсация. А у больных 2 группы кровообращение было полностью декомпенсировано.

Результаты оценки качества жизни представлены в таблице 5.

Таблица 5. Результаты оценки качества жизни пациентов

Шкала SF-36	Группа 1	Группа 2
Физическое функционирование	61,3±2,3	54,2±4,2
Ролевое физическое функционирование	53,9±4,1	46,7±3,5
Интенсивность боли	79,4±3,8	85,7±2,2
Общее состояние здоровья	67,3±1,5	58,4±1,0
Жизненная активность	51,7±6,2	42,4±4,1
Социальное функционирование	70,8±1,0	62,1±3,2
Ролевое эмоциональное функционирование	57,8±3,3	53,1±2,0
Психологическое здоровье	56,4±7,1	43,2±3,3
Физический компонент здоровья	69,4±2,5	48,2±2,7
Психический компонент здоровья	57,7±3,8	44,3±5,4

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны

У больных с СДС 1 группы демонстрируется небольшое, но стойкое улучшение по 10 бальной шкале. Из этого можно сделать вывод – выбирая вид

оперативного вмешательства при СДС, следует отдать предпочтение ампутации нижней конечности на уровне стопы, так какампутация нижней конечности на уровне бедра резко снижает качество жизни больных по физическому компоненту на 12,5%, а по психологическому на 17,9%.

Выводы. У пациентов с нейропатической формой СДС ампутация стопы повышает качество жизни. Проведение высокой ампутации конечности больным, имеющим ишемическую форму СДС, приводит к ухудшению их уровня жизни.

Список литературы.

1. Анциферов М.Б., Комеляга Е.Ю. Синдром диабетический стопы: современные направления в лечение и профилактике // Русский медицинский журнал. 2005. Т, 13, № 6. С.63-68.

2. Волкова А.Е., Комеляга Е.Ю., Анфицеров М.Б. Поражение нижних конечностей у больных с сахарным диабетом // Русский медицинский журнал. 2006. Т, 14, № 13. С.124-132.

3. Гурьева И.В., Котухова Я.И. Диабетическая стопа. Возможно ли эффективное предотвращение? // Русский медицинский журнал. 2001. Т, 9, № 24. С.156-164.

ВЛИЯЕНИЕ «ДЕТРОГЕЛЯ» НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Большунова А.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Суковатых М.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) является острой медико-социальной проблемой, по-прежнему представляя одну из глобальных причин смертности и инвалидизации в России и других странах. В общей популяции населения частота ТГВ нижних конечностей составляет 50–160 случаев на 100 тысяч человек ежегодно, а ТЭЛА – 25–40 на 100 тысяч населения [1].

Целью исследования является проведение комплексного анализа результатов диагностики, лечения и качества жизни больных с ТГВНК.

Материалы и методы: был проведен анализ комплексного обследования и лечения 30 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, получавших лечение в ОБУЗ КГКБ СМП в период с 2018 по 2019 годы. Все пациенты были разделены на две группы по 15 человек. В первой группе лечение проводилось препаратом «Прадакса», во второй группе помимо препарата «Прадакса» применялся «Детрагель». Распределение больных по полу и возросту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение по полу и возрасту

Возраст	Группа 1 (n=15)		Группа 2 (n=15)	
	Мужской	Женский	Мужской	Женский
20-30 лет	2	-	1	-
30-40 лет	-	-	-	1
40-50 лет	-	1	2	1
50-60 лет	3	1	2	1
60-70 лет	3	-	2	2
70-80 лет	1	3	-	2
> 80 лет	-	1	-	1
Итого	9 (30%)	6 (20%)	7 (23,3%)	8 (26,7%)

Из 30 обследованных больных 14 женщин (46,7%) и 16 мужчин (53,3%). В ходе исследования не было выявлено гендерных различий в частоте развития ТГВНК. Из представленной таблицы можно сделать вывод о том, что на первом месте по частоте развития ТГВНК группа людей пожилого возраста, на втором среднего. Средний возраст пациентов составил 55 лет.

Диагностическая программа включала в себя клиническое исследование, лабораторные методы исследования и ультразвуковое ангиосканирование.

Качество жизни пациентов было оценено с помощью опросника SF-36. Анкеты заполнялись пациентами на основании субъективных ощущений. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов программ STATISTICA Trial 13.3.704.19 и Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждения. Основой в диагностике ТГВНК является клиническая картина. Она зависит от вида тромба, его локализации и распространенности, наличия коллатералей. Клинические симптомы, используемые для постановки диагноза, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Частота встречаемости клинических симптомов при ТГВНК

Клинические симптомы	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Боль по ходу сосудистого пучка	15 (100%)	15 (100%)
Отек пораженной конечности	15 (100%)	15 (100%)
Симптом Мозеса	15 (100%)	15 (100%)
Симптом Хоменса	15 (100%)	15 (100%)
Изменение цвета конечности	7 (46,7%)	9 (60%)
Ограничение подвижности конечности	3 (20%)	2 (13,3%)

Наиболее часто у пациентов встречались такие симптомы как боль по ходу сосудистого пучка, отек, симптом Мозеса, Симптом Хоменса.

При диагностике и лечении ТГВНК используются лабораторные методы исследования, из которых наиболее информативны коагулограмма, АЧТВ, тест на D-димер. В таблице 3 представлены данные о протяженности ТГВНК, полученные с помощью ультразвукового ангиосканирования. Тромбоз одного сегмента глубоких вен – локальный, подколенной и поверхностной бедренной

вены – распространенный, глубоких вен голени и бедра – субтотальный, глубоких вен голени, бедра и таза – тотальный [2].

Таблица 3. Распространенность тромбозов глубоких вен

Протяженность тромбоза	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Локальный	3 (20%)	2 (13,3%)
Распространенный	6 (40%)	5 (33,3%)
Субтотальный	4 (26,7%)	5 (33,3%)
Тотальный	2 (13,3%)	3 (20%)

На первом месте по частоте случаев распространенный тромбоз (36,6%), на втором субтотальный тромбоз (30%), на третьем месте локальный (16,7%) и тотальный тромбоз (16,7%).

В нашем исследовании в обеих группах основой лечения является препарат «Прадакса». Для лечения ТГВНК используется суточная доза 300мг, принимается препарат 2 раза в сутки по 1 капсуле, содержащей 150 мг дабигатрана этексилата. Во второй группе помимо основной антикоагулянтной терапии применялся местный венотонизирующий препарат «Детрогель» (наносится на пораженную конечность тонким слоем 2 раза в день). Всем больным вначале лечения был назначен гепарин на 5 дней, с последующим переходом на препарат «Прадакса». Всегда пациентам помимо основной терапии назначаются дополнительные препараты. При отсутствии противопоказаний пациентам назначаются нестероидные противовоспалительные препараты («Кеторалак», «Диклофенак», «Анальгин») на три дня с целью обезболивания, также назначается «Детролекс 1000» и эластическая компрессия второго класса. Показатели качества жизни пациентов после лечения представлены в таблице 4.

Таблица 4. Качество жизни пациентов

Показатель шкалы SF 36	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)	P
Физическое функционирование (PF)	74,7±3,2	73,8±2,8	>0,05
Ролевое функционирование (RP)	75,7±3,4	77,5±3,1	>0,05
Интенсивность боли (BP)	80,0±3,5	82,5±2,4	>0,05
Общее состояние здоровья (GH)	58,5±3,3	60,4±2,3	>0,05
Жизненная активность (VT)	77,3±2,7	79,6±3,3	>0,05
Социальное функционирование (SF)	90±3,2	92,3±2,9	>0,05
Ролевое функционирование (RE)	85,6±3,6	83,7±3,8	>0,05
Психическое здоровье (MH)	85,06±2,6	87,7±2,2	>0,05
Физический компонент (ФК)	44,8±2,1	46,08±1,9	>0,05
Психический компонент (ПК)	55,7±2,5	58,9±2,7	>0,05

Из представленной таблицы видно, что качество жизни больных получавших лечение препаратами «Прадакса» и «Детрогель», недостоверно лучше по физическим показателям на 2,8%, а по показателям психического здоровья на 2,9% в сравнении только с препаратом «Прадакса».

Выводы. Комбинированная терапия препаратами «Прадакса» и «Детрогель» незначительно, но более благоприятно сказывается на качестве жизни пациентов, в сравнении с терапией проводимой только препаратом «Прадакса».

Список литературы.

1. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология. 2015. Т. 9, № 4. С. 3–57.

2. Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Савчук О.Ф., Чернятина М.А. Новые подходы к антикоагулянтной терапии острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2008. № 3. С. 74–78.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ЗА 2018 ГОД

Буданов Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра хирургических болезней № 2

Научный руководитель – ассистент Маслова Я.В.

Актуальность исследования состоит в том, что хронический холецистит, занимает одно из первых строк в структуре заболеваемости больных общехирургического профиля по Курской области [1,2]

За последние 10 лет число больных с хроническим холециститом увеличилось (до 70%) [3].

Целью исследования является изучение результатов лечения больных с хроническим холециститом за 2018 год.

Материалы и методы: среди больных с хроническим холециститом за 2018 год было прооперировано 192 больных – 112 (58,4%) женщин и 80 (41,6%) мужчин. Возраст больных колебался от 32 лет до 71 года. Средний возраст больных составил 51,3±2,8. (рисунок 1)

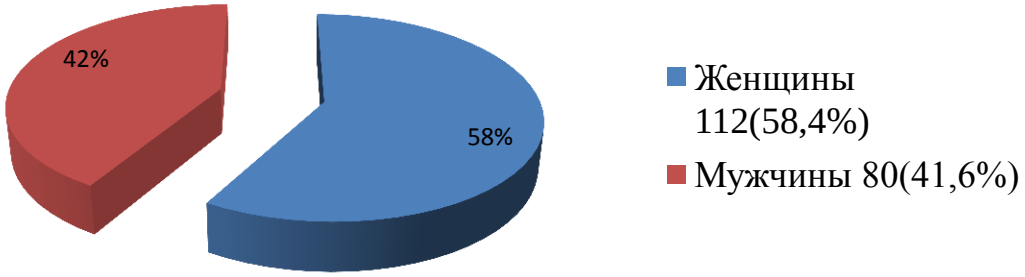


Рисунок 1. Как видно из диаграммы количество мужчин с хроническим холециститом меньше, чем количество женщин с данным заболеванием

Из 192 (100%) пациентов с хроническим холециститом 188 (97,9%) больным была выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ), в 4 (2,1%) случаях проведена традиционная (открытая) холецистэктомия что было связано с наличием плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, вследствие чего не предоставлялось возможным дифференцировать трубчатые структуры треугольника Кало (рисунок 2)

Рисунок 2. Как видно из диаграммы, число больных прооперированных с помощью ВЛХЭ больше, чем число больных, прооперированных традиционным способом

У 4 больных в процессе выделения деструктивно измененного желчного пузыря возникло трудно останавливаемое электрокоагуляцией выраженное диффузное кровотечение из его ложа, эффективным лечением оказалось тампонирование.

Результаты и обсуждения. Послеоперационные осложнения среди пациентов с традиционной (открытой) холецистэктомией возникли у 2 (50%) больных, а среди пациентов, которым была проведена видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) – у 10 (5,3%) больных, в виде серомы послеоперационной раны. Летальных исходов не было. (рисунок 3)

Рисунок 3. Как видно из диаграммы количество осложнений при проведении традиционной холецистэктомии значительно больше, чем при проведении ВЛХЭ

Лапароскопический доступ при проведении холецистэктомии значительно снизил время выздоровления пациента, однако, показания к холецистэктомии в результате этого не расширились [4].

Выводы. Таким образом, сравнивая два способа хирургического лечения больных с хроническим холециститом и её осложнений, ВЛХЭ является наиболее рациональным способом, что обусловлено малой травматичностью, низким удельным весом осложнений, снижением сроков и материальных затрат на лечение и реабилитацию больных.

Список литературы.

1. Алексеев, Н.А. Лапароскопические и минилапаротомные операции в лечении холецистохоледохолитиаза / Н.А. Алексеев, Ю.В. Снигирев, Е.Б. Тараскин, С.М. Модзелевская, А.М. Бирж // Анналы хирургической гепатологии. – 2012. – Т. 17. – № 3. – С. 75-79. 2.

2. Ардасенов, Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза / Т.Б. Ардасенов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков, А.Н. Бачурин, С.Г. Шаповальянц // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – Т. 18. – № 1. – С. 2328. 3.

Багненко, С.Ф. Малоинвазивные технологии в лечении осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов с высокой степенью операционного риска / С.Ф. Багненко, В.Ф. Сухарев, Ю.Н. Ульянов // Анналы хирургической гепатологии. –2002. – Т. 7. – № 1. – С. 85-86. 4.

3. Бобоев Б.Д. Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холецистохоледохолитиазом / Б.Д. Бобоев // Анналы хирургической гепатологии. – 2012. – Т. 17. – № 4. – С. 80-83. 9.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ

Булычев М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность темы исследования связана с ежегодным увеличением пациентов, страдающих заболеваниями сосудистой системы. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, если в 2000 году заболеваниями системы кровообращения страдали 2483 тыс. человек, то в 2017 году – 4706 тыс. человек [1,2] Сосудистые заболевания являются основной причиной потери физической активности возрастных групп, а также являются важнейшим фактором трудопотерь. Поэтому необходимо осуществлять поиск методов лечения данных заболеваний, которые будут эффективны, доступными массам и просты в исполнении [2].

Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера-Бюргера) – системный васкулит, при котором поражаются артерии среднего и мелкого калибра, а также вены, преимущественно дистальных отделов нижних и верхних конечностей [1].

Целью исследования является изучение эффективности проведенной грудной и поясничной симпатэктомии у больных, страдающих облитерирующим тромбангиитом.

Материалы и методы: в опросе приняли участие 20 человек, которым была проведена данная операция в БМУ КОКБ или ОБУЗ КГКБ СМП за период с ноября 2013 по ноябрь 2018 года. Возраст больных колеблется от 25 до 67 лет. Из них два пациента были женщинами и 18 – мужчинами. Больные были разделены на 2 группы по 10 человек: в 1-ю группу вошли пациенты, которым была выполнена операция грудная симпатэктомия, а во 2-ю – поясничная.

Всем больным были проведены клиническое обследование больного, лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, на коагулограмму), инструментальные исследования (УЗИ пораженного сосуда, реовазографию, дуплексное сканирование артерий и ЭКГ). Динамика клинического статуса больных оценивалась по шкале Rutherford et al. Оценка качества жизни больных проводилась по опроснику «SF-36 Health Status Survey». Он состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал. Полученные данные были обработаны программой «Statistika 7.0».

Результаты и обсуждения. Частота встречаемости симптомов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости клинических симптомов

Симптомы	Группа 1 n=10		Группа 2 n=10	
	Абсолют. кол-во	Относит. кол-во	Абсолют. кол-во	Относит. кол-во
Боль	10	100%	10	100%
Трофические язвы	9	90%	10	100%
Отсутствие пульса дистальнее места окклюзии	7	70%	8	80%
Бледность	6	60%	6	60%
Сухость кожи	5	50%	7	70%
Холодная на ощупь	3	30%	4	40%
Отек тканей	0	0%	2	20%

Были выявлены следующие клинические симптомы пораженной конечности: боль, трофические язвы, отсутствие пульса дистальнее места окклюзии, бледность, сухость кожи, отек тканей. При проведении лабораторных исследований выявлены неспецифические изменения: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение уровня фибрина, серомукоида, гаптоглобина, сиаловых кислот, γ-глобулинов. Анализ крови на коагулограмму показывает повышенную свертываемость крови. Характерных изменений в анализах крови и мочи выявлено не было.

На УЗИ выявлены изменения магистрального кровотока, окклюзия артерий, утолщение стенки артерии. На доплерографии кровоток не лоцируется; на дуплексном сканировании артерий – признаки атеросклероза и окклюзии сосуда. Распределение больных по результатам реовазографии представлено в таблице 2.

Таблица 2. Результаты реовазографии

Стадия	Группа 1 n=10		Группа 2 n=10	
	Абсолют. кол-во	Относит. кол-во	Абсолют. кол-во	Относит. кол-во
Компенсация	3	30%	1	10%
Субкомпенсация	3	30%	4	40%
Декомпенсация	4	40%	5	50%

У больных 2 группы чаще был артериальный кровоток в стадии суб- и декомпенсации – у 9 (90%) больных, а 1 группы – у 7 (70%) больных.

Динамика клинического статуса больных после по шкале Rutherford et al. представлена в таблице 3.

Таблица 3. Динамика клинического статуса больных

Баллы	Эффективность	Группа 1 n=10		Группа 2 n=10	
		Абсолют кол-во	Относит кол-во	Абсолют. кол-во	Относит кол-во
+3	Значительное улучшение	-	-	-	-
+2	Умеренное улучшение	3	30%	3	30%
+1	Минимальные улучшения	6	60%	5	50%
0	Без изменений	1	10%	2	20%
-1	Минимальные ухудшения	-	-	-	-
-2	Умеренное ухудшение	-	-	-	-
-3	Значительное ухудшение	-	-	-	-

Динамика клинического статуса лучше у больных 1 группы. Улучшения отмечены в первой группе у 90%, во второй группе – у 80%.

Результаты оценки качества жизни представлены в таблице 4.

Таблица 4. Оценка качества жизни больных

SF-36	Группа 1 n=10	Группа 2 n=10
Физическое функционирование	84,0±12,2*	55,5±27,2
Ролевое физическое функционирование	52,5±21,9*	27,5±27,5
Интенсивность боли	69,8±19,5	51,6±31,8
Общее состояние здоровья	67,4±17,5	66,1±19,4
Жизненная активность	73,5±11,3*	55,5±19,9
Социальное функционирование	71,3±22,9	65,0±21,1
Ролевое эмоциональное функционирование	56,7±22,5	30,0±42,9
Психологическое здоровье	69,6±15,5	64,0±17,0
Физический компонент здоровья	47,8±7,5*	39,4±9,2
Психический компонент здоровья	46,6±7,3	43,4±9,8

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

Качество жизни пациентов с тромбангиитом верхних конечностей выше, чем с аналогичным заболеванием нижних конечностей по физическому компоненту на 8,4%, по психологическому компоненту – на 3,2%.

Выводы. Грудная симпатэктомия оказывает более позитивное влияние на качество жизни больных, чем поясничная.

Список литературы.

1. Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В., Калинин А.А. Артериализация вен кисти при критической ишемии у больных облитерирующим тромбангиитом // Ангиология и сосудистая хирургия. 2007. Т.13, № 2. С. 105-111.

2. Зербино Д.Д., Зимбо Е.А., Багрий Н.Н. Облитерирующий тромбангиит (Болезнь Бюргера): современное состояние проблемы // Ангиология и сосудистая хирургия. 2016. Т.22, № 4. С. 185-192.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Величко Ю.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Суковатых М.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что, на сегодняшний день, инсульт занимает второе место в структуре общей смертности и является наиболее частой причиной утраты работоспособности населения. Ежегодно в России регистрируется свыше 400 тысяч инсультов, при этом летальность в остром периоде колеблется в пределах 35-40%, частота восстановления работоспособности не превышает 20%. Главным фактором риска является атеросклероз сонных артерий, в 80-85% случаев приводящий к нарушениям мозгового кровообращения.

Целью исследования является изучение качества жизни больных после выполнения каротидной эндартерэктомии.

Материалы и методы: были изучены материалы историй болезни 15 человек, проходивших лечение в ОБУЗ «Курская Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», в отделении сосудистой хирургии.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Распределение по возрасту	Распределение по полу	
	Мужчины	Женщины
20-30	0	0
31-40	0	0
41-50	1	0
51-60	6	2
61-70	3	1
71-80	2	0

На основании данных, представленных в таблице 1, можно говорить о том, что атеросклероз сонных артерий преобладает у мужчин, наибольшая заболеваемость зарегистрирована в возрастной группе 51-60 лет.

Были проведены лабораторные исследования: биохимический анализ крови, определение группы крови, определение Rh, тест на ВГС и ВИЧ, свертываемость, ОАК, ОАМ. Инструментальные исследования: ЭКГ, РВГ, ФВД, УЗИ. Оценка качества жизни пациентов проводилась на основании результатов опросника SF-36.

Результаты и обсуждения. Пациенты были разделены на две группы: без перенесенного инсульта и с инсультом.

Таблица 2. Частота встречаемости клинических симптомов при атеросклерозе сонных артерий.

Симптом	Группа 1 N=9	Группа 2 N=6
Головная боль	9	6
Общая слабость	3	5
Нарушение речи	0	4
Снижение зрения	1	2
Нарушение чувствительности	2	4
Головокружение	9	6
Нарушение ориентации в пространстве	0	3
Нарушение сна	9	6
Шум в ушах	4	5
Тревожность	0	2

Из таблицы видно, что наиболее часто встречающиеся симптомы атеросклероза сонных артерий – это головная боль, головокружение, общая слабость и нарушение сна.

Среди лабораторных исследований наиболее показательным в диагностике атеросклероза является биохимический анализ крови. Выявляется повышение уровня холестерина.

На данных таблицы 3 представлена локализация и степень стеноза сонных артерий.

Таблица 3. Степень атеросклеротического поражения сонных артерий.

Процент закрытия сосуда	Пораженная сторона			
	Слева		Справа	
	Группа 1 N=9	Группа 2 N=6	Группа 1 N=9	Группа 2 N=6
70-80%	4	0	2	1
81-90%	2	3	1	1
Более 90%	0	1	0	0
	Итого: 10		Итого 5	

Таблица 4. Показатели качества жизни до и после операции в 1 и 2 группе

Показатель	Группа 1 N=9		Группа 2 N=6	
	До операции	После операции	До операции	После операции
Физическое функционирование	40,8±2,2	54,5±2,1	47,3±5,1	56,6±4,5
Ролевое физическое функционирование	42,0±1,8	54,0±2,0	43,9±2,5	54,6±1,5
Интенсивность боли	44,6±2,1	56,8±1,2	44,1±1,2	56,1±0,9

Общее состояние здоровья	38,6±2,0	45,1±1,7	37,6±2,2	44,2±1,8
Жизненная активность	39,6±1,8	49,1±1,9	41,6±1,2	46,3±2,4
Социальное функционирование	45,4±2,2	55,5±1,4	44,5±2,3	54,1±1,8
Ролевое эмоциональное функционирование	41,5±1,7	54,0±2,3	43,6±2,1	52,5±1,3
Психическое здоровье	40,4±2,3	49,6±0,9	39,4±1,4	46,2±0,9
Ролевое эмоциональное функционирование	41,5±1,7	54,0±2,3	43,6±2,1	52,5±1,3

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

У больных 1 группы выявлено значимое улучшение всех 8 шкал. В отдаленном послеоперационном периоде отмечалось значительное увеличение показателей физического функционирования (с 40,8±2,2 до 54,5±2,1), ролевого физического функционирования (с 42,0±1,8 до 54,0±2,0), социального функционирования (с 45,4±2,2 до 55,5±1,4) с уменьшением боли (с 44,6±4,2,1 до 56,8±1,2). В меньшей степени улучшались такие показатели, как общее здоровье (с 38,6±2,0 до 45,1±1,7), жизнеспособность (с 39,6±1,8 до 49,1±1,9), психическое здоровье (с 40,4±2,3 до 49,6±0,9). У больных второй группы преобладали показатели физического функционирования (с 47,3±5,1 до 56,6±4,5), ролевого физического функционирования (с 43,9±2,5до 54,6±4,5), социального функционирования (с 44,5±2,3 до 54,1±1,8), ролевого эмоционального функционирования (с 43,6±2,1 до 52,5±1,3).Менее выраженной была динамика показателей общего здоровья (с 37,6±2,2 до 44,2±1,8), психического здоровья (с 39,4±1,4 до 46,2±0,9), жизнеспособности (с 41,6±1,2 до 46,3±2,4).

Выводы. Проведение каротидной эндартерэктомии положительно влияет на качество жизни и позволяет предотвратить развитие инсульта. В отдаленном послеоперационном периоде качество жизни в первой группе возросло, приблизительно, на 9,25, во второй – на 8,75.

Список литературы.

1. Гусев Е.И. Ишемия головного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. № 9. С.66-70.

2. Покровский А.В. Классическая каротидная эндартерэктомия // Ангиология и сосудистая хирургия. 2001. Т. 7, № 1. С.101 – 105.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИО-ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ У КРЫС С АСЦИТНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА

Вервекин И.В.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Отделение абдоминальной онкологии
Научный руководитель – к.м.н. Беляев М.А

Карциноматоз брюшины (КБ) – имплантационное метастазирование злокачественных новообразований желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального происхождения [1,3]. Канцероматоз брюшины развивается не менее чем у 20 – 30% больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) органов брюшной полости. При этом из них доля рака поджелудочной железы – 40%, рака желудка – в 30%, колоректального рака – до 10% [4, 5]. Достаточно большой удельный вес занимают ЗНО женских половых органов, а именно яичников. Имеются данные, что на момент установки диагноза ЗНО яичников канцероматоз уже развился у 60 – 75% пациентов. Лечение перитонеального канцероматоза является достаточно сложной проблемой. Системная химиотерапия в этом случае является малоэффективной.

Актуальность исследования состоит в том, что средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза не превышает 6 месяцев, а 5-ти летняя выживаемость составляет 10% [3,6]. В последнее время стандартом лечения стало проведение циторедуктивных операций совместно с методикой внутрибрюшинной химиогипертермической перфузии (HIPEC). Для достижения оптимального результата необходимо учитывать гистологическую картину, степень перитонеального метастатического индекса (PCI), проведение неоадъювантной химиотерапии перед хирургическим лечением [6]. Современные исследования эффективности данной методики демонстрируют медиану выживаемости от 14,6 до 20 месяцев, а пятилетнюю выживаемость на уровне 24%.

Целью исследования является разработка, оценка эффективности и безопасности новых методов внутрибрюшного химиоперфузионного лечения карциноматоза брюшины на примере асцитной опухоли яичника (ОЯ) у крыс.

Материалы и методы: исследование проведено на 60 крысах самках Вистар. Для эксперимента отбирались крысы в возрасте 2,5−3 месяца с массой тела 300–370 грамм. Использован штамм ОЯ, полученный из НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. Штамм ОЯ постоянно перевивали в/б нескольким крысам. После предварительного пассажа на 7-й день после в/б перевивки ОЯ от одной крысы забирали асцит и перевивали здоровым крысам в/б. Все животные после перевивки опухоли рандомизировались на 3 группы: 1 – ВБХГТП с цисплатином по открытой методике 16 мг/кг (n=24); 2 – ВБХГТП с цисплатином по закрытой методике, 20 мг/кг (n=26); 3 – контрольная группа (n=10). Технология закрытой методики: у крысы под общей анестезией формируется два разреза брюшной стенки: первый (5-6 мм) – куда помещается

катетер для притока перфузата и термометр, второй (6–8 мм) – куда помещается катетер для оттока перфузата. Технология закрытой техники: производилась срединная лапаротомия 2-2,5см, устанавливался и герметично подшивался к краям раны специальный эспандер, по сторонам от него устанавливались дренажи. Химиоперфузия проводилась в течение часа при температуре 40°. Регистрировалась температура в брюшной полости, ЧД и ЧСС, интра- и послеоперационные осложнения, масса тела крыс в течение 14 дней после операции. Конечной точкой исследования была выживаемость. Крысы, прожившие 60 дней и боле без признаков опухолевого процесса, считались излеченными.

Результаты и обсуждения. Впервые осуществлено прямое сравнение результатов закрытой и открытой методик. Показано, что частота послеоперационных осложнений и токсичность лечения достоверно не различалась для 2х методик. Медиана выживаемости крыс после открытой методики превышала медиану выживаемости после закрытой (53 и 25 дней соответственно), несмотря на более низкую дозу цисплатина. Кроме того в 1 группе 3 крысы остались живы после 60 дня.

Выводы. По данным проведенного на крысах исследования, было доказано, что открытая методика ВБХГТП в лечении перитонеального канцероматоза имеет большую эффективность по сравнению с закрытой методикой. Так же была продемонстрирована одинаковая токсичность методик. Экспериментальная технология внутрибрюшинной химио-гипертермической перфузиии перитонеального канцероматоза может применяться для доклинических исследований различных противоопухолевых препаратов. Внедрение полученных в ходе эксперимента результатов в клиническую практику может расширить возможности лечения перитонеального канцероматоза и повысить продолжительность и качество жизни пациентов.

Список литературы.

1. Беляев А.М. Внутрибрюшинная химиотерапия злокачественных опухолей брюшной полости // А.М. Беляев, С.Ф. Багненко, Н.В. Рухляда. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 254 с.

2. Миронов А.Н. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств / А.Н. Миронов, Н.Д. Бунятян, А.Н. Васильева и др. – М.: Гриф и К, 2012. – 944 с.

3. Петровская Н.А. Перитонеальный канцероматоз: обзор клинических и экспериментальных данных // Онкологический журнал, 2009. – Т.3. – No2. – С.99-105.

4. Bakrin N., Bereder J.M., Decullier E. et al. Peritoneal carcinomatosis treated with cytoreductive surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) for advanced ovarian carcinoma: a French multicenter retrospective cohort study of 566 patients // eur. j. surg. oncol. – 2013. – Vol. 39. – P. 1435-1443.

5. De Bree, E. Principles of perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis / E. de Bree, D.D. Tsiftsis // Recent Results Cancer Res. – 2007. – Vol. 169. – P. 39–51.

6. Lecuru, F. Description of two new human ovarian carcinoma models in nude rats suitable for laparoscopic experimentation / F. Lecuru, N. Guilbaud, A. Agostini et al. // Surg. Endosc. – 2001. – Vol.15. – P. 1346–1352.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ НОСА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013–2015 ГОДАХ

Войтюк М.А., Зносенко А.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии, кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии
Научные руководители – к.м.н., доцент Иванов С.А., к.м.н., доцент Шляга И.Д.

Актуальность исследования состоит в том, что рак кожи в Беларуси занимает 3 ранговое место в структуре онкозаболеваемости у мужчин (14% в 2016 году), 1 место – у женщин (22% в 2016 году) [1]. Прирост заболеваемости в течение 2007-2016 годы составил 40% [1]. Отношение заболеваемости (WorldStandard)среди мужчин и женщин составляет примерно 1:1,3 [1].Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются в возрастных группах 70-79 лет. Самые частые гистологические варианты рака кожи: базальноклеточный рак и плоскоклеточный рак [1;3;4]. Около 98% заболеваний выявляются в I-II стадии. Верификация диагноза осуществляется цитологическим и морфологическим методами. Наиболее часто рак кожи локализуется на носу (15-20% от всех случаев), это связано с более интенсивной инсоляцией этой анатомической единицы [3;4]. Используемые методы лечения: хирургический, лучевой, лазерная вапоризация, электрокоагуляция [2;3;4]. Два последних метода наиболее просты и могут быть выполнены быстро, но их применяют только при поверхностных опухолях размером до 0,5 см [2;3;4]. Хирургическое удаление участка кожи носа с опухолью нередко требует пластического замещения образовавшегося дефекта [1;4]. Лучевая терапия занимает до 3 недель и может вызывать стойкие изменения кожи [3;4].

Целью исследования является анализ результатов первичной диагностики и лечения рака кожи носа (РКН) в Гомельской области в 2013-15 годы

Материалы и методы: исследованы: половое и возрастное распределение заболевших РКН, частота использованных методов первичной диагностики, распределение по гистологическим вариантам, распределение по стадиям. Проанализирована частота использования каждого из методов лечения. Определена частота рецидивов в течение 3-летнего периода наблюдения и средний срок развития рецидива. Выполнено сравнение показателей локального

контроля в зависимости от метода лечения РКН I стадии и II стадии. Источники информации: данные обязательного учета новых случаев ЗНО в Беларуси. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ Statistica 8.0. Сравнение непараметрических показателей выполнено с помощью точного двустороннего критерия χ^2 Фишера. Сравнение параметрических показателей выполнено с помощью критерия Манна-Уитни для двух независимых групп. Определение корреляционной зависимости выполнено с помощью критерия Пирсона. Критерий статистической значимости различия $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Общее число заболевших РКН в регионе за отчетный период составило 987. Это составляет более 26% от всех локализаций рака кожи (3755 за тот же период). Средний возраст заболевших составил 72+10 года, мужчины – 301, женщины – 686. Несоответствие полового распределения пациентов отношению стандартизованнных показателей заболеваемости может быть связано с демографической обстановкой в регионе. Распределение РКН по стадиям: I стадия – 925 (93,7%), II стадия – 53 (5,4%), III стадия – 8 (0,8%), IV стадия – 1. Это соответствует распределению по стадиям для рака кожи всех локализаций [1]. Можно отметить, что продолжают регистрироваться случаи выявления РКН III-IV стадии, несмотря на визуальную доступность анатомической части. Распределение РКН по гистологическим вариантам: базальноклеточная карцинома – 774 (78,4%), плоскоклеточная карцинома – 155 (15,7%), другие варианты – 19, неустановленный вариант – 39. Можно отметить, что доля базальноклеточных карцином при РКН несколько больше, чем для всех локализаций рака кожи (около 80% [1-3]). Не обнаружено значимой корреляции между стадией заболевания и возрастом пациента ($p=0,1$).Что касается зависимости между стадией заболевания и полом пациента, коэффициент различия не является статистически значимым, но близится ктаковому ($p=0,05$), доля женщин с первой стадией рака кожи носа больше, чеммужчин. Можно предполагать, что изменения кожи носа побуждают женщин обращаться к специалисту раньше, чем мужчин.

Это может свидетельствовать о том, что значение наружного носа для индивидуального восприятия проявляется независимо от возраста и пола и способствует своевременному обнаружению опухоли. Частота использования различных методов лечения, число локальных рецидивов РКН I стадии и средний срок рецидива представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты лечения РКН I стадии

Метод лечения	Локальный рецидив, число наблюдений	Средний срок рецидива, месяцы
Хирургический без реконструкции, n=205	12	20,2
Хирургический с реконструкцией, n=81	4	10,5

Лучевая терапия, n=100	8	20,3
Лазерная вапоризация, n=352	16	16,6
Электрокоагуляция, n=26	1	7

В большинстве случаев методом первичного лечения РКН I стадии были избраны лазерная вапоризация или электрокоагуляция – 378 (40,9%), далее – хирургический (286, 30,9%), лучевой (100, 10,8%). Активное использование парахирургических способов свидетельствует о высокой доле поверхностных новообразований размером менее 1 см. Кроме того, может сказываться значительное число заболевших пожилого возраста и проживающих вне областного центра, которые не готовы к лечению в стационаре. Высокая доля хирургических вмешательств в структуре методов лечения является традиционной для Гомельской области ввиду наличия специализированного отделения хирургии опухолей головы и шеи. Обращает на себя внимание значительное количество операций с пластическим закрытием дефекта даже после иссечения опухолей I стадии – 81 из 286, 28,3%. Общее число рецидивов в течение 3 лет после лечения в нашем материале составило 41 (5,4% от пациентов, которым проводилось лечение). Анализ частоты рецидивов не показал статистически значимого различия для сравниваемых методов лечения, $p>0,05$ во всех парах сравнения. Средний срок рецидива также не имел статистически значимого различия при попарном сравнении разных методов лечения, $p>0,05$ во всех парах сравнения.

Выводы. Наружный нос является самой частой локализацией рака кожи в Гомельской области. Более 98% опухолей выявляют в I-II стадии. Методы локального лечения позволяют добиться сопоставимых результатов контроля опухоли при правильном определении показаний к каждому из них.

Список литературы.

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007-2016) / А.Е.Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин, А.А. Евмененко. Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. 286 с.

2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований : сб.науч.ст.:Вып. 2 / Ю.И. Аверкин [и др.]; под ред. О.Г. Суконко, С.А. Красного. Минск: РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова : Профессиональные издания, 2012.506 с. : таблица

3. Madan V., Lear J.T., Szeimies R.M. Non-melanoma skin cancer // Lancet. 2010. V.375. P. 673-685.

4. StromT.J., CaudellJ.J., Harrison L.B.Management of BCC and SCC of the head and neck // Cancer Control. 2016. V. 23. N 3. P. 220-227.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ КРЫЛА НОСА НОСОГУБНЫМ ЛОСКУТОМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ НАРУЖНОГО НОСА

Волчек В.С.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванов С.А.

Актуальность исследования состоит в том, что довольно сложной задачей реконструктивной хирургии на данный момент времени является устранение дефектов крыла носа (КН), т.к. необходимо не только восстановить целостность наружной кожи, но и обеспечить естественный цвет и текстуру кожи, а также добиться симметрии нижней трети носа, сохранить физиологические функции носа [1, 2]. Известно, что на большей части площади данной субъединицы носа отсутствует хрящевой слой, но несмотря на это многие авторы рекомендуют выполнять так называемую «неанатомическую» трансплантацию хряща в структуру восстановленного КН, для того, чтобы придать естественную выпуклую форму и во избежание пролапсов и ретракций [3].

Приобретенные дефекты кожи носа в Беларуси в большинстве случаев обусловлены удалением злокачественных новообразований, реже – механическими травмами [4]. Следует учитывать, что выполнение реконструкции в несколько этапов существенно снижает периоперативное качество жизни и нежелательно у пожилых пациентов. Для восстановления кожного покрова КН традиционно используют лоскуты различного дизайна из медиальной части щеки.

Целью исследования является исследование результатов реконструкции крыла носа носогубным лоскутом.

Материалы и методы: проанализированы данные исследования 35 пациентов, которым выполнена реконструкция КН в связи с наличием приобретенного дефекта. Мужчины – 14, женщины – 21. Средний возраст пациентов в момент операции – 65,9 лет (минимальный – 39, максимальный – 88). Показания к выполнению реконструкции – наличие дефекта после удаления злокачественной опухоли. Изъяны во всех наблюдениях составляли более половины КН, у 4 пациентов были вовлечены части соседних структур: скат носа и мягкотканый треугольник. Дефект только наружной кожи имел место в 22 наблюдениях, сквозной дефект – в 13 наблюдениях. Все операции выполнены в одном учреждении.

Для выполнения анализа сформирована группа из 18 пациентов, которым выполнено устранение дефекта крыла носа НГЛ. Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение демографических характеристик и клинических параметров в группе пациентов, которым выполнено устранение дефекта крыла носа НГЛ.

Показатель	Группа с НГЛ, n=18
Половое отношение, мужчины/женщины число наблюдений	8:10
Средний возраст, M+SD, лет	64 +12
Глубина дефекта, однослойный/сквозной, число наблюдений	12:6
Средний линейный размер дефекта, M+SD, мм	25 + 5
Пациенты с факторами риска осложнений, число наблюдений	5 (27,8%)

Сравнение частоты осложнений раннего послеоперационного периода выполнено по данным клинического наблюдения. Учитывались нагноение раны, расхождение краев раны, некроз лоскута. Для исследования косметического результата реконструкции использована 100-балльная визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и шкала оценки рубца для исследователей и пациентов (Patientand Observer Scar Assessment Scale, POSAS). Пациенты оценивали вид рубца в области крыла носа по ВАШ и по POSAS, а также вид рубца в донорской зоне по ВАШ. Рубец в донорской зоне был дополнительно оценен по POSAS тремя экспертами, не принимавшими участия в реконструкции. Исследование рубцов выполнено через 12 и более месяцев после операции. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ Statistica 8.0. Соответствие закону нормального распределения определяли с помощью W-критерия Shapiro-Wilk. Параметры, соответствующие нормальному распределению, представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением. Параметры, имеющие отличное от нормального, представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Сравнение непараметрических показателей выполнено с помощью точного двустороннего критерия $\chi 2$ Фишера. Сравнение параметрических показателей выполнено с помощью критерия Манна Уитни для двух независимых групп. Критерий статистической значимости различия $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Во всех наблюдениях удалось получить достаточную площадь донорской кожи для замещения дефектов КН. Рана на коже щеки у всех пациентов была беспрепятственно закрыта простым сведением краев или за счет мобилизации кожно-жирового слоя в дорсальном направлении.

Показатель оценки рубца в области КН по ВАШ в группе с НГЛ составил 77 баллов (72; 86), зафиксировано 2 оценки ниже 70 баллов и 3 оценки более 90 баллов. Исследование результатов при помощи ВАШ является в значительной мере субъективным. У пациентов, оперированных по поводу злокачественного новообразования, оценка может быть завышенной с учетом того, что

полученный результат реконструкции невольно сопоставляется с видом носа с новообразованием перед операцией, а не с интактной анатомической единицей. С другой стороны, именно пациент является окончательным «потребителем качества» выполненной операции.

Показатель оценки рубца в донорском месте по ВАШ в группе с НГЛ составил 90 баллов (83; 95), в группе 1 четыре пациента оценили рубец ниже 80 баллов. Сопоставление результатов показало, что большинство пациентов группы с НГЛ не испытывали болевых ощущений и зуда в области рубца (все, кроме одной, оценки – 1-2 балла). Общий вид рубца оценили высшими баллами 10 пациентов группы с НГЛ. Большинство показателей находились в интервале 1-3 балла, лишь в 5 наблюдениях результат отмечен 4 баллами. Наибольшее различие отмечено в оценках консистенции, толщины и цвета рубца.

Вид наружного носа после реконструкции у пациентов с НГЛ представлен на рисунке 1.

Рисунок 1. Вид КН, 1 год после реконструкции НГЛ и коррекции ножки лоскута, оценка КН по ВАШ – 88, оценка донорской зоны по ВАШ – 69

Выводы. Анализ результатов реконструкции крыла носа в нашем материале свидетельствует, что при использовании носогубного лоскута удалось получить приемлемый вид восстановленной субъединицы и рубца в донорской зоне, появилась меньшая нуждаемость в корригирующих вмешательствах. Носогубный лоскут может быть методом выбора при устранении однослойных и сквозных дефектов крыла носа.

Список литературы.

1. Austin, G.K. Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches / G.K. Austin, W.W. Shockley // CurrOpinOtolaryngol Head Neck Surg. – 2016. – Vol. 24. – Pp. 453–460.

2. Thornton, J.F. Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances / J.F. Thornton, J.R. Griffin, F.C. Constantine // SeminPlast Surg. – 2008. – Vol. 22. – Pp. 257–268.

3. Singh, D.J. Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D.J. Singh, S.P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. – 2003. – Vol. 19. – No 1. – Pp. 19-27.

4. Иванов, С.А. Особенности приобретенных дефектов наружного носа различной этиологии / С.А. Иванов, // Российская оториноларингология. – 2017. –№ 4 (91). – С. 66-71.

ШКАЛА ОЦЕНКИ РУБЦА ДЛЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ И ПАЦИЕНТОВ (POSAS) КАК КРИТЕРИЙ КОСМЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА

Волчек В.С., Уласовец В.В., Ланько Н.С., Руцкая Е.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванов С.А.

Актуальность исследования состоит в том, что реконструкция носа является намного более серьезной проблемой, чем кажется на первый взгляд. Это связано с тем, что необходимо правильно сопоставить наружные структурные образования и внутренней поверхность носа. Методики, предусматривающие адекватную структурную корректировку и внутреннюю поверхность носа, в сочетании с принципами эстетического компонента могут привести к хорошим функциональным и эстетическим результатам.

Основные принципы реконструкции носа:

Нос можно разделить на девять различных субъединиц, известных как назальный кончик носа, спинка носа, боковые стенки, крыловидные доли, мягкие треугольники и колумелла. Каждая субъединица имеет свой специфический контур, состоящий из мягких и твердых тканей. Каждая субъединица покрывается кожей с определенным цветом, текстурой и толщиной. Необходимо заменить недостающую часть кожи кожей, которая соответствует определенной части носа с соблюдением перечисленных характеристик и размеров.

Осознание того, что успех носовой реконструкции не измеряется только восстановлением анатомической целостности, но и путем восстановления качества кожи и носового контура.

Целью исследования является изучение использования шкалы оценки рубца для исследователей и пациентов (POSAS) как критерия косметического результата реконструкции наружного носа.

Материалы и методы: в определении удовлетворенности пациентов функциональным и эстетическим результатом после реконструктивных операций, включая реконструкцию носа, очень важны стандартизированные критерии оценки. Эти критерии необходимы для адекватной оценки и сравнения результатов. Поскольку раньше таких характеристик для операции по восстановлению носа не существовало, нами была разработана

стандартизованная оценочная анкета для оценки эстетического и функционального результата после носовой реконструкции.

Нами была разработана универсальная стандартизированная шкала для пациентов после реконструкции носа по поводу удаления опухоли.

При проведении исследования с участием людей в качестве субъектов каждый потенциальный субъект исследования был надлежащим образом проинформирован о целях, методах, ожидаемой пользе и возможном риске исследования, а также о неудобствах, которые могут быть вызваны экспериментом.

Участники исследования были проинформированы о том, что они имеют неограниченное право отказаться от участия в исследовании и в любое время взять назад согласие на участие. Нами было получено согласие – свободное и информированное – от субъекта исследования в письменном виде. Пациенты были включены в научное исследование только после того, как получили полную информацию о нём и дали осознанное и добровольное согласие на участие.

Многофакторный анализ подтвердил организацию вопросника в двух подшкалах: функциональный и эстетический результат реконструкции. Высокие значения Кронбаха (>0,70) для обеих подшкал показали, что разработанная нами шкала является внутренне согласованным инструментом.

Было установлено, что данную шкалу можно использовать в качестве стандартизованного опросника для детальной оценки эстетического и функционального результата реконструкции носа. Её широкое использование позволит сравнивать результаты, достигнутые разными техниками и хирургами стандартизированным образом.

Результаты и обсуждения. Установлено, что из 109 пациентов, оперированных по поводу удаления опухоли носа с последующей реконструкцией, 17 пациентов (15,60%) могли охарактеризовать функцию носа как неудовлетворительную в дооперационный период, 23 пациента (21,10%) описывали функцию носа до операции как удовлетворительную, ещё 25 (22,94%) описывали хорошие функциональные возможности носа до операции, оставшиеся 65 пациентов (59,63%) могли охарактеризовать функции носа до операции как отличные.

В послеоперационный период показатели значительно улучшились. Так из опрошенных пациентов 19 пациентов (17,43%) охарактеризовали функцию носа как хорошую, а остальные 90 пациентов (82,57%) как отличную.

У всех пациентов наблюдается положительная динамика после реконструкции носа. В зависимости от количества времени, прошедшего со дня операции, можно видеть последовательные этапы восстановления как функциональных, так и эстетических характеристик реконструированного носа (рисунок 1, 2, 3).

Рисунок 1, 2, 3. Этапы оперативного вмешательства (АХТ и пластика КФЛ), результат операции через 1,5 месяца

Эстетичность внешнего вида носа до операции пациенты в среднем оценили в 29,454±4,367 балла (медиана – 31, мода – 31, $p \leq 0,05$), заметно лучше пациенты оценили эстетичность внешнего вида носа после операции – в среднем 32,27±2,054 балла (медиана – 33, мода – 34, $p \leq 0,05$).

Удовлетворённость функциональным состоянием носа до операции в среднем составила 28, 09±6, 818 балла (медиана – 30, мода – 29, $p \leq 0,05$). Как и в случае с эстетической составляющей реконструкции, среднее значение характеристики функционального состояния носа после операции заметно выше – 32,63±2,87 (медиана – 33, мода – 35, $p \leq 0,05$).

Выводы. Установлено, что из 109 опрошенных пациентов – 22 (20,183%) охарактеризовали вид носа как хороший, 76 пациентов (69,725%) как отличный и 11 (10,092%) как максимально хороший. Все 109 опрошенных (100%) пациентов отметили, что вид донорской зоны до операции был максимально хорошим. 12 пациентов (11,01%) отметили заметное ухудшение внешнего вида донорской зоны, ещё 14 опрошенных (12,84%) отмечали удовлетворительный вид донорской зоны, остальные 83 пациента (76,15%) охарактеризовали внешний вид донорской зоны как отличный. 18 пациентов (16,51%) охарактеризовали вид реконструированного носа хуже вида донорской зоны, при этом 91 пациент (83,49%) одинаково хорошо оценили внешний вид носа и донорской зоны.

Список литературы.

1. Austin, G.K. Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches / G.K. Austin, W.W. Shockley // CurrOpinOtolaryngol Head Neck Surg. – 2016. – Vol. 24. – Pp. 453–460.

2. Thornton, J.F. Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances / J.F. Thornton, J.R. Griffin, F.C. Constantine // SeminPlast Surg. – 2008. – Vol. 22. – Pp. 257–268.

3. Singh, D.J. Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D.J. Singh, S.P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. – 2003. – Vol. 19. – No 1. – Pp. 19-27.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ

Галунко А.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Суковатых М.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что ряд эпидемиологических исследований свидетельствует, что тромбофлебит у 6 – 44% больных сопровождается ТГВ, в 20–33% случаев служит причиной бессимптомной, а в 2 – 13% – симптомной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Вот почему в последние годы в международных консенсусах все чаще вместо термина «острый тромбофлебит» в качестве синонима используют термин «тромбоз поверхностных вен» (ТПВ), подчеркивая тем самым общность патогенетических механизмов, возможных осложнений и лечебной тактики у больных с ТПВ и ТГВ [1].

Целью исследования является изучение качества жизни больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей и варикотромбофлебитом.

Материалы и методы: в процессе исследования было опрошено 20 пациентов, из которых 7 мужчин и 13 женщин в возрасте от 32 до 78 лет. В результате исследования все исследуемые были поделены на две группы по 10 человек: первая группа – пациенты с диагнозом «ТГВНК», которым был применен консервативный метод лечения, вторая группа – пациенты с диагнозом «варикотромбофлебит», в этом случае применялся хирургический метод лечения. Распределение исследуемых по полу представлена в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов в группах по полу

Возраст	Группа 1 (n=10)		Группа 2 (n=10)	
	М	Ж	М	Ж
20-30 лет	-	-	-	-
31-40 лет	-	1 (10%)	-	-
41-50 лет	-	-	1 (10%)	-
51-60 лет	1 (10%)	1 (10%)	2 (20%)	-
61-70 лет	2 (20%)	-	1 (10%)	4 (40%)
71-80 лет	2 (20%)	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)

Исходя из таблицы 1, мы можем сделать вывод, что среди больных первой группы преобладают женщины в возрасте от 71 до 80 лет, а мужчины в возрасте от 61 до 80 лет.

Делая вывод по второй группе, можно сказать, что к хирургическому лечению варикотромбофлебита прибегают женщины в возрасте от 61 до 70 лет.

При постановке диагноза учитывается клиническая картина, данные лабораторных исследований и неинвазивных методов исследования (ультразвуковое ангиосканирование, допплерография).

Результаты и обсуждения. Анализ частоты клинических симптомов при при ТГВНК и варикотромбофлебите представлен в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов

Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=10)
Боль по ходу сосудистого пучка 10 (100%)	Сосудистые звездочки 10 (100%)
Отек пораженной конечности 10 (100%)	Боль тянущего характера по ходу тромбированных вен 9 (90%)
Симптом Мозеса 9 (90%)	Наличие уплотнений в проекции варикозных вен 8 (80%)
Симптом Хоменса 9 (90%)	Гиперемия и болезненность кожи 10 (100%)
Изменение цвета конечности 7 (70%)	Отек пораженной конечности 10 (100%)
Ограничение подвижности конечности 3 (30%)	Твердость вены на ощупь 6 (60%)

Делая вывод по таблице 2, можем сказать, что наиболее характерными клиническими симптомами для больных с консервативными методами лечения являются: боль по ходу сосудистого пучка, отек пораженной конечности. Для больных с хирургическим методом лечения характерны: сосудистые звездочки, гиперемия и болезненность кожи, отек пораженной конечности.

При поступлении проводились общеклинические исследования пациентов, а также ультразвуковое ангиосканирование венозной системы нижних конечностей. Во время исследования определяли локализацию и протяженность тромбоза, характер проксимальной части тромба (флотирующий или нефлотирующий), выявляли бессимптомно протекающий тромбоз в других сосудистых бассейнах [3]. При тромбозе глубоких вен отмечалась гиперкоагуляция, при варикотромбофлебите – варикозное расширение вен.

Больным первой группы начинали проводить консервативное лечение, которое заключалось в назначении антикоагулянтной терапии. Стартовая терапия проводилась нефракционным гепарином в течение 5 суток с дальнейшим переходом на шестимесячный курс лечения пероральными антикоагулянтами [3]. Основой лечения является препарат «Прадакса», а также местный венотонизирующий препарат «Детрогель». Помимо основной терапии пациентам назначаются дополнительные препараты. При отсутствии противопоказаний назначаются нестероидные противовоспалительные препараты («Кеторалак», «Диклофенак», «Анальгин») на три дня с целью обезболивания, также назначается «Детролекс 1000» и эластическая компрессия второго класса.

У больных второй группы консервативное лечение оказалось неэффективным, вследствие этого проводилось оперативное лечение – перевязка большой подкожной вены. Минимально необходимое вмешательство при остром восходящем варикотромбофлебите. Операция осуществима у

любой категории больных. Обычно её проводят под местной анестезией [4]. Показатели качества жизни пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3. Качество жизни пациентов

Показатель шкалы SF 36	Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=10)
Физическое функционирование (PF)	50,4±3,2*	48,3±2,7
Ролевое физическое функционирование (RP)	47,5±3,4*	41,6±3,1
Интенсивность боли (BP)	30,5±3,5*	27,3±2,4
Общее состояние здоровья (GH)	59±3,2	57,6±2,4
Жизненная активность (VT)	77,3±2,7	79,6±3,2
Социальное функционирование (SF)	85,4±3,3	33,7±2,9
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	65,3±3,6*	42,4±3,7
Психическое здоровье (MH)	52,2±2,5	32,3±2,2
Физический компонент (ФК)	48,8±2,1*	36,08±1,8
Психический компонент (ПК)	65,6±2,5	53,9±2,9

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

Выводы. В результате произведенного исследования можно сделать вывод, что качество жизни пациентов первой группы (консервативные методы лечения ТГВ) выше, чем у пациентов второй группы (хирургические методы лечения варикотромбофлебита). Так, «Физический компонент здоровья» пациентов первой группы выше почти в 1,3 раза, чем у пациентов второй группы, а «Психологический компонент здоровья» выше в 1,2 раза.

Список литературы.

1. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Дженина О.В., Лобанов В.Н. Тромбофлебит (тромбоз поверхностных вен): современные стандарты диагностики и лечения // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия, 2016.-№ 3.- С. 16-23.

2. Суковатых Б.С., Суковатых М.Б., Перьков С.О. Результаты лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей оральными антикоагулянтами // Анналы хирургии.- 2017.-№ 5.- С.278-280.

3. Чарышкин, А.Л. Венозные тромбозы. Этиология, клиника, диагностика, лечение: Учебно – методическое пособие к практическим занятиям по курсу факультетской хирургии и сердечно-сосудистой хирургии // В.А. Пруцков, Л.В. Матвеев. – М.: Институт медицины, экологии и физической культуры, медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова, 2017. - С. 21-30.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ФАТЕЖСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Георгиева И.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Пашков В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема хирургического способа удаления грыж различной локализации весьма актуальна. На данный момент используются различные синтетические полипропиленовые эндопротезные материалы для лечения наружных грыж. Грыжи – это самые распространенные хирургические заболевания, удаление которых заключается в применении современного способа лечения – герниопластики. Стремительное внедрение в практическую медицину протезирующих методов герниопластики качественно изменило результаты лечения больных.

Целью исследования является необходимость сравнить качество жизни и отдельные результаты лечения пациентов, которым выполнялась пластика грыж.

Методы исследования: были изучены и проанализированы истории болезни пациентов, прооперированных по поводу грыж. В анализе были включены 20 пациентов, которым в хирургическом отделении Фатежской Центральной Районной больницы были выполнены операции по удалению грыж различной локализации, из них 10 была выполнена герниопластика с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезных материалов “Эсфил” (основная группа), у 10 использовалась традиционная методика (группа сравнения). Основную группу составили 6 мужчин и 4 женщины, в группе сравнения было – 8 мужчин и 2 женщины. Возраст в обеих группах варьировал от 18 до 60 лет. Средний возраст больных составил – 45 лет. В основной группе сопутствующие заболевания встречались у 7 больных, в группе сравнения – у 4 больных. При анализе историй болезней учитывались различные показатели: время пребывания пациента в отделении стационара, наличие послеоперационных осложнений, выраженность и длительность болевого синдрома, необходимость применения антибиотиков в послеоперационном периоде. С целью профилактики осложнений проводилось дренирование пространства над протезом и применение эластичного бандажа. Качество жизни больных было оценено с помощью опросника «SF-36».

Результаты и обсуждения. Показатели качества жизни больных, перенесших удаление грыжи с помощью ненатяжного метода герниопластики с использованием эндопротезного материала, имеет существенные преимущества по сравнению с традиционными способами хирургического лечения грыж, положительно сказывается на качестве жизни больных: физический компонент здоровья повышен на 1,8%, психический компонент здоровья – на 3,6% (таблица 1). Каких-либо осложнений со стороны операционной раны с

имплантированным протезом не было выявлено. Послеоперационных грыж не было отмечено.

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов после герниопластики и традиционного хирургического метода удаления грыж

Шкала SF 36	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Физическое функционирование	75,3±6,6	50,1±13,8*
Ролевое физическое функционирование	50,1±8,4	48,3±5,9*
Интенсивность боли	98,2±9,2	74,1±11,7*
Общее состояние здоровья	77,3±5,4	57,3±5,8*
Жизненная активность	65,2±9,4	55,1±3,6
Социальное функционирование	98,2±6,3	87,5±4,6
Ролевое эмоциональное функционирование	66,6±10,8	66,6±15,6
Психологическое здоровье	64,1±7,1	52,1±4,3*
Физический компонент здоровья	51,7±13,9	36,6±4,7
Психический компонент здоровья	48,6±8,5	48,3±2,9*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

Выводы. Из таблицы видно, что качество жизни пациентов выше в основной группе, с использованием эндопротезного материала, чем в группе сравнения с применением традиционного хирургического способа удаления грыж. Таким образом, метод герниопластики является эффективным и позволяет улучшить качество жизни больных.

Список литературы.

1. Адамян А.А. Лечение паховых грыж по методике Лихтенштейна / А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов // Анн. пласт, реконстр. и эсте-тич. хир. 2017. - № 2. - С.65-71.

2. Адамян А.А. Герниопластика по Лихтенштейну у лиц пожилого и старческого возраста / А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов // Материалы конференции «Проблемы гериатрии в хирургии». М., 2015. - С.303-305.

3. Емельянов С.И., Протасов А.В, Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб.: ООО Фолиант, 2014.-176с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ

Герасимов М.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаренко Д.П.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж становится все более актуальной. Увеличение оперативной активности привело к увеличению числа больных с послеоперационными вентральными грыжами в 9 раз и более за последние 25 лет. Послеоперационные вентральные грыжи занимают второе место после паховых грыж, и составляют 20-22% от общего числа грыж в абдоминальной хирургии [2].

Применение методов герниопластики сетчатыми эндопротезами уменьшает уровень рецидивов до 0 – 10%. Поэтому в современной хирургии аллопластические методы является основными способами лечения больных с вентральными грыжами. Одним из вариантов аллопластики является расположение протеза в подкожной клечатке – метод «onlay». При этой методике после грыжесечения брюшной стенки эндопротез располагается предфасциально с фиксацией к брюшной стенке. При герниопластике «sublay» размещение эндопротеза происходит в ретромускулярном пространстве [1].

Целью исследования является сравнительный анализ методик пластики вентральных послеоперационных грыж, на примере способов «onlay» и «sublay». Оценка качества жизни пациентов, оперированных по поводу грыжи брюшной стенки, с помощью опросника SF-36 [3].

Материалы и методы: выборку исследования составили 15 пациентов (12 женщин, 3 мужчины) с диагнозом послеоперационная вентральная грыжа, получавших лечение в хирургическом стационаре Курской городской клинической больницы № 4 в 2017 году.

Возраст пациентов составил от 35 до 70 лет. Распределение представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

Возраст	Абс.	Отн.
1 период зрелого возраста (21-35 лет)	2	13%
2 период зрелого возраста (36 – 55 лет)	5	33%
пожилой возраст (56 – 75 лет)	7	47%
старческий возраст (76-90 лет)	1	7%

Наибольшее количество послеоперационных грыж в нашем исследовании встречалось в пожилом возрасте (56 – 75 лет).

Из данных анамнеза заболевания было выяснено, что сроки формирования грыжи составили от 2 месяцев до 6 лет. Грыжевое выпячивание

сформировалось в срок до 1 года у 8 (53%) пациентов, от 1 года до 3 лет – у 5 (33%), от 3 до 6 лет – 2 (14%) больных.

В работе сравнивали эффективность лечения послеоперационных вентральных грыж способами «onlay» и «sublay» на основании данных локального статуса, длительности дренирования раны, сроков стационарного лечения. Также проводили оценку качества жизни больных после лечения с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey». Опросник включает в себя 8 шкал, охватывающих составные характеристики здоровья и объединяющихся в два суммарных измерения: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья.

Основную группу (ОГ) составили 10 (66%) пациентов, которым выполнялась герниопластика полипропиленовой сеткой (ППС) по методике «onlay». В контрольную группу вошли 5 (34%) пациентов, оперированных по методике «sublay».

Результаты и их обсуждения. Данные оценки локального статуса после операции представлены в таблице 3.

Таблица 3. Локальный статус после аллопластики.

Показатель	onlay		sublay	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Боль в области операции	2	20	4	80
Ограничение подвижности брюшной стенки	1	10	3	60
Ощущение инородного тела в области операции	3	30	4	80

При герниопластике способом «sublay» чаще наблюдаются локальные изменения в области послеоперационной раны.

Длительность дренирования брюшной полости у пациентов основной группы составила в среднем 2 суток, в группе сравнения – от 3 до 8 суток.

Срок послеоперационного лечения в стационаре больных исследуемой группы составил 12,1± 1,8 суток; контрольной группы – 15,7± 2,6 суток.

Данные, полученные при анализе ответов опросника SF-36, представлены в таблице 4.

Таблица 4. Оценка качества жизни больных

Группы обследованных	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)									
	ФФ	РФФ	ИБ	ОСЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ	ФК	ПК
Пациенты до операции	20,0 ± 5,5	36,1 ± 14,0	61,4 ± 21,9	45,4 ± 6,1	42,3 ± 4,1	28,3 ± 7,0	55,6 ± 27,2	47,0 ± 5,4	40,5 ± 7,2	40,6 ± 7,0

Пациенты через 6 мес. после операции способом «onlay»	82,1 ± 13,7	68,4 ± 25,0	90,1 ± 14,1	69,5 ± 10,3	76,9 ± 8,1	78,2 ± 13,0	69,5 ± 31,6	78,6 ± 11,5	92,3 ± 8,2	88,7 ± 8,6
Пациенты через 6 мес. после операции способом «sublay»	57,2 ± 12,2	62,2 ± 21,0	75,3 ± 13,1	61,5 ± 9,8	52,6 ± 7,5	63,1 ± 12,3	61,1 ± 25,8	55,6 ± 10,8	72,2 ± 7,1	68,6 ± 8,2

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

ФФ – физическое функционирование; РФ – ролевое функционирование; Б – интенсивность боли; ОСЗ – общее состояние здоровья; Э – энергичность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье. ФК-физический компонент; ПК- психологический компонент.

У всех больных через 6 месяцев после операции отмечено достоверное повышение показателей опросника SF-36. У пациентов, оперированных способом «onlay», все исследуемые показатели достоверно увеличились по сравнению с пациентами, оперированными способом «sublay», соответственно: 1) физическое функционирование – на 30,3%; 2) ролевое функционирование – на 9,06%; 3) интенсивность боли уменьшилась – на 16,4%; 4) показатель общего состояния здоровья увеличился на 11,5%; 5) жизнеспособность – на 31,5%; 6) социальное функционирование – на 19,3%; 7) ролевое функционирование – на 12,08%; 8) психологическое здоровье – на 29,2%.

Выводы. В исследовании установлено, что лечение послеоперационных вентральных грыж по методике «onlay» более эффективно в сравнении со способом «sublay», так как у пациентов основной группы реже наблюдается локальные изменения в области послеоперационной раны, длительности дренирования брюшной полости меньше, сроки пребывания в стационаре короче.

Согласно данным опросника SF-36, качество жизни больных после лечения послеоперационных вентральных грыж, значительно улучшилось, но у пациентов основной группы показатели здоровья достоверно выше контрольной. Физический компонент здоровья пациентов основной группы на 21% выше чем у контрольной, психологический компонент на 22%, что свидетельствует о большей эффективности методики «onlay».

Список литературы.

1. Малков И.С.,.Малкова М.И. Пути улучшения результатов лечения больных спослеопервационными вентральными грыжами // Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95. № 4. С 543-548.

2. Чарышкин А.Л., Фролов А.А. Сравнительные результаты герниопластики у больных с большими послеоперационными вентральными грыжами // Ульяновский медико-биологический журнал. 2014. № 1. С. 55-63

3. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Гнедько К.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Михайлов И.В.

Актуальность исследования обусловлена высокой и постоянно увеличивающейся заболеваемостью раком ободочной кишки [1].

Целью исследования является проведение анализа клинико-морфологической структуры и непосредственных результатов лечения РОК.

Материал и методы: медицинские карты 106 пациентов, оперированных по поводу рака ободочной кишки (РОК) в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере (ГОКОД) в 2015 году. Создана электронная база данных в среде MS Access, проведен статистический анализ клинико-морфологических факторов и непосредственных результатов лечения. Оценка различий проводилась с помощью точного критерия Фишера, с поправкой Бонферрони для множественных сравнений, с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 62,9±11,3 года (от 23 до 80 лет). Мужчин было 33 (31,1%), женщин – 73 (69,9%). I стадия – в 8 (7,5%) случаях, II – в 57 (53,8%), III – в 30 (28,3%) и IV – в 11 (10,4%). Преобладали хроническая кишечная непроходимость и анемия. Частота осложнений опухолевого процесса, в зависимости от локализации первичной опухоли, представлена в таблице 1. Осложненное течение опухолевого процесса наблюдалось в 29 (27,4%) случаях.

Осложнения чаще наблюдались при более распространенном РОК: при T3 и T4 (n=89) различные осложнения развились в 25 (28,1%) случаях, тогда как при T1-T2 (n=17), осложнений не наблюдалось (P=0,007).

Таблица 1.Частота осложнений опухолевого процесса в зависимости от локализации РОК

Осложнения	Локализация опухоли в ободочной кишке			
	Правые отделы (n=53)	Поперечная (n=7)	Левые отделы (n=46)	P
Хр. кишечная непрох-мость	4 (7,7%)	2 (28,6%)	3 (6,5%)	>0,05
Перифокальный абсцесс	1 (1,9%)	1 (14,3%)	1 (2,17%)	>0,05
Анемия	12 (23,1%)	1 (14,3%)	3 (6,5%)	>0,05
Кишечное кровотечение	1 (1,9%)	-	-	
Всего	18 (34,0%)	4 (57,2%)	7 (15,2%)	0,06*

Характер и объём операций зависел от локализации и распространённости опухолевого процесса. Наиболее частым вмешательством (таблица 2) была правосторонняя гемиколэктомия (50,9%). Структура операций отражает современную тенденцию в лечении РОК – во всех случаях был сохранен естественный пассаж кишечного содержимого. Комбинированные операции были выполнены в 27 (25,5%) случаях.

Таблица 2 Локализации РОК и характер операций

Вид операции на ободочной кишке	Локализация опухоли							
	Слепая n=22	Аппендикс n=1	Восходящая n=19	Печёночный изгиб n=10	Поперечная n=8	Селезёночный изгиб n=7	Нисходящая n=7	Сигмовидная n=32
ПГКЭ	22 100%	1 100%	18 94,7%	10 100%	4 50%	-	-	-
Резекция поперечной кишки	-	-	-	-	4 50%	-	-	-
ЛГКЭ	-	-	-	-	-	6 85,71 %	7 100%	1 3,13%
Резекция сигмы	-	-	-	-	-	-	-	26 81,25 %
Передняя резекция прямой кишки	-	-	-	-	-	-	-	5** 15,62 %

Резекции восходящей кишки	-	-	1* 5,26%	-	-	-	-	-
Резекции нисходящей кишки	-	-	-	-	-	1* (4,2%	-	-
Всего	22 100%	1 100%	19 100%	10 100%	8 100%	7 100%	7 100%	32 100%

* – Экономные операции выполнены по поводу малигнизированных полипов, неудалимых эндоскопически;

** – Передняя резекция выполнялась при раке сигмы с врастанием в верхнеампулярный отдел примой кишки или при метастатическом поражении лимфоузлов по ходу верхней прямокишечной артерии;

ПГКЭ – правосторонняя гемиколэктомия;

ЛГКЭ – левосторонняя гемиколэктомия.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 9 (8,5%) случаях (таблица 3). Чаще (χ^2=3,93, P=0,047) – у больных с исходно осложненным течением опухолевого процесса (5 случаев, 17,2%), в сравнении с пациентами, имевшими неосложненный РОК (4 случая, 5,2%). Статистически значимых различий частоты послеоперационных осложнений, в зависимости от характера оперативных вмешательств, в исследуемой группе пациентов не выявлено. В целом различные «хирургические» осложнения наблюдались в 6 (5,7%) случаях, «нехирургические» – в 3 (2,8%). Послеоперационной летальности в исследуемой группе пациентов не наблюдалось.

Таблица 3. Зависимость частоты послеоперационных осложнений от вида операции

Послеоперационные осложнения	Вид операции							
	ПГКЭ (n =55)	Резекция восх. кишки (n=1)	Резекция поперечной кишки (n=4)	ЛГКЭ (n=14)	Резекция нисходящей кишки (n=1)	Резекция сигмы (n=26)	Пер. резекция прям. кишки (n=5)	P
Эвентрация	1 (1,8%)	-	-	-	-	-	-	>0,05
Кишечная непроходимость	1 (1,8%)	-	-	-	-	-	-	>0,05
Нагноение раны	2 (3,6%)	-	1 (25,0%)	-	1 (100%)	-	-	>0,05

Пневмония	2 (3,6%)	-	-	-	-	-	-	>0,05
ТЭЛА мелких ветвей	1 (1,8%)	-	-	-	-	-	-	>0,05
Всего	7 (12,7%)	-	1 (25,0%)	-	1 (100%)	-	-	>0,05

Выводы. Локализация опухоли в правых и левых отделах ободочной кишки наблюдалась с практически одинаковой частотой (49,1 и 43,4%), реже – в поперечной ободочной кишке (7,5%). Более чем у трети больных (38,2%) наблюдался РОК III и IV стадии. Осложненное течение опухолевого процесса наблюдалось в 27,4% случаев.

Структура операций отражает стремление к повышению качества жизни пациентов – во всех случаях был сохранен естественный пассаж кишечного содержимого. В 25,5% выполнены комбинированные операции.

Непосредственные результаты операций по поводу РОК в условиях специализированного отделения, носящие преимущественно плановый характер, являются вполне удовлетворительными. Послеоперационные осложнения наблюдались у 8,5% пациентов (чаще – при исходно осложненном течении опухолевого процесса), послеоперационная летальность в анализируемой группе пациентов отсутствовала.

Список литературы.

1. Конюхов, В. «Диагностическая сеть» для рака / В.Конюхов // Медвестник. - 2008. - № 47 (881). – // [Электронный ресурс] - 2011. - Режим доступа: http://www.medvestnik.by/ru/issues/a_2115.html. - Дата доступа: 27.02.2011.

ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Голобокова М.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Алименко О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема шока во все времена остается важной, так как не прекращаются военные и террористические акты, природные и техногенные катастрофы и тд. Стоит отметить, что термин «шок» стал употребляться часто не по назначению. Из-за неправильного применения данного термина, вносится не только путаница в лечение, но и создается опасность для жизни человека. Шок – это состояние, процесс, который нельзя рассматривать отдельно в клинике от известных нозологических форм [2].

В основе этиологии гиповолемического шока лежит уменьшение ОЦК по отношению к емкости сосудистого русла при кровопотере, неадекватном потреблении жидкости, повреждении паренхиматозных органов и др [1,2].

Инфекционно-токсический шок – это сложный патологический процесс, развивается при сепсисе. Чаще вызывает данный вид шока эндотоксин грамотрицательных микроорганизмов, под действие эндотоксина начинают работать все медиаторы восполения [1].

Целью исследования является проведение сравнительной оценки качества жизни пациентов, перенесших гиповолемический шок и инфекционно-токсический шок на фоне перитонита.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней 38 пациентов в возрасте от 25 до 84 лет с диагнозом серозно-фиброзный/гнойный перитонит, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ КГКБ СМП с сентября 2018 по ноябрь 2018 года. Среди обследуемых было 17 (45%) женщин и 21 (55%) мужчин. Все пациенты были разделены на две исследуемые группы: первая группа – с геморрагическим шоком (19 человек), вторая группа – пациенты с инфекционно-токсическим шоком (19 человек).

Таблица 1 Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст больных	1-я группа (n=19)		2-я группа (n =19)	
	Муж	Жен	Муж	Жен
25-40 лет	4 (21,1%)	-	2 (10,5%)	2 (10,5%)
41-55 лет	3 (15,8%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	1 (5,2%)
56-70 лет	3 (15,8%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)
71-85 лет	1 (5,2%)	1 (5,2%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)
Всего	11 (57,9%)	8 (42,1%)	12 (63,2%)	7 (35,8%)

Из таблице видно, что как в первой, так и во второй группе преобладали мужчины. В первой группе их больше чем женщин на 15,8%, а во второй группе – на 27,4%.

Комплексное клиническое обследование первой и второй групп больных проводилось стандартно. В диагностике использовались лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. Инструментальные методы исследования: УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенологические исследования брюшной полости и грудной клетки, КТ, МРТ.

Результаты и обсуждения. Изучение качества жизни больных осуществлялось с помощью опросника MOS-SF-36. Данные после клинического исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2 Частота клинических симптомов

Симптомы	1-я группа (n=19)		2-я группа (n =19)	
	абс.	%	абс.	%
Бледность кожных покровов	13	68,4	9	47,4
Тахикардия	12	63,1	6	31,6
Гипертермия	6	31,6	19	100
Тошнота	1	5,3	16	84,2
Слабость	19	100	19	100
Абдоминальные боли	2	10,5	19	100

Из таблице 2 видно, что наиболее частыми симптомами являются слабость, гипертермия, бледность кожных покровов.

В таблице3 приведены полученные результаты лабораторных исследований.

Таблица 3 Результаты лабораторных исследований

Показатель	1-я группа (n=19)		2-я группа (n =19)	
	абс.	%	абс.	%
Число эритроцитов	$3,1*10^{12}$г/л	100	$3,3*10^{12}$ г/л	100
Гемоглобин	105	100	102 г/л	100
Число тромбоцитов	$238*10^{9}$ г/л	100	$372*10^{9}$ г/л	100
Число лейкоцитов	$8,9*10^{9}$	100	$15,4*10^{9}$	100
Скорость оседания эритроцитов	34мм/ч	100	4мм/ч	100

Проанализировав данные таблицы видно, что у пациентов из первой группы наблюдается анемия, в то время как у пациентов из второй группы отмечаются воспалительные процессы. Данные инструментальных исследований приведены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты инструментальных исследований

Показатель	1-я группа (n=19)		2-я группа (n =19)	
	абс.	%	абс.	%
Свободный газ	-	-	12	63,2
Жидкость свободная или осумковатая	19	100	4	21,0
Наличие гематом	15	79,0	3	15,8
Кишечная непроходимость	5	26,3	7	37,0

Проанализировав данные таблицы видно, что у пациентов первой группы чаще встречается жидкость в брюшной полости, в то время как у пациентов второй группы чаще встречается газ.

Былипроведеныоперационныевмешательства:устранениеисточниказаболевания, санация брюшной полости, дренирование брюшной полости, ревизия брюшной полости.

Показатели качества жизни пациентов после оперативного лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3. Качества жизни пациентов с помощью опросника MOS-SF-36

Шкала SF-36	Группа1 (n = 15)	Группа2 (n = 10)
Физическое функционирование	71,6±14,1	44,5±25,8*
Ролевое физическое функционирование	67±26,2	40± 35,8*
Интенсивность боли	78±20,1	35±32,2*
Общее состояние здоровья	62±11,9	34,9± 25,1*
Жизненная активность	63±10,9	39±26,8*
Социальное функционирование	75±15,7	47,5± 31,6*
Ролевое эмоциональное функционирование	62±11,7	26,6±30,6*
Психологическое здоровье	67,5±9,8	50,4±17,9*
Физический компонент здоровья	47,1± 7,1	34,2±12,2*
Психический компонент здоровья	46,2±6,4	36,8±10,1*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Из представленной таблицы видно, что качество жизни пациентов с гиповолемическим шоком лучше чем пациентов, перенесших инфекционно-токсический шок, в плане физического компонента здоровья на 12,8%, а в плане психологического компонента здоровья – на 9,2%.

Выводы. Качество жизни пациентов, перенесших геморрагический шок более благоприятно, чем у пациентов с инфекционно-токсическим шоком.

Список литературы.

1. Русин В.И., Смотрин В.И. Современныеподходы к лечениюострогоперитонита // Журнал Гродненскогого сударственного медицинского университета. 2009. Т.28, № 2. С.88-91.

2. Скворцов, В.В., Тумаренко А.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения геморрагического шока// Справочник врача общей практики. 2013. Т.1, № 3. С.027-030.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ

Дубонос П.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Братчиков О.И.

Актуальность исследования состоит в том, что современная концепция патогенеза большинства заболеваний человека базируется на фундаментальной теории свободных радикалов, известной также как теория окислительного

(оксидативного) стресса. Окислительный стресс в широком смысле слова трактуется как разнообразные проявления на системном, органном и клеточном уровнях избыточных окислительно-восстановительных реакций, приобретающих неконтролируемый каскадный характер в связи с неконтролируемым (избыточным) поступлением извне или эндогенной гиперпродукцией свободных радикалов [1].

Целью исследования является изучение динамики основных параметров оксидативного статуса предстательной железы на фоне стандартной антимикробной монохимиотерапии и обосновать целесообразность дополнительного назначения антиоксидантной терапии в различных экспериментальных моделях хронического бактериального простатита (ХБП).

Материалы и методы: в экспериментах использовалось 60 беспородных половозрелых здоровых самцов белых крыс массой тела 180–200 граммов. В качестве контрольной группы использовались 20 половозрелых интактных самцов белых крыс. Из оставшихся 40 животных были сформированы две экспериментальные группы по 20 животных в каждой, а в каждой группе выделялись еще по две подгруппы по 10 животных, в которых было выполнено две серии опытов в моделях эпизода и рецидива ХБП (на основе методики Nickel J.C. (1990) и Goto T. (1991)) [2], соответственно, с оценкой результатов антимикробной монохимиотерапии (левофлоксацин per os по 12,5 мг/кг/сутки в течение 20 дней) в каждой из подгрупп на основании исследования ряда показателей в гомогенатах предстательных желез (степень микробиологической эрадикации, уровень активных форм кислорода (АФК), уровень диеновых конъюгатов и малонового диальдегида, активность супероксиддисмутазы (СОД) и сукцинатдегидрогеназы (СДГ)) с последующей их статистической обработкой.

Результаты и обсуждения. Микробиология и эффективность стандартной антимикробной монохимиотерапии в модели эпизода ХБП оказалась выше, чем в модели рецидива заболевания (90,0% против 80,0, соответственно; $p<0,05$). Степень свободно–радикальной агрессии и выраженность перекисного окисления липидов при рецидиве ХБП оказались достоверно выше, а активность СОД и СДГ – достоверно ниже, чем при эпизоде ХБП ($p<0,05$). В обеих моделях после антимикробной санации в ткани предстательной железы продолжали персистировать резидуальные оксидативные нарушения, свидетельствовавшие о незаконченности (в случае эпизода ХБП) или декомпенсации (в случае рецидива ХБП) антиоксидантной системы защиты.

Выводы. Целенаправленная антимикробная монохимиотерапия ХБП приводила в целом к удовлетворительным результатам микробиологической санации предстательной железы, но полностью не ликвидировала проявления инфекционно–индуцированного окислительного стресса органа. Сохранение после курса этиотропной антимикробной монохимиотерапии резидуальных оксидативных нарушений в предстательной железе обосновывало патогенетическую целесообразность дополнительного назначения антиоксидантов (антигипоксантов) в рамках комбинированной фармакотерапии ХБП.

Список литературы.

1. Божедомов В.А., Николаева М.А., Ушакова И.В., Мингболатов А.Ш., Александрова Л.М., Липатова Н.А., Голубева Е.Л., Теодорович О.В., Сухих Г.Т. Роль процессов свободно-радикального окисления в патогенезе мужского иммунного бесплодия // Андрология и генитальная хирургия. – 2010. – № 4.. 62–66с.;

2. Кутлуев М.М. Состояние процессов свободнорадикального окисления в ткани предстательной железы при простате (экспериментально-клиническое исследование). Автореф. дисс.. к.м.н. Н.Новгород, 2011. 23с.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ

Дудченко С.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель – к.м.н., доцент Жабин С.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей являются одним из частых проявлений генерализованного атеросклероза, встречаются у 2-3% населения, составляет 20% от всех заболеваний сердечно-сосудистой системы [4]. При этом тяжесть сопутствующих поражений во многом определяет клиническое течение хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей [1, 2].

В течение первых 5 лет после постановки диагноза облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, до 50% больных умирает от инфаркта и инсульта. Кроме того, снижение лодыжечно-плечевого индекса на каждые 0,1ед увеличивает риск развития инфаркта миокарда на 10% [5].

После появления первых симптомов у 10-40% больных в течение 3-5 лет развивается гангрена, что приводит к ампутации конечности. Даже при лечении пациентов в условиях специализированного стационара количество ампутаций достигает 10-20%, а смертность – 15% [3].

Целью исследования является изучение влияния генетической предрасположенности и диагностических аспектов на результаты хирургического лечения у больных с хронической артериальной недостаточностью.

Материалы и методы: объектом для данного исследования послужила выборка из 400 пациентов с хронической артериальной недостаточностью, из которых были сформированы 2 группы больных. В первую группу вошли 100 пациентов (средний возраст – 62,6±8,8; 67 мужчин и 33 женщины) с диабетической ангиопатией нижних конечностей, вторая группа составила 300

больных (средний возраст60,5±9,1; 284 мужчины и 16 женщин) облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Контрольная группа 550 человек, кроме сбора клинических и лабораторных данных, у всех пациентов проводилось анкетирование по выявлению факторов риска исследуемого заболевания.

Для проведения молекулярно-генетических исследований у всех обследуемых проводился забор венозной крови в количестве 2,5–3 мл натощак в стерильные вакуумные пробирки, содержащие цитрат натрия, с последующим кодированием, заморозкой и транспортировкой в Научно-исследовательский институт генетической и молекулярной эпидемиологии.

Выделение геномной ДНК осуществляли стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции. При генотипировании полиморфизмов использовали метод ПЦР в режиме реального времени с дискриминацией аллелей с помощью TaqMan-зондов на приборе CFX-96 фирмы «Bio-Rad».

Определение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, проводили с использованием неинвазивной методики с помощью прибора AGE-reader (Нидерланды).

Для оценки соответствия распределений генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга и сравнения распределений частот генотипов, аллелей в выборках использовали критерий χ^2 и отношение шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (CI). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 10.0 и MS Excel.

Результаты и обсуждения. В исследование включались только потенциально значимые гены и их полиморфизмы, отобранные после тщательного анализа зарубежных источников литературы.

Частоты генотипов полиморфизмов C677T гена MTHFR, A66G гена MTRR, T1565C гена ITGB3, C482T гена GP1BA, T13254C гена GP6 находились в соответствии с равновесием Харди-Вайнберга как в контрольной группе, так и в группе больных диабетической ангиопатией нижних конечностей ($p>0,05$) и облитерирующим атеросклерозом ($p>0,05$).

Однако, наиболее значимыми генами являлись MTHFR, MTRR, MTR.

С диабетической ангиопатией нижних конечностей ассоциировались следующие полиморфизмы: C677T и 677TT гена MTHFR, 482TT гена GP1BA.

С облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей были ассоциированы полиморфизмы следующих генов: A66G гена MTRR, A2756G гена MTR, T13254C гена GP6, T1565C гена ITGB3, C482T гена GP1BA.

При курении риск увеличивается вдвое (OR = 2,52 95%CI 1,57-4,08; $p=0,0001$), однако у некурящих пациентов данный полиморфизм не оказывал своего влияния (таблица 1).

Таблица 1. Распределение аллелей и генотипов полиморфизма A66G гена MTRR у пациентов с облитерирующим атеросклерозом и здоровых лиц при курении.

Аллели, генотипы		Больные (n=208) n (%)[1]	Контроль (n=185) n (%)[1]	χ^2 (p)[2]	OR (95% CI)*
Аллели	A	0,447	0,559	9,886 (0,0017)	1,57 (1,18-2,08)
	G	0,553	0,441	9,886 (0,0017)	1,57 (1,18-2,08)
Генотипы	A/A	48 (23,1)	53 (28,6)	1,59 (0,21)	1,34 (0,85-2,11)
	A/G	90 (43,3)	101 (54,6)	5,027 (0,025)	0,63 (0,43-0,95)
	G/G	70 (33,7)	31 (16,8)	14,64 (0,0001)	2,52 (1,56-4,08)

[1]Абсолютное число и процент лиц с исследуемым генотипом;

[2] Статистики Хи-квадрат и p-уровни значимости (df=1);

* – Отношение шансов с 95% доверительными интервалами;

Выводы. Впервые в русской популяции установлена ассоциация полиморфизма C677T гена MTHFR с повышенным риском развития диабетической ангиопатии нижних конечностей, исключительно у курящих мужчин. Носительство генотипа 677TT сопряжено с повышенным (более чем в 4 раза) риском развития диабетическойангиопатии нижних конечностей у мужчин при курении. При исследовании полиморфизма A2756G гена MTR среди курящих мужчин выявлена ассоциация с риском развития облитерирующего атеросклероза (OR = 3,6 при 95% CI 2,91-6,67; p=0,01). При анализе полиморфизма A66G гена MTRR установили, что носительство данного генотипа сопряжено с повышенным (более чем в 5 раз) риском развития диабетической ангиопатии нижних конечностей у курящих пациентов (OR = 5,13 95% при CI 2,28-13,79; p=0,01). У некурящих пациентов генотип A66G гена MTRR не оказывал влияния на развитие данного осложнения сахарного диабета. Полученные данные будут использованы для выбора наиболее эффективной тактики хирургического лечения с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Список литературы.

1. Бокерия, Л.А. Послеоперационная реабилитация больных с критической ишемией нижних конечностей / Л.А. Бокерия, В.И. Коваленко, М.Б. Темрезов // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. – 2009. – № 6. – С. 137.

2. Гавриленко А.В. Влияние тактических ошибок на результаты хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (обзор литературы) / А.В. Гавриленко, А.Э Котов, Я.Ю. Муравьева // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – № 1. – С. 138-143.

3. Калинин, Р.Е. Комплексная оценка функционального состояния эндотелия у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей при различных методах оперативного лечения: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.44 / Калинин Роман Евгеньевич. – Рязань, 2009. – 48 с.

4. Сравнительный анализ частоты тромбоэмболических осложнений у стационарных больных больниц города Курска / В.А. Лазаренко, М.В. Хруслов, С.Н. Жабин и др. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2012. - № 4. – С.84-86.

5. Dardik H. Regarding the posterior approach to crural arteries letter? Comment / H.Dardik // J.Vasc. Surg. – 1994. – Vol. 20, № 2. – P. 318.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Зубкова Ю.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., Валуйская Н.М

Актуальность исследования состоит в том, что количество пациентов с травмами различной локализации увеличивается во всем мире. Однако именно травмы брюшной стенки, занимают особое положение – они являются одними из наиболее тяжелых видов повреждений вследствие риска развития перитонита, и массивных кровотечений – обладают высоким процентом летальных исходов [1].

В настоящее время проблема травм брюшной стенки не теряет своей актуальности, в связи с возросшим количеством дорожно-транспортных происшествий, травм на производстве, не соблюдением техники безопасности и высоким криминальным уровнем. Согласно статистике 7-8 млн. человек в мире ежегодно получают различные повреждения, 20% имеют травмы живота в военное время, 7-10% – травмы живота в мирное время, летальность при закрытой травме – 20%, при открытой травме – 5% [2].

Целью исследования является проведение сравнительной оценки качества жизни пациентов, с травмами полых и паренхиматозных органов.

Материалы и методы: в ходе проведенного исследования было проанализировано 20 историй болезни, пациентов, поступивших в хирургическое отделение и находившихся на лечении в ОБУЗ Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи за период с сентября 2018 по март 2019 года.

Пациенты были распределены на 2 группы: группа 1- пациенты, получивших травмы полых органов, группа 2 – травмы паренхиматозных органов, по 10 человек в каждой. Показатели распределения пациентов по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1.Частота распределения пациентов по полу и возрасту

Группа	Пол		Возраст			
	мужской	женский	23-31	32-45	46-55	56-70
Группа1 (n=10)	9 (90%)	1 (10%)	7 (70%)	1 (10%)	2 (20%)	0 (0%)
Группа 2 (n=10)	8 (80%)	2 (20%)	1 (10%)	5 (50%)	3 (30%)	1 (10%)

Возраст пациентов варьируется в промежутке от 23 до 70 лет. Гендерная принадлежность пациентов составляет: 85% мужчины, 15% женщины. После проведения лечения и оказания соответствующей медицинской помощи, была произведена оценка состояния здоровья с помощью специальной методики Health Status SurveySF 36.

При поступлении пациентов в хирургическое отделение, комплексное клиническое обследование 1 и 2 групп проводилось стандартно.

В диагностике использовались лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторные методы исследования: общий анализ крови; биохимический анализ крови; общий анализ мочи. Инструментальные методы исследования: УЗИ забрюшинного пространства и органов брюшной полости, рентгенография органов брюшной полости и почек, лапароскопия, лапароцентез, уретрография, рентгенография.

Результаты и обсуждения. При объективном исследовании у пациентов были выявлены следующие симптомы. Сводные данные по частоте клинических симптомов представлены в таблице 2.

Таблица 2.Частота клинических симптомов выявленных у пациентов

Симптом	Группа1 (n=10)	Группа2 (n=10)
Боль при пальпации брюшной стенки	10 (100%)	10 (100%)
Напряжение брюшной стенки	9 (90%)	7 (70%)
Наличие экхимозов	4 (40%)	5 (50%)
Аускультация кишечных шумов (отсутствие)	3 (30%)	4 (40%)
Симптом Блюмберга-Щеткина	1 (10%)	2 (20%)
Притупление перкуторного звука	2 (20%)	3 (30%)
Падение артериального давления	9 (90%)	7 (70%)
Вздутие живота	2 (20%)	3 (30%)
Сухость слизистых оболочек	4 (40%)	6 (60%)
Повышение температуры тела	5 (50%)	7 (70%)

Таким образом, анализируя данные, приведенные в таблице, можно констатировать, что у 100% пациентов Iи II групп наблюдается болезненность при пальпации. Напряжение брюшной стенки незначительно преобладает в 1 группе. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга указывает на развитие

перитонита. Стоит отметить, что практически в равном соотношении (40% и 50%) в обеих группах констатируются наличие экхимозов.Отсутствие перистальтических шумов при одновременном отсутствии резкого вздутия указывает на травму внутренних органов. Симптом снижения артериального давления превалирует у пациентов 1 группы.

Частота изменений показателей общего анализа крови представлены в таблице 3.

Таблица 3.Частота изменения показателей общего анализа крови

Показатель	Группа1 (n=10)	Группа2 (n=10)
Снижение уровня эритроцитов	5 (50%)	6 (60%)
Снижение уровня гемоглобина	4 (50%)	5 (40%)
Лейкоцитоз	6 (60%)	7 (70%)
Падение гематокрита	4 (40%)	5 (50%)

Из таблицы следует, что при лабораторной диагностике пациентов с травмами живота наблюдались следующие изменения в анализе крови: У больных 1 группы – лейкоцитоз, повышенная скорость снижения уровня эритроцитов, падение гемоглобина. Группа 2отмечается снижение гемоглобина, гематокрита и эритроцитов. Исходя из проанализированных данных, можем сделать вывод, что у пациентов I группы в анализах крови преобладают симптомы воспаления, второй – анемии.

Таблица 4.Распределение пациентов исследуемых групп в зависимости от данных лучевой диагностики

Симптом	Группа1	Группа 2
Наличие свободного газа в брюшной полости	6 (60%)	0 (0%)
Наличие свободной жидкости	7 (70%)	6 (60%)

Показатели качества жизни пациентов после оперативного лечения представлены в таблице 5.

Таблица 5.Оценка качества жизни пациентов 1 и 2 групп

Шкала SF 36	I группа	II группа	P*
Физическое функционирование	63,8±5,5	56,2±12,7	<0,05
Ролевое функционирование	66,5±7,3	63,3±4,8	<0,05
Интенсивность боли	56,1±8,2	49,1±10,7	<0,05
Общее состояние здоровья	52,3±4,4	44,2±4,7	<0,05
Жизненная активность	53,5±8,3	51,1±2,5	<0,05
Социальное функционирование	64,6±5,3	66,9±3,5	<0,05
Эмоциональное функционирование	54,5±10,8	52,8±14,5	<0,05
Психологическое здоровье	62,2±6,9	51,5±3,2	<0,05
Физический компонент здоровья	55,3±12,8	45,4±4,7	<0,05
Психологический компонент здоровья	63,8±7,4	52,1±2,9	<0,05

Исходя из данных представленных в таблице, отметим – у большинства больных наблюдается ушиб соответствующего органа и передней брюшной стенки. В отдельных случаях: гематома сальника, мезентериальный лимфоаденит и повышенная эхогенность почки. В первой группе свободная жидкость присутствует в 70% случаев, во второй 60%.Газ в брюшной полости диагностируется только в 1 группе у 60% пациентов.

Анализируя данные, приведенные в таблице, можем сделать вывод, что осложнения после разрыва, в основном, паренхиматозных органов, получаемого в результате травмы живота, отрицательно сказываются на качестве жизни пациентов: физический компонент здоровья, в среднем, снижен на 9,9%, а психологический на 11,7%.

Выводы. Травмы полых органов менее негативно сказываются на здоровье пациентов, чем паренхиматозных.

Список литературы.

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика, профилактика и лечение осложнений при повреждениях поджелудочной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. - № 8. - С. 43-50.

2. Алиханов Р.Б., Кудрявцев П.В. Лапароскопические вмешательства на печени // Эндоскопическая хирургия. 2011. - № 2. -С. 55-58.

ИННОВАЦИОННЫЕ РАЗРАБОТКИ (СПОСОБЫ И МЕТОДИКИ) СОТРУДНИКОВ КГМУ ЗА 2013-2018 ГОДЫ

Иваныкина В.М., Потапова М.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Новомлинец Ю.П.

Актуальность исследования состоит в том, что в связи с быстрым развитием медицины, появляется потребность в новых методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Некоторые открытия пока еще не находят свое практическое применение, но закладывают фундамент для дальнейших исследований и разработок.

Инновационные разработки в области хирургии позволяют сделать технику выполнения различных операций менее инвазивной и более качественной и безопасной, тем самым, уменьшают риск развития осложнений. Опираясь на данные потребности, инновационная деятельность сотрудников КГМУ в области хирургии направлена на поиск новых методик и способов диагностики и лечения хирургических заболеваний, а также на усовершенствование уже существующих [1,2]

При изучении данных электронного архива ФИПС, а также регистрационного журнала учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности Курского государственного медицинского

университета была выявлена следующая динамика: всего за 2013 – 2018 годы было зарегистрировано 82 патента с инновационными методиками и способами.

Целью исследования является изучение научного вклада сотрудников КГМУ в развитие отечественной медицины и науки.

Материалы и методы исследования: материалом для исследования послужили электронный архив Федерального института промышленной собственности (ФИПС) [4] и регистрационный журнал учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности Курского государственного медицинского университета (с 2013 по 2018 годы). Методы исследования: анализ документации, работа с авторами.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования было выявлено 82 патента на способы и методики, которые были предложены сотрудниками и студентами КГМУ в период с 2013 по 2018 год.

Наибольшее количество регистраций патентов пришлось на 2015 (25 патентов) и 2017 (16 патентов) годы, наименьшее – за 2016 год – 4 патента.

За 2018 год наибольшее количество патентов было предложено кафедрой Травматологии и ортопедии (рисунок 1), а за 2013 г. – кафедрой Фармакологии.

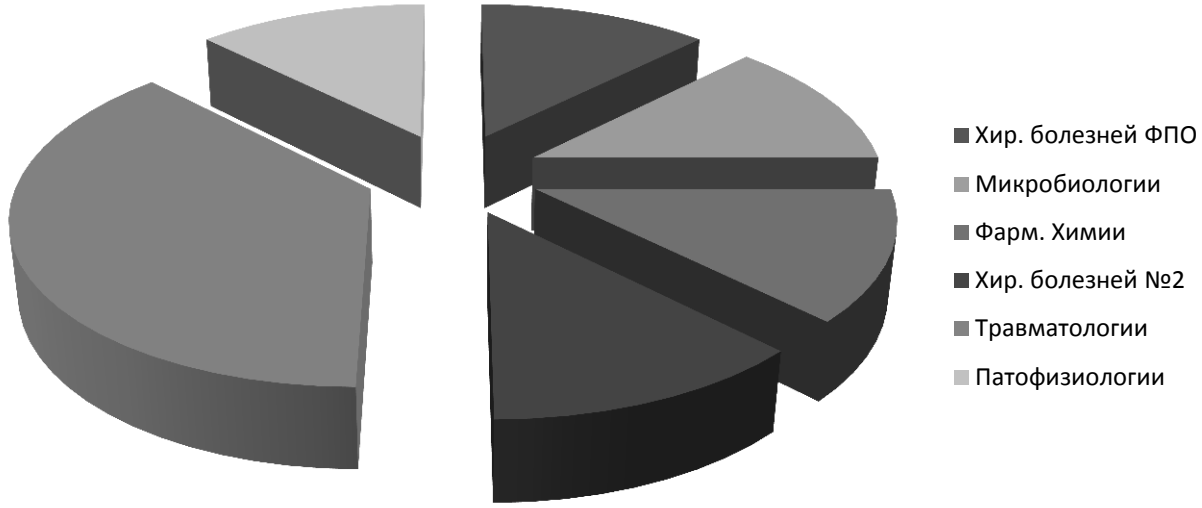


Рисунок 1. Заявки на патенты за 2018 год

Среди лидирующих кафедр по предложенным патентам за период 2013-2018 годы является кафедра Хирургических болезней ФПО, которой было предложено 20 патентов, далее следуют кафедры Фармакологии (15 патентов); Травматологии и ортопедии (13 патентов);Фармацевтической, токсикологической и аналитической химии (10 патентов); Патофизиологии (8 патентов) [4]

Анализ количества предложенных патентов (на методики и способы) среди кафедр КГМУ за 2013-2018 годы (рисунок 2):

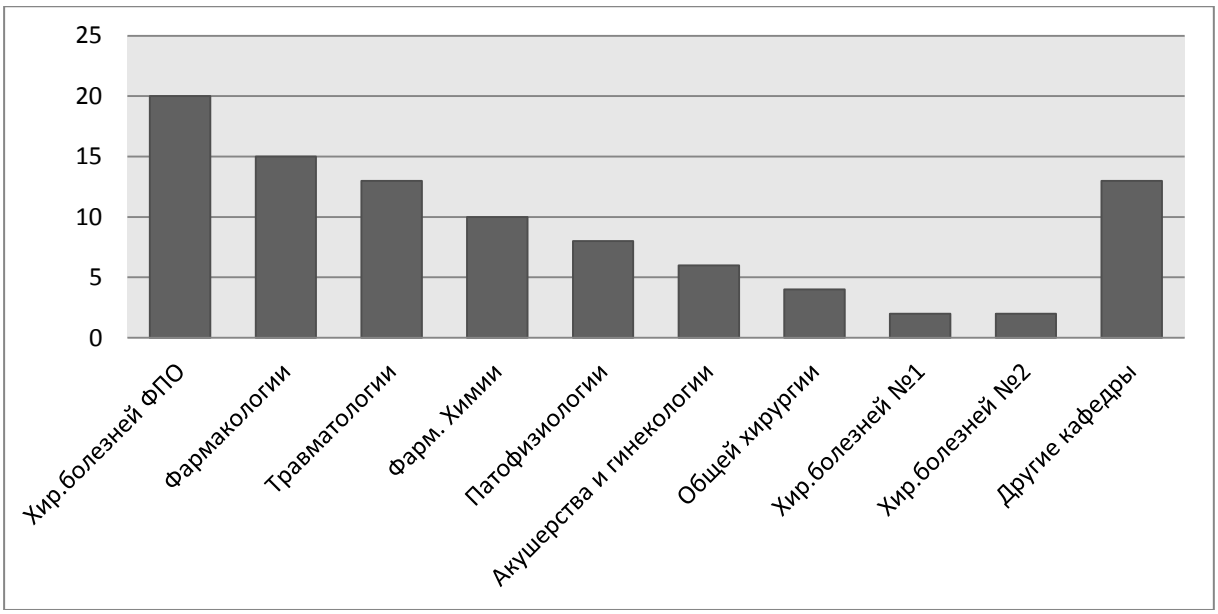


Рисунок 2. Патенты на способы и методики за 2013-2018 годы

Выводы. В результате проведенного исследования был выявлен значительный вклад профессорско-преподавательского состава Курского государственного медицинского университета в развитии науки Российской Федерации. Значительное количество инновационных способов и методик было предложено хирургическими кафедрами (общей хирургии, хирургии ФПО, травматологии и ортопедии, хирургических болезней), их применение возможно для облегчения хирургических операций, применения новых методик и доступов при выполнении операций и сведения риска осложнений к минимуму.

Список литературы.

1. Доли, А.Д. Получение патентов на изобретение и полезную модель на тождественные решения: позитив или негатив? / А.Д. Доли // Патенты и лицензии. М., 2015, № 5.–С.14-17.

2. Лазаренко, В.А. Курский государственный медицинский университет. 80 лет развития и инноваций / В.А.Лазаренко//Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. - № 1. – С.7-9.

3. Семенова, М.В. Нематериальные ресурсы. Оценка и правовое регулирование в процессе коммерциализации / М.В.Семенова, А.С. Ястребов СПб.: Политехника, 2011.–444с.

4. Электронный архив Федерального института промышленной собственности [Электронный ресурс]/ ФИПС. – Режим доступа:http://www1.fips.ru, свободный. (Дата обращения: 25.02.2019)

НАПРАВЛЕННЫЙ ТРАНСПОРТ ЦЕФТРИАКСОНА – ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ УСИЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Ипатов В.Ю., Опритова М.В., Безъязычная А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра урологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Братчиков О.И.

Актуальность исследования состоит в том, что цефтриаксон является антибиотиком цефалоспорином третьего поколения, который in vivo длительно сохраняется в организме и хорошо проникает в ткани. Серьезным недостатком применения цефтриаксона является выраженный аллергический компонент, угнетение активности печени, почек, изменения качественного и количественного состава крови. Все это может привести к резкому снижению антибактериальной активности цефтриаксона. В связи с этим применение клеток крови в виде транспортных векторов для цефтриаксона на первый взгляд является целесообразным, требующим дополнительного изучения.

Целью исследования является обоснование перспективности использования клеток крови как транспортных систем для направленного введения цефтриаксона в условиях воспалительных заболеваний почек.

Материалы и методы: эксперименты выполнены на белых беспородных крысах весом 200-210 грамм. Для всех экспериментальных животных были созданы идентичные условия. В опыты были отобраны животные близкие по весу, одного пола и возраста. При проведении исследований руководствовались основным принципом, используемым в международной практике – Конвенции по защите позвоночных животных (город Страсбург, Франция, 1986).

Количественную экспертизу цефтриаксона проводили разработанной нами спектрофотометрической методикой. Предложенная методика включала в себя двукратное изолирование из биологического материала по 30 минут с 50 мл смеси ацетон-вода (5:5). Далее проводили очистку методом ТСХ с использованием хроматографических пластин «Сорбфил» с УФ-индикатором ПТСХ-АФ-А-УФ. После хроматографирования участок с пятном анализируемого вещества, соответствующего стандарту, вырезали, помещали в пробирку и элюировали смесью вода-диметилсульфоксид (5:5) в течение 15 минут. Исследовали особенность поглощения элюата на сканирующем спектрофотометре Shimadzu UV-1800 на фоне диметидсульфоксид-вода (5:5) в кварцевых кюветах с толщиной рабочего слоя 10 мм при 275,0 нм.

По существующим научным данным можно сделать вывод, что бактериальное воспаление в почках происходит при заражении микроорганизмами из-за нарушения уро- или гемодинамики почек [1].

Для моделирования токсического воздействия на почки (необструктивный пиелонефрит) производили введение арахидоновой кислоты внутривенно в дозе 2,5 мг/кг ежедневно в течение 10 дней, на 10 сутки эксперимента производили внутривенную инъекцию, содержащую кишечную палочку [1]. Заключение о функционировании выделительной способности

почек проверяли по значению концентрации мочевины и креатинина в крови [2]. Для оценки ферментативной активности в почках и количественную оценку клеток крови проводили используя методику Меньшикова В.В [2]. Для приготовления гистологических препаратов применяли процедуру окраски гематоксилином и эозином. После процедуры окраски цитоплазма клеток приобретала розовый цвет, а ядра – фиолетовый.

С целью внедрения цефтриаксона в строму эритроцитов проводили процедуру гипоосмотического гемолиза, для введения максимальной концентрации антибактериального препарата [3-4].

Для введения анализируемого антибиотика и его клеточную форму вводили с применением внутривенной инъекции, при этом использовали аллогенный перенос клеток. Тестируемые дозы лекарственного препарата соответствовали установленным терапевтическим дозам, пересчитанным с учетом соотношения поверхности тела биологического объекта и его массы по общепринятой формуле межвидового переноса доз с применением коэффициента пересчета в зависимости от массы тела. Внутривенную инъекцию антибиотика производили крысам в хвостовую вену.

Для обработки статистических данных практического исследования производили вычисление средних арифметических изучаемых показателей (M) и их стандартных ошибок (m). Для оценки существенности различий, полученных данных, применяли критерий Стьюдента и Вилкоксона-Манна-Уитни [5].

Результаты и обсуждения. Разработана и апробирована методика получения эритроцитарных носителей с цефтриаксоном и проанализирована специфика внедрения цефтриаксона в эритроцитарные носители (ЭН) здоровых животных и животных с моделированным поражением почек. Для этого ЭН здоровых крыс и крыс с моделированным пиелонефритом инкубировали с раствором препарата, содержащим 1 и 2 г цефтриаксона, в течение 10, 30, и 60 минут при температуре 4^{o}С. Процесс инкубации начинали с меньшей концентрации, а затем производили увеличение концентрации исследуемого лекарственного препарата в два раза. Устойчивость ЭН на десорбцию и выделение препарата из ЭН определяли путем двукратного предварительного отмывания и инкубации их в аутологичной плазме при 37^{o}С в течение 30 минут. Было установлено, что в ЭН здоровых доноров включается цефтриаксона 23,1%, а в ЭН крыс с пиелонефритом 21,8%. Анализ десорбционного процесса цефтриаксона из ЭН в плазму крови показало их достаточную устойчивость и тем самым подтвердило возможность использования эритроцитов для направленного транспорта антибактериального препарата.

Для оптимизации и увеличения эффекта от антибактериальной терапии при пиелонефрите с использование методом направленного транспорта эритроцитарных носителей с исследуемым цефалоспориновыми лекарственным препаратом возникала необходимость в создании его экспериментальной модели.

Было выявлено, что при пятикратном введении, группе экспериментальных животным с моделированным заболеванием, цефтриаксона в дозе 20 мг/кг и 10 мг/кг, приводило к нормальному значению температуру тела на 10-12 сутки, выделительную функцию почек на 12-14 сутки, при условии, что вес животных не изменялся. Увеличение лейкоцитов в крови на 10 сутки превышало в среднем на 10-12% от положенного значения, наблюдалось снижение лимфоцитов на 8-9%, количественное содержание нейтрофилов оставалось неизменным, дисбаланс активности ферментов в почках снижался, но не приводился к нормальному значению.

Существенное отличие можно было наблюдать при однократное введение крысам с моделированным пиелонефритом эритроцитарной формы цефтриаксона в разовой дозе и дозе в два раза меньшей (20 мг/кг; 10 мг/кг) температура тела пришла в норму на 5-6 и 6-7 сутки, работа выделительной системы нормализовалась на 5-6 и 6-7 сутки, на 10 сутки была выявлена нормализация количества лейкоцитов, лимфоцитов, нейтрофилов в крови, активности ферментов в почках.

Выводы. В ходе проведенного эксперимента была разработана и апробирована методика получения эритроцитарной формы цефтриаксона, включающая выделение ЭН, получение стандартизованной по количеству действующего вещества клеточной формы антибактериального препарата.

Выявлена существенная устойчивость разработанных клеточных носителей с антибактериальным препаратом из группы цефалоспоринов и их целесообразное применение при пиелонефрите, что дает возможность применения данной формы для направленного транспорта антибактериального препарат в органы и, в частности, в почки.

Список литературы.

1. Есилевский Ю.М. Патогенез пиелонефрита / Ю.М. Есилевский. -М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 368 с.
2. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике: справочник /ред. В.В. Меньшиков. - М.: Медицина, 1987. - 365 с.
3. Генинг Т.П. Использование форменных элементов крови для направленной доставки химиотерапевтических и диагностических препаратов в очаг поражения / Т.П. Генинг, И.И. Колкер, Ж.Ш. Жумадилов // Антибиотики и химиотерапия. - 1988. - Т.33, № 11 - С. 867-870.
4. Жумадилов Ж.Ш. Особенности включения некоторых антибиотиков в эритроцитарные тени - систему целенаправленной доставки химиотерапевтических препаратов / Ж.Ш. Жумадилов, Р.В. Макаренкова // Антибиотики и химиотерапия. - 1990. - Т. 35, № 11, - С. 54-56.
5. Лакин Г.Ф. Биометрия / Г.Ф. Лакин. - М.: Высшая школа, 1980.-293 с.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ КОЛЛАГЕНООБРАЗОВАНИЯ В РАЗВИТИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Клеткин М.Е., Мотева К.В., Смирнов Р.О., Бурилина Е.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней ФПО
Научные руководители – д.м.н., профессор В.И.Темирбулатов, д.м.н., профессор Н.Н.Григорьев

Актуальность исследования состоит в том, что в последние годы растет число пациентов с буллезной эмфиземой легких и, соответственно, со спонтанным пневмотораксом. В структуре пациентов преобладают лица трудоспособного возраста. До настоящего времени сохраняются определенные трудности в адекватном выборе диагностической и лечебной тактики при этом заболевании.

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов со спонтанным пневмотораксом, обусловленным буллезной эмфиземой легких.

Материалы и методы: методики, использованные в данном исследовании, являются общепринятыми, обладают высокой степенью достоверности результатов. Первый: гематоксилин + эозин (Г+Э) – для проведения цито-морфометрического исследования при световом микроскопировании; второй: Siriusred – для определения соотношения коллагеновых волокон и структурных особенностей соединительной ткани при поляризационной микроскопии.

Выполнялось гистологическое исследование микропрепаратов резецированных участков легких пациентов и легких лабораторных животных с целью определения патологических процессов при развитии буллезной эмфиземы и их динамики на фоне применения препарата Солкосерил. При статическом анализе производился расчет средней величины количественных показателей (M), стандартного отклонения (m), рангового коэффициента корреляции Спирмена (R). Существенность различий средних значений оценивалась по коэффициенту Стьюдента (t). Критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05.

В клиническое исследование было включено 32 пациента, находившихся на обследовании и хирургическом лечении по поводу спонтанного пневмоторакса, развившегося на фоне буллезной эмфиземы легких, в отделении торакальной хирургии Курской областной клинической больницы с 2014 по 2017 годы (основная группа). В качестве контрольной группы использовался аутопсийный материал от 30 пациентов без явной патологии легких – краевые участки легкого и фрагменты кожи с грудной клетки. Целью клинической части исследования было изучение относительного содержания коллагена I типа и коллагена IIIтипа в соединительной ткани в легких и коже у пациентов обеих групп.

Результаты и обсуждения. В клинической части при микроскопическом исследовании в операционном материале при спонтанном пневмотораксе выявлены тяжелые изменения структурных элементов ткани легкого. Толщина плевры неравномерная: имеются участки утолщения за счет фиброза и

пролиферации мезотелия, а также резкого истончения и нарушения целостности. Плевра деформирована, формируются плевральные карманы, складки. Имеются очаги расслоения фиброзных волокон плевры, очаги пропитывания гемосидерином (стертые кровоизлияния), лимфоцитарные инфильтраты, очаги фибриноидного некроза. Развивается выраженный субпревральный фиброз, антракоз. Имеются многочисленные субплевральные воздушные полости (блебы и буллы). Процесс формирования полостей прогрессирует: в стенках уже имеющихся полостей наблюдаются очаги фибриноидного некроза и расслоения волокнистых структур, скопления гемосидерина, инфильтраты. Стенки воздушных полостей в своём составе имеют соединительную ткань, остатки разрушенных бронхов и бронхиол, альвеолярные перегородки. Встречаются очаги «плацентизации» ткани. Стенки сохранившихся бронхиол имеют очаги инфильтрации лимфоцитами, нейтрофилами, гнойного расплавления, эпителий слущивается, подвергается метаплазии, формируются полипообразные разрастания. Стенки истончаются и расслаиваются. Просветы нередко заполнены экссудатом и слущенным эпителием. В целом, в лёгких развиваются цирротические изменения.

При изучении соотношения коллагена Iи III типов в лёгких и коже у пациентов с буллезной эмфиземой лёгких, осложнённой спонтанным пнефмотораксом, этот показатель оказался достоверно меньше, чем в контрольной группе (без буллезной эмфиземы и признаков дисплазии соединительной ткани): в лёгких 1,136±0,033 и 1,392±0,067 соответственно ($p<0,05$), в коже 1,073±0,019 и 1,533±0,091 соответственно ($p<0,05$). Выявлена высокая прямая корреляционная связь между содержанием различных типов коллагена в лёгких и в коже как в основной ($R=0,742$; $p<0,05$), так и в контрольной ($R=0,702$; $p<0,05$) группах, что позволяет судить о системной патологии соединительной ткани уже лишь по её изменениям в коже пациентов.

Выводы. Полученные в результате исследования данные позволяют утверждать, что при выявлении признаков дисплазии соединительной ткани по результатам поляризационной микроскопии биоптата кожи, полученного во время дренирования плевральной полости, у пациентов уже с первым эпизодом первичного спонтанного пневмоторакса целесообразно выполнение планового радикального оперативного вмешательства. Стимуляции неоколлагеногенеза препаратом Солкосерил является эффективной и позволяет предотвратить прогрессирование буллезной эмфиземы, а следовательно, уменьшить вероятность рецидива первичного спонтанного пневмоторакса.

Список литературы.

1. Вершинина М.В., Нечаев Г.И., Гринберг Л.М., Скрипкин Д.А., Игнатьев Ю.Т., Говорова С.Е., Дрокина О.В. Дисплазия соединительной ткани в генезе буллезной эмфиземы: останется ли первичным первичный спонтанный пневмоторакс?// Лечащий врач. – 2012. - № 9. – С. 14.

2. Михеев А.ВЭтиология первичного спонтанного пневмоторакса (обзор литературы) // Земский врач. – 2015. - № 4 (28). – С. 14-19.

3. Суздальцев А.М., Коржук М.С., Ситникова В.М., Соколов С.А. Хирургическая тактика лечения спонтанного пневмоторакса у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Омский научный вестник. – 2011. - № 1 (104). – С. 48-51.

4. Тарабрин Д.А. Протезирование передней брюшной стенки эндопротезами нового поколения (эксперементально-клиническое исследование). Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Курский государственный медицинский университет. Курск, 2002.

5. Темирбулатов В.И., Иванов И.С., Окунев О.А., Клеткин М.Е., Сарычев А.В. Рецидив буллезной эмфиземы легких, осложненной спонтанным пневмотораксом, после радикальной буллэктомии// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2017. – Т. 10. - № 1 (34). – С.32-35.

КУРСКАЯ ШКОЛА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Козюта Е.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования состоит в том, что проблемы гастроэнтерологии определяются широкой распространенностью заболеваний пищеварительного тракта, сложностью диагностики ЖКТ, его малой доступностью для инструментальных исследований, изменчивостью функциональных показателей состояния пищеварительного тракта. По данным мониторинга более 90% населения развитых стран нуждаются в лечении болезней, связанных с пищеварением, число больных с патологией органов пищеварения в нашей стране достигает 117–120 на тысячу человек взрослого населения [4]. Более 30% заболеваний приходится на хронические гастриты в аутоиммунной форме (А), Helicobacterpylori (В), ассоциированный Рефлюкс-гастрит (С), особые формы гастрита. Helicobacterpylori выявляются у 90-95% больных с язвами двенадцатиперстной кишки и у 70-85% с язвами желудка [1].

Целью исследования является установление вклад курских учёных в развитие хирургической гастроэнтерологии.

Материалы и методы: в Курском государственном медицинском университете на протяжении последних 40 лет ведутся научные исследования, посвященные изучению проблем хирургической гастроэнтерологии. Курскими учёными были защищены 3 докторские и 15 кандидатских диссертаций, результаты которых опубликованы ведущими медицинскими изданиями. В данном исследовании приведены шесть диссертационных работ, посвященных диагностированию и лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной

кишки, острого и хронического панкреатита заболеваниям поджелудочной железы, в том числе с применением малоинвазивных технологий.

Результаты и обсуждения. Оценка вклада курских учёных проводилась на основании научной новизны и практической значимости работ. Изучение диссертационных трудов, позволило выявить два основных направления исследований.

Большой интерес представляют работы, по изучению новых методов лечения язвенной болезни. В кандидатской диссертации Мигунова А.А., посвященной проблемам хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв с применением полимерной сетки (2009) была установлена возможность использования сетки «Prolene» для пластики перфораций двенадцатиперстной кишки и желудка, что, в условиях перитонита, позволяет надежно изолировать просвет полого органа от брюшной полости в месте перфорации, без сужения и деформации стенки, а также уменьшает вероятность несостоятельности и развития стеноза. По сравнению с ушиванием двурядным швом, данный способ, в послеоперационном периоде, позволяет обеспечить более высокое качество жизни пациентов [2].

В кандидатской диссертации Слукина В.Д., затрагивающей проблемы хирургического лечения язвенной болезни, в осложненной форме, с учетом состояния проходимости тощей и двенадцатиперстной кишок (2006), было доказано и сопоставлено значение состояния их проходимости при возникновении болезней оперированного желудка. Слукиным В.Д. выявлено, что применение экономных резекций желудка, при сочетании с коррекцией хронических нарушений проходимости двенадцатиперстной кишки, позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с большими пилородуоденальными язвами, которые разрушают сфинктер привратника и сочетаются с выраженными формами хронических нарушений дуоденальной проходимости. При малой ширине тощей кишки не позволяющей сформировать продольно-поперечный анастомоз, разработан способ формирования поперечно-продольного дуоденоеюноанастомоза. Также разработан и опробован способ формирования межкишечного анастомоза при резекции желудка по Брауну, что позволило корригировать хронические нарушения проходимости тощей кишки [3].

Антоновым А.Е., в кандидатской диссертации (2006), посвященной хирургическим аспектам лечения осложненных форм язвенной болезни, предложены практически атравматичные способы хирургического лечения язвенной болезни, осложненной желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией, применимые, в условиях перитонита, у ослабленных пациентов и лиц с сопутствующей патологией и высокой степенью анестезиологического риска. Для лечения хирургическими методами язвенной болезни с рубцово-язвенными изменениями, либо язвой на передней полуокружности пилорического сфинктера, разработан новый способ инвагинационной пилоропластики, который позволяет сохранить эвакуаторную функцию привратника и исключает развитие рефлюкса. Разработаны и введены в

эксплуатацию нструменты для упрощения и ускорения выполнения данных операций.

Не менее значимы исследования, затрагивающие проблемы лечения поджелудочной железы. Кандидатская диссертация Стельмах Е.Н. (2005) посвящена разработке нового метода консервативного комплексного лечения острого деструктивного панкреатита, в условиях ферментативной фазы заболевания, с направленным применением гипохлорита натрия и гальванизации поджелудочной железы. При проведении исследования был разработан метод закрытого лечения ферментативного перитонита, в острой фазе деструктивного панкреатита. Применение современных малоинвазивных технологий, а именно лапароскопического дренирования брюшной полости устройствами, дающими возможность обеспечить мелкодисперсный гидропрессивный поток гипохлорита натрия в сочетании с перитонеальным лаважем, позволяющим предупредить прогрессирование панкреонекроза, способствует снижению количества гнойных осложнений и общей летальности более чем в два раза.

В кандидатской диссертации Щербаковой С.С. (2010) изучена и определена хирургическая тактика при хроническом панкреатите с протоковой гипертензией, заключающаяся в разработке ранговой системы на основании анализа диагностических и клинических данных при хроническом панкреатите с протоковой гипертензией, и позволяющая определить показаниядля хирургического лечения хронического панкреатита с помощью радикальных и дренирующих методов. Разработан новый способ обработки культи поджелудочной железы при наложении панкреатоеюноанастомоза, который позволяет сократить вероятность развития послеоперационного острого панкреатита, обеспечивая профилактику несостоятельности швов при панкреатодуоденальной резекции [5].

В кандидатской диссертации Иванова И.С., посвященной ультразвуковой диапевтике и малоинвазивной хирургии в лечении панкреонекроза (2001), обоснована методика хирургического лечения больных с панкреонекрозом, основанная на различном подходе к больным в разнотипных фазах панкреотоза и отказе от применения лапаротомии на ранних этапах заболевания, и позволяет сократить количество летальных случаев (при мелкоочаговом поражении исключить). На основании исследования разработаны иммунологические критерии состояния полости панкреатогенной деструкции и более точное определение времени удаления дренажа. Создана компьютерная база данных, дающая возможность использовать в полном объеме информацию в истории болезни, лабораторные показатели в динамике. Разработаны устройства: для эндоскопической биопсии тканей, и получения цитологического материала.

Выводы. Курская школа гастроэнтерологии, является одной из ведущих гастроэнтерологических школ России. Только по материалам исследованных диссертаций оформлено 9 рационализаторских предложений и получено 10 патентов на изобретение. Разработано устройство для пункций и инструменты: инвагинатор, желудочный зажим и комбинированный кишечный зажим.

Список литературы.

1. Гребнев, А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник /А.Л. Гребнев. – М.: Медицина, 2001. – 275 с.
2. Мигунов, А.А. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв с применением полимерной сетки (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. канд. мед. наук /А.А. Гагуа. Курск, 2009. - 21 с.
3. Слукин, В.Д. Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни с учетом состояния проходимости двенадцатиперстной и тощей кишки: автореф. дис. канд. мед. наук /В.Д. Слукин. Курск, 2006. - 22 с.
4. Федеральная служба Государственной статистики. Здравоохранение в России 2017. // Статистический сборник Москва 2017. - 29-30 с.
5. Щербакова, С.С. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите с протоковой гипертензией: автореф. дис. канд. мед. наук. / С.С. Щербакова, 2010. - 23 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Колесниченко Н.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Пашков В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на успехи в области диагностики и лечения острого панкреатита, остаются трудности по созданию условий для полного восстановления физического здоровья и обеспечения минимального социально-психологического травматизма пациентов [2].Ежегодно в Росси острый панкреатит диагностируется у около 52 тыс. человек. После лечения лица, перенесшие заболевание, желают вернуться к уровню жизненной активности сопоставимому с таковым до заболевания. Перед медицинскими работниками встает задача вне зависимости от формы и тяжести течения патологического процесса, достигнуть высокого уровня качества жизни пациентов [1].

Целью исследования является оценка качества жизни больных после перенесенного острого отёчного панкреатита и деструктивного панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Было опрошено 20 больных, из которых 7 женщин в возрасте от 43 до 68 лети 13 мужчин в возрасте от 30 до 64 лет. Пациенты были разделены на две группы: первая группа (n=10) – пациенты, которые перенесли отёчную форму острого панкреатита; вторая группа (n=10) – пациенты, перенесшие деструктивный панкреатит с осложнением в виде ферментативного перитонита. В отношении

первой группы проводилось только консервативное лечение, у второй группы в качестве одного из лечебных мероприятий проводилось дренирование брюшной полости. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	Первая группа (n=10)		Вторая группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	Женский
25-35	0	0	1	0
36-45	0	1	0	0
46-55	2	0	1	2
56-65	4	1	3	2
66-75	1	1	1	0
Всего	7 (70%)	3 (30%)	6 (60%)	4 (40%)

В первой группе преобладают мужчины в возрасте от 56 до 65 лет, во второй группе также, мужчины в возрасте от 56 до 65 лет.

Комплексное клиническое обследование первой и второй групп больных проводилось стандартно. В диагностике использовались следующие лабораторные и инструментальные методы: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с исследованием её на активность амилазы и липазы, биохимический анализ мочи с исследованием её на активность амилазы, ультразвуковое исследование брюшной полости.

Изучение качества жизни больных осуществлялось с помощью опросника MOSSF-36 (Medical Outcomes Study 36-item).

Результаты и обсуждения. Проведение общего осмотра больных, позволило выявить наиболее часто встречающиеся симптомы характерные для острого панкреатита (таблица 2).

Таблица 2.Частота характерных симптомов острого панкреатита

Выявленные симптомы	Группа 1, абс %	Группа 2, абс %
Боль	100%	100%
Рвота	60%	80%
Метеоризм	40%	50%
Ригидность мышц брюшной стенки	-	100%
симптом Щеткина-Блюмберга	-	100%

Абсолютно у всех пациентов отмечалась боль в эпигастральной области, у большинства рвота, у около половины пациентов метеоризм. Ригидность мышц брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга, как характерные признаки перитонита, наблюдались у всех пациентов, относящихся ко второй группе, и отсутствовали в первой.

В результате проведения лабораторных исследований были выявлены наиболее характерные нарушения свойств крови и мочи у пациентов при остром панкреатите (таблица 3).

Таблица 3. Частота лабораторных признаков

Лабораторный показатель	Группа 1, абс%	Группа 2, абс%
Повышение уровня амилазы в крови	90%	100%
Повышение уровня липазы в крови	90%	90%
Повышение уровня амилазы в моче	70%	90%
Умеренный лейкоцитоз 10-12*10^9/л	80%	0%
Выраженный лейкоцитоз свыше 12*10^9/л	20%	100%

В обеих группах у подавляющего большинства пациентов наблюдается увеличение в крови амилазы и липазы. Увеличение уровня амилазы мочи несколько чаще встречается у больных из второй группы. В первой группе у большинства пациентов умеренный лейкоцитоз, у больных из второй выявлен – выраженный лейкоцитоз.

Ультразвуковое исследование брюшной полости позволило выявить наиболее частые среди пациентов ультразвуковые симптомы (таблица 4).

Таблица 4.Частота ультразвуковых симптомов

Признак	Группа 1, абс%	Группа 2, абс%
Увеличение размеров	80%	80%
Нечеткость контуров	60%	70%
Изменение эхогенности железы	80%	90%
Отек парапанкреатической клетчатки	50%	40%
Скопление жидкости в сальниковой сумке	0%	90%
Скопление жидкости в полости брюшины	0%	100%

У большинства пациентов в обеих группах наблюдается увеличение размеров и изменение эхогенности ткани поджелудочной железы. Отличительная особенность больных из второй группы – скопление жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке, данный признак является главным диагностическим отличием ферментативного перитонита от отёчной формы панкреатита при ультразвуковом исследовании.

Полученные при опросе пациентов данные о качестве жизни представлены в таблице 5.

Качество жизни больных в первой группе по уровню физического функционирования достоверно выше, чем во второй группе на 11,05%, по ролевому физическому функционированию на 13%, по показателю ролевого эмоционального функционирования на8,5%. Физический компонент во второй группе ниже, чем в первой группе, на 4,07%.

Таблица 5.Качество жизни больных
после перенесенного острого панкреатита

Шкала SF-36	Группа 1	Группа 2
Физическое функционирование	82,25±2,8*	71,2±1,9*
Ролевое физическое функционирование	81,5±2,84*	68,5±4,1*
Интенсивность боли	75,8±2,1	65,9±4,82
Общее состояние здоровья	75,3±2,2	69,3±3,11
Жизненная активность	74,6±1,63	66,5±5,21
Социальное функционирование	74,4±1,73	68,9±2,88
Ролевое эмоциональное функционирование	81,8±3,21	76,0±1,94
Психологическое здоровье	75,1±2,21*	66,6±1,62*
Физический компонент здоровья	48,61±1,54*	44,54±1,13*
Психический компонент здоровья	51,67±1,03	49,08±1,94

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Развитие ферментативного перитонита у больных с острым панкреатитом свидетельствует о возникновении некротических изменений в поджелудочной железе, что негативно сказывается на последующем качестве жизни больных. Достоверно снижается физический компонент здоровья, особенно показатели физического функционирования и ролевого физического функционирования. Также затрагивается ролевое эмоциональное функционирование, но достоверной разницы по психологическому компоненту не обнаружено.

Список литературы.

1. Джаджанидзе И.М., Куликов Л.К., Смирнов А.А., Привалов Ю.А., Соботович В.Ф. Качество жизни у больных после перенесенного острого деструктивного панкреатита // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 6. С. 31-33.

2. Назаренко П.Н., Назаренко Д.П., Самгина Т.А., Канищев Ю.В. Наш опыт хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. № 4. С. 57-66

СОСТОЯНИЕ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗВИТИИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ЗОНЫ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Комарницкая М.И., Перьков О.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бобровская Е.А.

Актуальность исследования состоит в том, что состояние фибринолитической системы играет важную роль в патогенезе тромботических осложнений после артериальных реваскуляризующих вмешательств. Значимость фибринолитической активности, как фактора риска тромбоза, была показана во многих исследованиях. Так установлено, что одной из причин развившегося после коронарного стентирования тромбоза может быть генетически обусловленное ингибирование фибринолиза с одновременным повышением синтеза фибриногена и ингибитора активатора плазминогена, что подтвердило необходимость приближения методов генотипирования, имеющих прогностическую ценность, к клинической практике [1]. Показано, что повышение прокоагулянтных факторов и маркеров активации свертывания крови, ведет к активации воспаления, повреждению эндотелия и развитию атеросклероза [2, 3, 4, 5]. При ишемии конечности возникают изменения в системе гемостаза в видегиперкоагуляции, гиперфибриногенемии, повышенной адгезии и агрегации тромбоцитов. Установлено, что сосудистая стенка у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей утрачивает способность выделять в кровь антитромбогенные субстанции в ответ на локальную гипоксию [6], создавая реальную угрозу для развития внутрисосудистого свертывания крови и тромбообразования.В настоящее время придается значение роли эндотелия, как регулятора местных процессов гемостаза, пролиферации, адгезии, сосудистого тонуса, миграции клеток крови в сосудистую стенку. К эндотелиальным факторам, влияющим на фибринолиз, относятся тканевой активатор плазминогена (t-PA) и ингибитор тканевого активатора плазминогена (PAI-1), от соотношения которых зависит риск осложнений. Кроме того, PAI- 1 относится к веществам эндотелиального происхождения и его синтез происходит при активации эндотелия. Снижение фибринолитической активности и повышенный риск осложнений возникает при уровне PAI-1 свыше 100нг/мл. Тканевой активатор плазминогена (t-PA) является основным активатором фибринолитической системы и синтезируется эндотелиальными клетками. В связи с этим представляет интерес состояние фибринолитическойфункции эндотелия в генезе послеоперационных осложнений при бедренно-подколенных артериальных реконструкциях.

Целью исследования является определение различия состояния фибринолитическойактивности у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей при развитии стеноза зоны анастомоза и без стеноза после бедренно-подколенного шунтирования.

Материалы и методы: в исследование были включены 82 пациента, мужского пола с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, IIБ – III степенью хронической артериальной недостаточности, которым было выполнено бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава с использованием в качестве трансплантата протеза из политетрафторэтилена. В зависимости от исхода оперативного вмешательства больные были разделены на 2 группы. Первую (1) группу составили 21 человек, средний возраст 60,14±6,87 лет с благоприятным исходом, у которых в течение периода наблюдения не отмечалось стеноза зоны артериальной реконструкции. Вторую группу (2)составили 61 человек средний возраст 56,75±7,16, у которых послеоперационный период осложнился развитием стеноза зоны артериальной реконструкции.

Всем пациентам после получения письменного информированного согласия выполняли общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, определяли содержание фибриногена и активность антитромбина IIIдо и после операции. Так же выполняли ультразвуковое исследование аорты и магистральных артерий нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса и ангиографическое исследование. Состояние системы фибринолиза оценивали по количественному определению ингибитора тканевого активатора плазминогенаI типа (PAI-1) и тканевого активатора плазминогена (t-PA) в образцах крови пациентов методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов фирмы «Technoclone» (Австрия). Кровь для исследования забирали утром натощак из локтевой вены до операции и на 5 сутки после операции. Статистический анализ результатов исследования выполняли с помощью компьютерной программы статистической обработки данных путем вычисления средних арифметических (M) и средних ошибок средних (m). Оценка достоверности различия средних значений производили с помощью параметрического t – критерия Стьюдента. Различия между группами считались статистически значимыми при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Группы были сопоставимы по возрасту (p=0,06). Средняя длительность ишемии в 1 группе составила 17,9±4,96, во 2 группе 26,51±4,63 месяцев. Значимых различий по длительности ишемии между группами не выявлено (p=0,311). Также группы были сопоставимы по уровню сопутствующей патологии: артериальной гипертензии (p=0,207), ИБС (p=0,149), ХОБЛ (p=0,893). Значимых различий не установлено между группами по уровню лодыжечно-плечевого индекса до операции (p=0,189).

Анализ содержания фибриногена не выявил до операции статистически значимой разницы между его уровнями у пациентов со стенозом и без стеноза зоны анастомоза после бедренно-подколенного шунтирования (6,36%, p=0,322) и составил 4,31±0,22г/л и 4,58±0,14г/лв 1 и 2 группах соответственно. Не отмечалось существенных различий показателей антитромбина III до операции в 1 и 2 группах пациентов (3,97%, p=0,128), составляя 99,19±2,19%и 103,13±1,3% соответственно. Также не отмечалось и отличий относительно содержания фибриногена и антитромбина III после операции между группами. Так уровень фибриногена после операции составил 4,95±0,25г/л в 1 группе и

5,48±0,2г/л во 2 группе (10,75%, p=0,168), уровень антитромбина III 96,67±1,94% и 95,06±1,59% в 1 и 2 группах соответственно (p=0,588).

При анализе уровня ингибитора активатора плазминогена установлено статистически значимое повышение PAI-1 в системном кровотоке до операции во 2 группе пациентов со стенозом зоны анастомоза после бедренно-подколенного шунтирования на 15,63% (p=0,01) по сравнению с пациентами 1 группы, без стеноза зоны анастомоза, составляя 130,39±3,46нг/мл и 112,77±5,41нг/мл соответственно. Также значимо высокий уровень PAI-1 в системном кровотоке определялся у пациентов 2 группы (150,81±4,24нг/мл) после операции, превышая значения показателя1 группы (126,79±6,6нг/мл) на 18,94% (p=0,004). Анализ тканевого активатора плазминогена не выявил значимых различий (p=0,54) концентраций после бедренно-подколенного шунтирования t-PA между группами больных со стенотической окклюзией зоны артериальной реконструкции (4,22±0,27нг/мл)и в группе больных с благоприятным течением (4,55±0,46нг/мл)после операции, как и анализ содержание дооперационногоуровнят-PA, не отличающийся между группами (p=0,45) и составляя до операции в 1 группе 3,48±0,19нг/мл и во 2 группе 3,28±0,14нг/мл.

Таким образом, поиск дополнительных маркеров, отражающих состояние фибринолитической активности у больных после реваскуляризаций, представляется актуальным и значимым.

Выводы. Послеоперационный период у больных, с развитием осложнений после реконструктивных вмешательств на бедренно-подколенном сегменте характеризуется увеличением протромботического потенциала в виде повышения уровня ингибитора фибринолиза (PAI-1) как до операции, так и в послеоперационном периоде. Необходим мониторинг и коррекция уровня PAI-1 в плазме для снижения риска окклюзии зоны анастомоза после реконструктивного вмешательства.

Список литературы.

1. КокшеневаИ.В, КлимовичЛ.Г., АрутюноваЯ.Э., Мацкеплишвили С.Т., СамсоноваН.Н.,. БузиашвилиЮ.И, Скрябин К.Г. / Прогностическая значимость факторов коагуляционного гемостаза и полиморфизма генов в развитии подострого тромбоза у больных ишемической болезнью сердца после коронарного стентирования // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2014. – № 2 (58). – С. 27–32.

2. Viles-Gonzalez J.F., Fuster V., Badimon J.J./ Atherothrombosis: A widespread disease with unpredictable and life-threatening conseguences // European Heart Journal. – 2004. –V. 25. – P. 1197–1207.

3. Mahmoodi B.K., ten Kate M.K., Waanders F., Veeger N.J., Brouwer J.L., Vogt L., Navis G., van der Meer J. / High absolute risks and predictors of venous and arterial thromboembolic events in patients with nephrotic syndrome: results from a large retrospective cohort study // Circulation – 2008. – V.117. – P.224–230.

4. KokMG.M., Meijers JC.M., Pinto-Sietsma S-J. / Individuals with coronary artery disease at a young age and features of the metabolic syndrome have an increased prothrombotic potential // Thrombosis and Haemostasis. – 2014. – V.111 (3). – P. 381–564.

5. ДобровольскийА.Б., ТитаеваЕ.В., ЯровояЕ.Б., СторожиловаА.Н., ТрубачеваИ.А., СеребряковаВ.Н, КавешниковВ.С., Панченко Е.П.Д-димер, фибриноген и уровень артериального давления. Анализ популяции взрослого населения Томска (исследование ЭССЕ-РФ)// Атеротромбоз. – 2014. – № 2. – С.19–24.

6. КузьминВ.В., ЮрченкоЛ.Н., ГусевЕ.Ю., ЦарегородцеваН.А., ЗотоваН.В., КопаловаЮ.А. / Хронический синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови у пациентов с атеросклеротической гангреной нижних конечностей // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2006. – № 1 (25). – С. 56–60.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ

Косьминина И.А., Косьминин Д.Д., Тимохина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хвостовой В.В.

Рак гортани является часто встречающейся злокачественной опухолью и занимает 6-е место по распространенности во всем мире [1]. За последние 10 лет отмечено увеличение заболеваемости. Пик заболеваемости зафиксирован у мужчин в возрасте 40-60 лет, у женщин – 70–79лет [2,5]

Достигнутые в последние годы определенные результаты в лечении опухолей органов головы и шеи связаны, в том числе и с развитием методик лучевой терапии. Лучевая терапия – распространенный и неотъемлемый компонент лечения рака гортани всех отделов, обеспечивающий повышение общей эффективности лечения на 30-50%. В настоящее время в России лучевую терапию при раке гортани применяют в качестве самостоятельного метода в 56,7% случаев [4]. Важно также отметить, что при лечении рака гортани необходимо пытаться не только излечить больного, но и восстановить голосовую, дыхательную и защитную функции органа. Этим и объясняют приоритет развития консервативных и органосберегающих методов лечения данной патологии. Лучевое лечение позволяет сберечь функционально полноценный орган и тем самым вернуть пациента к трудовой деятельности [3].

Актуальность исследования состоит в том, что в литературе отсутствуют обстоятельных сведений об анализе эффективности и токсичности лучевого лечения рака гортани с использованием различных режимов лучевой терапии определило интерес к исследованию [4].

Целью исследования является сравнительная оценка результатов лучевого лечения пациентов, страдающих раком гортани, в зависимости от выбранного метода лучевой терапии.

Материалы и методы: проведено обследование 60 пациентов с морфологически верифицированным раком гортани II–III стадий (T 2–3 N 0–2 M 0) в возрасте от 27 до 72 лет (средний возраст – 60,7±8,1), 100% больных составили мужчины. Плоскоклеточный рак был выявлен в 100% случаев.

Обследуемые больные были разделены на 3 группы по 20 человек в зависимости от применяемого метода лучевой терапии: В первой группе пациентов проводилась конвенциальная (2D) лучевая терапия, во второй группе – конформная (3D) лучевая терапия и в третьей группе – IMRT-формат (радиотерапия с модулированной интенсивностью) лучевой терапии. При выборе тактики лечения учитывался общий соматический статус больных. Данный критерий был оценен перед началом лечения с помощью шкалы оценки общего состояния больного по Карновскому. Среднее значение составило 70 баллов. Пациенты обследованы в динамике: до начала лечения, через 1 месяц после лучевой терапии.

Была оценена степень регрессии опухоли, токсичность лечения и произведена оценка качества жизни после курса лучевой терапии в зависимости от выбранного метода.

Степень резорбции первичного очага и токсичность после проведенного лечения оценивалась клинически или с помощью лучевых методов.

Анализ качества жизни онкологических больных с раком гортани, получивших лучевое лечение, проводился с использованием специфичного опросника для опухолей головы и шеи QLQ-H&N35, который состоит из 18 функциональных шкал для оценки симптомов. По симптоматическим шкалам более высокие показатели указывают на выраженный (худший) уровень симптомов.

Статистический анализ результатов проведён при помощи пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждения. До начала лечения у больных трех групп определялись исходно высокие показатели качества жизни по симптоматическим шкалам. В результате оценки качества жизни больных после проведения лучевого лечения уровень нарушения голосовой функции снизился с 33,3± 6,7 до 24,3±7,7 балла. Уровень таких симптомов, как «глотание», «кашель», «боль», «социальные контакты» также снижается и достигает показателей 21,6±7,9, 29,8±6,2, 15,3±4,8, 16,9±6,5 балла соответственно. В то же время во II группе больных отмечаются менее выраженные изменения по данным показателям качества жизни 28,5±4,9, 24,8±6,7, 33,8± 5,9, 19,1±5,9, 18,8±4,6 балла, в I группе – изменения незначительные. Результаты влияния методов лучевой терапии на степень регрессии опухоли и токсичности лечения представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Уровень объективного ответа опухоли в зависимости от метода лучевой терапии

	Полный ответ	Частичный ответ	Стабилизация	Прогрессия
Группа 1	15%	25%	45%	15%
Группа 2	30%	20%	45%	5%
Группа 3	40%	20%	35%	5%

Таблица 2. Токсичность лечения

	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Мукозит 1 степени	11 (55%)	10 (50%)	7 (35%)
Мукозит 2 степени	7 (35%)	6 (30%)	4 (20%)
Мукозит 3 степени	2 (10%)	0	0
Эпидермит 1 степени	12 (60%)	9 (45%)	7 (35%)
Эпидермит 2 степени	5 (25%)	3 (15%)	0
Эпидермит 3 степени	2 (10%)	0	0

Таким образом, использование IMRT метода значительно повышает эффективность лечения: объективный ответ отмечен в 60% (12 пациентов) случаев, лучевая токсичность уменьшена почти в 2 раза и отсутствуют тяжелые кожные реакции, качество жизни больных значительно выше, чем при применении конвенциальной и конформной лучевой терапии.

Список литературы.

1. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель – М: Издательская группа РОНЦ, 2014.

2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018.

3. Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П. Злокачественные новообразования головы и шеи в России (обзор статистической информации). Голова и шея. 2015; (4): 41–45.

4. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. Лучевая терапия (учебник для вузов). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 208.

5. Jemal, A. Cancer statistics, 2016 / A. Jemal, R. Siegel, E. Miller // CA Cancer J. Clin. – 2016. – V. 66. - № 1. – P.7-30.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбегова И.Р.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Кафедра хирургических болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Беслекоев У.С.

Актуальность исследования состоит в том, что в последнее время отмечается рост заболеваемости калькулезным холециститом и его осложнениями, в том числе холедохолитиазом. На сегодняшний день эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является весьма эффективным малоинвазивным методом хирургического лечения холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, патологий большого дуоденального сосочка, а также хронического панкреатита, вызванного сужением устья вирсунгова протока [1]. В большей части случаев (до 85%) ЭПСТ является способом лечения заболевания, в остальных случаях используется для предоперационной подготовки. Суть метода заключается в рассечении большого дуоденального сосочка (БДС) специальной струной папиллосфинктеротома под действием серий коротких подач высокочастотного электрического тока.По данным разных авторов осложнения при проведении данной операции встречаются в 2,1-9,7% случаев [2], а летальность составляет0,5-4,9%, но это в разы меньше, чем после альтернативной трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (5,4-17,9% и 2,6-5,2% соответственно).

Целью исследования является оценка эффективность проведения ЭПСТ по результатам работы клиники общей хирургии.

Материалы и методы: в ретроспективном анализе были изучены результаты лечения 138 пациентов, которым производилась ЭПСТ в клинике общей хирургии. Статистическая обработка результатов исследования, построение графиков и таблиц производились с использованием пакета программ MS Excel 2013.

Результаты и обсуждения. Из 138 пациентов 70,1% женского пола, 29,9%мужского. 67,4% пациентов находились в возрастной группе 70-85 лет, средний возраст пациентов 70,4±7 лет. Подавляющее большинство операций выполнено типичным канюляционным способом (93%). Показанием к ЭПСТ в большинстве случаев являлся постхолецистэктомический синдром и холедохолитиаз (78,1%); холедохолитиаз с гнойным холангитом (9,2%); папиллостеноз (5,4%); аденома большого дуоденального сосочка (7,3%).Выполнение ЭПСТ предполагало субтотальное рассечение БДС, после чего у большей части пациентов камни мелкого и среднего калибра отходили самостоятельно, почти в четверти случаев (23,1%) для литоэкстракции и извлечения сладжа требовалось использование корзины Дормиа. Литоэкстракция не всегда удавалась, поэтому в некоторых случаях производилась внутрипротоковая литотрипсия (7,2%), стентирование гепатикохоледоха (23,2%), наружновнутреннее дренирование желчных

протоков с обходом конкремента (3,6%). В части случаев встречались осложнения ЭПСТ: острый панкреатит (8,7%), кровотечение (2,2%), ретродуоденальная перфорация (0,7%).Среди сопутствующей патологии чаще других встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь – 61,6%, ишемическая болезнь сердца – 52,2%, нарушения ритма – 8,0%, постинфарктный кардиосклероз – 11,6%; желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 8,0%, хронический панкреатит – 13,0%; эндокринной системы: сахарный диабет – 14,5%, гипотиреоз – 5,8% и инфекционные заболевания (гепатит С – 6,5%).Средняя продолжительность пребывания в стационаре с учетом предоперационной подготовки и послеоперационного периода составила 8,7 дней (минимальная – 6, максимальная – 14).

Выводы. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия несмотря на высокую стоимость лечения является хорошей альтернативой трансдуоденальной папиллосфинктеротомии, сокращает число осложнений, продолжительность восстановительного послеоперационного периода и может применяться у пациентов из группы высокого операционного риска с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Список литературы.

1. Cotton, PB. Effect of endoscopic sphincterotomy for suspected sphincter of Oddi dysfunction on pain-related disability following cholecystectomy: the EPISOD randomized clinical trial // JAMA, 2014. № 20. P. 2101-2109.
2. Jamry, A. Risk factors of pancreatitis after endoscopic sphincterotomy // Polski przeglad chirurgiczny, 2017. № 5. P. 29-33.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ЗАБОЛЕВШИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016-2018 ГОДАХ

Курбатова С., Селюнина А.С.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Похожай В.В.

Актуальность исследования состоит в том, что рак молочной железы (РМЖ) является серьезной медицинской и социальной проблемой во всем мире и наиболее частой причиной смерти в структуре злокачественных новообразований у женщин. Стандартизованный показатель заболеваемости (СЗ) РМЖ (стандарт World) в Гомельской области составляет 52,8 за 2016 год, 56,0 за 2017 год, 59,0 за 2018 год [1]. Городские женщины болеют РМЖ чаще, чем сельские: соответствующее абсолютное число заболевших составляет в 2018 – 623 и 142 человека [1]. Маммографическое исследование – лидирующий метод выявления РМЖ, достоинство которого заключается в диагностике ранних форм заболевания [2]. Об улучшении своевременной диагностики

свидетельствует информация о реализации государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность в РБ» на 2016-2020гг [3]. Исследования с целью диагностики РМЖ (маммография) в Гомельской области проведены у более 14 тысяч женщин в возрасте 50-69 лет, при этом выявлено 72 случая РМЖ, из них в ранних стадиях 63 случая (87,5%) [4]. Отмечается стойкое снижение доли случаев РМЖ III-IV стадии: с 22,1% в 2016 году до 15,3% в 2018 году. Диагностика РМЖ на ранних стадиях является благоприятным прогнозом и хорошим критерием безрецидивной и общей выживаемости [4]. За последние 5 лет значительно увеличилось число наблюдаемых диспансерами пациенток фертильного возраста [5]. В связи с этим представляется актуальным проводить провести анализ данных пациентов, выявленных при скрининге РМЖ. Полученные данные могут быть использованы для планирования диагностических и лечебных мероприятий.

Целью исследования является анализ результатов скрининга РМЖ в течение 2016-2018 годов с учетом стадий заболевания, возраста, места жительства и летальности пациентов.

Материалы и методы: источниками информации являются скрининговые данные пациентов Гомельской области в 2016-18 годы с разделением по месту жительства и возрасту на момент установления диагноза. Исследованы: статистические данные БКР по Гомельской области и сводные данные по скринингу в Республике Беларусь.

Результаты и обсуждения. В Гомельской области отмечено увеличение абсолютного числового значения (АЧЗ) РМЖ в течение периода наблюдения: 699 случаев в 2016 году, 719 случаев – в 2017 году, 765 случаев – в 2018 году. Прирост заболевших составил 1,09 раз. АЧЗ заболевших жителей города составило: 564 случая в 2016 году, 569 случаев – в 2017 году, 623 случая – в 2018 году. Соответствующие показатели для жителей села: в 2016 году- 135, 2017 году- 150, 2018 году – 142. Это свидетельствует о преобладании АЧЗ жителей города над жителями села: в 4,18 раз в 2016 году, в 3,8 раз – в 2017 году, в 4,39 раз – в 2018 году. Число заболевших РМЖ в городе возросло в 1,77 раза, в селе в 1,36 раз.

Динамика АЧЗ РМЖ в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1. Число случаев заболевания РМЖ в возрастных группах

	Возрастные группы, лет											
	до 30	30 - 34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	> 79
АЧЗ в 2016 году	2	6	19	38	58	67	113	94	109	55	71	62
АЧЗ в 2017 году	4	8	30	56	57	80	102	98	98	60	70	56

АЧЗ в 2018 году	4	14	29	47	61	83	102	116	126	64	50	69
Рост	2	2,3	1,5	1,2	1,1	1,2	-0,9	1,2	1,2	1,2	-0,7	1,1

Наибольшее увеличение АЧЗ зарегистрировано среди пациенток в возрасте 60-64 лет, а также в возрастной группе старше 65-69 лет. Доля АЧЗ в 2016 году в возрастных группах составила: до 45 лет (репродуктивного возраста) – 9,3%, до 60 лет (трудоспособные) -43,3%, более 60 лет – 55,9%; в 2018 году: до 45 лет (репродуктивного возраста) лет- 12,3%, до 60 (трудоспособные) лет – 44,4%, более 60 лет – 55,5%. Динамика АЧЗ 2016-18 годы увеличилась в возрастных группах: до 45 лет – в 1,3 раз, до 60 лет (трудоспособные) – 1,6 раза; уменьшилась в возрастных группах: старше 60 лет – в 1,02 раза.

Результат и стоимость лечения любого злокачественного новообразования в значительной степени зависит от стадии заболевания. Поэтому особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики, то есть распределение случаев РМЖ по стадиям у впервые выявленных при скрининге больных [1]. Соответствующие показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2. Распределение случаев РМЖ (выявленных при скрининге) по стадиям

Год	Всего случаев (n)	Из них выявлено при скрининге (n,%)	I (n,%)	II (n,%)	III (n,%)	IV (n,%)
2016	699	27 (3,8)	10 (37,1)	13 (48,1)	4 (14,8)	0
2017	719	41 (5,7)	17 (41,5)	22 (53,7)	2 (4,9)	0
2018	765	72 (9,4)	39 (54,2)	24 (33,3)	9 (12,5)	0

Большинство случаев РМЖ выявлены в I-IIстадии заболевания. С учетом доступности РМЖ для визуальной и пальпаторной диагностики, проводимых скрининговых исследований следует считать достижимым дальнейшее снижение случаев выявления РМЖ в III-IV стадиях. Отношение показателя смертности к показателю заболеваемости позволяет оценить своевременность диагностики и качество лечения РМЖ., за период с 2016 по 2018 годы этот показатель в Гомельской области остался неизменным и составил 0,24. Показатель одногодичной летальности наиболее отчетливо характеризует уровень своевременной диагностики, качество и результативность лечения. В Гомельской области в течение периода исследования одногодичная летальность при РМЖ находилась в пределах от 24,9% до 23,8%. Это в целом соответствует распределению заболевания по стадиям.

Выводы. Большинство пациентов выявлено в I-II ст. РМЖ: 135 человек за период 2016-2018 годы. Это распределение подтверждается отношением смертность/заболеваемость, который за период исследования в Гомельской области составил 0,24 (2016-2018 годы), а также одногодичной летальностью, которая за 2016-18 годы находилась в пределах от 24,9% до 23,8%. АЧЗ РМЖ в Гомельской области в 2016-18 годы увеличилось в 1,09 раз. Наибольший прирост отмечен в возрастных группах 60-64 года, а также в возрастной группе 65-69 лет (в 1,2 и 1,2 раза соответственно). Прирост АЧЗ за период 2016-18 годы для жителей города Гомеля составил 1,1, для жителей села –1,05 раз.

Список литературы.

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007-2016) А.А. Евмененко, Л.Ф. Левин, П.И. Моисеев, А.Е. Океанов. Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова,. - 2017. - С. 45–70.
2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий [и др.]. // Минск: Зорныверасень, 2006. - 207 с.
3. О здоровье населения государства: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 14 марта 2016 год, № 200 // Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, - 2016.
4. Регистр РБ – 2019: пациенты, заболевшие раком [электронный ресурс].- Электрон. Тестовые дан. и прогр. – Минск, 2019.
5. Половозрастная структура населения Гомельской области за 2016-2018годы: главное статистическое управление Гом. обл., 1 января 2018 года – Гомель, 2018.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВОТОКА В СОСУДАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Легостаева Т.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Жабин С.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что возникновение тромбозов шунтов и протезов после реконструктивно-восстановительных операций у больных ХОЗНК является сложной и нерешенной проблемой современной сосудистой хирургии. По данным некоторых авторов 45% послеоперационных тромбозов заканчиваются высокими ампутациями конечностей. При этом главную роль в снижении эффективности хирургического лечения играет нарушение функционального состояния микроциркуляторного русла нижних конечностей. Несмотря на то, что для повышения объективности получаемой

информации о состоянии микроциркуляторного русла нижних конечностей активно используются различные инструментальные методы исследования, причины его несостоятельности в настоящее время остаются недостаточно изученными. В связи с этим возникает необходимость разработки технологии прогнозирования результатов реконструктивно-восстановительных вмешательств у больных хронической артериальной недостаточностью (ХАН) на основе клинико-генетических данных [1,3].

Целью исследования является изучение у больных ХАН количественных допплерографических параметров кровотока в сосудах нижних конечностей в зависимости от модифицируемых факторов риска и комбинации генетических маркеров для прогнозирования результатов оперативных вмешательств.

Материалы и методы: исследование проводилось на базах отделений сосудистой хирургии БУЗ “Орловской областной клинической больницы”, БМУ “Курская областная клиническая больница”. В нем приняли участие 50 пациентов мужского пола, которые были разделены на несколько экспериментальных групп.

Для выявления нормальных показателей артериального и венозного кровотока определение количественных допплерографических параметров произведено у 20 добровольцев в возрасте от 48 до 53 года (средний возраст 49 + 0,7 года), признанных “здоровыми” по результатам ежегодной диспансеризации, которые составили контрольную группу.

Группу пациентов без средовой компоненты, страдающих ХАН, составили 15 мужчин в возрасте от 50 до 70 лет (средний возраст 61,7 + 6,3 года), которым показано оперативное лечение.

В группу пациентов со средовой компонентой, страдающих ХАН вошли 15 мужчин в возрасте от 50 до 70 лет (средний возраст 59,8 + 7,3 года), которым показано оперативное лечение.

В своем исследовании мы использовали способ диагностики функции микроциркуляторного русла нижних конечностей, предложенный В.С. Савельевым и соавторами, который основан на определении количественных допплерографических параметров кровотока в магистральных артериях и венах голени в покое и после стандартной физической нагрузки.

Для измерения скорости кровотока по магистральным сосудам нижних конечностей использовали линейный датчик на аппарате Phillips XP.

В состоянии физиологического покоя в горизонтальном положении пациента измерялись линейные скорости кровотока в подколенной, передней и задней большеберцовых артериях, подколенной вена. Затем пациенты выполняли стандартную физическую нагрузку. После прекращения нагрузки повторно определяли скорости кровотока в указанных сосудах.

На допплерограммах оценивались пиковая систолическая скорость кровотока (Vps), диастолическая скорость кровотока (Vd), усредненная по времени максимальная скорость кровотока (Tamx), индекс Гослинга (PI) и индекс Пурсело (RI), отражающие упруго-эластические свойства сосудов и состояние сосудистого сопротивления соответственно.

Определяемые нами количественные допплерографические параметры в исследуемых артериях отражали степень усиления притока крови к конечности во время физической нагрузки, а в подколенной вене “пропускную” способность микроциркуляторного русла.

Полученные данные обработаны с использованием пакета программ STATISTICA 12.

Результаты и обсуждения. При анализе количественных допплерографических параметров кровотока до и после физической нагрузки в магистральных артериях в экспериментальных группах прирост показателей был минимальным, статистически значимые различия не выявлены ($p<0,05$).

При изучении особенностей исследуемых параметров в венозной системе нами установлено, что в норме после нагрузки пиковая систолическая, диастолическая, усредненная по времени максимальная скорости кровотока увеличиваются, а значения индексов Гослинга и Пурсело снижаются по сравнению с показателями в покое, что в свою очередь может свидетельствовать о достаточном венозном оттоке. В группе пациентов без средовой компоненты статистически значимых различий указанных параметров по сравнению с нормальными показателями не обнаружено. Однако, в группе пациентов со средовой компонентой отмечались уменьшение прироста Vps на 27,4+4,6%, Vd на 39,7+7,1%, Tamx на 31,8+5,9% и увеличение значений индексов Гослинга и Пурсело на 28+8,7% и 25+7,4% по сравнению с группой пациентов без средовой компоненты, что позволяет судить о значительном снижении венозного оттока (таб.1). Это объясняет значение средовых факторов (курение, малоподвижный образ жизни) на прогрессирование ХОЗНК при имеющейся генетической предрасположенности.

Таблица1.Сравнение показателей скорости кровотока по венам н/к в исследуемых группах в процентном соотношении

	Контрольная группа			Группа пациентов без средовой компоненты	Группа пациентов со средовой компонентой
Параматры	скорость кровотока в покое (м/с)	скорость кровотока после нагрузки (м/с)	разница скорости кровотока до и после нагрузки (%)	разница скорости кровотока до и после нагрузки (%)	разница скорости кровотока до после нагрузки (%)
Vps	0,26+0,07	0,39+0,08	58,4+8,73	56,13+5,6	27,4+4,6*
Vd	0,20+0,05	0,33+0,09	72,7+15,4	69,7+8,9	39,7+7,1*

Tamx	0,21+0,11	0,35+0,18	63,5+11,7	61,5+4,3	31,8+5,9*
PI	0,59+0,10	0,21+0,05	-72,0+6,5	-68,3+7,8	-28+8,7*
RI	0,46+0,09	0,17+0,03	-55,3+5,7	-52,4+5,7	-25+7,4*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Клинический пример. Пациент А., 56 лет. Клинический диагноз: Облитерирующий атеросклероз н/к. Окклюзия правой поверхностной бедренной артерии. ХАН IIБ ст. В анамнезе средовые факторы риска (курение, малоподвижный образ жизни). Больному выполнена УЗДГ правой нижней конечности. После стандартной физической нагрузки приток артериальной крови был достаточным по сравнению с нормой, но у пациента отсутствовало усиление кровотока по подколенной вене после физической нагрузки, что может характеризовать низкую “пропускную” способность микроциркуляторного русла и соответственно высокий риск развития тромбоза в послеоперационном периоде. По нашему мнению, такому пациенту необходимо исследовать состояние микроциркуляторного русла методом лазерной допплеровской флоуметрии, провести курс консервативной терапии с последующим аналогичным исследованием и решением вопроса о целесообразности применения реконструктивно-восстановительного вмешательства.

Выводы. В ходе исследования в группе пациентов со средовой компонентой выявлены незначительный прирост скоростных показателей кровотока и увеличение индексов периферического сопротивления в венозной системе по сравнению с группой пациентов без средовой компоненты.

Различия показателей гемодинамики в исследуемых группах могут быть связаны с наслоением средовых факторов риска на генотип.

Для прогнозирования результатов реконструктивно-восстановительных вмешательств у пациентов с ХАН необходима комплексная оценка генетических маркеров заболевания и модифицируемых факторов риска.

Список литературы.

1. Ануханян О.А., Мартиросян Х.Г., Андрющенко А.И. Оценка состояния дистального русла при реконструктивных вмешательствах на бедренно-подколенно-берцовом сегменте // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 7. - С. 26-28.

2. Дутикова Е.Ф., Зюляева Ю.А. Ультразвуковое исследование магистральных артерий конечностей / Серия “Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики”. - Вып.12. - М.,2018 - 24 с.

3. Лазаренко В.А., Хруслов М.В., Жабин С.Н., Колобаева Е.В., Егорова Ю.С. Сравнительный анализ частоты тромбоэмболических осложнений у стационарных больных больниц города Курска // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2012. - № 4. - С. 84-86.

4. Савельев В.С., Кошкин В.М., Каралкин А.В. Патогенез и консервативное лечение тяжелых стадий облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. М.: 2010. - 22 с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Лукьянченко А.Ю.
Кафедра общей хирургии
Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Гуреев И.И.

Актуальность исследования состоит в том, что по данным ВОЗ в экономически развитых странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35-60 лет, составляя 14-30 случаев на 100тыс. населения. С каждым годом число заболеваемости цирроза печени возрастает, что приводит к инвализации населения, особенно лиц трудоспособного возраста [2].

Основные причины смерти при циррозе печени – кома и кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Смертность при печеночной коме составляет 80-100%. При наличии перитонита умирает 50% больных. При наличии асцита продолжительность жизни составляет 3-5лет. Варикозное расширение вен пищевода, желудка и кишечника обнаруживаются у 90% пациентов с циррозом печени. В 30% случаев они осложняются кровотечениями. Смертность после первого эпизода кровотечения составляет 30-50%. У 70% пациентов, переживших один эпизод кровотечения из варикозных вен пищевода, кровотечения возникают повторно [1,3].

Целью исследования является оценка качества жизни больных после хирургического лечения одного из осложнений цирроза печени.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 30 человек, которые находились на лечении в хирургическом отделении ОБУЗ КГКБ СМП за период с сентября 2018 по февраль 2019 года. Больные были разделены на 2 группы по 15 человек: в 1 группу вошли пациенты с циррозом печени, осложнённым асцитом, а во 2 группу – с аналогичным заболеванием, только осложнённым портальной гипертензией и кровотечением из варикозно расширенных вен.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст / Пол	1 группа (n=15)				2 группа (n=15)			
	Мужской		Женский		Мужской		Женский	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
40-50	1	10	1	10	0	0	1	10
51-70	3	30	2	20	1	10	5	50
71-88	2	20	1	10	1	10	2	20

Из таблицы 1 можно сделать вывод, возраст больных колеблется от 44 до 88 лет, но преобладает от 51-70 лет, что составляет 55% от общего числа исследуемых пациентов. Также можно отметить, что в 1 группе превалируют женщины, а во 2 – мужчины. Так у больных с циррозом печени, осложнённым асцитом, 40% пациентов женского пола, 60% – мужского, а больных с циррозом печени, осложнённым портальной гипертензией и кровотечением из варикозно расширенных вен.

Также стоит отметить, что большая часть пациентов были доставлены в стационар по экстренным показаниям и госпитализированы в исследуемом промежутке времени по поводу данной патологии впервые. Наибольшее количество больных поступило в промежуток времени с 6.00 до 12.00.

Всем больным были проведены следующие исследования: лабораторные (ОАК, ОАМ, анализ крови на сахар, биохимический анализ крови, коагулограмма, исследование жидкости из брюшной полости) и инструментальные (УЗИ брюшной полости, ФГДС, ЭКГ, ренгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости). Исследование тяжести цирроза печени проводилось по классификации Чайлда-Тюркотта-Пью, которая основана на 6 основных параметрах: наличие асцита, количество общего билирубина плазмы, альбумина плазмы, наличие печёночной энцефалопатии, показатель ПТИ или МНО. Оценка качества жизни больных проводилась по опроснику «SF-36 Health Status Survey». Он состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал. Полученные данные были обработаны программами Microsoft Excel и Statistika 7.0.

Результаты и обсуждения. Распределение больных по тяжести цирроза печени по классификации Чайлда-Тюркотта-Пью представлена на диаграмме 1.

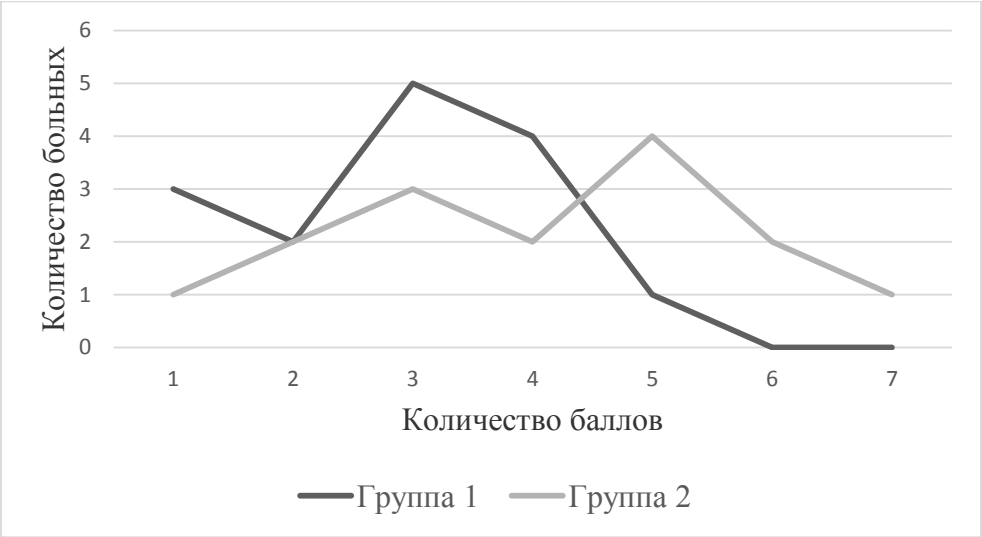


Диаграмма 1. Распределение больных по тяжести цирроза печени

Исходя из данных таблицы можно сказать, что большинство больных относится к классу А (до 6 баллов) по тяжести цирроза печени. Также можно выделить то, что у больных из 2 группы заболевание протекает тяжелее, чем у пациентов из 1 группы.

Частота встречаемости симптомов представлена ниже в таблице 2.

Таблица 2. Частота встречаемости клинических симптомов

Симптомы	1 группа (n=15)		2 группа (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%
Увеличение живота	15	100	8	53,3
Желтуха	15	100	15	100
Затруднение дыхания и одышка	12	80	3	20
Боль в правом подреберье	15	100	15	100
Слабость, повышенная утомляемость	15	100	15	100
«Голова медузы»	12	80	14	93,3

При проведении лабораторных исследований выявлены неспецифические изменения: снижение гемоглобина, увеличение СОЭ, тромбоцитопения, повышение уровня билирубин. Анализ крови на коагулограмму показывает пониженную свертываемость крови.

Данные по оценке качества жизни больных после лечения по опроснику «SF-36 Health Status Survey»представлены в таблице 3.

Таблица 3. Оценка качества жизни больных

Показатели	1 группа (n=15)	2 группа (n=15)
Физическое функционирование	46±2,7	67,33±2,2*
Ролевое физическое функционирование	39,27±3,6	51,67±1,3*
Интенсивность боли	59,67±1,6	74,33±2,3*
Общее состояние здоровья	52,93±1,13	66,6±2,1*
Жизненная активность	57,33±1,29	68±1,7*

Социальное функционирование	67,5±2,2	75,83±2,2*
Ролевое эмоциональное функционирование	35,65±4,8	59±4*
Психологическое здоровье	64±2	66,93±1,7
Физический компонент здоровья	37,41±0,8	45,23±0,8*
Психический компонент здоровья	43,38±0,9	47,74±1*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Из представленной таблицы видно, что качество жизни больных с циррозом печени, осложнённым асцитом, ниже качества жизни больных с аналогичным заболеванием, осложнённым портальной гипертензией и кровотечением из варикозно расширенных вен на 8%, а в плане психологического компонента – на 4%.

Список литературы.

1. Ивашкин В.Т. О состоянии организации медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения в РФ: Доклад на коллегии в Министерстве здравоохранения РФ// Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2004. Т. 14. № 3. С. 4-9.

2. Маевская М.В., Федосьина Е.А. Лечение осложнений цирроза печени. Методические рекомендации для врачей под редакцией академика РАМН профессора В.Т. Ивашкина. М.: ИД «МЕДпресс-информ», 2012.

3. Transection of the esophagus in bleeding esophageal varices / Pugh R.N.H., Murray-Lyon Im., Dawson J.L. et al. // Br.J. Surg. 2013. V. 60. P. 648-652

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИИ

Луцук А.С., ОлещикС.Н.
Белорусский государственный медицинский университет
1-я кафедра хирургических болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Неверов П.С.

Актуальность исследования состоит в том, что острые нарушения артериального мезентериального кровообращения являются значительной проблемой ургентной хирургии и ассоциируется с высокой летальностью. Данная патология встречается преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста. Основными причинами являются атеросклеротические изменения сосудистой стенки и тромбоэмболические осложнения мерцательной аритмии. В 90% случаев поражается верхняя брыжеечная артерия (ВБА), значительно реже нижняя брыжеечная. Диагностика заболевания на ранних этапах развития представляет значительные сложности ввиду недостаточной информативности скрининговых методов исследования. Это значительно снижает эффективность реконструктивных хирургических вмешательств и часто приводит к

масштабной резекции кишечника и неблагоприятному исходу. Чувствительным, но не всегда доступным методом диагностики заболевания является компьютерная томография (КТ) с внутривенным введением контрастного вещества. Рутинно ограничением для применения контрастирования считается тяжелое общее состояние пациента и наличие у него почечной дисфункции.

Целью исследования является проведение анализа результатов хирургического лечения пациентов с критической ишемией кишечника.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт пациентов с острыми сосудистыми болезнями кишечника, проходивших лечение в 1-ом хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ» города Минска в 2017 году. Учитывались пол и возраст пациентов, изменения лабораторных показателей, результаты скринингового ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости. Определяющим методом диагностики заболевания являлась КТ с внутривенным болюсным контрастированием. Также учитывался характер хирургического вмешательства и клинический исход заболевания. Формирование базы данных выполнено с помощью АИАС «Клиника». Для обработки информации применялись электронные пакеты Microsoft Office 2010.

Результаты и обсуждения. Женщин было 23 (65,7%), мужчин 12 (34,3%). Средний возраст пациентов составил 76,7±9,83 года (M±σ), при этом больше половины пациентов были в возрасте от 60 до 79 лет. У всех исследуемых имелась сопутствующая патология. У подавляющего большинства пациентов (n=32; 91%)имелись признаки хронической болезни почек (ХБП), которые определялись на основании изменений показателей мочевины и креатининавыше референтных значений: креатинин – 157,15±80,4мкмоль/л (M±σ), мочевина – 14,72±8,14 ммоль/л (M±σ).Мультифокальные атеросклеротические поражения имелись у n=22 (63%) пациентов (рисунок 1).

Рисунок 1.Характер сопутствующей патологии

Воспалительный синдром развился у 29 (83%) пациентов со средним лейкоцитозом 18,2± 8,89 $*10^9$/л (M±σ). Средняя концентрация С-пептида составила 147± 80,66 мг/л (M±σ).

При скрининговом УЗИ признаков окклюзии брыжеечных сосудов не было выявлено ни у одного пациента. Косвенные признаки абдоминальной патологии выявлены в виде свободной жидкости в брюшной полости (n=7; 20%), расширения петель кишечника и отсутствия перистальтики (n=9; 26%).

КТ с болюсным усилением по жизненным показаниям было выполнено 16пациентам. Остальным пациентам исследование не выполнялось в связи с признаками распространенного перитонита, агонального состояния, реже – по техническим причинам. Чувствительность метода составила 100%. Типичными КТ-признаками острого нарушения мезентериального кровообращения являлись: «обрыв» ствола верхней брыжеечной артерии (ВБА), отсутствие накопления контраста кишечной стенкой, расширение петель кишечника с уровнями «газ-жидкость».

У 12 (75%) пациентов не отмечено существенно нарастания признаков почечной дисфункциипосле введения контраста, у остальных 4 (25%) показатели увеличились незначительно. Средние показатели креатинина до введения контраста 157,15±80,4 мкмоль/л (M±σ), после – 188,76±66,86 мкмоль/л (M±σ); мочевины до – 14,72±8,14 ммоль/л (M±σ), после – 17,05±5,91ммоль/л (M±σ). Это указывает на целесообразность выполнения высокоинформативного исследования для своевременной диагностики заболевания и приблизительной оценки возможности сосудистой реконструкции.

Оперировано n=26 (74%) пациентов. Объем вмешательства ограничился диагностической лапаротомией в 7 случаях (20%), лапароцентезом – в 3 (8,3%), из них6 случаев признаны инкурабельными, у 4 пациентов имелись признаки субкомпенсированной ишемии кишечника, показаний к сосудистой реконструкции установлено не было. Интраоперационно признаки распространённого перитонита выявлены у n=17 (49%). Резекция кишечника выполнена у n=10 (29%). Попытка сосудистой реконструкции выполнена у n=3 (8,6%) пациентов, однако лишь у одного пациента (2,9%) после выполнения тромбэмболэктомии восстановилась пульсация дистального сосудистого русла (рисунок 2).

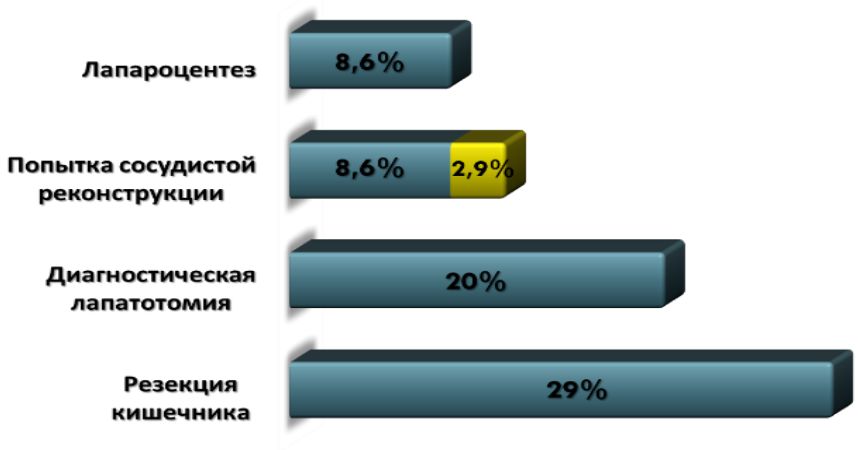


Рисунок 2. Объем оперативного вмешательства

Средняя длительность лечения составила 10,31±10,87 (M±σ) койко-дней. Общая летальность составила 65%, послеоперационная 48%. Без проведения операции умерло n=6 (17%). Выписаны с улучшением n= 12 (35%).

Выводы. Скрининговое УЗИ малоэффективно и выявляет лишь косвенные признаки заболевания в виде наличия свободной жидкости в брюшной полости и признаков нарушения пассажа по кишечнику.

Диагностическая ценность КТ с болюсным усилением значительно превышает потенциальный риск нарастания почечной недостаточности из-за введения контрастного вещества.

Эффективность хирургического лечения острого мезентериального нарушения без восстановления артериального кровотока является малоэффективным.

Список литературы.

1. Прохоров А.В. Острая артериальная недостаточность: учебно-метод. пособие / А.В. Прохоров. – Минск : БГМУ, 2008. – 16 с.

2. Савельев В.С. Острые нарушения мезентериального кровообращения / В.С. Савельев, И.В. Спиридонов, Б.В. Болдин // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – М. : Триада-Х, 2004. – С. 218-302.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА

Львовский А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Пашков В.М.

Актуальность исследования состоит в том, что язвенная болезнь желудка является одной из распространенных патологий среди заболеваний пищеварительной системы [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, язвенная болезнь наиболее чаще встречается у 10-15% взрослого населения [2]. Высокая заболеваемость, значительная частота развития осложнений, рецидивирующее течение, длительная нетрудоспособность относят к числу важных медицинских и социальных проблем [2].

Целью исследования является изучение качества жизни больных, перенесших операцию при прободной язве желудка.

Материалы и методы:. был проведен анализ исследования 30 больных, находившихся на лечении в ОБУЗ КГКБ СМП за период с 2017 по 2018 год. Больные были разделены на 2 группы по 15 человек: 1-ая группа – пациенты которым была проведена резекция желудка, 2-ая группа – пациенты, которым было произведено иссечение язвы желудка.

Результаты и обсуждения. Распределение больных в 2 группах по полу и возрасту представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 Распределение по полу исследуемых групп

	1 группа				2 группа			
Пол	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
Число	10	67%	5	33%	9	60%	6	40%

Из таблицы видно, что в 1 и 2 группах преобладают мужчины (67% и 60%) (таблица 1).

Таблица 2 Распределение по возрасту контрольной и исследуемой группы

	1 группа		2 группа	
Возрастная группа	Число	Процент	Число	Процент
от 18 до 30 лет	-	-	-	-
от 31 до 40 лет	1	6	-	-
от 41 до 50 лет	3	20	2	13
от 51 до 60 лет	7	47	8	53
от 61 до 70 лет	4	27	5	34
от 71 до 80 лет	-	-	-	-
Всего	15	100	15	100

Наиболее часто заболевание встречалось у больных в возрасте от 51 до 60 лет (таблица 2).

Диагностическая программа включала в себя:

ОАК: Hb, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, цветовой показатель, СОЭ, сахар крови.

ОАМ: белок, сахар, эпителиальные клетки, эритроциты, лейкоциты.

БАК: мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ. щелочная фосфатаза, холестерин, УЗИ органов брюшной полости, исследование качества жизни больных с помощью опросника SF-36.

Результаты и их обсуждение. На основе проведенной диагностической программы мы выявили умеренно выраженные признаки воспаления.

Таблица 3 Данные ОАК, ОАМ, БАК в исследуемых группах

Данные лабораторных исследований	1 группа		2 группа	
	Абс	%	Абс	%
ОАК: Hb, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, цветовой показатель, СОЭ, сахар крови повышены	9	60	8	53

ОАМ: незначительное повышение белка, сахара, эпителиальных клеток, появление эритроцитов, лейкоцитов.	4	27	5	33
БАК: повышение мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ. щелочной фосфатазы, холестерина	2	13	2	14

По данным таблицы 3 можно сказать о том, что в 1 и 2 группах наибольшую роль по выявлению признаков воспаления играет ОАК (60%,53% соответственно).

Таблица 4. Встречаемость лучевых признаков перфоративной язвы желудка

Группы	Группа 1		Группа 2	
Признак	Абс.	(%)	Абс.	(%)
Наличие воздуха	10	67	6	40
Наличие жидкости	5	33	9	60

В 1 группе у 10 пациентов обнаружили воздух в брюшной полости. Во 2 группе людей у 9 человек находилась жидкость брюшной полости (таблица 4).

Таблица 5. Оценка результатов хирургического лечения перфоративной язвы желудка

Результаты лечения	Группа 1		Группа 2	
	Абс.	%	Абс.	%
Отлично	4	27	5	33
Хорошо	7	47	8	53
Удовлетворительно	3	20	2	14
Неудовлетворительно	1	6	-	-

Из таблицы 5 видно, что в 2 группе результаты лечения самые высокие, отличный результат был у5 человек, что составило 33%. хороший у 8человек (53%), удовлетворительны – у 2 человек (14%)

Динамика качества жизни проводилась с помощью опросника SF 36.

Таблица 6. Оценка показателей качества жизни больных перфоративной язвой желудка

Показатели шкалы SF-36	Группа 1	Группа 2
Физическое функционирование	69,5±4,1	77,5±6,5
Ролевое физическое функционирование	63,2±9,5	80,5± 11,5

Интенсивность боли	74,7±4,6	78,6±12,3
Общее состояние здоровья	51,3±12,8	74,6±10,4
Жизненная активность	65,5±9,2	72,5± 11,5
Социальное функционирование	66,9±4,4	75,5±5,3
Ролевое эмоциональное функционирование	73.8±6,6	81,4±12,7
Психологическое здоровье	66,5±3,5	79,2±9,1
Физический компонент здоровья	46.8±3,5	53,3±2,2
Психический компонент здоровья	47,1 ±5,9	52,9±3.6

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

Показатели группы 1, которая включает пациентов, перенесших иссечения язвы, выше, чем в группе 2, к которой относятся больные после резекции желудка.

Выводы. У больных, перенесших операцию по иссечению язвы, повышается качество жизни. Проведение резекции желудка пациентам, имеющим язвенную болезнь, приводит к ухудшению уровня жизни.

Список литературы.

1. Анализ результатов лечения прободных гастродуоденальных язв по материалам ГМУ ГБ СМП города Курска / Новомлинец Ю.П [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 144-146;

2. Отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией. / Суковатых Б.С [и др.]// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. – № 3. – С.30-36.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СПИЦЕВИНТОВОГО ФИКСАТОРА ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА

Ляхов Д.А., Чеботарев С.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Дорошев М.Е.

Актуальность исследования состоит в том, что переломы локтевого отростка составляют 14-34% от общего числа переломов области локтевого сустава и 1-1,5% от общего числа переломов скелета, средняя частота составляет 1,08 на 10000 человек в год [4]. Основными проблемами, связанными с лечением перелом локтевого отростка являются: 1) частое сочетание с повреждением капсульно-связочного аппарата локтевого сустава – в 11-13% случаев встречаются переломовывихи в локтевом сустава с повреждением локтевого отростка, к тому же, перелом локтевого отростка является внутрисуставным, поэтому соотношения в суставе после перелома

определяют прогноз развития вторичного остеоартроза; 2) тракционные усилия из-за сокращения трехглавой мышцы плеча обеспечивают не только значительное смещение отломков, но делают в 12-21,9% неэффективным как консервативные методики репозиции и удержания отломков, так и предъявляют высокие требования к механическим характеристикам внутренних фиксаторов; 3) поверхностное подкожное расположение локтевого отростка обуславливает не только частоту прямого повреждения локтевого отростка, но и диктует необходимость применения внутренних фиксаторов с малой металлоемкостью; 4) склонность локтевого сустава к развитию контрактур при длительной иммобилизации после переломов диктует необходимость применения внутренних фиксаторов позволяющих начать раннее функциональное лечение после операции [1, 2]. Так, применение методики внутренней фиксации проволочной петлей и спицами по Weber дает хорошие результаты оперативного лечения при простых переломах локтевого отростка, но оскольчатые нестабильные переломы требуют большей прочности фиксации. С этой целью применяются такие металлоконструкции как пластины с угловой стабильностью, интрамедуллярные стержни и аппараты внешней фиксации, но эти методики имея ряд позитивных свойств, также имеют и недостатки [3].

Целью исследования является экспериментальное обоснование механических характеристик спицевинтового фиксатора при остеосинтезе переломов локтевого отростка.

Материалы и методы: для изучения механических характеристик спицевитового фиксатора при остеосинтезе локтевого отростка были изготовлены три группы моделей проксимального отдела локтевой кости из древесины (сосна, 12% влажности) по 5 штук в каждой. На каждой модели был сформирован поперечный перелом с межотломковым диастазом, размером 10 мм. Группа № 1 – перелом локтевого отростка, фиксированный проволочной петлей Ø 1 мм и двумя спицами Киршнера Ø 2,0 мм. Группа № 2 – перелом локтевого отростка, фиксированный реконструктивной пластиной и кортикальными винтами Ø 3,5 мм по методике AO/ASIF. Группа № 3 – перелом локтевого отростка, фиксированный спицевинтовым фиксатором (рисунок 1).

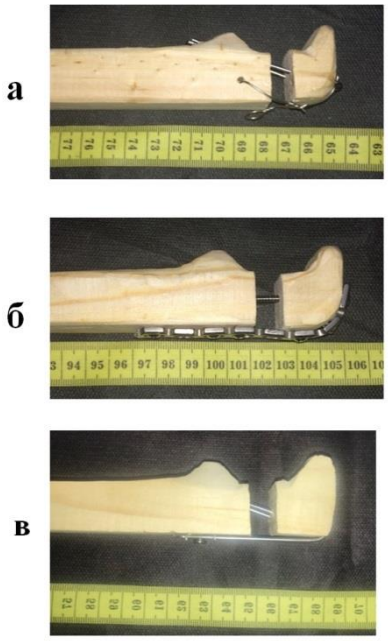


Рисунок 1. Модели остеосинтеза переломов локтевого отростка:
а – фиксация по Weber, б – фиксация пластиной и винтами;
в – фиксация спицевинтовым фиксатором

Изучалась прочность фиксаторов на изгиб. Нагрузка прилагалась на область верхушки локтевого отростка и фиксировалась динамометром в килограмм-силах (кгс). Регистрация приложенной нагрузки проводилась до момента возникновения необратимых пластичных деформаций в фиксаторе с потерей его несущей способности. При этом регистрировалось угловое смещение отломков в градусах (рисунок 2).

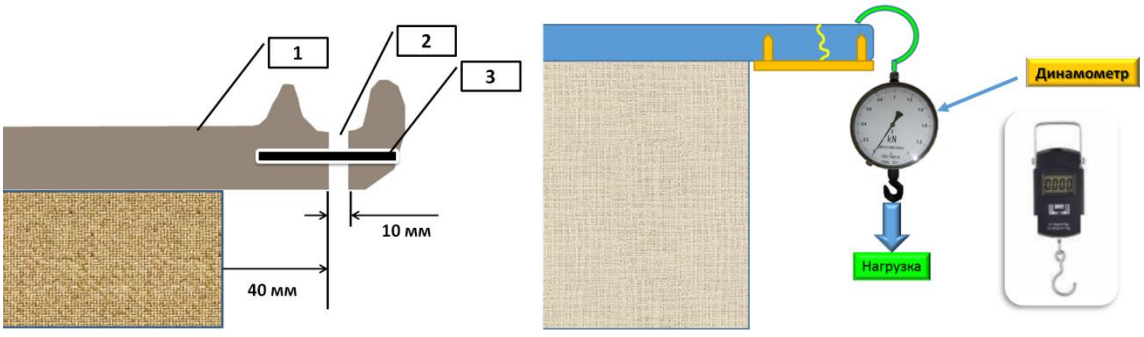


Рисунок 2. Схема эксперимента: а – схема закрепления модели перелома локтевого отростка: 1 – модель локтевой кости; 2 – межотломковый диастаз; 3 – фиксатор (схематично); б – схема приложения нагрузки.

Полученные данные обрабатывались методами параметрической статистики с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. В результате механических испытаний фиксаторов были получены следующие данные (таблица 1).

Таблица 1. Механические характеристики фиксаторов переломов локтевого отростка

Характеристики	Фиксатор			p
	Weber	Пластина	Спицевинтовой фиксатор	
Максимальная нагрузка (кгс)	18,4±0,92	12,3±0,61	26,0±1,3	<0,05
Угловое смещение (градусы)	44,6±2,2	59,2±2,9	24,2±1,2	<0,05

Установлено, что спицевинтовой фиксатор способен выдержать нагрузку достоверно большую, чем стандартные фиксаторы, и деформируется в меньшей степени. На основании собственных данных, масса свободной верхней конечности человека составляет 5,3±1,5 кг. Учитывая этот факт, полученные данные являются экспериментальными предпосылками возможности раннего функционального лечения переломов локтевого отростка после остеосинтеза спицевинтовым фиксатором, так как прочность конструкции превышает вес верхней конечности более чем в 5 раз.

Выводы. Прочность спицевинтового фиксатора, используемого для остеосинтеза моделей переломов локтевого отростка, превышает прочность фиксации по Weber и реконструктивной пластиной; 2) Прочность спицевинтового фиксатора превышает вес свободной верхней конечности более чем в 5 раз, что является экспериментальной предпосылкой возможности раннего функционального лечение переломов локтевого отростка при применении этого фиксатора.

Список литературы.

1. Сысенко Ю.М. Лечение больных с переломами локтевого отростка, сопровождающимися передними вывихами костей предплечья, методом чрескостного остеосинтеза / Ю.М. Сысенко, Э.В. Горбунов // Новые технологии в диагностике и лечении травм и заболеваний опорно-двигательной системы: Материалы межрегион. конф. молодых ученых. - Саратов. - 2003. - С. 111-115.

2. Сысенко Ю.М. Осложнения при лечении больных с переломами локтевого отростка методом чрескостного остеосинтеза / Ю.М. Сысенко, Э.В. Горбунов // Современные технологии в травматологии, ортопедии: Ошибки и осложнения – профилактика, лечение: Сб. тез. междунар. конгр. - М. - 2004. - С.166.

3. Федоров С.Е. Эффективность современных методов консервативного и оперативного лечения переломов локтевого отростка / С.Е. Федоров, Н.В. Ярыгин, В.В. Никулин, В.И. Нахаев // Материалы V совместной науч.-практ. конф. ГКБ № 54.: Тез. докл. - 2011. - С. 5-12.

4. Comminuted olecranon fractures: a comparison of plating methods / M.J. Gordon, J.E. Budoff, M.L. Yeh et al. // J. Shoulder Elbow Surg. - 2006. - Jan-Feb. - Vol. 15. - № 1. - P. 94-99.

СОЧЕТАНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОПУХОЛЯМИ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Магданов М.Г.
Гомельский государственный университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иванов С.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью эндокринной системы. Наиболее значимые этиологические факторы РЩЖ: ионизирующая радиация, нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе, генетическая предрасположенность. По данным тематической литературы у больных РЩЖ довольно часто развиваются первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО). Это связано с воздействием общих канцерогенных факторов, относительно благоприятным прогнозом при РЩЖ. РЩЖ чаще развивается у лиц, подвергшихся воздействию радиоактивного йода в возрасте 0-14 лет. Чаще всего РЩЖ сочетается со злокачественными опухолями кожи, молочной железы, яичников, тела матки, предстательной железы. Представляет интерес изучение частоты и структуры ПМЗО у пациентов с РЩЖ. Эти данные позволят планировать объем обследования пациентов с РЩЖ для своевременного выявления второй опухоли.

Целью исследования является анализ данных о пациентах Гомельской области с ПМЗО, одной из которых является РЩЖ.

Материалы и методы: исследованы случаи развития ПМЗО у пациентов Гомельской области, которым диагноз РЩЖ был установлен в 2008-2012 годы Проанализированы следующие параметры: время развития и локализация второй опухоли, количество локализаций злокачественного новообразования (ЗНО), возраст пациентов, причина смерти пациентов, распределение РЩЖ по стадиям. Источники информации: сведения, основанные на статистических данных обязательного учета всех новых случаев ЗНО в Гомельской области. Регистрировались наблюдения второй опухоли в сроки до 5 лет после установления первого диагноза злокачественного новообразования. Статистическая обработка: критерий χ^2 для непараметрических показателей, критерий статистической значимости различия $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. На протяжении 2008-2012 годы диагноз РЩЖ был установлен 945 жителям Гомельской области. Опухоль другой локализации была обнаружена у 63 из них (6,7%) в сроки до и после 5 лет от выявления РЩЖ. Это соответствует пропорции ПМЗО среди всех пациентов со ЗНО (4-11% по данным разных авторов). Число пациентов мужского пола –8 (12,7%), женского пола – 56 (87,3%). Отношение мужчин и женщин с ПМЗО (1:7) отличается от такового у пациентов с РЩЖ (1:5), выявленных в том же периоде. Это может быть связано с большей продолжительностью жизни женского населения Беларуси [3].

Распределение РЩЖ по стадиям в исследованном коллективе: I стадия – 29 (46,0%), II стадия – 8 (12,7%), III стадия – 11 (17,5%), IV –15 (23,8%). Доля РЩЖ I-II стадии среди пациентов с ПМЗО составила 58,7% (37 из 63), доля РЩЖ I-II стадии в когорте заболевших РЩЖ без ЗНО других локализаций в тот же временной интервал – 77,3% (682 из 882). Различие по этому показателю является статистически значимым (p=0,001). Можно объяснить это тем, что возраст пациента влияет на стадию при папиллярном и фолликулярном РЩЖ, а ЗНО чаще развиваются у пациентов старших возрастных групп.

Средний возраст пациентов исследуемого коллектива – 67,8 лет. Распределение по возрастным группам в момент установления диагноза РЩЖ: менее 50 лет – 6 (9,5%) пациентов; 50-59 года – 14 (22,2%); 60-69 года – 17 (27,0%); 70-79 года – 11 (17,5%); 80 и более лет – 15 (23,8%). Повозрастное распределение исследованного коллектива отличается от структуры заболевших РЩЖ в течение периода мониторинга в сторону пациентов пожилого и старческого возраста. Это можно объяснить более высоким риском развития ЗНО у лиц старшего возраста.

Две опухоли в течение контрольного периода развились у 57 пациентов (90,5%), три – у 5 (7,9%), четыре – у 1 (1,6%). Синхронные ПМЗО установлены у 8 пациентов (12,7%), метахронные ПМЗО с хронологически первым РЩЖ – 33 (52,4%), метахронные ПМЗО с хронологически вторым или третьим РЩЖ – 22 (34,9%).

У 41 пациента (65,1%) в нашем материале вторая опухоль развилась синхронно с РЩЖ или более, чем через 6 мес. после установления РЩЖ. Это можно объяснить более благоприятным прогнозом при данной локализации рака по сравнению с большинством других ЗНО (кроме рака кожи). Период наибольшего относительного риска ПМЗО можно считать 1 год после установления РЩЖ – в это время зарегистрировано 14 случаев. В остальные годичные интервалы отмечали не более, чем по 7 вторых опухолей.

Общее количество новообразований составляет 70. По полученным данным видно, что большинство ПМЗО (21 наблюдение – 30,0%) в нашем материале представлено сочетанием РЩЖ и рака кожи. Оба заболевания характеризуются относительно благоприятным клиническим течением и имеют общий этиологический фактор – ионизирующая радиация, кроме того, рак кожи имеет высокие показатели заболеваемости в Гомельской области [5]. Из других ЗНО чаще регистрировались рак молочной железы, рак тела матки, рак почки. Общее число опухолей, одним из причинных факторов которых является

нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе –23 (36,5%) [1]. В эту группу включены рак молочной железы, рак яичников, рак тела матки, рак простаты. Наиболее частые ЗНО у мужчин: рак кожи 3 (30,0%), рак предстательной железы 3 (30,0%); у женщин – рак кожи 18 (28,3%), рак молочной железы 12 (20,0%), рак тела матки 6 (10,0%), рак почки 5 (8,3%).У 3 пациентов (4,8%) РЩЖ развился после рака гортани и лимфомы Ходжкина. Это можно объяснить фактором облучения шеи при лечении этих новообразований [2,4].

Мы проследили судьбу всех пациентов в течение 5-летнего периода после установления диагноза РЩЖ. Живы или умерли от причин, не связанных со злокачественной опухолью, 51 человек (81,0%), умерли от опухоли 12 пациентов (19,1%). Причиной смерти были следующие новообразования: рак щитовидной железы – 3;рак молочной железы – 2; опухоли других локализаций – 7 (все – по 1 случаю).

Таким образом, пациенты с ПМЗО, включающим РЩЖ, имеют более высокий риск погибнуть от опухоли другой локализации. При этом 4 новообразования (33,3%), ставшие причиной смерти, развились синхронно с РЩЖ или после его излечения.

Выводы. РЩЖ сочетался с опухолями других локализаций в нашем материале у 6,7% пациентов. Наиболее частой второй локализацией опухоли были рак кожи (30,0%), рак молочной железы (19,0%), рак тела матки (9,5%). В большинстве наших наблюдений РЩЖ был первой или синхронной опухолью (65,1%). На особенности реабилитации и послелечебное наблюдение пациентов оказывают влияние: относительно благоприятный прогноз при РЩЖ, общие этиологические факторы ПМЗО и РЩЖ, а также обусловленность большинства случаев гибели от второй после РЖЩ опухоли. Мероприятия должны включать устранение канцерогенных факторов и обследование, направленное на своевременную диагностику второй опухоли.

Список литературы.

1. Афанасьева, З.А. Клинико-морфологические особенности полинеоплазий с поражением щитовидной железы / З.А.Афанасьева, С.Ф.Бакунин, С.В. Петров // Медицинский альманах. 2010. № 3. С. 66-70.

2. Островская А.В. Вторые опухоли: частота развития, особенности биологии, прогноз / Островская А.В., Тюкалова Н.Р., Новичкова Г.А. и др.//Современная онкология. М., 2002. Т. 4, № 2. С.48-50.

3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007-2016) / А.Е. Океанов [и др.]; под ред. О.Г. Суконко. Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. 286 с.

4. Hakala, T.T. Increased risk of certain primary second malignancies in patients treated for well-differentiated thyroid cancer / T.T. Hakala, J.A. Sand, A. Jukkola, H.S [et.al.] // Int J ClinOncol. 2016. Vol. 21, № 2. Pp. 231-239.

5. Iyer, N.G. Rising Incidence of Second Cancers in Patients With Low-Risk (T1N0) Thyroid Cancer Who Receive Radioactive Iodine Therapy / N.G. Iyer, L.G.T. Morris, R.M. Tuttle [et.al.]// Cancer. 2011. Vol. 117, № 19. Pp. 4439–4446.

ЛЕЧЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ И ЭМБОЛИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Манахова Д.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., Орлова А.Ю.

Актуальность исследования заключается в том, что сосудистые заболевания занимают существенное место в структуре заболеваемости Российской Федерации. В последние годы наблюдается прогрессирующий рост показателей заболеваемости и смертности от патологии сосудов. Острая артериальная непроходимость вследствие тромбоза или эмболии магистральных артерий конечностей является одной из самых актуальных и важных проблем экстренной хирургии сосудов. Подтверждением этому является высокая летальность, которая за последнюю четверть лет не имеет тенденции к снижению и достигает 25-35%. В среднем у 20% из выживших развивается гангрена конечности, требующая высокой ампутации и приводящая к стойкой инвалидности. Жизнь этих больных находится под постоянной угрозой повторных, нередко смертельных, эмболий. Сосудистые заболевания являются не только основной причиной усугубляющейся потери физической активности среди возрастных групп, но и в качестве важнейшего фактора трудопотерь, поэтому необходимо укреплять понимание угрозы дальнейшего роста данной патологии и улучшать качество жизни жителей России и увеличивать трудовой потенциал страны [1].

Целью исследования является изучение результатов хирургического вмешательства по поводу тромбозов и эмболий периферических артерий на основании объективных критериев и параметров качества жизни пациентов.

Материалы и методы: в исследование было включено 20 человек, которые находились на лечении в БМУ КОКБ и ОБУЗ КГКБ СМП за период с октябрь по декабрь 2018 года. Больные были разделены на 2 группы по 10 человек: в 1-ю группу вошли пациенты с тромбозами и эмболиями периферических артерий верхних конечностей, а во 2-ю – нижних конечностей.

Таблица 1.Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст / Пол	1 группа (n=10)				2 группа (n=10)			
	Мужской		Женский		Мужской		Женский	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
40-50	1	10	1	10	0	0	1	10
51-70	3	30	2	20	1	10	5	50
71-88	2	20	1	10	1	10	2	20

Из таблицы 1 видно, что возраст больных колеблется от 44 до 88 лет, но преобладает от 51-70 лет, что составляет 55% от общего числа исследуемых пациентов. Также отметим, что 1ой группе превалируют женщины, а во 2ой – мужчины. Так, у больных с тромбозами и эмболиями периферических артерий верхних конечностей 40% пациентов женского пола, 60% – мужского, а той же

патологии периферических артерий нижних конечностей 80% и 20% соответственно. Большая часть пациентов доставлены в стационар по экстренным показаниям и были госпитализированы в данном году по поводу данного заболевания впервые. Наибольшее количество больных поступило в период с 6 утра до 12 дня.

Всем больным были проведены общие клинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, а также инструментальная диагностика, включающая ультразвуковое исследование пораженного сосуда, обзорную рентгеноскопию органов грудной клетки и ЭКГ. Динамика клинического статуса больных оценивалась по шкале Rutherfordetal. Оценка качества жизни больных проводилась по опроснику «SF-36 Health Status Survey».

Результаты и обсуждения. Были выявлены следующие клинические симптомы пораженной конечности: боль, кожные покровы бледно-цианотические, пульсация дистальнее места поражения четко не определяется, понижение температуры кожи, снижение чувствительности и нарушения двигательной функции конечности (таблица 2).

Таблица 2. Частота встречаемости клинических симптомов.

Симптомы	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боль в ишемизированной конечности	10	100	10	100
Изменение окраски кожных покровов	10	100	10	100
Отсутствие пульсации на всех уровнях дистальной оккулюзии	8	80	6	60
Понижение температуры кожи	10	100	10	100
Расстройство чувствительности	10	100	10	100
Нарушение двигательной функции в конечности	6	60	5	50

При проведении лабораторных исследований выявлены неспецифические изменения: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение уровня фибрина, серомукоида, гаптоглобина, сиаловых кислот, γ-глобулинов. Анализ крови на коагулограмму показывает повышенную свертываемость крови.

Важно отметить, что при тромбозах и эмболиях периферических артерий у больных имелись сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, атеросклероз, аневризма аорты, ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатии, ожирение. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение – тромбэмболоэктомии из пораженного периферического сосуда конечности.

Изучение динамики клинического статуса больных после операции оценивались по шкале Rutherfordetal. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3. Динамика клинического статуса больных после операции по шкале Rutherfordetal.

Баллы	Эффективность	группа 1 (n=10)		группа 2 (n=10)	
		Абс.	%	Абс.	%
+3	Значительное улучшение	3	30	2	20
+2	Умеренное улучшение	5	50	6	60
+1	Минимальные улучшения	1	10	1	10
0	Без изменений	1	10	1	10
-1	Минимальные ухудшения	-	-	-	-
-2	Умеренное ухудшение	-	-	-	-
-3	Значительное ухудшение	-	-	-	-

Эффективность по динамике клинического статуса лучше у пациентов 2 группы. Умеренные улучшения отмечены во 2 группе у 60%, в 1 группе – у 50%.

Изучение качества жизни больных после лечения проводилось по опроснику «SF-36 Health Status Survey». Состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал [2]. Полученные данные были обработаны программой «BioStat». Результаты по оценке качества жизни больных после лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3.Оценка качества жизни больных

Показатели	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Физическое функционирование	46,00±2,7	67,33±2,2*
Ролевое физическое функционирование	39,27±3,6	51,67±1,3*
Интенсивность боли	59,67±1,6	74,33±2,3*
Общее состояние здоровья	52,93±1,1	66,60±2,1*
Жизненная активность	57,33±1,3	68,00±1,7*
Социальное функционирование	67,50±2,2	75,83±2,2*
Ролевое эмоциональное функционирование	35,65±4,8	59,00±4,0*
Психологическое здоровье	64,00±2,0	66,93±1,7
Физический компонент здоровья	37,41±0,8	45,23±0,8*
Психический компонент здоровья	43,38±0,9	47,74±1,0*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Из представленной таблицы видно, что качество жизни больных с тромбозом и эмболией периферических артерий верхних конечностей ниже качества жизни больных с аналогичным заболеванием периферических артерий нижних конечностей на 7,8%, а в плане психологического компонента – на 4,4%.

Выводы. Тромбоэмболэктомия тромбозов и эмболий нижних конечностей оказывает более позитивное влияние на качество жизни больных, чем верхних конечностей.

Список литературы.

1. Затевахин, И.И. Острая артериальная непроходимость / И.И. Затевахин, В.Н. Золкин//Ангиология и сосудистая хирургия.- 2002.Т.8, № 2. С.9-12.

2. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИН СУЛЬФАТА НА ОСТЕОГЕНЕЗ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ

Махлаев В.С., Сёмин Н.А., Аниканов А.В.
Курский государственный медицинской университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Коклина Н.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что более 120 лет ученые занимаются проблемой изменений в костной ткани инволютивного, а также метаболического характера, однако заболеваемость остеопорозом (ОП) нарастает и сегодня можно говорить о его эпидемии. Рост числа переломов на фоне ОП доказывает, что на текущий момент нет доступных каждому и эффективных средств медикаментозной коррекции данного заболевания. Это обстоятельство заставляет искать новые пути и методы лекарственной терапии генерализованногоОП [1].

За последнее десятилетие проведен ряд исследований, которые подтвердили позитивные остеопротективные свойства таких препаратов, как эналаприл, лозартан, резвератрол, розувастатин, L-норвалин на моделях постовариоэктомического ОП [2, 3]. Результаты исследований в этой области обуславливают целесообразность дальнейшего поиска веществ с эндотелиопротективными свойствами.

Целью исследования является оценка влияния глюкозамин сульфата на остеогенез при экспериментальном гипоэстрагенном ОП после травмы с последующим медуллярным остеосинтезом.

Материалы и методы: эксперимент проводился на 60 самках белых крыс линии Вистар массой 220-250 грамм. Гипоэстрогенный ОП моделировался путем билатеральной овариоэктомии под наркозом (внутрибрюшинным введением раствора хлоралгидрата в дозе 300 мг/кг). Животные были разделены на 3 группы: I группа – контрольная (n=20) – проводили ложнуюовариоэктомию; II группа – проводили двустороннюю овариоэктомию (n = 20); III группа – выполнялась билатеральная овариоэктомиябыл

осуществлен перелом плечевой и бедренной кости, также выполнен интрамедуллярный остеосинтез (n=20). Ежедневно внутрижелудочно вводился глюкозамин сульфат в дозировке128,57 мг/кг/сутв течение 75 дней.

Через 75 дней после начала медикаментозной коррекции выполнялась денситометрия следующих областей : проксимального и дистального отделов бедра, проксимального и дистального отделом плеча. Для оценки плотности костной ткани использовалась система молекулярной визуализации In-Vivo FX Pro производства компании Bruker (США). Далее проводилась цифровая рентгеновская денситометрия с использованием программы Bone Density Software.

Результаты и обсуждения. В соответствии с данными денситометрии, показатель Bone Column Density (плотность тела кости) (г/см^3): проксимальный отдел плеча в I группе (здоровые) – 2,346±0,25 г/см^3; II группа (двусторонняя овариоэктомия) – 2,207±0,18 г/см^3;III группа (овариоэктомия, перелом плечевой и бедренной кости с последующим интрамедуллярным остеосинтезом) – 2,258±0,25. Дистальный отдел плеча: I группе–4,06±0,25 г/см^3; II группа–3,192±0,19 г/см^3;III контрольная группа– 3,856±0,28 г/см^3. Проксимальный отдел бедра :I группе–2,762±0,15 г/см^3; II группа–2,478±0,05 г/см^3, III группа–2,746±0,17 г/см^3. Дистальный отдел бедра: I группе–2,832±0,2 г/см^3; II группа–2,65±0,02 г/см^3, III группа–2,886±0,28 г/см^3. Наглядно данные представлены на рисунке 1.

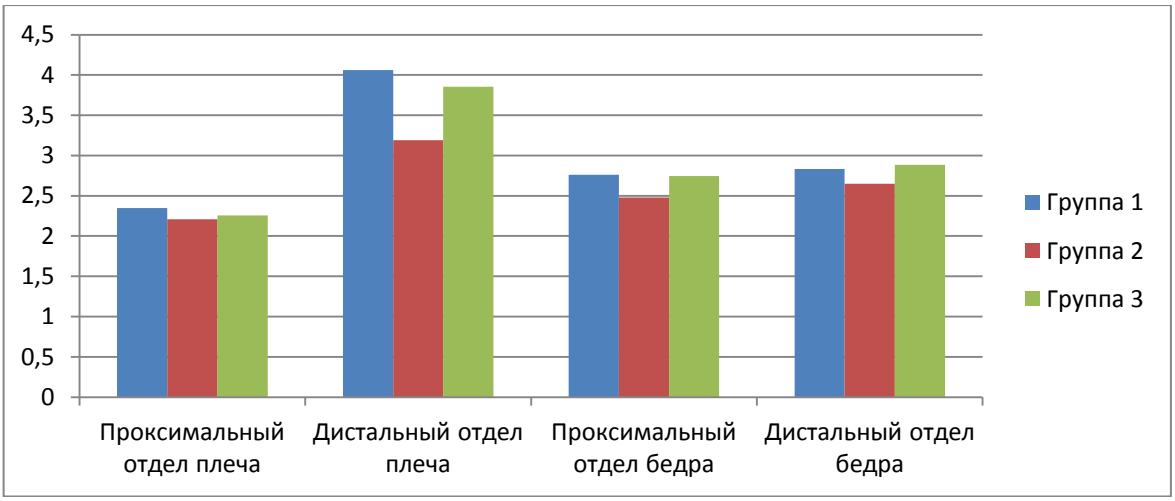


Рисунок 1. Bone Column Density. p≥0,05

Показатель BoneDensity (плотность кости) (г/см^3): проксимальный отдел плеча в I группе (здоровые) –2,207±0,23г/см^3; II группа (двусторонняя овариоэктомия) –2,046±0,17г/см^3, III группа (овариоэктомия, перелом плечевой и бедренной кости с последующим интрамедуллярным остеосинтезом) – 2,125±0,23 г/см^3. Дистальный отдел плеча : I группе–3,808±0,24г/см^3; II группа–3,005±0,18г/см^3, III группа–3,63±0,27г/см^3. Проксимальный отдел бедра :I к группе –2,584±0,14г/см^3; II группа–2,332±0,05г/см^3, III группа–2,585±0,16г/см^3. Дистальный отдел бедра: I группе–2,666±0,18 г/см^3; II группа–2,494±0,02 г/см^3, III группа–2,72±0,27 г/см^3. Наглядно данные представлены на рисунке 2.

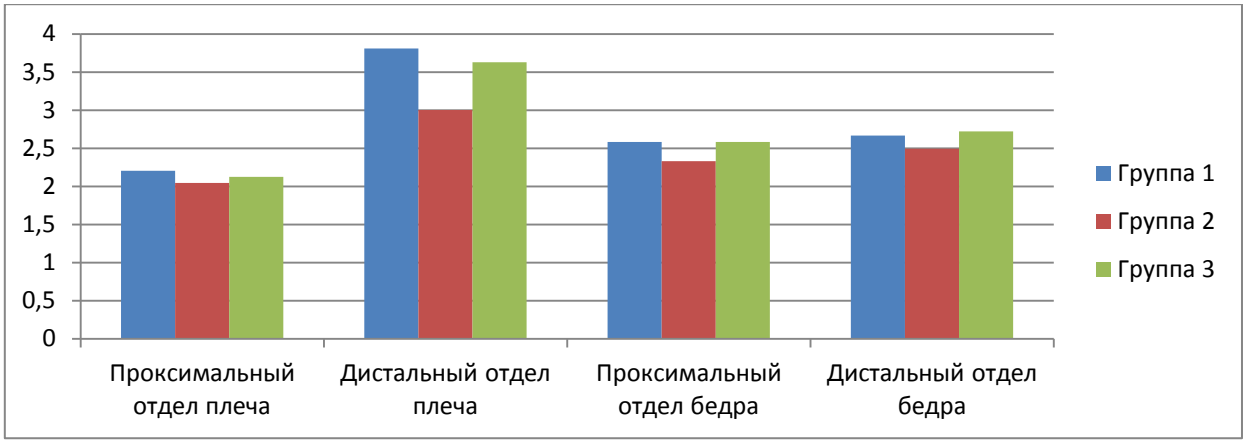


Рисунок 2. BoneDensity. p≥0,05

Показатель BoneSurfaceDensity (плотность поверхности кости) (г/см^2) проксимальный отдел плеча в I группе (здоровые) –0,396±0,081 г/см^2;II группа (двусторонняя овариоэктомия) –0,321±0,058 г/см^2, III группа (овариоэктомия, перелом плечевой и бедренной кости с последующим интрамедуллярным остеосинтезом) –0,418±0,146 г/см^2. Дистальный отдел плеча: I группа – 0,503±0,014 г/см^2; II группа–0,432±0,109 г/см^2, III группа –0,477±0,5 г/см^2. Проксимальный отдел бедра :I группа –6,598±0,042 г/см^2; II группа–0,509±0,086 г/см^2, III группа–0,546±0,046 г/см^2. Дистальный отдел бедра: I группе – 0,506±0,618 г/см^2; II группа–0,51±0,438 г/см^2, III группа–0,552±0,06 г/см^2. Наглядно данные представлены на рисунке 3.

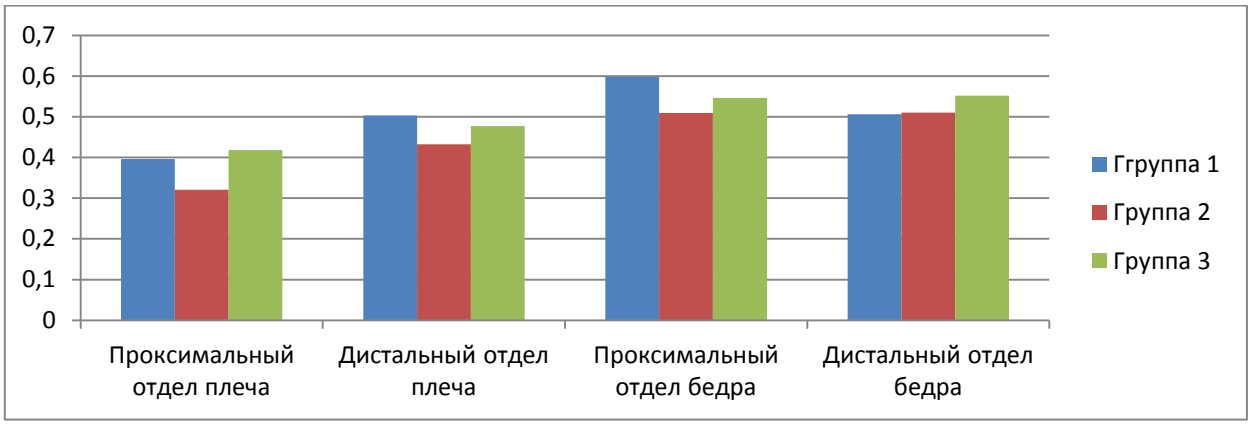


Рисунок 3. Bone Surface Density. p≥0,05

Выводы. Из полученных данных видно, что плотность костной ткани у крыс с медуллярным остеосинтезом, с последующей терапией глюкозамин сульфатом, выше плотности костной ткани контрольной группы крыс с остеопорозом без терапии, следовательно, глюкозамин сульфат обладает остеопротективным действием.

Список литературы.

1. Остеопороз у пациентов с соматической патологией в зависимости от пола. /Верткин А.Л., Моргунов Л.Ю., Наумов А.В. и др.// «Врач». – 2007.–№ 7.–С. 5-8.

2. Протективное действие эналаприла и лозартана при экспериментальном остеопорозе / О.С. Гудырев, А.В. Файтельсон, М.В. Покровский и др. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. – № 2. – С. 9-14.

3. Стабровская, Н.В. Исследование эндотелио- и остеопротективных эффектов некоторых антиоксидантов :автореф. дис. … канд. мед. наук (14.03.06) / Н.В. Стабровская; КГМУ. – Курск, 2011. – 22 с.

ПРОФИЛАКТИКА ИСКРИВЛЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Медведев П.Н., Бутов А.А., Чернов К.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научные руководители – к.м.н., ассистент Тихоненков С.Н., начальник социального центра Кетова Н.А.

Актуальность исследования состоит в том, что согласно данным Росстат только за 2015 год во время профилактических осмотров у детей возрастом до 15лет нарушение осанки было выявлено более чем у 1200,1 ребенка. Количество детей, которые имели патологию костно-мышечной системы перед поступлением в детский сад, уже составляло почти 2% на 1 тыс. В дошкольных образовательных учреждениях этот показатель вырос до 7,8%. Перед поступлением в начальные классы количество детей с нарушением осанки выросло до 12,9% [3].

Так же, согласно недавнему исследованию физической активности детей было выявлено, что только 53% детей в возрасте 8-9 лет занимаются спортом; в будние дни 33% детей тратят на просмотр телевизора около 1 часа, в воскресные же дни около 2 часов (25%) и 19% более 3 часов; перед компьютером в будние дни 20% детей проводят 2 часа и 34% более 3 часов [1].

В связи с этим встает вопрос о введении более инновационных образовательно-оздоровительных процессов в сфере воспитания и обучения детей, так как показатели заболеваемости детей неукоснительно растут. «Формирование здорового образа жизни («Укрепление общественного здоровья»)» стало одним из приоритетных направлений государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2025года.

Проектная инициатива «Здоровая спина» стала одним из направлений реализации государственной программы. Данный проект был разработан на базе Курского государственного университета студентами лечебного

факультета, которая была направлена на профилактику нарушений осанки и сколиоза среди обучающихся 6-9 классов.

Целью исследования являлся анализ проведенных профилактических мероприятий по осведомленности онарушениях осанки учащихся 6-9 классов городаКурска.

Материалы и методы: нами была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов о здоровом образе жизни и факторов рисков развития нарушений осанки.

В данном исследовании приняли участие 256 учащихся 6-9 классов школ городаКурска. Статистическая обработка проведена с использованием стандартных методов.

Результаты и обсуждения. Все профилактические мероприятия проходили в формате интерактивных занятий с использованием мультимедийной поддержки. Так же учитывались возрастные группы детей и принятых в школе форматов классных часов. Данный проект состоит их трех этапов: подготовительный, основной и рефлексивный этапы.

На подготовительном этапе проводилась подготовка сценария интерактивной встречи под руководством специалиста-травматолога кафедры травматологии КГМУ; подготовка мультимедийного сопровождения и раздаточного материала с рекомендациями по профилактике нарушений осанки; поиск школ-партнеров. Основной этап представляет из себя встречу с обучающимися в формате интерактивной лекции. Во время профилактических бесед для обучающихся раскрывались вопросы о анатомии позвоночника, причинах и механизмах появления нарушений позвоночника. Проводилось информирование о правильном питании, витаминах и микроэлементах необходимых молодому организму; правильной осанке во время сидения за партой и за компьютером, правилах качественного сна, правилах подбора школьного ранца; важности зарядки, лечебной физкультуры и спорта в целом. Так же проводилось обучение упражнений, направленных на искривление позвоночника.

Все упражнения, которые мы предлагаем школьникамподразделяются на 2 типа: симметричные и асимметричные. Первый тип укрепляет мышечно-связочный корсет позвоночного столба, обеспечивая тем самым равную нагрузку на мышцы спины. Второй тип упражнений действует таким образом, что одни мышцы расслабляются, а другие наоборот укрепляются, тем самым улучшая осанку [2].

В ходе рефлексивного этапа проводился анализ входного и повторного тестированияобучающихся с целью проверкиначальных знаний учеников 6-9 классов о профилактике искривлений позвоночника и эффективности проведенного мероприятия.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровом образе жизниобучающихся.

При анализе открытых вопросов анкеты был выделен ряд составляющих здорового образа жизни, характеризующих с точки зрения испытуемых данный феномен. Так, учащиеся в начале занятий указывали на аспекты здорового

образа жизни; занятия спортом;правильное питание; имеется ли привычка носить портфель на одном плече; сутулиться и сидеть в неправильной позе; имеется ли болезненность в области позвоночника; количество часов, проведенных за компьютером и среднее количество часов уделяемых на сон.

33% учащихся занимаются спортом; 26% правильно питаются; 63% носят рюкзак на одном плече; 78% сутулится, когда сидит; у 12% имеется болезненность в спине; 44% проводит за компьютером более 3 часов в день; 39% обучающихся спит менее 7 часов в день.Данные показатели говорят о том, что большая часть обучающихся 6-9 классов имеют факторы риска развития нарушений осанки.

После проведенных интерактивных занятий был проведён повторный опрос, который показал, что 97% опрошенных осведомлены о строении и функциях позвоночника; 96% имеют представлении об причинах и последствиях искривления позвоночника; 98% знают о вреде фаст-фуда и пользе полезной еды; 99% имеют устоявшееся представление о контроле сна и бодрствование; 87% обучающихся готовы выполнять показанные упражнения для укрепления мышц спины.

Выводы. Проведенный анализ профилактических мероприятий показал высокую статистическую значимость интерактивных встреч с обучающимися 6-9 классов. Данные, полученные при опросах, показали важность осуществления ранней профилактики и диагностики нарушений осанки. За счет контроля показателей здоровья детей возникает возможность эффективно влиять на факторы риска, влияющих на появление заболевания костно-мышечной системы, а так же на саму динамику процессов [4].

Повышение осведомленности является позитивной профилактикой и ведет к осознанию школьником необходимости исполнения ежедневных физических упражнений, что в свою очередь приводит к мотивации ответственного отношения к своей осанке и к своему здоровью.

Список литературы.

1. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Абдрахманова Ш.З., Акимбаева А.А Изучение низкой физической активности детей младшего школьного возраста, как фактора формирования повышенной массы тела (Результаты пилотного исследования) // Международный медицинский журнал. 2015. № 8-3 (39). С. 89-92

2. Трусова В.П., Богаутдинова Г.Х. Оздоровительная гимнастика для профилактики сколиоза. Педагогический опыт: теория, методика, практика. 2016. № 2 (7). С. 200-201.

3. Федеральная служба государственной статистики // URL: http://www.gks.ru/ (дата обращения: 21.12.2018)

4. Филкова С.И., Кръестева М.М. Значение профилактики для ограничения частоты приобретенных деформаций позвоночника // ScienceTime. 2016. № 12 (36). С. 672-680.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Михайлов И.В., Медведев П.Н., Алексеев Н.К.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры Тихоненков С.Н.

Привычный вывих плеча является наиболее частым осложнение первичного травматического вывиха. Данная патология широко распространена, исходы лечения не всегда удовлетворяют травматологов и самих пациентов. Частота рецидива первичного травматического вывиха колеблется в пределах от 2 до 40%. Вероятность повторного вывиха в первые 2 года 70% (по Rowe). Наиболее часто страдают данной нозологической формой лица молодого трудоспособного возраста. В связи с чем проблема лечения больных с привычным вывихом плеча до сих пор сохраняет свою актуальность.

Одним из наиболее известных способов хирургического лечения передней нестабильности плечевого сустава является операция по А.Ф. Краснову, в процессе которой осуществляется мобилизация сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча и помещение ее в желоб, созданный под костной створкой из большого бугорка плеча, с последующим трансоссальным подшиванием. Это способствует увеличению стабильности плечевого сустава, однако сохраняется высокая вероятность рецидива.

Цель исследования являлась разработка способа хирургического лечения, который позволит снизить число рецидивов и увеличит стабильность плечевого сустава, а также анализ результатов собственного метода лечения пациентов с передней нестабильностью плечевого сустава предложенным методом.

Материалы и методы: для решения поставленной задачи на кафедре травматологии и ортопедии КГМУ при передней нестабильности плечевого сустава нами был предложен способ пластики передней стенки плечевого сустава сухожильно-мышечной связкой между короткой и длинной головками двуглавой мышцы плеча (заявка № 2018120802 от 5.06.18 года).

Данная работа выполнена по результатам лечения 5 пациентов с хронической передней нестабильностью плечевого сустава, прооперированных в период с 2011 по 2015 год. Возраст пациентов варьировал от 19 до 35 лет. Все пациенты до развития данной нозологической формы вели активный образ жизни без ограничений со стороны опорно-двигательного аппарата. Всем пациентам было проведено клиническое, рентгенологическое и МРТ исследования, по результатам которых повреждения суставной губы и импрессионного перелома головки плечевой кости не было выявлено. В связи с чем всем пациентам была проведена пластика передней стенки плечевого сустава предложенным нами методом.

Результаты и обсуждения. В раннем послеоперационном периоде осложнений зафиксировано не было. До операции у всех пациентов функциональное состояние плечевого сустава было неудовлетворительным,

оценка по шкале Rowe не превышала 40 баллов, в среднем 27 баллов; оценка по индексной шкале оценки функции плечевого сустава не превышала 3,25 баллов, в среднем 3 балла. После проведенного хирургического лечения у всех пациентов функциональный результат по шкале Rowe расценивался как отличный – оценка варьировалась от 86 до 95 баллов, в среднем 91,6 баллов. По индексной шкале оценки функции плечевого сустава результат расценивался как хороший – оценка варьировалась от 4,5 до 4,875 баллов, в среднем 4,7 баллов. Объем движений в прооперированном суставе был восстановлен полностью и через 6 месяцев не отличался от здорового плечевого сустава. Объективные симптомы нестабильности плечевого сустава во всех случаях были отрицательными. Все пациенты отмечали хороший результат лечения, перестали опасаться развития вывиха при наружной ротации конечности и смогли вернуться к прежнему уровню физической активности.

На наш взгляд, данный метод хирургического лечения заслуживает внимания практикующих травматологов, так как может быть использован в случаях длительно рецидивирующей передней нестабильности и неудачных попыток стабилизации плечевого сустава с помощью других методов.

Существенным отличием пластики передней стенки плечевого сустава нашей методикой от операции по А.Ф. Краснову является создание динамического стабилизатора, достигаемая путем перекрестного усиления стабилизации передней стенки плечевого сустава, при сохранении практически такой же травматизации верхней конечности.

Выводы. Таким образом, предварительные результаты использования разработанной методики пластики передней стенки плечевого сустава позволяют говорить о ней, как об эффективном хирургическом способе лечения пациентов с хронической передней нестабильности плечевого сустава. Для получения объективных данных об эффективности предложенного метода необходимо отследить отдаленные результаты лечения и сравнить их с исходами операции по А.Ф. Краснову.

Список литературы.

1. Краснов А.Ф. Вывихи плеча / А.Ф. Краснов, Р.Б. Ахмедзянов. М.: Медицина, 1982. 160 с.

2. Rowe C.R., Patel D., Southmayd W.W. The Bankart procedure: a longterm endresult study. J. Bone Joint Surg. Am. 1978; 60 (1): 1-16.

3. Климов С.С. Привычный вывих плеча – актуальная проблема современной травматологии и ортопедии / С.С. Климов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. № 3. С.1243

4. Тихилов Р.М. Артроскопическое и биомеханическое обоснование стабилизирующих операций при передних вывихах плеча / Р.М. Тихилов, А.П. Трачук, С.Ю. Доколин // VI Российский национальный конгресс «Человек и его здоровье»: Материалы конгресса. СПб, 2001. С. 78-79.

ВЛИЯНИЕ ДЕТРАГЕЛЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВОСХОДЯЩИМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Монастырева Д.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Суковатых М.Б.

Наиболее частым осложнением (30%) варикозной болезни является острый варикотромбофлебит, который развивается у каждого 5 больного варикозом [2]. Главной его особенностью является склонность рецидивировать (более чем в половине случаев) [1]. Восходящий варикотромбофлебит угрожает распространением тромбоза на глубокие вены и развитием тромбоэмболии лёгочных артерий (31,5% случаев, до 98% которых заканчивается смертельным исходом).

Целью исследования является комплексный анализ результатов диагностики, лечения и оценить влияние Детрагеля на качество жизни больных с острым варикотромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей.

Материалы и методы: произведен анализ комплексного обследования и лечения 30 больных с острым варикотромбофлебитом, которые проходили лечение в отделении сосудистой хирургии ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период 2018-2019 годов. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение в объеме кроссэктомии. Назначалось медикаментозное лечение: гепарин, НПВС, гепариносодержащие мази, эластическая компрессия нижних конечностей. В контрольной группе применяли традиционное лечение, а в исследуемой наряду со стандартной терапией использовалась аппликация препарата Детрагель. Детрагель – комбинированный препарат, оказывающий местное антикоагулянтное, противовоспалительное, венотонизирующее и антиагрегантное действие, снижающий проницаемость вен, улучшающий микроциркуляцию. Гель применяют наружно, нанося на проблемный участок тонким слоем 2-3 раза в день.

Половозрастной состав пациентов представлен в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возрастная группа	Пол			
	Женщины		Мужчины	
	Абс.	%	Абс.	%
С 40 до 50 лет	3	16%	2	18%
С 51 до 60 лет	8	42%	4	36%
С 61 до 70 лет	4	21%	4	36%
С 70 до 80 лет	4	21%	1	9%

Из данных, приведенных в таблицах, видно, что подавляющее большинство пациентов представлено женщинами трудоспособного возраста.

Лабораторная диагностика включала общеклинические (общий анализ крови, мочи, биохимия крови, группа крови и др) и инструментальные методы исследования (дуплексное сканирование вен).

Качество жизни пациентов было оценено с помощью опросника SF-36 для сосудистых больных. Вопросник заполнялся самим больным на основании субъективных ощущений.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов программ STATISTICA Trial 13.3.704.19 и Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждения. Частота клинических симптомов у пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов

Клинический симптом	Группа1 (n=15)		Группа 2 (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в пораженной конечности	15	100%	15	100%
Отек	15	100%	15	100%
Гиперемия по ходу проекции пораженной вены	13	87%	14	93%
Субфебрильная температура	4	27%	2	13%

Из таблицы видно, что с большей частотой пациенты жаловались на болезненность, отечность конечности, гиперемию по ходу проекции пораженной вены.

Лабораторная диагностика включала общеклинические методы исследования, однако значимых изменений в анализах не наблюдалось. Инструментальные методы исследования оценивали степень нарушения флебогемодинамики и распространение тромботического процесса. Для определения распространенности тромботического процесса проводилось дуплексное сканирование вен н/к. Протяженность тромбоза в поверхностных венах нижних конечностей представлена в таблице 3.

Таблица 3. Протяженность тромбоза поверхностных вен н/к

Протяженность тромбоза	Группа1 (n=15)		Группа 2 (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%
Локальный	1	7%	1	7%
Распространенный	6	40%	7	47%
Субтотальный	5	33%	4	27%
Тотальный	3	20%	3	20%

Как видно из таблицы 3, наиболее часто у больных имел место распространенный, а затем субтотальный тромбоз поверхностных вен.

Данные оценки качества жизни представлены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты оценки качества жизни больных

Шкала SF-36	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Физическое функционирование	47,5±2,3	50,2±2,7
Ролевое физическое функционирование	42,1±1,7	44,0±3,8
Интенсивность боли	43,8±2,6	48,2±2,4*
Общее состояние здоровья	47,8±3,8	53,6±1,6*
Жизненная активность	44±1,6	51,1±2,3*
Социальное функционирование	52,05±3,9	56,0±3,3*
Ролевое эмоциональное функционирование	43,7±1,7	44,1±1,4
Психологическое здоровье	54,56±2,6	52,0±2,9
Физический компонент здоровья	34,08±2,8	40,5±3,3*
Психический компонент здоровья	33,89±1,6	44,1±1,4*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

У больных 2 группы выявлено незначительное, но достоверно значимое улучшение девяти шкал. В исследуемой группе наблюдалось значительное увеличение таких факторов, как психический компонент здоровья (на 10,21%), жизненная активность (на 7,1%), физический компонент здоровья (на 6,42%), общее состояние здоровья (на 5,8%). Менее значительными оказались улучшения следующих показателей: интенсивность боли (на 4,4%), социального функционирования (на 3,95%). Незначительными оказались улучшение физического функционирования (на 2,7%), ролевого физического функционирования (на 1,9%), психического здоровья (на 0,4%). Улучшения показателей как физического, так и психического состояния пациентов, в лечении которых использовался Детрагель, можно связать напрямую со свойствами препарата (антикоагулянтные, противовоспалительные, венотонизирующие, антиагрегантные). Отрицательной оказалась динамика ролевого эмоционального функционирования. Показатель второй группы по сравнению с контрольной уменьшился на 2,56%.

Выводы. Таким образом, назначение пациентам с острым варикотромбофлебитом Детрагеля оказывает статистически достоверное позитивное влияние на показатели качества жизни больных и может рекомендоваться для более широкого применения у пациентов с данной патологией.

Список литературы.

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен /Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Затевахин И.И. и др. // Флебология. 2018. № 3. С. 146-240.

2. Суковатых Б.С., Середицкий А.В., Суковатых М.Б. Механизмы развития и склерохирургическая технология лечения острого поверхностного варикотромбофлебита // Вестник хирургии. 2013. № 4. С. 49-53.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ

Облаченко Д.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования заключается в том, что заболевания вен нижних конечностей стали распространенной и не мало важной патологией в медицине [1]. По результатам различных медицинских статистических исследований в России заболеваниями венозной системы нижних конечностей страдает 20% мужчин и 40% женщин, что определяет социальную значимость проблемы. К тому же необходимо учитывать, что в значительном числе случаев у больных развиваются осложненные формы венозной недостаточности, трофические осложнения [2].

Целью исследования является изучение результатов лечения и оценка качества жизни пациентов с варикозной болезнью.

Материалы и методы: анализ результатов лечения и анкетирование пациентов, которые находились на лечение в многопрофильном медицинском центре «Медеор» с диагнозом «Варикозная болезнь». Лечение проводилось методом облитерации варикозных вен.

Результаты и обсуждения. В процессе исследования было опрошено 20 пациентов с варикозной болезнью. Было опрошено 11 мужчин и 9 женщин в возрасте от 33 до 85 лет. В результате исследования все пациенты были разделены на две группы: первая группа – пациенты без трофических осложнений (2 стадия), вторая группа – пациенты с трофическими осложнениями (3 стадия). Распределение исследуемых по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Первая группа (n=10)		Вторая группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
33-40	0	1 (10%)	1 (10%)	0
40-45	0	0	1 (10%)	0
45-55	0	3 (30%)	2 (20%)	2 (20%)
55-65	2 (20%)	2 (20%)	1 (10%)	1 (10%)
65-85	1 (10%)	1 (10%)	0	2 (20%)
Всего	3 (30%)	7 (70%)	5 (50%)	5 (50%)

Исходя из таблицы 1 мы можем сделать вывод, что среди больных первой группы преобладают женщины в возрасте от 45 до 55 лет и мужчины в возрасте от 55 до 65 лет. Во второй группе преобладают мужчины от 45 до 55 лет и женщины от 65 до 85 лет.

Анализ частоты клинических симптомов представлен в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов у больных с варикозной болезнью.

Клинический симптом	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Чувство тяжести	5 (50%)	9 (90%)
Распирание в ногах	7 (70%)	10 (100%)
Отеки стоп и голеней	6 (60%)	7 (70%)
Ночные судороги	4 (40%)	8 (80%)
Боли при ходьбе	4 (40%)	7 (70%)

Делая вывод по таблице 2, можем сказать, что преимущественно характерными и часто возникающими, клиническими симптомами для больных без трофических осложнений являются: распирание в ногах, отеки стоп и голеней, чувство тяжести. Для больных с трофическими осложнениями характерными симптомами являются распирание в ногах, боли при ходьбе, а также ночные судороги.

Произведен анализ лабораторного исследования крови и мочи, которые представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Лабораторное исследование крови

Клинический симптом	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Гемоглобин	146 г/л	140-146 г/л
Лейкоциты	$5*10^9$	$5*10^9$
Эритроциты	$4,3*10^{12}$	$4,1*10^{12}$
Цветной показатель	0,9	0,9
СОЭ	5-7 мм/час	7-8 мм/час

Таблица 4. Лабораторное исследование мочи

Клинический симптом	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Цвет	Соломенно-жёлтый	Соломенно-жёлтый
Запах	Нерезкий	Нерезкий
Внешний вид	Непрозрачная	Непрозрачная
Лейкоциты	2 в поле зрения	1-2 в поле зрения
Белок	Отсутствует	Отсутствует
Удельный вес	1020	1026
Плоские эпителиальные тельца	4 в поле зрения	1-2 в поле зрения

Опираясь на полученные данные в ходе проведенных анализов пациентов первой и второй группы, мы приходим к выводу, что у пациентов с варикозной болезнью и трофическими осложнениями (3 стадии) намного значительнее превышены показатели по сравнению с пациентами с варикозной болезнью без трофических осложнений (2 стадии).

Из лабораторных исследований 100% больным были назначены: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма. Из инструментальных исследований: ЭКГ, флюорография, дуплексное ангиосканирование.

Из первой группы 5 больным (50%) была назначена флебография, чтобы не допустить осложнений.

С помощью анкеты SF-36 были оценены эффективность лечения и качество жизни пациентов. Результаты работы представлены в таблице 5.

Таблица 5. Эффективность лечения и качество жизни пациентов.

Показатели SF-36	Группа № 1 (n=10)	Группа № 2 (n=10)
Физическое функционирование	45,5±5,1*	26±1,72
Ролевое физическое функционирование	25±2,61*	22,5±5,8
Интенсивность боли	41,4±2,2	64,4±1,69
Общее состояние здоровья	45±2,51	31,1±1,62
Жизненная активность	35±1,42	20,5±2,7
Социальное функционирование	50,5±1,95	15,7±2,81
Ролевое эмоциональное функционирование	43,335±7,77	39,3±11,71
Психологическое здоровье	41,6±2,45*	40,4±1,1
Физический компонент здоровья	56,65±1,62*	38,68±0,3
Психический компонент здоровья	34,652±1,82	37,67±1,32

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. В результате произведенного исследования можно сделать вывод, что качество жизни пациентов первой группы (варикозная болезнь без трофических осложнения 2 стадия) значительно выше, чем у пациентов второй группы (варикозная болезнь с трофическими осложнениями 3 стадия). Так физическое функционирование пациентов первой группе в 2 раз, а социальное функционирование в 3 раза превышают физическое и социальное функционирование пациентов второй группы.

Список литературы.

1. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Гаврилов Е.К. XIV Всемирный конгресс флебологов – научно-практический форум на рубеже веков // Вестник хирургии. 2003. № 1. С. 89-91.

2. Суковатых Б.С., Итинсон А.И., Беликов Л.Н., Суковатых М.Б. Поясничная химическая десимпатизация в комплексном лечении критических нарушений микроциркуляции у больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности // Вестник хирургии. 2006. № 2. С. 95-97.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ «CHAOS AND CLUES» И «TRIAGE AMALGAMATED DERMOSCOPIC ALGORITHM» В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КОЖНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Овсяников В.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Кафедра дерматовенерологии
Научные руководители – к.м.н., доцент Хвостовой В.В.;
д.м.н., профессор Силина Л.В.

Актуальность исследования состоит в том, что злокачественные новообразования кожи занимают лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний в России, что указывает на важность их ранней диагностики. Наиболее доступным и информативным неинвазивным методом прижизненной диагностики кожи в повседневной клинической практике является дерматоскопия (эпилюминесцентная микроскопия). За рубежом дерматоскопия более широко внедрена в клиническую практику, в связи с чем обеспечено выявление меланомы на ранних стадиях, что значительно улучшает прогноз для пациентов. Особенно ценную информацию это исследование позволяет получить в ситуациях, когда картина образования неоднозначна или клинические проявления невыразительны, а вероятность врачебной ошибки в выборе метода лечения очень велика.

Ценность наиболее ранней диагностики данной патологии обуславливает необходимость обучения пользования не только онкологами и дерматологами, но и специалистами первичного звена. Для этого необходимо внедрить специальные алгоритмы, суть которых заключается не в постановке конкретного диагноза на основании дерматоскопических признаков, а в определении злокачественности или доброкачественности рассматриваемого образования, необходимости или её отсутствия в проведении биопсии

Целью исследования является сравнительный анализ применения дерматоскопических алгоритмов «chaos and clues» и «triage amalgamated dermoscopic algorithm» в диагностике меланомы кожи и других злокачественных кожных новообразований.

Материалы и методы: наблюдение производилось за 47 пациентами, обратившиеся в поликлинику ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер» в 2017-2018 годах, с 47 новообразованиями кожи. Среди них женщин – 32 (68,1%), мужчин – 15 (31,9%); городские жители – 24 (51,1%); сельские жители – 23 (48,9%). Средний возраст пациентов, обратившихся на прием, составил 54,8 лет (максимальное и минимальное значения равняются 89 и 20 лет соответственно).

Дерматоскопическое исследование проводилось с помощью неполяризованного дерматоскопа HEINE mini 3000, фотодокументирование

осуществлялось фотоаппаратом Panasonic DMC-FS14. В качестве иммерсионной среды использовался 70% этиловый спирт. Все пациенты подверглись тщательному клиническому исследованию. Была оценена клиническая и дерматоскопическая картина всех новообразований, а также выполнено их морфологическое исследование. Материал для гистологического исследования был представлен путем выполнения инцизионной и эксцизионной биопсии.

В исследовании всех кожных новообразований были были использованы следующие дерматоскопические алгоритмы:

1) алгоритм «Triage amalgamated dermoscopic algorithm»;

2) алгоритм «Chaos and Clues».

В ходе исследования дерматоскопической картины, клинического статуса больных, а также после проведения морфологического исследования мы сталкивались со следующими образованиями кожи: базально-клеточная карцинома (11 образований у 11 пациентов); метатипический рак (1 образование у 1 пациента); меланома (узловая, поверхностно-распространяющаяся) (4 образований у 4 пациентов); болезнь Боуэна (1 образование у 1 пациента); плоскоклеточный рак (1 образование у 1 пациента); папиллома (4 образований у 4 пациентов); гемангиома (1 образование у 1 пациента); невус (сально-волосяной, интрадермальный, пигментный, голубой) (13 образований у 13 пациентов); фиброма (2 образования у 2 пациентов); эпидермальная киста (1 образование у 1 пациента); себорейный кератоз (8 образований у 8 пациентов).

Дерматоскопические заключения, установленные с помощью всех вышеуказанных алгоритмов, были сопоставлены с морфологическими заключениями.

Результаты и обсуждения. При использовании алгоритма «Chaos and Clues» чувствительность метода составила 88,9%; специфичность – 69%; алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» чувствительность – 100%; специфичность – 72,4%. Таким образом, учитывая полученные результаты можно сделать вывод, что алгоритмы могут применяться в диагностике злокачественных новообразований кожи Chaos and Clues (чувствительность 88,9%; специфичность – 69%) и алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» (чувствительность 100%; специфичность – 72,4%), могут применяться в диагностике злокачественных новообразований кожи.

Выводы. Таким обрахом, полученные результаты позволяют рекомендовать применение алгоритмов «Chaos and Clues» и алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» с приоритетом использования «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» в лечебных учреждениях онкологической, дерматологической службы, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля (кабинеты онкологов, дерматологов в детских поликлиниках, центральных районных больницах).

Список литературы.

1. Дерматоскопия в клинической практике. Руководство для врачей / под. ред. Н.Н. Потекаева. М.: Студия МДВ, 2011. 144 с.
2. Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm (TADA) For Skin Cancer Screening / Rogers T., Marino M.L., Dusza S.W. et al. // Dermatology Practical & Conceptual. 2017. № 2.
3. Van der Rhee J.I., Bergman W., Kukutsch N.A. The impact of dermoscopy on the management of pigmented lesions in everyday clinical practice of general dermatologists: a prospective study. Br J Dermatol, 2010; 162: 563-564.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СУБКРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Орлова А.Ю., Тяпина С.В., Тиганов С.И.,
Пикалёва В.А., Савенкова Е.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научные руководители – д.м.н., профессор Артюшкова Е.Б.;
д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования состоит в том, что при поражении артерий голени и стопы и неудовлетворительном состоянии дистального русла большинство хирургов предпочитают отказаться от реконструктивных операций и проводят консервативную терапию в сочетании с непрямыми реваскуляризирующими операциями: реваскуляризирующей остеотрепанацией (РОТ), поясничной симпатэктомией. Эффективность непрямых реваскуляризирующих операций зависит от стадии заболевания. При тяжелой степени критической ишемии 4-й стадии с язвенно-некротическими формами поражения эффективность этих операций не превышает 5-10% [1].

Значительно лучшие результаты получены при лечении больных способами непрямой реваскуляризации в стадию IIБ докритической ишемии. У большинства пациентов удается остановить прогрессирование ишемии и сохранить конечность [2]. В последние 10-15 лет в связи с развитием клеточных технологий и пробудившимся в мире интересом к регенерационным возможностям стволовых клеток костного мозга, появилась возможность их легитимного применения у больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей [3].

Проведенные нами ранее исследования по лечению экспериментальной ишемии конечности показали высокую эффективность мононуклеарной фракции костного мозга. Положительные результаты экспериментальных исследований позволили апробировать этот метод лечения в клинической практике.

Целью исследования является оценка эффективности имплантации аутоклеток костного мозга в лечении субкритической ишемии у больных ХОЗАНК.

Материал и методы: проведен анализ комплексного обследования и лечения 60 пациентов с субкритической ишемией нижних конечностей на фоне атеросклеротического поражения бедренно-подколенно-берцового сегмента. Мужчин было 57, женщин – 3, возраст пациентов варьировал от 48 до 76 лет. Средний возраст составил 63,7±2,1 года. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет и составила в среднем 6,5±0,5 года.

Пациенты по технологии лечения были разделены на 2 статистически однородные группы: первую (контрольную) и вторую (опытную). Контрольная группа была репрезентативна опытной по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, степени поражения бедренно-подколенно-берцового сегмента, состоянию дистального сосудистого русла ($p>0,05$). Первую группу составили 30 пациентов, которым была выполнена стандартная реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ). Во вторую группу вошли 30 больных, которым миниинвазивное лечение проводилось по оригинальной технологии при их информированном согласии после разрешения регионального этического комитета (выписка из протокола заседания № 2 от 17.02.2014 года). Под ультразвуковым контролем определяли зоны недостаточно функционирующих коллатералей по ходу глубокой бедренной и подколенной артерий. В условиях операционной пациентам под спинальной анестезией пальпаторно определяли локализацию медиального мыщелка большеберцовой кости. В избранной точке чрезкожно вводили иглу для внутрикостной пункции на глубину 1-2 см в губчатую часть большеберцовой кости. Производили аспирацию клеток костного мозга общим объемом 40 мл в 2 шприца, объемом 20 мл, с наличием в каждом из них 1 мл физиологического раствора и 5 тыс. ЕД гепарина. Из 5 точек по наружной и из 5 точек по внутренней поверхности нижней и средней трети бедра через каждые 3-4 см интрамускулярно вводили по 2 мл аутоклеток костного мозга, общим объемом 20 мл. Аналогичным образом по наружной и внутренней поверхности верхней и средней трети голени в каждую из 10 точек имплантировали по 2 мл аутоклеток костного мозга. В места инъекций накладывали асептические повязки, пациента транспортировали в палату (заявка на изобретение № 2018110754 от 26.03.2018 года).

Результаты и обсуждения. Показатели объемного кровотока, по данным реовазографии (РИ), магистрального кровотока, по данным допплерографии (ЛПИ), микроциркуляции по данным фотоплетизмографии (ФИ), через 6 и 12 месяцев после операции представлены в таблице 1.

Таблица 1. Динамика показателей артериального кровотока, микроциркуляции и дистанции безболевой ходьбы.

Диагностические критерии	Группа 1 (n=30)			Группа 2 (n=30)		
	До операции	Через 6 мес. после операции	Через 12 мес. после операции	До операции	Через 6 мес. после операции	Через 12 мес. после операции
РИ	0,18±0,04	0,20±0,05	0,19±0,04	0,2±0,02	0,3±0,02***	0,45±0,05***
ЛПИ	0,33±0,05	0,35±0,06	0,35±0,05	0,32±0,03	0,49±0,03***	0,57±0,06***
ФИ, %	22,9±1,8 %	25,8±1,7 %	24,9±1,2	21,7±1,6 %	29,8±1,6 %***	36,7±1,3***
ДБХ, метр	45±4,5	53±6,5	54±3,3	44±5,2	62±6,8***	78±7,1***

* – $p<0,05$ по сравнению с показателями до операции;

** – $p<0,05$ по сравнению с показателями первой группы.

В контрольной группе через 6 месяцев после выполнения РОТ объемный кровоток по данным РИ возрастал в 1,11 раза, магистральный кровоток по данным ЛПИ в 1,06 раза, а уровень микроциркуляции по данным ФИ на 2,9%. Дистанция безболевой ходьбы увеличилась на 8 метров. Через 12 месяцев после операции показатели практически оставались на прежних уровнях: РИ увеличился в 1,16 раза, ЛПИ – в 1,06 раза, ФИ – на 3% и ДБХ – на 9 метров. В исследуемой группе через 6 месяцев после введения в ишемизированную конечность аутоклеток костного мозга объемный кровоток увеличился в 1,5 раза, магистральный кровоток – в 1,53 и уровень микроциркуляции – на 8,1%, дистанция безболевой ходьбы – на 18±1,6 метра ($p<0,05$) по сравнению с дооперационным периодом. Через 12 месяцев отмечена позитивная динамика по сравнению с периодом до операции: объемный кровоток возрастал в 2,25 раза, магистральный кровоток – в 1,8 раза, уровень микроциркуляции – на 15% и дистанция безболевой ходьбы – на 34 метра. На всех сроках показатели статистически достоверно возрастали не только по сравнению с дооперационным периодом, но и с шестимесячным сроком: РИ возрастал в 1,5 раза, ЛПИ – в 1,16 раза, ФИ – на 6,9% и ДБХ – на 16 метров.

Выводы. Таким образом, имплантация аутоклеток костного мозга больным с субкритической ишемией на фоне ХОЗАНК по оригинальной технологии патогенетически обоснована и позволяет оптимизировать результаты лечения пациентов, а разработанный способ технически легко выполним, безопасен для больного, не требует создания дополнительных конструкций, не вызывает специфических осложнений.

Список литературы.

1. Тактические ошибки в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей при поражении бедра и голени / Гавриленко А.В., Котов А.Э., Муравьева Я.Ю. и др. // Хирургия. 2011. № 5. С. 10-14.
2. Отдаленные результаты до трех лет использования непрямых способов реваскуляризации у больных с хронической ишемией нижних конечностей / Червяков Ю.В., Староверов И.Н., Борисов А.В. и др. // Вестник хирургии. 2015. № 2. С. 84-88.
3. Waterman R.S., Betancourt A.M. Treating chronic pain with mesenchymal stem cells: A therapeutic approach worthy of continued investigation // J Stem Cell Res Ther. 2011. Vol. S2. P. 101.

ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Оробинский С.Б., Оробинская Я.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО
Научный руководитель –д.м.н., доцент Гаврилюк В.П.

В настоящее время в детской травматологии консервативные методы лечения имеют ряд недостатков, таких как перерастягивание костных отломков, травмирование фасцией, мелких нервных и мышечных волокон при выполнении одномоментной репозиции, или же невозможность полной фиксации отломков, при ношении гипсовой повязки, в результате чего высока вероятность вторичного их смещения, тогда как скелетное вытяжение позволяет устранить лишь грубые смещения отломков, замедляя венозный и лимфатический отток.

На данный момент, исходя из этого, широко применяются современные методы остеосинтеза при лечении свежих, несросшихся, неправильно сросшихся переломов и ложных суставов или соединении кости после ее остеотомии. Этот метод обеспечивает фиксацию сопоставленных отломков, создав условия для их костного сращения, восстановления целости и функции кости, к тому же оперативное вмешательство осуществляется малоинвазивным путем, избегая значительных повреждения мягких тканей и обеспечивая возможность удаления импланта через небольшие доступы под местной анестезией [3].

Актуальность исследования состоит в обосновании целесообразности преимущества применения интрамедуллярного остеоситнеза эластичными стержнями в детской травматологии.

Целью исследования является изучение особенностей оперативной методики интрамедуллярного остеоситнеза при лечении переломов у детей разных возрастных групп и оценка эффективности применения метода.

Материалы и методы: в работе проведен анализ 17 больных детей, в возрасте от 1 года 6 месяцев до 14 лет, госпитализированных в ОБУЗ «Курская областная детская больница № 2», с апреля 2016 года, которым проводился интрамедуллярный остеоситнез с применением эластичных интрамедуллярных стержней (ChM), изготовленных из материала титан ISO 5832-2 длиной 440,0 мм и диаметром от 2 до 4,5 мм, в зависимости от поврежденной конечности, травмированной кости и возрастной группы (таблица 1).

Таблица 1.Критерии оценки применения остеосинтеза.

Возраст	Диаметр стержней	Число закрытых репозиций	Число открытых репозиций	Срок металлофиксации	Допуск к дозированным осевым нагрузкам
	мм	абс.	абс.	недель	недель
1-3 года	2	2	1	4-6	4-5
4-7 года	2-2,5	9	0	6-8	5-6
8-14года	2,5-3,5	5	0	8-10	7-8

Данным пациентам после подтверждения репонируемости перелома, осуществлялся оперативный доступ, размером от 15 до 30 мм на уровне метафиза, после чего поочередно вводились эластичные стержни через уровень перелома, до противоположного метафиза, после были ориентированы для достижения устранения остаточных смещений. На следующем этапе проводилась фиксация перелома, скусывание и погружение стержней.

В послеоперационном периоде смена повязок осуществлялась на следующий день после операции, назначалась лечебная физкультура, которая заключалась в изометрических сокращениях мышц.

Результаты и обсуждения. При анализе 17 прооперированных детей с применением интрамедуллярного остеоситнеза, производилось распределение детей по возрастным группам, с достаточно широким линейным рядом: 1-3 года, 4-7 лет, 8-14 лет, где было выявлено преобладание переломов бедренной кости – 9 детей (53%), переломов голени – 5 детей (29%) и плеча – 3 детей (18%).

Число закрытых репозицией, составило 88% от общего числа пациентов. Число открытых репозиций – 12%, где интрамедуллярный остеосинтез проводился на сроках 2-3 недели, что было обусловлено длительны лечением по поводу тяжелой черепно-мозговой травмы.

Ни одному из детей не применялись средства внешней иммобилизации, в связи со стабильностью фиксации. Срок металофиксации варьировал от 6 до 10 недель также, как и допуск к осевым нагрузкам от 4 до 6 недель в зависимости от возрастной группы (таблица 1). На фоне данного лечения случаи возникновения рефрактуры отсутствовали.

Выводы. В результате нашего исследования показана эффективность и наименьшая травматичность в применении метода интрамедуллярного остеоситнеза эластичными стержнями малоинвазимным методом,

без применения средств внешней иммобилизации у детей любой возрастной группы. Фиксация перелома осуществляется без травматизации зон роста, что приводит к ранней активизации больных сразу после уменьшения болевого синдрома на 3-4 сутки и в последующем периоде восстановления не имеет нежелательных осложнений.

Список литературы.

1. Барабаш А.П., Соломин Л.Н. Совершенствование методики чрескостного остеосинтеза при лечении повреждений костей предплечья // Травматология и ортопедия России. 2008. № 4. С. 26-30.
2. Коломиец А.А., Милеев М.А., Пелеганчук В.А. Сравнительный анализ результатов лечения больных с диафизарными переломами костей предплечья // Первый съезд общества кистевых хирургов: тез.науч. докл. Ярославль, 2011. С. 72.
3. Скороглядов А.В., Ивков А.В., Шнейдеров М.В. Интрамедуллярный остеосинтез ключицы // Вестник РГМУ. 2003. № 3. С. 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ

Павлова Е.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Валуйская Н.М.

Проблема хирургического лечения наружных грыж живота различных локализаций остается актуальной до настоящего времени [1]. От 3 до 6% населения имеют грыжи передней брюшной стенки, послеоперационные грыжи возникают у 4-11% больных, подвергшихся лапаротомии. В лечение грыж основное место занимает герниопластика «без натяжения» с применением эндопротезов [2].

Целью исследования является сравнительный анализ клинической эффективности разработанного лечения эндопротезирования пупочного кольца и собственными тканями.

Материалы и методы: в ходе исследования был проведен анализ историй болезни, опрос 20 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Они были поделены на две группы: первой группе пациентов выполняли грыжесечение с эндопротезированием пупочного кольца, а второй – собственными тканями. Качество жизни после различных видов хирургического лечения было изучено с помощью специальной методики оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey». При поступлении больным проводилось обследование по следующей диагностической программе:

субъективный и объективный осмотр, общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови.

Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1.Распределение больных по возрасту и полу.

Возраст	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	М.	Ж.	М.	Ж.
40-60	3 (30%)	–	–	1 (10%)
71-80	1 (10%)	5 (50%)	1 (10%)	4 (40%)
81- 90	–	1 (10%)	2 (20%)	2 (20%)

По данным таблицы можно сделать вывод, что преобладает возраст 71-80 лет. Из таблицы видно, что большая часть больных – женщины, что составляет 60% в 1-ой группе и 70% во 2-ой от общего числа исследуемых.

Результаты и обсуждения. Распределение больных по частоте клинических симптомов в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов.

Симптомы	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боль в эпигастральной области при физических нагрузках	10	100	10	100
Выпячивание около пупка	10	100	10	100
Болезненность живота в состоянии покоя	3	30	1	10

Делая вывод по таблице 2, можем сказать, что из клинических симптомов преобладает боль в эпигастральной области и выпячивание около пупка. В то время как болезненность живота в состоянии покоя у первой группы составляет 30%, а во второй 10%. Во время обследования специфических изменений нет.

Показатели качества жизни с использованием SF-36 пациентов после оперативного вмешательства в таблице 3.

Таблица 3. Качество жизни пациентов.

Показатели SF-36	1-я группа (n=10)	2- я группа (n=10)
Физическое функционирование	64,9±6,6	57,3±13,8*
Ролевое физическое функционирование	67,6±8,4	64,4±5,9*
Интенсивность боли	57,1±9,2	49,1±11,7*
Общее состояние здоровья	53,3±5,4	45,2±5,8*
Жизненная активность	54,6±9,4	52,1±3,6*
Социальное функционирование	65,7±6,3	67,0±4,6*

Ролевое эмоциональное функционирование	54,5±10,8	53,9±15,6
Психологическое здоровье	63,3±7,1	52,6±4,3
Физический компонент здоровья	56,4±13,9	46,5±4,7*
Психический компонент здоровья	64,9±8,5	53,1±2,9*

Выводы. В результате исследования можно сделать вывод, что качество жизни пациентов первой группы (эндопротезирование пупочного кольца) выше, чем у пациентов второй группы (грыжесечение собственными тканями). Так «Ролевой фактор» у первой группы выше почти в 2,5 раза, чем у второй группы; «Жизненная активность» у первой группы выше почти в 5,8 раз, чем у второй группы; «Эмоциональная роль» у первой группы выше почти в 2,3 раза, чем у второй группы; «Физический компонент здоровья» у первой группы выше почти в 9,2 раза, чем у второй группы; «Психический компонент здоровья» у первой группы выше почти в 5,6 раза, чем у второй группы. Таким образом, качество жизни пациентов оказывает более позитивное влияние эндопротезирование пупочного кольца, чем пластика пупочного кольца собственными тканями.

Список литературы.

1. Пупочная грыжа. Клинический случай / Пантелеева Е.К., Петрова В.О., Зямбахтина М.А. и др. // Наука и образование сегодня. 2018. № 1. С. 1-2.

2. Эффективность стимуляции репаративных процессов плазмой, обогащенной тромбацитами при эндопротезировании брюшной стенки / Суковатых Б.С., Затолокина М.А., Мутова Т.В [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2018. Т.11. № 4. С. 275-284.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Павлюченко В.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Мутова Т.В.

Гинекологическая патология является актуальной в наше время, так как связана с приростом увеличения пациентов, страдающих острыми гинекологическими заболеваниями [2,3]. По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации только за 5 последних лет увеличилась заболеваемость на 26%. Гинекологическая патология возникает в связи с распространённостью эндогенных и экзогенных инфекций, гормональных, нейрогенных и эндокринных нарушений и различных травм, также являются важнейшим фактором бесплодия и нетрудоспособностью женского населения [1].

Цель исследования является изучение результатов острой гинекологической патологии, лечившихся в хирургическом отделении, на основании параметров качества жизни пациентов.

Материалы и методы: проведен анализ обследования 30 больных, которые находились на лечении ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» или в БМУ «Курская областная клиническая больница» за период с 2014 по 2018 года. Среди опрошенных 30 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, которые были выделены в 2 группы больных: в 1-ю группу вошли пациенты, у которых было выявлены воспалительные заболевания (19 человек), а во 2-ю – с апоплексией яичника (11 человек). Комплексное клиническое обследование первой и второй групп больных проводилось в связи с заболеванием. В диагностике использовались лабораторные методы исследования: общий анализ крови, анализ крови на ИППП (инфекции, передаваемые половым путём), анализ крови на содержание гормонов, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (на содержание холестерина, триглицеридов, глюкозы), мазок на определение флоры; инструментальные: УЗИ малого таза, лапароскопия, рентгенологические методы исследования. Изучение качества жизни отобранных больных проводилось по опроснику «SF-36 Health Status Survey», который состоит из 36 вопросов, которые разделены на 8 шкал. Полученные данные обработаны с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты и обсуждения. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Возраст (лет)	Группа 1 (n=19)		Группа 2 (n=11)	
	Абс.	%	Абс.	%
20-25	7	36,84	2	18,18
25-30	6	31,58	3	27,27
30-35	3	15,79	4	36,36
35-40	3	15,79	2	18,18
Всего	19	100	11	100

Из результатов, представленных в таблице 1, можно сделать вывод о том, что в первой группе преобладают пациенты молодого возраста с 20 до 30 лет (68,42%). Во второй группе возраст варьирует с 25 до 35 лет (63,56%)

При объективном исследовании у пациентов были обнаружены следующие симптомы, представленные в таблице 2.

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от выявленных симптомов.

Симптом	Группа 1 (n=19)	Группа 2 (n=11)
Боль внизу живота	19 (100%)	11 (100%)
Расстройства функции мочеиспускание	15 (79%)	11 (100%)
Вздутие живота	11 (58%)	4 (36%)
Озноб	9 (47%)	3 (27%)
Тошнота, рвота	7 (37%)	6 (55%)
Сухость слизистых оболочек	10 (52%)	9 (81%)
Внутрибрюшное кровотечение	0 (0%)	8 (72%)

Из таблицы видно, что в клинике преобладают боли внизу живота, вздутие живота, расстройства функции мочеиспускание, тошнота и рвота, озноб, сухость слизистых оболочек, внутрибрюшное кровотечение. Все клинические проявления выражены одинаково в двух группах. Исключение составляют внутрибрюшное кровотечение, озноб и вздутие живота. Вздутие живота больше проявляется у больных первой группы (с аднекситом), а внутрибрюшное кровотечение наблюдается во второй группе (с апоплексией яичников).

При проведении лапароскопии было выявлено наличие или отсутствие патологической жидкости в брюшной полости, результаты которого представлены в таблице 3.

Таблица 3. Распределение больных разных групп от результатов лапароскопии.

Жидкость в брюшной полости	Группа 1 (n=19)	Группа 2 (n=11)
Присутствует кровь	0	10 (91%)
Присутствует гной	15 (79%)	1 (9%)

На информации, полученной из таблицы, можно сделать выводы, что при лапароскопии аднексита наблюдается присутствие гноя в брюшной полости, а при апоплексии – сгустки крови и тромбоциты.

Результаты исследования качества жизни больных, полученные с помощью опросника SF-36, представлены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты исследования качества жизни больных

Показатели	Восп. заболевания придатков (n=19)	Разрыв яичника (n=11)
Физическое функционирование	65,47±1,59	41,35±1,24
Ролевое физическое функционирование	74,19±1,88	43,64±1,96
Интенсивность боли	75,70±2,69	46,18±2,79
Общее состояние здоровья	56,51±2,03	47,20±1,93
Жизненная активность	76,98±2,42	51,60±1,76

Социальное функционирование	78,66±1,88	46,67±1,42
Ролевое эмоциональное функционирование	65,29±1,25	42,84±1,53
Психологическое здоровье	72,60±1,76	56,61±2,78
Физический компонент здоровья	61,26±1,26	44,63±4,05
Психический компонент здоровья	59,02±2,23	47,31±2,21

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Из представленной таблицы видно, что у больных перенёсших воспалительные заболевания придатков, по сравнению с разрывом яичника, физическое здоровье лучше на 17% и на 13% лучше психическое здоровье. Качество жизни больных у пациентов с аднекситом лучше, эти пациенты более активны и жизнерадостны, чем с апоплексией.

Список литературы.

1. Конопля А.А., Караулов А.В., Газазян М.Г. Изменения физико-химических свойств эритроцитов у больных хроническим сальпингоофоритом // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2010. № 2. С. 388-391.

2. Овсянникова Т.В., Сидорова И.С., Макарова И.О. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии // Акушерство и гинекология. М.: МЕДпресс-информ. 2009. 720с.

3. Пономарева Н.А., Полянский Д.В. Роль предоперационной подготовки у женщин в менопаузе при влагалищных операциях // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. 2018. С. 203-204.

АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Пирогова О.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Кононенко К.В.

Актуальность исследования заключается в необходимости поиска путей оптимизации антибактериальной терапии (АБТ) гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.

По данным National Diabetes Data (NDD) Group ежегодно выявляется от 2 до 3% новых случаев синдрома диабетической стопы (СДС), тогда как общее число поражений стоп в популяции больных СД составляет от 4 до 10% [1, 2, 4]. Около половины всех ампутаций нижних конечностей по поводу нетравматических поражений выполняется у больных СД [3, 4, 5].

Частота ампутаций у больных СД в 40 раз выше, чем у пациентов с нетравматическими повреждениями нижних конечностей [3, 5]. Однако, начатая вовремя АБТ в 85% случаев помогает избежать радикальных операций [3, 4].

Решение проблемы эффективного лечения гнойной инфекции у больных с СДС возможно на основе рационального использования антибактериальных препаратов с учетом спектра возможных возбудителей [3, 4].

Целью исследования является анализ чувствительности и резистентности микрофлоры к антибактериальным препаратам (АБП) у больных с СДС.

Материал и методы: в соответствии со специально разработанной нами анкетой был проведен анализ медицинской документации 149 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями СД, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» за последние 3 года (2016-2018 годы). Проанализированы результаты 164 исследований нативного материала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты и обсуждение. При первичных бактериоскопиях и бактериологических посевах нативного материала было установлено, что у большинства пациентов была выделена кокковая флора (S. aureus).

За 3 анализируемых года отмечен значимый рост доли мецитиллин-резистентного стафилококка (MRSA). Следует отметить, что сохраняется его 100% чувствительность к ванкомицину, высокая (96,6%) чувствительность к линезолиду, более 50% штаммов чувствительны к фторхинолонам (левофлоксацину и ципрофлоксацину), рифампицину и клиндамицину.

Аэробная Грам «+» и Грам «-» палочковая флора была определена у 93 (62,4%) больных, анаэробная неклостридиальная микрофлора была выделена у 71 (47,7%) пациентов.

Согласно антибиотикограммам чувствительность выделенной микрофлоры была отмечена главным образом к фторхинолонам (офлоксацину, пефлоксацину), карбапенемам (меронему), карбоксипенициллинам (тикарцилину) и ингибиторзащищенным пенициллинам (амоксиклаву).

Необходимо отметить, что сохраняется высокая устойчивость штаммов Ps. aeruginosae к АБП. Как правило, это панрезистентные штаммы микроорганизма. Отмечен заметный рост резистентности Ps. aeruginosae к цефепиму и офлоксацину. В то же время, по сравнению с 2016 годом, отмечен небольшой рост чувствительности Ps. aeruginosae к тикарциллин/клавулоновой кислоте, меронему, тобрамицину и пиперациллину. Чувствительность к цефтазидиму и амикацину сохраняется приблизительно на тех же показателях, что и в 2016 году.

Acinetobacter spp. отличается крайне низкой чувствительностью к АБП. Сохраняются высокие показатели резистентности к карбапенемам (до 89,6%), но при этом отмечается 100% чувствительность Acinetobacter spp. к полимиксину В.

Выводы.

1. Рациональная АБТ является неотъемлемой частью лечения больных с СДС. Препарат, режим дозирования, длительность лечения определяют по клиническим, лабораторным данным и по данным микробиологического исследования. У больных с СДС и диабетической нефропатией следует избегать применение антибиотиков с нефротоксическим действием.

2. Использование АБП должно основываться на изучении результатов бакпосевов и учета антибиотикочувствительности микрофлоры.

3. АБТ показана всем больным с СДС, однако консервативная терапия не заменяет ежедневный уход и хирургическую обработку пораженных участков.

4. Лечение гнойно-некротических процессов при СДС должно быть комплексным.

Список литературы.

1. 50 лекций по хирургии. Под ред. акад. В.С. Савельева. М.: Изд-во «Триада-Х», 2004. 752 с.

2. Гнойная хирургическая инфекция / Лазаренко В.А., Кононенко К.В., Охотников О.И [и др.]. Курск: КГМУ, 2010. 506 с.

3. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. I. 832 с.

4. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. В.А. Лазаренко. Курск: КГМУ, 2017. 924 с.

5. Особенности лечения диабетических поражений стоп / Гурьева И.В., Мамонтова Е.Ю [и др.] // Матер. Всесоюз. конф. М.: 2007. С. 85-89.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ

Полосухина А.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования заключается в том, что спаечная болезнь брюшной полости является одним из наиболее распространенных заболеваний за последние 5 лет [2]. По данным международного общества изучения спаек (International Adhesion Society) доказано, что спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением после хирургических вмешательств [1].

Целью исследования являются результаты лечения оценка качества жизни пациентов с консервативными и хирургическим методами лечения.

Материалы и методы: с помощью анкеты SF-36 были оценены эффективность лечения и качество жизни пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая

больница скорой медицинской помощи» с диагнозом «Спаечная болезнь брюшной области». В процессе исследования было опрошено 20 пациентов со спаечной болезнью брюшины. Было опрошено 9 мужчин и 11 женщин в возрасте от 27 до 64 лет. В результате исследования все пациенты были поделены на 2 группы: первая группа – пациенты с консервативными методами лечения, вторая группа – пациенты с хирургическим методом лечения. Распределение исследуемых по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
27-37	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
37-47	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
47-57	0	4 (40%)	1 (10%)	3 (30%)
57-64	0	0	1 (10%)	1 (10%)
Всего	4 (40%)	6 (60%)	(40%)	60 (60%)

Среди больных первой группы преобладают женщины в возрасте от 47 до 57 лет, а мужчины в возрасте от 37 до 47 лет. Делая вывод по второй группе, можно сказать, что к хирургическому лечению спаечной болезни брюшной области в большей мере прибегают женщины в возрасте от 47 до 57 лет.

Результаты и обсуждения. Всем пациентам проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное (рентгеновское и ультразвуковое) исследование. Анализ частоты клинических симптомов представлен в таблице 2

Таблица 2. Частота клинических симптомов у больных со спаечной болезнью брюшной полости.

Клинический симптом	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Схваткообразная боль	4 (40%)	10 (100%)
Рвота	3 (100%)	8 (80%)
Вздутие живота	6 (60%)	7 (70%)
Неотхождение газов и кала	3 (30%)	10 (100%)
Повышение температуры тела	2 (20%)	4 (40%)

Наиболее характерными клиническими симптомами для больных с консервативными методами лечения являются: вздутие живота и схваткообразная боль, отдающая в область поясницы. Для больных с хирургическим методом лечения характерна схваткообразная боль, неотхождение газов и кала, а также рвота.

Результаты лабораторного исследования крови представлен в таблице 3

Таблица 3. Результаты лабораторного исследования крови.

Показатели	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Гемоглобин	120-123	100-102
Лейкоциты	$9*10^9$	$10*10^9$
Палочкоядерные	10-12%	13-14%
Сегментоядерные	65-67%	69-71%
СОЭ	32-34 мм/час	36-37 мм/час

У пациентов второй группы, которые были подвергнуты хирургическому методу лечения значительное изменение в анализе крови, такие как сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное повышение СОЭ и снижение гемоглобина, что обуславливает наличие воспалительного компонента.

Результаты лучевого метода исследования представлены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты рентгенологического и ультразвукового исследования.

Выявленные признаки	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Динамика пассажа бария сохранена	2 (20%)	0
Динамика пассажа бария нарушена	8 (80%)	0
Динамика пассажа бария отсутствует	0	10 (100%)
Висцеропариетальные сращения	4 (40%)	8 (80%)
Жидкость в брюшной полости	3 (30%)	7 (70%)
Расширенные петли кишечника	2 (20%)	6 (60%)
Висцеропариетальные сращения	4 (40%)	8 (80%)

В первой группе динамика пассажа бария сохранена у 20%, у 80% исследуемых она нарушена, но продвижения бария сохраняется, а во второй группе динамика пассажа бария полностью отсутствует. При сочетании рентгеновского и ультразвукового методов диагностики висцеропариетальные сращения, жидкость в брюшной полости и расширенные петли кишечника преобладают у пациентов с хирургическим методом лечения.

После диагностики всем больным начинали проводить консервативное лечение, которое заключалось в назначении диеты, физиотерапевтических процедур, медикаментов, регулирующих функцию желудочно-кишечного тракта и мониторной очистке кишечника. Если консервативное лечение было эффективно, то хирургическое лечение не проводилось. У больных, которое консервативное лечение оказалось неэффективным проводилась операция по рассечению спаек.

Анализ результатов лечения и анкетирование пациентов представлены в таблице 5.

Таблица 5. Качество жизни больных.

Показатели SF-36	1 Группа (n=10)	2 Группа (n=10)
Физическое функционирование	76,8 ±2,45*	36,2±3,68*
Ролевое физическое функционирование	63 ±1,82*	10,3±2,12*
Интенсивность боли	72,1±3,24	88,3±0,78
Общее состояние здоровья	59±0,24	31,1±3,56
Жизненная активность	59±1,37	28,5±2,55
Социальное функционирование	90,1±6,57	42,5±1,43
Ролевое эмоциональное функционирование	71,1±2,56	24,34±1,78
Психологическое здоровье	67,4±4,34*	39,9±2,58*
Физический компонент здоровья	54,6±1,34*	30,1±0,23*
Психический компонент здоровья	48,324±5,2	40,4±3,32

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Качество жизни пациентов первой группы (консервативные методы лечения) выше, чем у пациентов второй группы (хирургические методы лечения), что связано с тем, что хирургическое лечение является более агрессивным.

Вывод. Физический компонент здоровья пациентов первой группе на 24,5%, а психологический компонент здоровья на 7,924% превышают физический и психологический компонент пациентов второй группы.

Список литературы

1. Аюшинова Н.И., Чепурных Е.Е., Панасюк А.И. Спаечная болезнь брюшной полости // Электронный научный журнал «INNOVA», 2013.
2. Байбеков И.М., Мадартов К., Хорошаев В.А. Спайки брюшины и возможные механизмы их образования // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.1996. Вып. 11. С. 589-593.
3. Торопов Ю.Д. Реабилитация больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости // Хирургия. 1988. № 11. С. 24-28.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Попельник М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования заключается в том, что заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущей причиной смертности и инвалидности во всем мире, их не случайно называют «эпидемией двадцать

первого века», на их долю приходится 17 млн смертей в год. А в Российской Федерации доля болезней системы кровообращения в общей структуре смертности составляет более 56% [1]. Несмотря на такие устрашающие показатели, по данным Росстата, число смертей от ССЗ с 2004 по 2014 года снизилось на 16,4%, что позволяет говорить о прогрессировании технологий выявления, предупреждения и лечения этих заболеваний. Однако, своевременное выявление и качественное лечение этих жизнеугрожающих заболеваний по-прежнему остается чрезвычайно актуальным [2].

Целью исследования является оценка влияния патологии (острой или хронической), в частности вида ИБС. На результат лечения путем исследования физического и психологического компонента здоровья.

Материалы и методы: проанализировано 20 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в БМУ «Курская областная клиническая больница» за период 2018-2019 года в кардиологическом отделении и кардиологическом отделении для больных с инфарктом миокарда Регионального сосудистого центра с диагнозом ИБС, которым было выполнено малоинвазивное оперативное вмешательство, заключающееся в проведении коронарной ангиографии и в последствии стентированием коронарных артерий с использованием стентов из кобальт-хромового сплава с лекарственным покрытием сиролимусом, компаний производителей «Resolute», «Xience» или голометаллические, то есть без лекарственного покрытия, компаний «Alvimedica». Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 10 больных с острым инфарктом миокарда, 2 группа – 10 больных с нестабильной стенокардией. Возраст исследуемых больных находится в промежутке от 46 до 68 лет.

Состояние здоровья после проведения соответствующего лечения было изучено с помощью специальной методики оценки жизни SF-36.

Результаты и обсуждения. Данные анкет пациентов были проанализированы, а результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов после коронарного стентирования при инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии

Шкала SF-36	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Физическое функционирование	56,3	57,3*
Ролевое физическое функционирование	61,1	68,4*
Интенсивность боли	71,9	73,3*
Общее состояние здоровья	64,8	62,7*
Жизненная активность	52,1	50,2
Социальное функционирование	65,7	67,0
Ролевое эмоциональное функционирование	59,4	60,9
Психологическое здоровье	57,3	53,8*
Физический компонент здоровья	63,2	65,1
Психический компонент здоровья	58,6	60,3*

Проанализировав таблицу, мы можем сказать, что показатели жизни больных после коронарного стентирования кардинально не отличаются в зависимости от патологии (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия). Наблюдается небольшое увеличение показателя «Ролевое функционирование» во второй группе, по отношению к первой. Это свидетельствуют о том, что повседневная деятельность менее ограничена физическим состоянием пациента после перенесенной стенокардии, нежели после инфаркта миокарда.

После проведенного лечения пациенты дали оценку его результатов. Распределение больных разных групп в зависимости от оценки представлено в таблице 2.

Таблица 2. Результаты лечения.

Оценка	Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=10)
Отлично	4	3
Хорошо	5	4
Удовлетворительно	1	3

Из таблицы видно, что большинство пациентов обеих групп дали хорошую оценку и остались довольны лечением при помощи малоинвазивного эндоваскулярного метода хирургии-стентирования коронарных артерий.

Выводы. Применение этого метода лечения ишемической болезни сердца положительно влияет как на физическим компонент здоровья, так и на психический. И не зависит от вида патологии.

Список литературы.

1. Дидигова Р.Т., Инарокова А.М., Имагожева М.Я., Мамедов М.Н. Современные взгляды на этиологию и диагностику ишемической болезни сердца //Лечебное дело. 2014. № 4. С.11-16.

2. Попов М.Е., Другов А.Б., Лукьянов М.Е. Тенденции развития эндоваскулярной хирургии в контексте жизненного цикла инноваций //Вестник Росздравнадзора. 2015. № 5. С. 38-44.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Прокофьева А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования состоит в том, что в современном мире на первое место по общей заболеваемости вышли болезни сердечно-сосудистой системы, одной из которых является тромбоэмболия лёгочной артерии. Её особенностями является то, что она редко диагностируется, высоко

смертельна, однако на вскрытии находят у трети больных. Важным фактом является то, что при лечении смертность от данного заболевания снижается до 10% [1].

Существует неразрывная связь ТЭЛА и венозных тромбозов глубоких вен. Любой случай тромбофлебита необходимо расценивать как потенциальный риск развития ТЭЛА, ведь частота ее возникновения при тромбозах глубоких вен голени составляет 46%, бедра – 67%, подвздошных вен – 77% [2].

Целью исследования является сравнение качества жизни больных с тромбоэмболией лёгочной артерии и с тромбофлебитом глубоких вен.

Материалы и методы: в исследовании были использованы анкеты 20 человек, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», ГАУЗ «Брянская городская больница № 4» и ГАУЗ «Брянская городская больница № 2» с октября 2018 года по январь 2019 года. Возраст исследуемых варьируется от 35 до 82 лет (средний возраст 63±5 лет). По половому признаку соотношение пациентов 1:1. Все больные были разделены на две группы по 10 человек: первая – больные с ТЭЛА, вторая – больные с тромбофлебитом глубоких вен. Для выполнения поставленной цели использовались следующие методы: клиническое, лабораторное, инструментальное исследования, изучение качества жизни больных по опроснику SF-36.

Результаты и обсуждения. Первым этапом исследование было изучение клинической картины пациентов при заболевании ТЭЛА и тромбофлебите глубоких вен по историям болезней. Данный этап проводился на основании симптомов пациентов, представленных в таблице 1, где указана их частота встречаемости в выборке людей, принимающих участие в исследовании. Однако ТЭЛА не является единственной возможной причиной перечисленных в таблице 1 симптомов, и ни один симптом не встречается при ТЭЛА в 100% случаев, что является особенностью данного заболевания.

Таблица 1. Частота встречаемости симптомов.

Симптомы	Группа 1 (n=10)		Группа 2 (n=10)	
	Абсол. кол-во	Относит. кол-во	Абсол. кол-во	Относит. кол-во
Одышка	10	100%	–	–
Болевой синдром в ГК	10	100%	–	–
Кровохарканье	3	30%	–	–
Низкое АД	6	60%	–	–
Тахикардия	8	80%	–	–
Цианоз	3	30%	7	70%
Лихорадка	9	90%	8	80%
Боли в тромбированной конеч-ти	–	–	10	100%
Набухание поверхностных вен	–	–	7	70%
Отеки	3	30%	10	100%

При тромбоэмболии легочной артерии симптомы пациентов имеются со стороны как дыхательной системы, так и со стороны системы кровообращения. При тромбофлебите глубоких вен не наблюдается легочных симптомов. Для каждого заболевания характерны особые жалобы, которые не встречаются при другой патологии, однако есть и общие: цианоз, лихорадка, отёки.

При осмотрепациентов с ТЭЛА отмечалось, что дистальные отделы конечностей холодные на ощупь; тургор кожи и ее эластичность значительно снижены; при пальпации лучевых артерий пульс неритмичный, неодинаковый на обеих руках, слабого наполнения, не напряжён; при пальпации на нижних конечностях определяются отеки; дефицит пульса; при аускультации сердца тоны глухие. У больных с тромбофлебитом глубоких вен выявлялось: сухость и изменение цвета кожных покровов – цианоз; при аускультации сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации, ослаблены на верхушке, ритмичные.

Лабораторная диагностика, а именно общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, не используется для диагностики ТЭЛА и тромбофлебита глубоких вен, но полезна дня оценки состояния гемостаза и проведения дифференциального диагноза. Особое значение имеет проведение исследования на выявление D-димера. Его обнаружение будет свидетельствовать о возможности заболевания как ТЭЛА, так и тромбофлебита глубоких вен, таким образом оно не является диагностическим между этими двумя заболеваниями, но позволяет отличить их от ряда других. У исследуемых пациентов D-димер был обнаружен в повышенной концентрации. При тромбофлебите необходимым является получение коагулограммы, позволяющей оценить состояние свертывающей и противосвертывающей системы крови.

При ТЭЛА на ЭКГ могут выявляться некоторые изменения связанные с нарушением хода импульса вследствие перегрузки правых отделов сердца, ведь правым отделам приходиться качать кровь в закрытую артерию. На электрокардиограмме отмечалось увеличение зубца Q, более широкий комплекс QRS, отсутствие зубца S, сегмент ST слегка приподнят, зубец T имеет отрицательную терминальную часть.При УЗИ у пациентов из 1 группы было выявлено повышение давления в правых отделах сердца; определялосьувеличение давления в легочной артерии (лёгочная гипертензия), которое в норме 23-26 мм. рт. ст. С помощью рентгенографии ОГК было обнаружено: расширение правой границы сердца, выбухание легочного конуса по левому контуру сердечной тени, расширение тени верхней полой вены, инфильтраты лёгочной ткани (клиновидная тень), обеднение лёгочного рисунка. Пациентам с подозрением на ТЭЛА проводилась ЭхоКГ, в результате которой можно узнать о: расширении правых отделов сердца, выбуханиимежжелудочковой перегородки в сторону левых отделов, непосредственной локализации тромба по ходу лёгочной артерии.

При тромбофлебите глубоких вен обязательно проводили ультразвуковое исследование, а именно дуплексное ультразвуковое сканирование с цветным

допплеровским картированием ирентгенконтрастную флебографию (ретроградную, восходящую), но в более редких случаях из-за инвазивности метода. На основе данных исследований делалось заключение о факте самого заболевания, непосредственной локализации крупных тромбов и мелких кровяных сгустков по ходу сосудистого русла, изменении просвета сосуда, а также о ухудшении венозного кровотока. Некоторым больным проводилась КТ, благодаря которойполучали полную информацию о состоянии кровотока не только определенного участка, но и кровообращении всего организма в целом.

Изучение качества жизни больных после лечения проводилось по опроснику, который состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал. Полученные данные были обработаны программой «Statistica 7.0». Результаты исследования по оценке качества жизни больных с ТЭЛА и тромбофлебитом глубоких вен представлены в сводной таблице 2.

Таблица 2. Оценка качества жизни больных.

Шкала SF-36	Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=10)
Физическое функционирование	41,5±14,9	45,5±20
Ролевое физическое функционирование	12,5±17,7	35±31,6
Интенсивность боли	31,4±12,3	36,4±18,2
Общее состояние здоровья	36,1±16,6	48,1±24,1
Жизненная активность	21±9,9 *	52±24,5
Социальное функционирование	52,5±5 *	75±18,6
Ролевое эмоциональное функционирование	16,7±17,6	30±33,2
Психологическое здоровье	33,6±8,9 *	58,8±22,2
Физический компонент здоровья	32,9±5,3	34,6±5,8
Психический компонент здоровья	31,1±3,5 *	44,3±10,7

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Возникновение ТЭЛА резко ухудшает качество жизни пациентов в сравнении с тромбофлебитом глубоких вен: по физическому компоненту здоровья на 1,7%, а по психическому компоненту на 13,2%.

Список литературы.

1. Анализ факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений у больных с травмой / Лазаренко В.А., Мишустин В.Н., Мишустина Н.Н [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2007. № 1. С. 19-27.

2. Сравнительный анализ частоты тромбоэмболических осложнений у стационарных больных больниц г. Курска / Лазаренко В.А., Хруслов М.В., Жабин С.Н [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2012. № 4. С.84-86.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ АУТОКЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА

Ребров Д.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Орлова А.Ю.

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) объединяют целую группу заболеваний кровеносных сосудов, которые приводят к снижению притока крови по артериям в пораженных конечностях из-за их окклюзии или стеноза.

В Российской Федерации зарегистрировано около 3 млн. больных, которые имеют хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) [1]. Среди пациентов с ХОЗАНК самую тяжелую группу составляют пациенты с дистальной формой поражения артериального русла голени и стопы. Такие пациенты в большинстве случаев нуждаются в срочном хирургическом лечении. Основным способом непрямого улучшения кровообращения является реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ) [2]. Данная методика позволяет остановить прогрессирование ишемии нижних конечностей, снизить риск образования гангрены с последующей ампутацией и, следовательно, повысить качество жизни данной категории пациентов.

Целью исследования является оценка качества жизни больных, оперированных по поводу хронической ишемии нижних конечностей на фоне облитерирующего атеросклероза после реваскуляризирующей остеотрепанации по оригинальной технологии с имплантацией аутоклеток костного мозга.

Материалы и методы: выборку исследования составили 30 больных (23 мужчины, 7 женщин), получавших лечение по поводу хронической ишемии нижних конечностей на фоне облитерирующего атеросклероза, находившихся на стационарном лечении в ОСХ ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2018 году. Возраст пациентов колебался от 57 до 81 года. Всем больным была проведена операция: реваскуляризирующая остеотрепанация по оригинальной технологии с имплантацией аутоклеток костного мозга.

Больные распределены по полу и возрасту, как показано в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
44-60	7	23,3	2	6,7
61-75	12	40,0	3	10,0
76-90	4	13,3	2	6,7

Средний возраст мужчин составил 66,0±6,9 лет; средний возраст женщин – 71,0±7,1 лет.

Эффективность оперативного лечения по оригинальной технологии с имплантацией аутоклеток костного мозга оценивали через 6 месяцев с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey» и программы «BioStat» [6]. Опросник включает в себя 8 шкал, охватывающих составные характеристики здоровья и объединяющихся в два суммарных измерения: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья.

Результаты и их обсуждение. Оценка качества жизни больных представлена в таблице 2.

Таблица 2. Оценка качества жизни больных.

Показатели	Пациенты до операции	Пациенты через 6 мес. после операции
Физическое функционирование	21,0±5,6	45,0±13,7*
Ролевое физическое функционирование	37,0±15,0	50,0±25,0*
Интенсивность боли	62,5±22,8	51,5±14,2*
Общее состояние здоровья	46,5±7,3	52,5±10,3*
Жизненная активность	42,3±4,1	55,0±8,1*
Социальное функционирование	29,4±8,0	37,5±13,0*
Ролевое эмоциональное функционирование	54,7±25,3	61,7±31,6*
Психологическое здоровье	48,0±5,5	54,0±11,5
Физический компонент здоровья	40,6±7,3	51,4±8,2*
Психический компонент здоровья	40,5±7,0	56,7±8,6*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны..

В ходе исследования нами было установлено, что ХОЗАНК значительно снижают качество жизни пациентов в дооперационном периоде.

Через полгода после хирургического вмешательства все исследуемые показатели достоверно увеличились в сравнении с дооперационным периодом соответственно: 1) физическое функционирование – на 53,3%; 2) ролевое функционирование – на 26%; 3) интенсивность боли уменьшилась – на 17,6%; 4) общее состояние здоровья – на 11,4%; 5) жизнеспособность – на 23,1%; 6) социальное функционирование – на 21,6%; 7) ролевое функционирование – на 11,3%; 8) психологическое здоровье – на 11,1%.

У всех больных после операции через 6 месяцев достоверно отмечено повышение всех показателей опросника SF-36.

Выводы. После проведения реваскуляризирующей остеотрепанации по оригинальной технологии с имплантацией аутоклеток костного мозга физический компонент здоровья пациентов достоверно увеличился на 21%, психологический компонент здоровья – на 28,6%, что свидетельствует об эффективности разработанного хирургического вмешательства, оказывающего позитивное влияние на качество жизни пациентов.

Список литературы.

1. Петухов А.В. Качество жизни больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, перенесших различные виды оперативных вмешательств // Вестник витебского государственного медицинского университета. 2009. Т. 8, № 4. С. 82-88.

2. Реваскуляризирующая остеотрепанация и остеомиопластика в лечении критической ишемии нижних конечностей / Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Щербаков А.Н., Князев В.В. [и др.] // Анналы хирургии. 2008. № 1. С. 64-68.

3. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, СТЕНОЗОМ БСДК И ИХ СОЧЕТАНИЕМ

Родина Ю.В., Маслова Я.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаренко П.М.

Лечение больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, стенозом БСДК и их сочетанием, на протяжении долгого времени остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии.

Несмотря на совершенствование техники эндоскопических способов разрешения и обширный накопленный опыт в выполнении вмешательств на холедохе и БСДК, частота постманипуляционных осложнений остается высокой, что требует индивидуального подхода к лечению каждого конкретного больного.

Целью исследования является определение результатов лечения больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, стенозом БСДК и их сочетанием за период с 2016 по 2018 год.

Материалы и методы: исследование основано на анализе результатов лечения 321 (100%) больного с острым холециститом и его осложнениями (холедохолитиаз, стеноз БСДК и их сочетание), находящихся в хирургическом

отделении ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» за период с 2016 по 2018 год.

Всем больным выполнялись физикальное, стационарное лабораторное исследования, УЗИ, ФГДС с осмотром БСДК, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, МРТ по показаниям. При УЗИ: ультразвуковые признаки острого флегмонозного холецистита имелись у 215 (67,0%) пациентов, гангренозного – у 61 (19,0%), эмпиемы желчного пузыря – у 12 (3,7%) больных. В 20 (6,2%) случаях имелись признаки катарального холецистита. Перивезикальный инфильтрат выявлен в 6 (1,9%) случаях, и в 7 (2,2%) диагностирован перивезикальный абсцесс. В 22 (6,9%) случаях наблюдались высокие цифры билирубина (от 50 до 95 мкмоль/л).

Всем 22 (6,9%) больным, у которых подозревалась патология внепеченочных желчных протоков (ВПЖП), выполнялась субоперационная холангиография через пузырный проток.

Холедохолитиаз встретился у 17 из 22 (5,3%) больных, холедохолитиаз в сочетании со стенозом БСДК в 3 из 22 (0,9%) случаях, стриктура БСДК выявлена у 2 (0,6%) остальных больных.

Методом выбора в лечении острого холецистита была ЛХЭ, если не было таких противопоказаний, как патологические пузырно-дигестивные свищи, разлитой перитонит, спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости, синдром Мириззи [3]. Эти противопоказания имели место у 2 (0,6%) больных из 275 (85,7%) радикально прооперированных. Данным пациентам выполнялись традиционные оперативные вмешательства.

Радикальная операция в первые 24 часа после непродолжительной предоперационной подготовки была выполнена у 161 (50,2%) больного, у 83 (25,9%) потребовалась предоперационная подготовка в течении 48 часов, у 31 (9,7%) в течении 72 часов с целью коррекции сопутствующей патологии.

У больных, которым требовалась более 72 часов, стремились как можно раньше ликвидировать внутрипузырную гипертензию. Если не удавалось её устранить консервативным путем, то прибегали к одномоментной эхосанации желчного пузыря (14 (4,4%) больных), или к чрезкожной чрезпеченочной микрохолецистостоме (ЧЧМХС) (8 (2,5%) больных).

При остром холецистите, осложненном холедохолитиазом, стенозом БСДК и их сочетанием, применяли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), которую выполняли только при ущемленном камне в БСДК, с последующей ретроградной холангиографией, а затем в течении 24 часов ЛХЭ. У всех остальных пациентов патологию пытались устранить в процессе выполнения ЛХЭ при помощи антеградной папиллосфинктеротомии (АПСТ), по предложенному нами способу (патент № 36200).

Отдельную группу составили 46 (14,3%) больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Этим пациентам применяли дренирующие операции. 18 (5,6%) больным выполнили традиционную холецистостомию, а в 28 (8,7%) случаях была выполнена ЧЧМХС [1].

Результаты и обсуждения. У 275 (85,7%) больных острым холециститом с оправданным операционно–анестезиологическим риском мы стремились

в наиболее короткие сроки радикально устранить патологию ВПЖП, отдавая предпочтение эндоскопическим технологиям. ЛХЭ успешно произведена у 161 (50,2%) больного в первые сутки после непродолжительной предоперационной подготовки. Конверсии потребовались в 3 (0,9%) случаях. Основными причинами конверсии были выраженные инфильтративные изменения в области треугольника Кало, которые не позволили выделить и раздельно клипировать пузырную артерию и пузырный проток [4]. В 2 (0,6%) случаях мы встретились с синдромом Мириззи.

83 (25,9%) больным потребовалась предоперационная подготовка в течении 48 часов. Из них одномоментная эхосанация выполнена 11 (3,4%) пациентам, которым в последующем выполнена ЛХЭ. Из 83 (30,2%) больных ЛХЭ выполнена успешно во всех случаях.

31 (9,7%) больному, которому нужна была предоперационная подготовка в течении 72 часов, первым этапом мы пытались устранить пузырную гипертензию, а затем после коррекции сопутствующей патологии пытались выполнить ЛХЭ. В этой группе больных ЛХЭ выполнена успешно в 28 (8,8%) случаях. Конверсия потребовалась в 3 (0,9%) случаях.

Послеоперационные осложнения из всех групп пациентов возникли у 35 (10,9%) больных. Подпеченочный абсцесс наблюдался у 1 (0,3%) больного и был успешно дренирован под УЗИ – контролем. В остальных 34 (10,6%) случаях наблюдалась серома послеоперационной раны.

У 22 (6,9%) больных, имевших патологию ВПЖХ, мы пытались разрешить ее при помощи АПСТ в процессе ЛХЭ по предложенному нами способу (патент № 36200), с использованием предложенного нами устройства, (патент № 2253382) или на катетере, введенном через пузырный проток [2].

Выводы. Таким образом, у 87,6% больных удалось излечить ОХ и его осложнения при помощи малоинвазивных хирургических технологий. АПСТ показала себя как надежный способ разрешения холедохолитиаза, стеноза БСДК и их сочетания в процессе выполнения ЛХЭ, а также в тех случаях, когда ЭПСТ не выполнима.

Список литературы.

1. Быстров С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. Миниинвазивные операции
в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. 2010. № 7. С. 55-59.

2. Назаренко П.М., Канищев Ю.В., Назаренко Д.П. Хирургические и эндоскопические методы лечения заболеваний большого сосочка двенадцатиперстной кишки и их клинико-анатомическое обоснование. Курск, 2005. 143 с.

3. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаз / Т.Б. Ардасенов [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. 2013. Т. 18, № 1. С. 23-28.
4. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. Лапароскопическая холецистэктомия – конверсия. Проблема выбора доступа // Эндоскоп. хирургия. 2008, № 4. С. 15-17.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Саакян А.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней № 2
Научный руководитель – ассистент Маслова Я.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в последние годы по разным причинам увеличивается число больных с острым холециститом (ОХ), имеющих высокую степень операционно-анестезиологического риска. Среди больных ОХ лица пожилого и старческого возраста занимают в настоящее время от 70% до 80% [1]. Летальность среди этой категории больных, в сравнении с пациентами молодого возраста, больше в 10-20 раз, послеоперационная летальность составляет 15-25%, а у больных старше 80 лет составляет 40-50%, что делает эти операции крайне рискованными [2]. Неправильно выбранная лечебная тактика у данной группы пациентов не редко приводит к развитию послеоперационных осложнений, вдобавок к этому у них уже имеются различные сопутствующие патологии, что в конечном счете отягощает прогноз лечения [1, 3]. Выбор адекватной тактики лечения ОХ у лиц с высоким операционно-анестезиологическим риском остается актуальной проблемой современной хирургии [3].

Целью исследования является анализ результатов лечения острого холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска по материалам отделения хирургии ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» за 2018 год.

Материалы и методы: были проанализированы результаты лечения острого холецистита за 2018 год у 97 (100%) больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, а именно больные пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие патологии. В исследование вошли больные в возрасте от 60 до 89 лет. Согласно классификации по ВОЗ: 60-74 лет (пожилой возраст) – 79 (81,4%) пациента; 75-90 лет (старческий возраст) – 18 (18,6%) пациент. Средний возраст составил 66,5±3,7. Мужчин было 42 (43,3%), женщин – 55 (56,7%). При поступлении в стационар всем больным проводилось комплексное инструментальное и клинико-лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, мочевина,

глюкоза, креатинин), ФГДС с осмотром БСДК, ЭКГ, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, внепеченочных желчных протоков (ВПЖП), рентгенографию органов грудной клетки, рентгеноскопию органов брюшной полости. Назначалась консультация терапевта и анестезиолога. Выявлены следующие основные сопутствующие патологии: постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, последствия нарушения мозгового кровообращения, сахарный диабет [4]. Первичная обработка материала проводилась с помощью MS Excel 2015, а статистическая обработка полученных результатов была произведена с помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждения. Всем больным после проведения диагностических мероприятий и установки диагноза назначалась консервативная терапия, включающая в себя назначение антибиотиков, спазмолитиков и проведения инфузионной терапии под контролем анестезиолога. При отсутствии положительной динамики при УЗ-мониторинге и клиническом исследовании выставлялись показания к оперативному вмешательству. В 79 (81,4%) случаях выполнены дренирующие операции, а 18 (18,6%) пациентам продолжали проводить консервативную терапию, в связи с тяжелой степенью операционно-анестезиологического риска и невозможностью проведения оперативного лечения. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) выполнена у 46 (47,4%) из 97 (100%) больных. Традиционная холецистостома наложена 27 пациентам (27,8%) – больным, которым радикальная операция не показана, но имеются благоприятные технические условия (блокированный и растянутый желчный пузырь). 6 (6,2%) пациентам выполнена термическая мукоклазия желчного пузыря, разработанная кафедрой хирургических болезней № 2 Курского государственного медицинского университета (патент № 2261683). Также достигнута положительная динамика у 18 (18,5%) больных, которым была проведена консервативная терапия.

Выводы. Необходим дифференцированный подход к применению того или иного способа холецистостомии. ЧЧМХС следует выполнять больным с глубоким внутрипеченочным расположением желчного пузыря и небольшими его размерами. Наложение традиционной холецистостомы целесообразно больным с растянутым и блокированным желчным пузырем. Надежной облитерации желчного пузыря позволяет добиться предложенный способ термической мукоклазии. Дренирующие желчный пузырь операции позволяют улучшить хирургическое лечение ОХ у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

Список литературы.

1. Каримов Ш.И. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т. 15, № 1. С. 53-56.

2. Клиническая хирургия (учебное пособие для клинических ординаторов и врачей-хирургов) / Под ред. В.А. Лазаренко. Курск: КГМУ, 2016. 924 с.
3. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска // Журнал им. Н.И.Пирогова. 2013. № 12. С. 18-23.
4. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 992 с.

ПРОЧНОСТНЫЕ СВОЙСТВА ПАХОВОЙ СВЯЗКИ И АПОНЕВРОЗА НАРУЖНОЙ КОСОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ИХ РАЗЛИЧНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИГЛАМИ

Савенко Е.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бежин А.И.

Паховые грыжи являются одним из наиболее распространённых хирургических заболеваний, и частота этой патологии неуклонно растет. Так, к примеру, в России ежегодно выполняется около 200 тыс. операций по поводу грыж. Следует отметить высокий процент рецидивных грыж. По сводным данным О.Б. Милонова и соавт [4] рецидивы отмечаются в 18-25%, по данным В.В. Жебровского [2], частота рецидивов паховых грыж колеблется от 11 до 35%.

В современной хирургии существует множество способов герниопластики. Наибольшей популярностью у хирургов пользуются ненатяжные методики, однако каждый из возможных вариантов операции основывается на подшивании сетки к паховой связке и апоневрозу наружной косой мышцы живота. Известно, что рецидивные грыжи возникают в зонах соприкосновения апоневроза с сеткой, через которые проникает грыжевой мешок с содержимым в подкожно-жировую клетчатку [1,5,6]. При этом в литературе до сих пор нет данных об изменении прочностных свойств элементов пахового канала при их повреждении хирургическими иглами.

Целью работы стало изучение динамики физико-механических свойств паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота при повреждении их различными хирургическими иглами.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Курск, на 90 трупах мужчин, средний возраст которых составил 72,5±0,5 года, умерших от заболеваний не связанных с патологией органов брюшной полости. В ходе исследования определяли: тип телосложения по индексу Лавровой Т.Ф [3], параметры пахового канала: форму пахового промежутка, длину и высоту пахового промежутка.

Моделировали механическое повреждение паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота разработанным на кафедре устройством,

имитируя пластику по Лихтенштейну. Было проведено шесть серий опытов: повреждение режущими иглами 3/8-0,8х32, повреждение колющими иглами 3/8-0,8х32 и контрольная (неповрежденная) группа для паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота соответственно.

Физико-механические свойства паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота изучали на разрывной машине РЭМ 0,2-1. Оценивали максимальную достигнутую нагрузку в Ньютонах (Fm), конечную длину испытываемого участка образца в мм (Lum), коэффициент пластической деформации в % (А%). Полученные данные обработаны статистически на ЭВМ с применением программ Excel.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что перфорация паховой связки режущими иглами достоверно p=0,05 уменьшает предел ее прочности на 41,2%, а перфорация колющими иглами только на 4,5%., что в 9,1 раза меньше, чем с применением режущих игл, что можно увидеть в таблице 1, на рисунке 1 и 2.

Таблица 1. Параметры физико-механических свойств паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота при повреждениях.

Образец	n	Fm	Lu	A
Интактная паховая связка	15	70,7±0,3	66,77±0,5	32,1±0,5
Перфорированная режущей иглой паховая связка	15	42,2±0,4	78,2±0,4	58,5±0,3
Перфорированная колющей иглой паховая связка	15	66,9±0,4	73,2±0,2	36,4±0,3
Интактный апоневроз	15	60,3±0,3	52,3±0,3	24,4±0,4
Перфорированный апоневроз режущей иглой	15	31,3±0,2	63,3±0,2	44,5±0,2
Перфорированный апоневроз колющей иглой	15	55,3±0,3	60,2±0,2	33,5±0,2

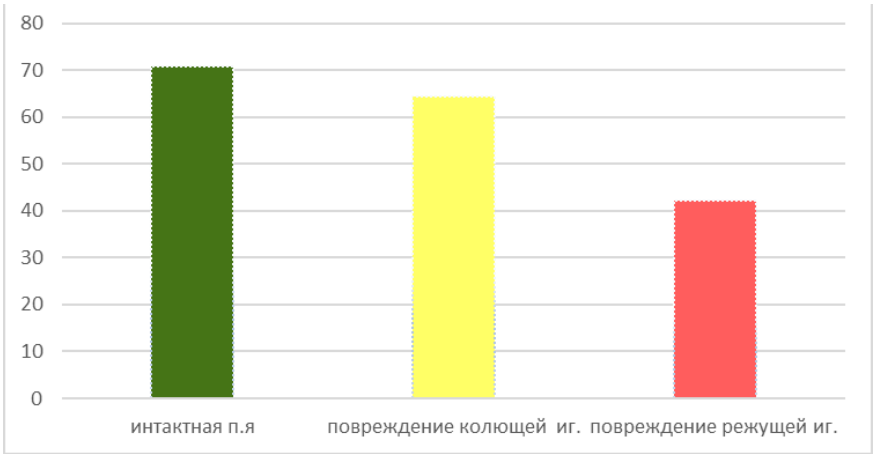


Рисунок 1. Зависимость прочностных свойств паховой связки от степени ее повреждения

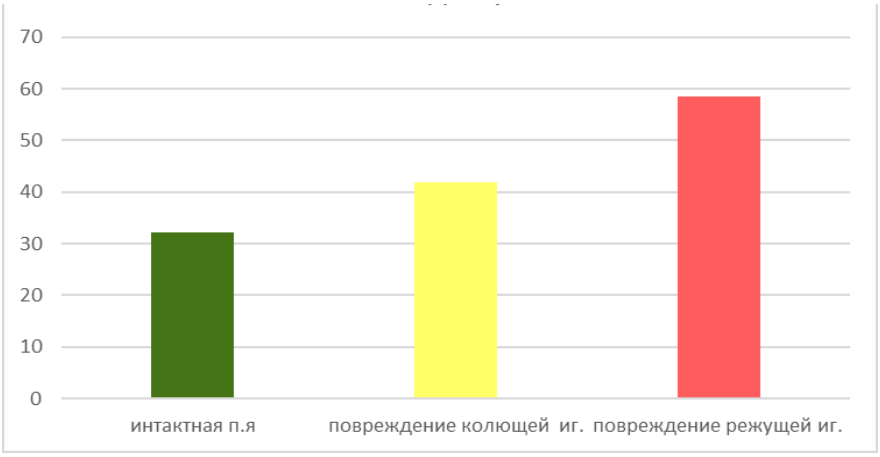


Рисунок 2. Зависимость коэффициента пластической деформации от прочностных свойств паховой связки

Пластическая деформация при повреждении режущими иглами достоверно p=0,05 увеличивается на 45,2%, а при перфорации колющими иглами на 13,4%, что 3,4 раза меньше, чем с применением режущих игл.

Аналогичная зависимость наблюдается и при исследовании апоневроза наружной косой мышцы живота.

Такая закономерность объясняется общей площадью повреждений при перфорации режущей иглой 41,2±0,2мм^2, а при перфорации колющей 23,5±0,2 мм^2

Выводы.

1. Прочностные свойства паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота при перфорации режущей иглой уменьшаются в 9,1 раза по отношению к перфорации колющей иглой.

2. Пластическая деформация паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота при перфорации режущей иглой увеличивается 3,4 раза по сравнению перфорации колющей иглой.

3. Режущие иглы значительно травмируют ткани при прошивании паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота и при операциях по поводу паховых грыж не должны использоваться.

Список литературы.

1. Визгалов С.А., Смотрин С.М. Паховые грыжи: современные аспекты этиопатогенеза лечения. Гродно: УО «Гродненский государственный медицинский университет», 2009. Т. 4, № 2. С. 54-60.

2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. М.: ООО МИА, 2005. 384 с.

3. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. М.: Медицина, 1979. 104 с.

4. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. 560 с.

5. Черных А.В., Любых Е.Н., Закурдаев Е.И. Современные взгляды на хирургическую анатомию пахового канала при паховых грыжах. Воронеж: ГБОУ ВПО «ВГМА Им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, 2011. Т. 5, № 6. С 124-132.

6. Results from the International conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. II. Recommendations Cheatham M.L., Malbrain M.L., Kirkpatrick A., et al. // Intensive Care Medicine. 2012. Vol. 33, No. 6. P. 951-962.

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Саломатина А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Алименко О.В.

Увеличение количества оперативных вмешательств по поводу грыж брюшной стенки (ежегодно 1,5 млн. вмешательств в мире) сопровождается значительным ростом числа больных с вентральными грыжами. По статистике, на долю оперированных больных приходится 11,4-23,3% пациентов с рецидивными грыжами [1]. Повторные операции оказывают дополнительную нагрузку на организм пациента, ухудшая качество жизни, вызывают дополнительные осложнения, отрицательно сказываются на физическом, психологическом и социально-экономическом состояниях больных в послеоперационном периоде [2].

Целью исследования является проведение сравнительной оценки качества жизни пациентов с боковой и срединной локализацией вентральных грыж.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней 25 пациентов в возрасте от 36 до 78 лет с диагнозом вентральная грыжа, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2016 по 2018 год. Среди обследуемых было 16 (64%) женщин и 9 (36%) мужчин. Пациенты были разделены на две исследуемые группы: первая группа – с вентральными грыжами боковой локализации (15 человек, 60%), вторая группа – пациенты с вентральными грыжами срединной локализации (10 человек, 40%).

Диагностическая программа включала в себя клиническое исследование (осмотр грыжевого выпячивания, его пальпация, выявление симптома кашлевого толчка), лабораторные методы исследования (общие анализы крови и мочи), инструментальный метод – ультразвуковое исследование (обследование грыжевого содержимого и размеров грыжевого мешка), изучение качества жизни больных осуществлялось с помощью опросника MOS-SF-36.

Результаты и их обсуждение. Распределение по полу и возрасту приведено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст больных	1 группа (n=15)		2 группа (n=10)	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
20-29	-	-	-	-
30-39	2 (13,3%)	-	-	-
40-49	-	1 (6,67%)	1 (10%)	-
50-59	2 (13,3%)	-	1 (10%)	3 (30%)
60-69	2 (13,3%)	6 (40%)	1 (10%)	2 (20%)
70-79	1 (6,67%)	1 (6,67%)	2 (20%)	-
Всего	7 (46,66%)	8 (53,34%)	5 (50%)	5 (50%)

Из таблицы видно, что большинство больных из 1 группы относились к группе пожилого возраста – 8 человек (53,3%), из 2 группы – к среднему возрасту – 4 (40%). Частота развития вентральных грыж среди мужчин и женщин близка к одинаковой в двух исследуемых группах: 7 (46,66%) и 8 (53,34%) пациентов соответственно для первой группы и 50% обоих полов для второй группы.

Распределение больных по клиническим симптомам приведено в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов.

№ п/п	Клинические симптомы		Группа 1 (n=15)		Группа 2 (n=10)	
			Абс.	%	Абс.	%
1.	Локализация грыжевого выпячивания	В области поверхностного пахового кольца	15	100	0	0
		В области белой линии живота	0	0	10	100
2.	Вправимость выпячивания в брюшную полость		14	90	7	70
3.	Болезненность при пальпации		0	0	0	0
4.	Положительный симптом кашлевого толчка		15	100	10	100

Из таблицы видно, что симптомы вправимой вентральной грыжи характерны для 90% первой группы больных и для 70% второй группы.

При изучении результатов лабораторных анализов крови и мочи изменений показателей выявлено не было.

Результаты ультразвукового исследования вентральных грыж представлены в таблица 3

Таблица 3. Результаты УЗИ вентральных грыж.

Показатели	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=10)

		Абс.	%	Абс.	%
Размеры грыжевого мешка	До 5 см	2	13,3	2	20
	От 6 до 10 см	8	53,34	5	50
	11 см и более	4	26,67	3	30
Содержимое грыжевого мешка	Петли кишечника	1	6,67	2	20
	Сальник	8	53,34	3	30
	Без содержимого	6	40,02	5	50

Из таблицы видно, что среди вентральных грыж преобладают рецидивы, имеющие средние размеры грыжевого мешка (от 6 до 10 см) – 8 (53,34%) человек и 5 (50%) человек в исследуемых группах соответственно; рецидивы, имеющие большие размеры грыжевого мешка (более 11 см) составляют 4 (26,67%) и 3 (30%) человек в двух группах соответственно. Сальник являлся содержимым грыжевого мешка у 8 человек (53,34%) 1-й группы, грыжевой мешок без содержимого был выявлен у 6 (40,02%) и 5 (50%) человек в 1-ой и 2ой группе соответственно.

Результаты оценки качества жизни больных представлены в таблице 4.

Таблица 4. Оценка качества жизни больных

Шкалы SF-36	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=10)
Физическое функционирование	67,8±4,1*	69,3±3,3*
Ролевое физическое функционирование	68,8±2,2*	71,1±4,5*
Интенсивность боли	78,8±3,5*	70,2±5,1*
Общее состояние здоровья	58,3±3,8*	60,4±3,2*
Жизненная активность	55,3±3,9*	56,4±4,1*
Социальное функционирование	60,1±4,2*	66,6±2,5*
Ролевое эмоциональное функционирование	53,1±3,3*	60,3±1,5*
Психологическое здоровье	51,0±2,1*	57,7±2,1*
Физический компонент здоровья	61,7±4,4*	77,6±5,0*
Психический компонент здоровья	58,5±2,9*	68,7±2,8*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

При анализе результатов оценки компонентов качества жизни видно, что среди пациентов с вентральными грыжами срединной локализации показатели физического компонента здоровья лучше на 15,9%, чем у прооперированных по поводу вентральных грыж боковой локализации, в плане психологического компонента здоровья – показатели выше на 10,2% во второй группе пациентов.

Выводы. Таким образом, можно утверждать, что срединная локализация вентральных грыж оказывает более благоприятное влияние на качество жизни пациентов, чем вентральные грыжи боковой локализации.

Список литературы.

1. Выбор метода и анализ результатов эндопротезирования передней брюшной стенки у пациентов с вентральными грыжами / Иванов С.В., Иванов И.С [и др.] // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2011. № 3. С. 65-69.

2. Нарезкин Д.В., Сергеев Е.В. Ретроспективные результаты хирургического лечения больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2014. № 3.С. 66-72.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЗАБОЛЕВШИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ СКРИНИНГА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГОДА

Селюнина А.С., Курбатова С.О.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Похожай В.В.

В структуре онкологических заболеваний мужчин Беларуси злокачественные новообразования предстательной железы (РПЖ) занимает второе место. Увеличение частоты этого заболевания в последние годы наблюдается в большинстве стран мира, в том числе в Беларуси и Гомельской области. Стандартизованный показатель заболеваемости (СЗ) РПЖ (стандарт World) в Гомельской области составляет 53,9 за 2016 год, 69,2 за 2017 год, 89,2 за 2018 год [1]. Городские мужчины болеют РПЖ чаще, чем сельские: соответствующее абсолютное число заболевших составляет в 2018 – 664 и 176 человек [1]. Используются следующие методы ранней диагностики РПЖ: пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование, но наиболее информативным является определение концентрации простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови, которое проводится мужчинам в возрасте 50-65 лет один раз в два года [2]. Об улучшении своевременной диагностики свидетельствует информация о реализации государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность в РБ» на 2006-2020 года [3]. Исследования с целью диагностики РПЖ в Гомельской области проведены у более 25 тысяч мужчин, при этом выявлено 126 случаев РПЖ из них в ранних стадиях 99 случаев (78,50%) [4]. Отмечается стойкое снижение доли случаев РПЖ III-IV стадии: с 45,6% в 2016 году до 32,3% в 2018 году [4]. Демографическая структура мужского населения в Гомельской области ухудшилась из-за увеличения заболеваемости и уменьшения количества лиц трудоспособного возраста [5]. Полученные данные могут быть использованы для планирования диагностических и лечебных мероприятий.

Целью исследования является анализ структуры коллектива заболевших РПЖ в течение 2016-2018 годов, выявленных при скрининге, с учетом стадий заболевания, возраста и места жительства и летальности пациентов.

Материалы и методы: скрининговые данные пациентов Гомельской области в 2016-2018 годов с разделением по месту жительства и возрасту на момент установления диагноза. Исследованы: статистические данные БКР по Гомельской области и сводные данные по скринингу в Республике Беларусь.

Результаты исследования. В Гомельской области отмечено увеличение абсолютного числового значения (АЧЗ) РПЖ в течение периода наблюдения: 526 случаев в 2016 году, 627 случаев – в 2017 году, 820 случая – в 2018 году. Прирост заболевших составил 1,67 раз. АЧЗ заболевших жителей города составило: 397 случаев в 2016 году, 477 случаев – в 2017 году, 644 случая – в 2018 году. Соответствующие показатели для жителей села: в 2016 году – 129, 2017 год – 150, 2018 год – 176. Это свидетельствует о преобладании АЧЗ жителей города над жителями села: в 3,07 раза в 2016 году, в 3,62 раза – в 2017 году, в 4,0 раз – в 2018 году. Число заболевших РПЖ в городе возросло в 1,77 раза, в селе – в 1,36 раз.

Динамика АЧЗ РПЖ в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1. Число случаев заболевания РПЖ в возрастных группах.

	Возрастные группы, лет										
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 90
АЧЗ 2016	0	4	12	45	69	128	77	125	46	16	3
АЧЗ 2017	0	1	22	62	111	191	97	117	62	24	6
АЧЗ 2018	0	4	29	105	198	183	153	108	83	11	5
Рост	0	1	2,41	2,33	2,86	1,43	1,99	-0,864	1,8	-0,687	1,66

Наибольшее увеличение АЧЗ зарегистрировано среди пациентов в возрасте 60-64 года и 65-69 лет. Доля АЧЗ в 2016 году в возрастных группах составила: до 55 лет – 3,04%, 55-65 лет (трудоспособные) – 21,7%, до 65-85 лет – 71,56%, более 85 лет – 3,61%; в 2018 году: до 55 лет – 3,75%, 55-65 года (трудоспособные) – 34,4%, до 65-85 лет – 59,92%, более 85 лет – 1,81%. Динамика АЧЗ 2016-2018 годов в возрастных группах увеличилась: до 55 лет – в 1,2 раза, 55-65 года (трудоспособные) – 1,6 раза; уменьшилась в возрастных группах: 65-85 лет – в 1,2 раза, более 85 лет – в 2 раза.

Результат и стоимость лечения любого злокачественного новообразования в значительной степени зависит от стадии заболевания. Поэтому особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики, то есть распределение случаев РПЖ по стадиям у впервые выявленных при скрининге больных [1]. Соответствующие показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2. Распределение случаев РПЖ (выявленных при скрининге) по стадиям

Год	Всего случаев (n)	Из них выявлено при скрининге (n, %)	I (n, %)	II (n, %)	III (n, %)	IV (n, %)
2016	498	15 (3,0)	7 (46,4)	5 (33,3)	3 (20,3)	0
2017	627	23 (3,6)	10 (43,4)	8 (34,7)	5 (21,7)	0
2018	820	126 (15,3)	48 (38,0)	51 (40,5)	27 (21,4)	0

Большинство случаев РПЖ выявлены в I-II стадии заболевания. С учетом доступности ПСА-диагностики и проводимых скрининговых исследований возможно достижение дальнейшего уменьшения случаев заболевания РПЖ в III-IV стадиях [3]. Отношение числа умерших к числу заболевших позволяет оценить своевременность диагностики и качество лечения РПЖ, за период с 2016 по 2018 года этот показатель в Гомельской области составил 0,076. Показатель одногодичной летальности наиболее отчетливо характеризует уровень своевременной диагностики, качество и результативность лечения. В Гомельской области в течение периода исследования одногодичная летальность при РПЖ находилась в пределах от 23,8% до 17,1%, что в целом соответствует распределению заболевания по стадиям.

Вывод. АЧЗ РПЖ в Гомельской области в 2016-2018 годах увеличилось в 1,67 раза. Наибольший прирост отмечен в возрастных группах 60-64 года, а также в возрастной группе 65-69 лет (в 1,2 и 1,6 раз соответственно). Прирост АЧЗ за период 2016-2018 годах для жителей города Гомеля составил 1,77, для жителей села –1,36 раз. Большинство пациентов выявлено в I-II ст. РПЖ – 129 случаев за период 2016-2018 годов. Это распределение подтверждается отношением смертность/заболеваемость, который за период исследования в Гомельской области составил 0,076 (2016-2018 года), а также одногодичной летальностью, которая за 2016-2018 года находилась в пределах от 22,8% до 6,1%.

Список литературы.

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007-2016) / А.А. Евмененко, Л.Ф. Левин, П.И. Моисеев, А.Е. Океанов. Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. С. 45-70.

2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий [и др.]. Минск: Зорныверасень, 2006. 207 с.

3. О здоровье населения государства: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 14 марта 2016 год, № 200 // Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2016.

4. Регистр РБ-2019: пациенты, заболевшие раком [электронный ресурс]. / Электрон. Тестовые дан. и прогр. Минск, 2019.
5. Половозрастная структура населения Гомельской области за 2016-2018 года: главное статистическое управление Гом. обл., 1 января 2018 год. Гомель, 2018.

ЛУЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТЕОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ ГЛЮКОЗАМИН СУЛЬФАТА НА МОДЕЛИ ГИПОЭСТРОГЕННОГО ОСТЕОПОРОЗА

Сёмин Н.А., Махлаев В.С., Аниканов А.В.
Курский государственный медицинской университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Файтельсон А.В.

В течение следующих 20 лет предполагается удвоение частоты переломов на фоне остеопороза. Летальность при переломах проксимального отдела бедренной кости в течение полугода после травмы составляет около 30%.

Рост числа переломов на фоне остеопороза (ОП) доказывает, что на текущий момент нет доступных каждому и эффективных средств медикаментозной коррекции данного заболевания. Это обстоятельство заставляет искать новые пути и методы лекарственной терапии генерализованного ОП.

Целью исследования является оценка остеопротективной активности глюкозоамина сульфата на модели экспериментального ОП.

Материалы и методы: эксперимент проводился на 60 самках белых крыс линии Вистар массой 250±50 г. Гипоэстрогенный ОП моделировался путем билатеральной овариэктомии под наркозом (внутрибрюшинным введением раствора хлоралгидрата в дозе 300 мг/кг). Животные были разделены на III группы: I – контрольная (n=20) – здоровые крысы; II – контрольная (n=20) – двухсторонняя овариэктомия без получения препаратов; III – исследуемая (n=20) – двухсторонняя овариэктомия, через 8 недель ежедневно внутрижелудочно вводился глюкозамина сульфат дозе 128,57 мг/кг/сут в течение 75 дней.

Через 75 дней после начала медикаментозной коррекции крысы были выведены из эксперимента, была проведена денситометрия следующих областей: проксимальный отдел плеча, дистальный отдел плеча, проксимальный отдел бедра и дистальный отдел бедра. А также следующих слоев: bone column density (плотность костной колонны), bone density (плотность кости), bone surface density (плотность поверхности кости). Для оценки плотности костной ткани использовалась система молекулярной визуализации In-Vivo FX Pro производства компании Bruker (США). Далее проводилась цифровая рентгеновская денситометрия с использованием программы Bone Density Software.

Результаты и обсуждения. В соответствии с данными денситометрии,показатель bone column densitycоставил: проксимальный отдел плеча:
2,346±0,25 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 2,207±0,18 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 2,167±0,23 г/см^3; дистальный отдел плеча: 4,06±0,25 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 3,192±0,19 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 3,764±0,44 г/см^3; проксимальный отдел бедра: 2,762±0,15 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 2,478±0,05 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 2,82±0,17 г/см^3; дистальный отдел бедра: 2,832±0,2 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 2,65±0,02 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 2,976±0,33 г/см^3.

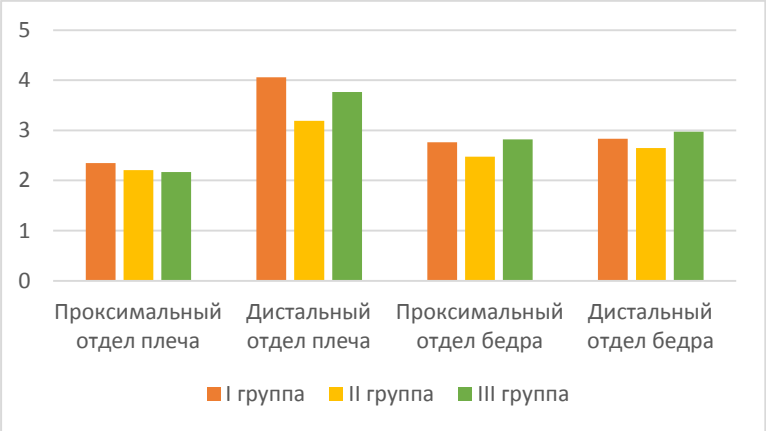


Рисунок 1. Bone column density. p≤0,05

В свою очередь, показательbone densitycоставил: проксимальный отдел плеча: 2,207±0,23 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 2,046±0,17 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 2,04±0,21 г/см^3; дистальный отдел плеча: 3,808±0,24 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 3,005±0,18 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 3,543±0,42 г/см^3; проксимальный отдел бедра: 2,584±0,14 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 2,332±0,05 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 2,654±0,16 г/см^3; дистальный отдел бедра: 2,666±0,18 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 2,494±0,02 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 2,801±0,31г/см^3.

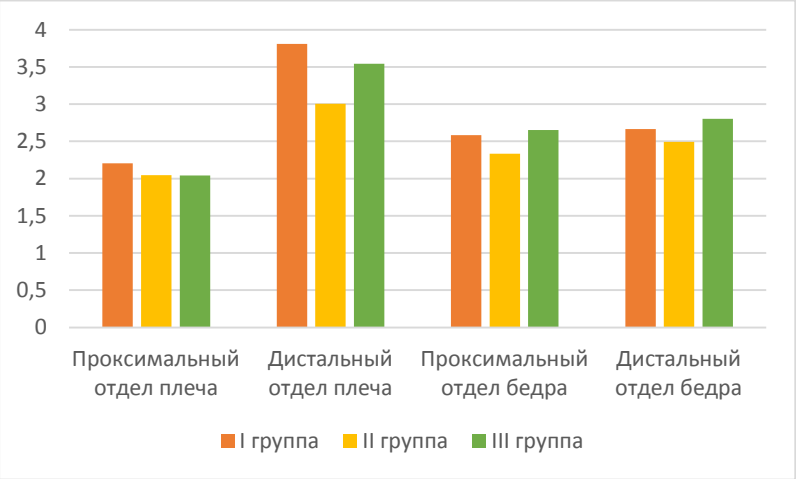


Рисунок 2. Bone density. p≤0,05.

Показатель bone surface densitycоставил: проксимальный отдел плеча: 0,396±0,081 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 0,321±0,058 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 0,475±0,488 г/см^3; дистальный отдел плеча: 0,503±0,014 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 0,432±0,109 ъ г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 0,55±0,002 г/см^3; проксимальный отдел бедра: 0,549±0,042 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 0,509±0,086 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 0,637±0,013 г/см^3; дистальный отдел бедра: 0,506±0,618 г/см^{3}остеопороза без лечения) – 0,51±0,438 г/см^3 (остеопороза, животным проводилась терапия глюкозамин сульфатом) – 0,599±0,016 г/см^3 соответственно.

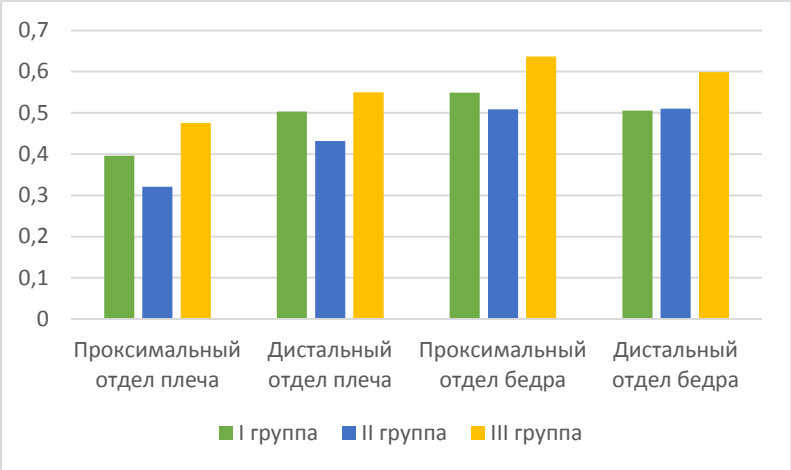


Рисунок 3. Bone surface density. p≤0,05.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают, что плотность костной ткани в группе остепороза с медикаментозной корекцией оказалась достоверно выше чем в группе с отепорозом без лечения. В связи с чем можно сделать вывод, что глюкозамин сульфат обладает остеопротективным действием.

Список литературы.

1. Миронов С.П. Остеопороз как медико-социальная проблема // III конференция с международным участием «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии»; Москва, 14-15 февр. 2006 год. М.: ЦИТО им. Н.Н. Приорова, 2006. 3 с.
2. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Аникин С.Г. Частота переломов проксимального отдела бедренной кости и дистального отдела предплечья среди городского населения России // Остеопороз и остеопатии. 1999. № 3. С. 2-6.
3. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз // Практическое руководство для врачей. М.: Издатель Мокеев. 2000. С. 195.

ИННОВАЦИОННЫЕ РАЗРАБОТКИ (ИНСТРУМЕНТЫ) СОТРУДНИКОВ КГМУ ЗА 2013-2018 ГОДА

Сиделева Е.Н., Потапова М.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Новомлинец Ю.П.

Актуальность исследования связана с быстрым развитием медицины, появлением потребности в новых методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Некоторые открытия еще не нашли свое практическое применение, но заложили фундамент для дальнейших исследований и разработок [2].

Инновации в области хирургии позволяет сделать ее менее инвазивной и более качественной, тем самым свести риск осложнений к минимуму. Опираясь на данные потребности, инновационная деятельность КГМУ в области хирургии направлена на поиск новых методов диагностики и лечения, а также усовершенствования уже существующих [1,3].

Целью исследования является изучение научного вклада сотрудников КГМУ в развитие отечественной медицины и науки.

Материалы и методы: при изучении данных электронного архива ФИПС, а также регистрационного журнала учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности Курского государственного медицинского университета можно выявить следующую динамику: всего за 2013-2018 года было зарегистрировано 49 патентов.

Материалом для исследования послужили следующие источники:

1. Электронный архив Федерального института промышленной собственности (ФИПС) [4];
2. Регистрационный журнал учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности Курского государственного университета (с 2013 по 2018 года).

Методы исследования:

1. Анализ документации;
2. Работа с авторами.

Задачи данного исследования состояли в сборе информации об инновационной деятельности КГМУ в период с 2013 по 2018 года, проведении обработки полученной информации, её структурирование и систематизацию.

Результаты исследования. По результатам было выявлено 49 патентов на инструменты и устройства, которые были предложены сотрудниками и студентами КГМУ.

Наибольшее количество регистраций патентов пришлось на 2015 и 2018 года – по 10 патентов, наименьшее – за 2017 год – 4 патента.

За 2018 год было выявлено наибольшее количество заявок на изобретения: Общая хирургия и Хирургия ФПО – 10; Хирургия ФПО, Травматология – 1 (рисунок 1).

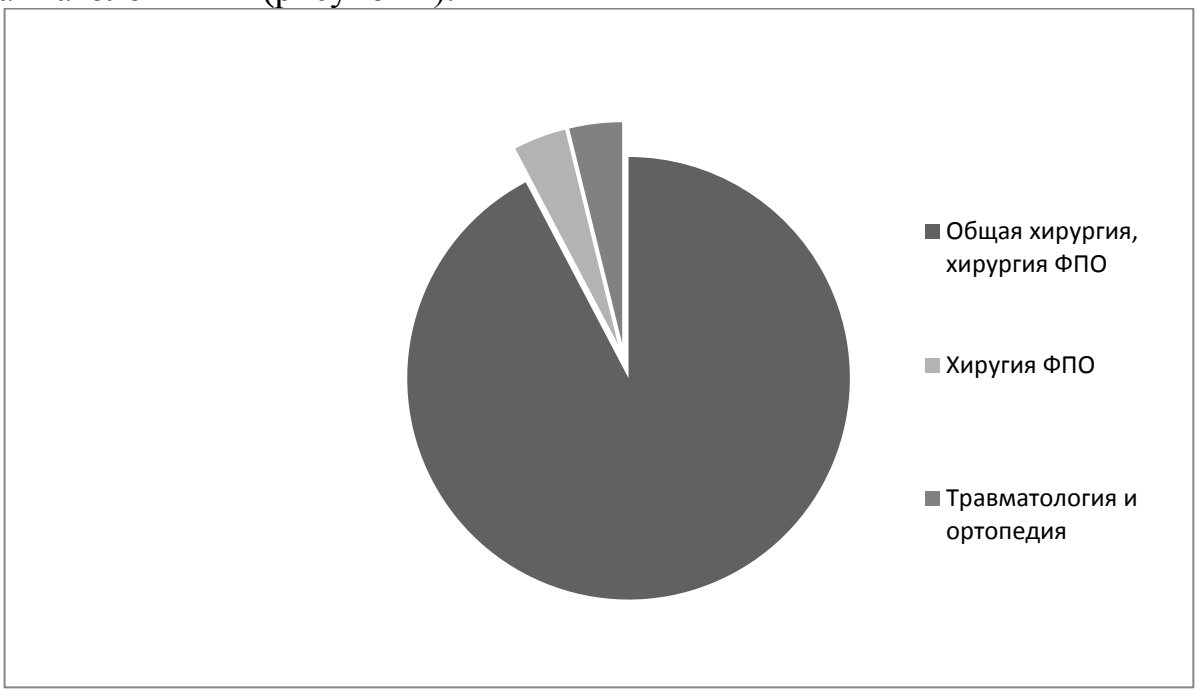


Рисунок 1. Заявки на патенты за 2018 год

Среди лидирующих кафедр по предложенным патентам за период 2013- 2018 годов является кафедра Общей хирургии совместно с Хирургией ФПО, которой было предложено 24 патента, далее следуют кафедры Травматологии и ортопедии – 4, Хирургии ФПО – 4, Нормальной физиологии – 4, Онкологии – 4 патента, Офтальмологии – 2, другие кафедры –1 (рисунок 2).

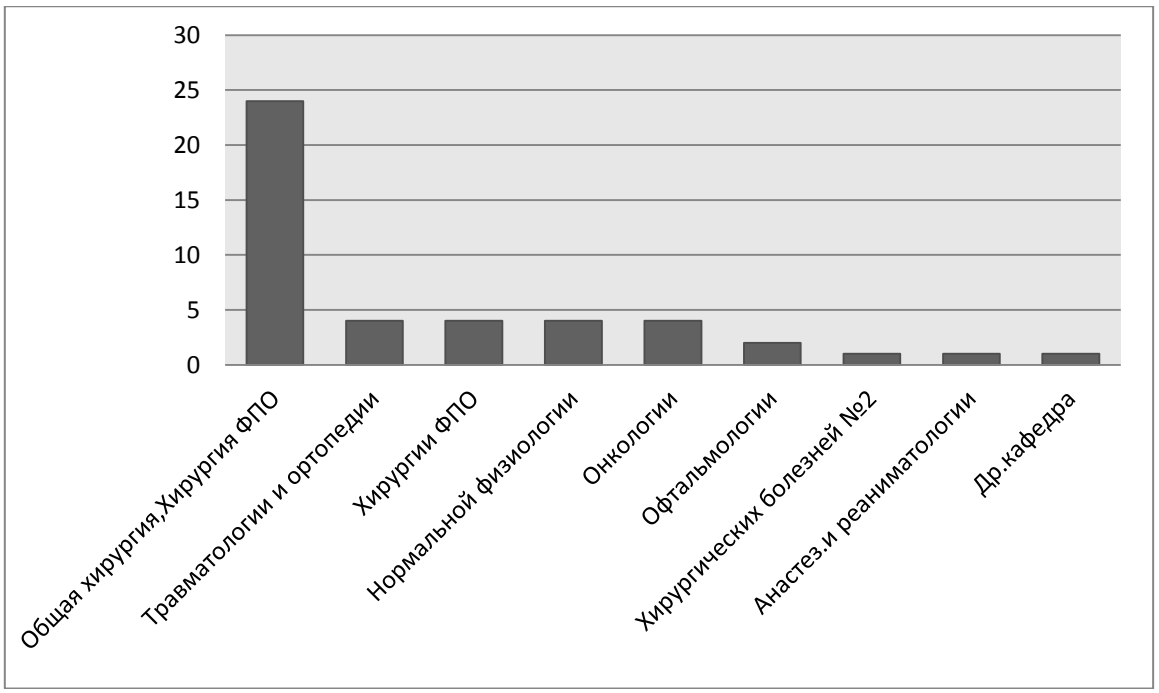


Рисунок 2. Заявки на патенты с 2013 по 2018 годов

Выводы. Таким образом, всего за 2013-2018 года было зарегистрировано 49 патентов и авторских свидетельств. Наибольшее количество регистраций пришлось на 2015 год – 10 патентов и авторских свидетельств. Анализ количества данных по кафедрам показал, что наибольшее количество патентов и авторских свидетельств за изученный период принадлежит кафедре Общей хирургии – 24. В результате проведенного исследования был выявлен значительный вклад профессорско-преподавательского состава Курского государственного медицинского университета в развитии науки Российской Федерации [1].

Список литературы.

1. Доли А.Д. Получение патентов на изобретение и полезную модель на тождественные решения: позитив или негатив? // Патенты и лицензии. М.,2015, № 5. С. 14-17.

2. Лазаренко В.А. Курский государственный медицинский университет. 80 лет развития и инноваций // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2015. № 1. С. 7-9.

3. Семенова М.В., Ястребов А.С. Нематериальные ресурсы. Оценка и правовое регулирование в процессе коммерциализации. СПб.: Политехника, 2011. 444с.

4. ФИПС. URL: http://www.fips.ru (дата обращения: 25.02.19).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Симоненкова Л.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Валуйская Н.М.

Проблема заболеваний почек актуальна среди беременных, так как занимает одно из ведущих мест среди патологии беременных и представляет серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и эмбриогенеза [2]. Патологии почек предрасполагают к развитию позднего токсикоза беременных, основные проявления которого (гипертензия, протеинурия, отеки) связаны с нарушением функции нефронов [1].

Целью исследования является сравнительная оценка качества жизни беременных с пиелонефритом, перенесших операцию и беременных с пиелонефритом, находившихся на консервативном лечении.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней 24 пациенток в возрасте от 23 до 34 лет с диагнозом пиелонефрит, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2014 по 2018 год. Пациентки были разделены на две исследуемые группы: первая группа – беременные женщины, получившие консервативное лечение (14 человек, 58%), средний возраст группы – 26 лет; вторая группа – беременные женщины, которым была проведена хирургическая операция (10 человек, 42%), средний возраст группы составил 28 лет.

Схема консервативного лечения: антибактериальная терапия (клофоран, метрогил, амитоцин), спазмолитики миотропного действия (папаверин, дротаверин), мочегонные препараты (фуросемид), утренняя гимнастика, ЛФК, стол № 15. Второй группе пациенток, помимо консервативного лечения, была проведена нефростомия.

Диагностическая программа включала в себя лабораторные (ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, клинический анализ крови, БАК, УЗИ почек и мочевого пузыря, суточная протеинурия, б/х анализ крови, мониторинг АД) и дополнительные (консультация нефролога, гинеколога, уролога) методы исследования.

Изучение качества жизни больных осуществлялось с помощью опросника MOS-SF-36.

Результаты и их обсуждение. Частота проявления клинических симптомов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Частота клинических симптомов у беременных с пиелонефритом.

Оцениваемые симптомы	Первая группа (n=14)		Вторая группа (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в поясничной области	14	58	10	42

Болезненное мочеиспускание	11	46	9	38
Повышение температуры тела	13	54	10	42
Повышенная утомляемость	9	38	7	29
Головная боль	10	42	10	42
Головокружение	7	29	8	33
Слабость	9	38	8	33
Изменение цвета и запаха мочи	14	58	10	42
Диспепсия	4	17	6	25

Наиболее частыми симптомами при гестационном пиелонефрите являются боли в поясничной области, болезненное мочеиспускание, изменение цвета и запаха мочи, повышение температуры тела.

Результаты общего и биохимического анализа крови представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты общего и биохимического анализа крови

Показатели общего анализа крови	Первая группа (n=14)	Вторая группа (n=10)
Гемоглобин	101,7±1,2	102,7±1,0
Эритроциты	4,7±1,08	5,2±2,10
Цветовой показатель	0,85±1,15	0,85±1,10
Палочкоядерные нейтрофилы	25±3,5	29±3,4
Сегментоядерные нейтрофилы	53±2,12	57±3,15
СОЭ	47,2±1,10	49,7±2,3
Мочевина, ммоль/л	43,1±4,3	50±5,1
Мочевая кислота, ммоль/л	257±4,0	320±2,10

У второй группы пациенток наиболее выражены: сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ и повышенный уровень мочевины, вследствие развития у них гнойно-воспалительного процесса.

Результаты общего анализа мочи представлены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты общего анализа мочи

Показатели анализа мочи	Первая группа (n=14)	Вторая группа (n=10)
Прозрачность	Мутная	Мутная
Плотность, единицы	1,025±0,75	1,040±0,8
Белок	0,57±2,10	0,64±2,2
Лейкоциты	11±1,1	9±3,2
Эритроциты	27±2,7	35±4,0

Для гестационного пиелонефрита характерна мутная моча, присутствие в ней белка, солей и большого количество эритроцитов. Результаты анализов у пациенток второй группы значительно хуже, вследствие развития у них пиурии.

Результаты оценки качества жизни представлены в таблице 4.

Таблица 4. Оценка качества жизни больных

Шкала SF-36	Группа 1 (n = 14)	Группа 2 (n = 10)
Физическое функционирование	69,5±14,1	43,4±25,8*
Ролевое физическое функционирование	67±28,2	40±35,2*
Интенсивность боли	78±20,1	70±32,2*
Общее состояние здоровья	52±17,9	34,7±25,1*
Жизненная активность	66±10,9	37±26,6*
Социальное функционирование	70±15,7	47,5±32,4*
Ролевое эмоциональное функционирование	64±12,7	30,6±30,6*
Психологическое здоровье	69,5±9,9	51,4±17,8*
Физический компонент здоровья	54,4±9,4	37,8±10,7
Психический компонент здоровья	45,1±8,1	34,2±10,2*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Из представленной таблицы видно, что качество жизни беременных, находившихся на консервативном лечение, по сравнения с пациентками, которым провели хирургическое вмешательство лучше в плане физического компонента на 16,6%, а в плане психологического компонента на 10,9%.

Выводы. Таким образом, можно утверждать, что качество жизни пациенток с пиелонефритом, находившихся на консервативном лечение благоприятнее, чем у беременных женщин после оперативного вмешательства.

Список литературы.

1. Диагностическая тактика при остром гнойном гестационном пиелонефрите / Братчиков О.И., Охотников А.И., Михайлов И.В., Шумакова Е.А [и др.] // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2009. № 3. С. 97-104.

2. Локтионова С.И., Филиппенко Н.Г. Рецидивы инфекций мочевыводящих путей у беременных как следствие нерациональной антибиотикотерапии острого гестационного пиелонефрита // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2007. № 1. С. 28-30.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА МЕЗОГЕЛЯ В УСЛОВИЯХ КРОВО- И ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ

Солдатова Д.С., Литвиненко И.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бежин А.И.

Кровотечение во время операции на печени до сих пор остается самым опасным осложнением, которое в короткие сроки может привести к летальному исходу. Паренхима печени и ее тонкостенные сосуды не сокращаются после ранения, что приводит к интенсивному и длительному кровотечению, а примесь желчи в свою очередь также задерживает свертывание крови. В послеоперационном периоде возникает новая проблема – спайкообразование. Поэтому разработка и внедрение в практику эффективного препарата, сочетающего в себе как гемостатическое, так и противоспаечное действия остается важной задачей медицины [2,3,4].

Мезогель давно зарекомендовал себя как эффективное гемостатическое и противоспаечное средство. Однако до сих пор не было изучено сохраняются ли эти свойства в условиях как крово-, так и желчеистечения.

Целью работы является изучение в эксперименте кровоостанавливающих и противоспаечных свойств препарата «Мезогеля» в условиях крово- и желчеистечения.

Материалы и методы: в качестве материалов использовали: «Мезогель» – противоспаечный рассасывающийся гель производства ООО «Линтекс», губку гемостатическую «Белкозин» производства ЗАО «Лужский завод». Работа выполнена в эксперименте in vitro: использовали методику инфракрасной и ультрафиолетовой спектроскопии, для чего помещали сухое вещество мезогеля; нативную кровь и желчь, а также смеси мезогеля с кровью, и мезогеля с желчью (объём каждого вещества – 1 мл) для определения спектрограмм данных веществ.

In vivo осуществляли острые и хронические эксперименты. В остром опыте определяли время остановки кровотечения и величину кровопотери на модели стандартной травмы печени. Острые эксперименты были выполнены на 92 крысах-самцах линии Вистар, разделённых на 4 группы по 23 животных: контрольную (без применения гемостатических средств), опытную с применением Мезогеля и 2 группы сравнения с применением губки «Белкозин» и марлевой салфетки. В остром опыте под масочным изофлюрановым наркозом крысам выполняли срединную лапаротомию, выводили левую боковую долю печени, под намеченную область раны помещали салфетку с заведомо известной массой. Стандартным образом моделировали рану печени (длина 1см, толщина 0,5 см). На рану аппликировали исследуемые материалы: 1 мл Мезогеля, губку гемостатическую «Белкозин» 1х1х1 см и марлевую салфетку размерами 2х1 см.

Одновременно начинали отсечет времени с помощью секундомера. Величину кровопотери измеряли по формуле Левите.

В хроническом эксперименте оценивали спаечный процесс методом семантического дифференциала [1]. Крысы (60 животных) были разделены на 2 группы: контрольную и с применением Мезогеля и 3 серии по 10 животных в каждой соответственно срокам выведения из эксперимента на 3, 7 и 14 сутки. Рану печени наносили аналогично вышеописанной методике, выполняли аппликацию 1 мл геля. Брюшная полость ушивалась наглухо. Крыс выводили из эксперимента путем подачи в кювез CO_2. При вскрытии осматривали брюшную полость, оценивали распространенность и выраженность спаечного процесса, деформацию органов. Оценивали в баллах от 0 до 5, умножая на коэффициент значимости. Производили статистическую обработку данных с вычислением средней величины, отклонения от средней величины и оценки достоверности методом вычисления доверительных интервалов.

Результаты и обсуждения. В ходе эксперимента полученные спектрограммы не отличались от исходных, что свидетельствует об отсутствии химического взаимодействия полимера и крови. Следовательно, гемостатический эффект Мезогеля основан на взаимодействии коллоидных растворов и явлении физико-химического осмоса.

В остром опыте в сравнительном аспекте доказано, что Мезогель достоверно укорачивает время остановки кровотечения относительно контроля (Т-показатель) на 36% (107,94сек), превосходит гемостатическую способность марли (Т=22% (66,83сек)). Однако губка гемостатическая «Белкозин» оказывается эффективнее (Т=60% (181,36 сек) ($p<0,001$)). Опыты по определению величины кровопотери подтверждают эти результаты: Мезогель достоверно уменьшал кровопотерю при травме печени на 14% (67 мгр), однако при применении марли этот показатель составил 21% (103,3 мгр), губки – 31% (149,1 мгр). В хроническом эксперименте выжили все животные. Во время вскрытия не было выявлено свободной жидкости в брюшной и грудной полостях. При вскрытии животных контрольной группы на 3 сутки спаечный процесс занимал эпигастральную область, присутствовали сальниковые и плоскостные гепатогастральные спайки. Коэффициент выраженности спаечного процесса (К) составил 2,12±0,17. На 7 сутки процесс занимал ту же область, преобладали плоскостные и сальниковые спайки, порой деформирующие край паренхиматозного органа или диаметр кишечника, появились единичные тракционные спайки. К=2,26±0,11. На 14 сутки спаечный процесс в 30% занимал ½, а в 60% – всю брюшную полость, преобладали плоскостные, сальниковые и тракционные спайки, отмечалась выраженная деформация внутренних органов. К=2,5±0,15. При исследовании животных с применением Мезогеля спаечный процесс отсутствовал на 3 сутки, как в мезогастрии, по боковым каналам, так и в области манипуляции. На 7 сутки имели место только сальниковые спайки, подходящие к постраневому рубцу у 2 животных (в 10%). К=0,09±0,1. На 14 сутки также выявлены лишь

сальниковые спайки у 3 животных (в 15%), без деформации внутренних органов. К=0,13±0,12 (рисунок 1).

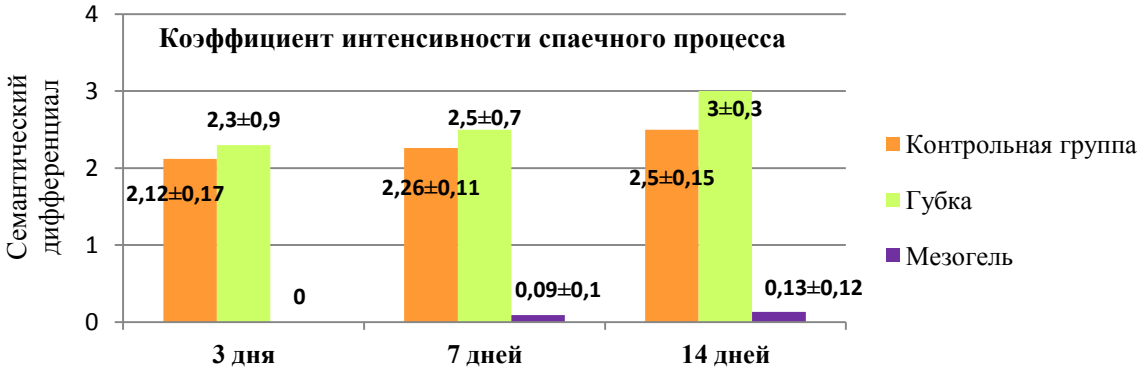


Рисунок 1. Распределение коэффициента интенсивности спаечного процесса.

Выводы. Мезогель достоверно ($p<0,001$) не меняет свою химическую структуру в условиях крово- и желчеистечения.

Препарат в условиях крово- и желчеистечения сохраняет кровоостанавливающие свойства: снижает время кровотечения на 36% (107,94±8,6сек) ($p<0,001$) и уменьшает величину кровопотери на 14% (67 мгр) ($p<0,001$).

Препарат сохраняет выраженные противоспаечные свойства (К на 3 сутки составил 0, на 7 – 0,09±0,1 и на 14 сутки – 0,13±0,12 ($p<0,001$)).

Список литературы.

1. Липатов В.А., Григорян В.В. Оценка выраженности спаечного процесса брюшной полости методом семантического дифференциала / Материалы второй Российской научно-практической конференции "Актуальные проблемы экологии, экспериментальной и клинической медицины" 26-27 апреля 2001 год / под ред. Ф.С. Авдеева, И.А. Андреева, П.А. Яковлева,. Орел, 2001. С. 85-86.

2. Современные тенденции применения локальных аппликационных кровоостанавливающих средств / Липатов В.А., Ершов М.П., Сотников К.А [и др.] // Научный электронный журнал «INNOVA». 2016. Т.3, № 2. С. 64-69.

3. Самарцев В.А., Кузнецова М.В., Гаврилов В.А. Противоспаечные барьеры в абдоминальной хирургии: современное состояние проблемы // Пермский медицинский журнал. 2017. Т. 34, № 2. С. 87-93.

4. Солдатова Д.С., Бежин А.И., Майстренко А.Н. Экспериментальное обоснование кровоостанавливающего эффекта мезогеля, как препарата комбинированного действия в абдоминальной хирургии // Научный электронный журнал «INNOVA». 2016. Т.3, № 2. С. 70-73.

ВЫБОР МОДЕЛИ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ТЕХНИКИ КОЖНОГО ШВА

Соприкина К.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бежин А.И.

В последнее время проблеме практической подготовки высококвалифицированных хирургов отводится значительное внимание как за рубежом, так и в нашей стране. В современной системе обучения молодых специалистов преобладают программы отработки навыков плановой хирургии, в том числе с использованием новых технологий. Также проводятся различные массовые мероприятия для студентов-медиков – выездные и домашние олимпиады, конференции, собрания на кафедральных кружках, обмен опытом с другими коллегами и университетами. Особую роль отводят пластической хирургии, которая является востребованной областью медицины. Поэтому для улучшения качества операций на коже необходимо раннее внедрение в образовательный процесс студентов-медиков курса оперативной хирургии, который позволит получить у студентов старших курсов более высокий уровень практических умений, чем у клинических ординаторов.

Целью является исследование эффективности моделей для освоения кожного шва студентами и ординаторами КГМУ.

Материалы и методы: для оценки эффективности материала нами были использованы: кожно-подкожный лоскут брюшной стенки человека, свиной кожно-подкожный и куриный кожно- подкожный лоскуты, тренажер ЭНДО для отработки наложения швов, тренажеры, разработанные на кафедре Оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ. Также сравнивали различные параметра предоставленного материала: стоимость, точная имитация кожи человека, многократность использования материала, возможность наложения швов на подкожную клетчатку и кожу, доступность для использования, длительность хранения, эстетичность, удобства в использовании.

Осваивали узловые, П-образные швы и косметические швы по Холстеду, пластику местными тканями по Лимбергу.

Был проведен обзор для выявления доступных на сегодняшний момент моделей для освоения техники кожного шва. В таком обзоре принимали участия 20 студентов и 10 ординаторов КГМУ.

Исходя из балльных расчетов, можно сделать вывод, что кожный и свиной лоскуты, тренажеры подходят для использования исследования эффективности и отработки навыков, куриный лоскут меньше всего отвечает требованиям техники наложения различных швов.

В процессе отработки навыков у студентов и ординаторов мнения по поводу кожного материала разделились. Для студентов проще и удобнее использовать тренажеры: тренажер ЭНДО производитель: ООО «СуперМедСквад» и тренажеры, разработанные на кафедре Оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ. Быстро и без различных

затруднений они осваивали узловые и П- образные швы. Лишь немногие студенты пробовали делать пластику на кожном и свином лоскуте. Ординаторы оценивали эффективность различных хирургических методик по ушиванию ран на коже на человеческом, свином и курином кожно- подкожных лоскутах. Самым лучшим материалом для них оказался кожно-подкожный лоскут человека. На нем они проводили различные пластики местными тканями по Лимбергу, ушивали разрезы при помощи шва Холстеда. В таблице 1 приведена оценка качества использования материала и различных техник наложения шва (бальная оценка: очень низкий -1 балл, низкий – 2 балла, средний – 3 балла, высокий – 4 балла, очень высокий – 5 баллов).

Таблица 1. Сравнительная характеристика качества использования материала и различных методик наложения шва

Оценочная шкала	Кожно-подкожный лоскут человека (n=30)	Свиной кожно-подкожно лоскут (n=30)	Куриные кожно-подкожные лоскуты (n=30)	Тренажеры, разработанные на кафедре ОХиТА КГМУ (n=30)	Тренажер ЭНДО для отработки наложения швов (n=30)
Узловой шов	4,36±0,71	3,82±0,59	1,37±0,01	4,83±0,84	4,74±0,715
П-образный шов	4,25±0,64	0,86±0,02	0,53±0,01	2,85±0,18	3,44±0,089
Косметический шов по Холстеду	4,91±0,68	0,75±0,01	2,76±0,03	0	0,93±0,001
Пластика местными тканями по Лимбергу	4,82±0,67	1,03±0,45	0,1±0,001	0	0
∑ баллов	18,34	6,46	4,76	7,68	9,11

Таким образом, наше исследование показало, что студенты 3-4 курсов КГМУ для освоения навыков наложения узловых и П-образных швов выразили большее предпочтение тренажеры, разработанные на кафедре Оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ и тренажер ЭНДО, суммарные баллы которых равны 7,68 и 9,11. Ординаторы КГМУ первого года обучения хирургического профиля для отработки практических умений – наложения косметического шва по Холстеду и использования пластики местными тканями по Лимбергу – высоко оценили кожно-подкожный лоскут человека, который имеет суммарный оценочный коэффициент – 18,34.

Список литературы.

1. Роль симуляторов в обучении робот-ассистированной хирургии / Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Раснер П.И., Колонтарев К.Б. //

Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018; (3): 82-88. URL: https://doi.org/10.17116/hirurgia2018382-88 (дата обращения 27.02.2019).

2. Система подготовки специалиста по лапароскопической хирургии в учебной операционной Wet-lab / Хубезов Д.А., Сажин В.П., Огорельцев А.Ю [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018; (4): 31-35. URL: https://doi.org/10.17116/hirurgia2018431-35 (дата обращения 27.02.2019).

3. Современные направления профессиональной подготовки врача-хирурга / Хубезов Д.А., Сажин В.П., Огорельцев А.Ю [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018; (9): 57-61. URL: https://doi.org/10.17116/hirurgia2018090157 (дата обращения 01.03.2019).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

Стенюшкина А.Л.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования состоит в том, что заболевания вен нижних конечностей чрезвычайно распространены. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) – одна из наиболее распространенных патологий. По данным Международного союза флебологов, эта патология встречается почти у 60% людей [1]. К примеру, в Российской Федерации насчитывается около 37 млн. человек, страдающих этим недугом. Из них каждая 6-ая пациентка – девочка до 12 лет. Столь раннее появление заболевания существенно повышает риск осложнений, которые в запущенном виде грозят инвалидностью и даже летальным исходом. Несмотря на доступность флебологической помощи и появление новых методов диагностики и лечения, встречаются случаи с проявлениями экземы, трофической язвой, тромбозами и тромбофлебитами [2].

Целью исследования является определение влияния различных способов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей на физический и психологический компонент здоровья с ХВН.

Материалы и методы: проанализировано 20 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с диагнозом «Варикозное расширение вен нижних конечностей» за период 2018 года. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 10 больных, перенесших короткий стриппинг, 2 группа – 10 больных, перенесших аутовенозную окклюзию. Возраст исследуемых больных находится в промежутке от 25 до 71 года.

Качество жизни больных оценено с помощью опричника SF-36 для пациентов сосудистого отделения хирургии.

Результаты и обсуждения. Данные анкет пациентов были проанализированы, а результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов после лечения, перенесших аутовенозную окклюзию и короткий стриппинг.

Шкала SF-36	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)
Физическое функционирование	85,0+11,4	71,2+12,1*
Ролевое физическое функционирование	73,6+14,8	40,4+13,1
Интенсивность боли	65,0+9,8	88,8+2,7*
Общее состояние здоровья	49,7+15,3	72,8+2,3
Жизненная активность	46,3+9,4	44,0+14,0
Социальное функционирование	42,2+10,1	46,4+10,7*
Ролевое эмоциональное функционирование	40,0+13,7	35,3+12,7
Психологическое здоровье	41,6+12,4	44,9+13,0
Физический компонент здоровья	42,9+13,8	60,3+12,1
Психический компонент здоровья	49,3+13,9	48,5+11,5

Показатели качества жизни больных, получивших лечение по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, примерно одинаковы в обоих группах. В целом отмечается снижение физического компонента здоровья на 2,4%, а психический компонент здоровья снижается на 3,4%.

При оценке результатов лечения у больных, перенесших короткий стриппинг, показатели лечения незначительно выше, чем у больных, перенесших аутовенозную окклюзию. Оценка «отлично» у больных, перенесших короткий стриппинг, составила 30%, что на 10% выше, чем таковая у больных, перенесших аутовенозную окклюзию. Оценку «хорошо» дали 60% больных в обоих группах.

После оказанного лечения пациенты дали оценку результатов данного лечения. Распределение пациентов разных групп в зависимости от оценки результатов лечения представлено в таблице 2.

Таблица 2. Результаты лечения

Оценка	Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=10)
Отлично	3	2
Хорошо	6	6
Удовлетворительно	1	2

Как видно из таблицы, большинство пациентов обеих групп дали хорошую оценку лечения варикозного расширения вен нижних конечностей в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

Выводы. Таким образом, применение для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей как короткого стриппинга, так и аутовенозной окклюзии положительно влияет как на физическим компонент здоровья, так и на психический.

Список литературы.

1. Изосимов В.В., Умеров Э.Э., Гривенко С.Г. Клинико-биохимические аспекты комплексной терапии осложненных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Человек и его здоровье. 2017. № 4. С. 52-55.

2. Кириенко А.И. Гаврилов С.Г., Золотухин И.А. Варикозная болезнь: 20 лет спустя // Consilium Medicum. 2015. № 12. С.60-63

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ

Суровцева А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Андрюхина Е.Г.

Актуальность исследования состоит в прогрессирующем росте рожистого воспаления среди других хирургических заболеваний. На территории России заболеваемость рожей составляет примерно 7-15 случаев на 10 тыс. населения [1]. В инфекционной структуре она занимает четвертое место после заболеваний дыхательного тракта и вирусных гепатитов. Женщины пожилого и старческого возраста болеют рожей чаще мужчин более чем в 2 раза. Кроме того, рожистое воспаление имеет свою сезонность – наиболее часто с данным заболеванием обращаются в летне-осенний период. Характерной особенностью рожи является рецидивирующее течение в 20-45% случаев, что напрямую связано с отсутствие формирования иммунитета у больных к β-гемолитическому стрептококку группы А (β-ГСА), а также с участием микробных ассоциаций в развитии заболевания [2]. Одним из важных аспектов в формировании болезни является выявление у больных рожей предрасполагающих факторов, среди которых наиболее частыми сопутствующими патологиями являются сердечно-сосудистые заболевания (60%), хроническая лимфовенозная недостаточность (28,7%), сахарный диабет (13,9%), ожирение (13,9%) и кожные заболевания (25,2%) [3].

Цель исследования является проведение сравнительной характеристики оценки качества жизни больных с эритематозно-буллезной и эритематозно-геморрагической формами рожистого воспаления после проведенного стационарного лечения.

Материалы и методы: в данном исследовании был проведен анализ 25 историй болезни пациентов с диагнозом рожистое воспаление, проходивших

стационарное лечение в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2018 по 2019 год. Все пациенты были разделены на 2 исследуемые группы по клиническим проявлениям: 1 группа – больные с эритематозно-буллезной формой рожистого воспаления (15 человек), 2 группа – больные с эритематозно-геморрагической формой рожистого воспаления (10 человек). Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	1 группа (n=15)		2 группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
40-50	2	–	–	1
51-60	2	4	1	1
61-70	–	3	–	5
71-90	–	4	–	2
Всего	4 (16%)	11 (44%)	1 (4%)	9 (36%)

Из таблицы видно, что частота встречаемости заболевания у женщин выше, чем у мужчин на 60%. Наиболее часто встречающийся возраст больных в первой группе – 51-60 лет (40%), а во второй группе – 61-70 лет (50%). Средний возраст больных составил 63,1±6,9.

Дифференциальная диагностика заболевания проводилась по наличию выраженного синдрома интоксикации и наличию клинических проявлений, представленных в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов у больных.

Симптомы	1 группа		2 группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Гипертермия	15	100	10	100
Общая слабость	10	67	8	80
Локальная болезненность	12	80	7	70
Отек	11	73	7	70
Эритема	15	100	10	100
Цианоз	2	13	–	–
Местный жар	13	87	8	80
Буллы	15	100	–	–
Геморрагии	–	–	10	100

У всех больных каждой группы наблюдались гипертермия и эритема. Для 1 группы характерно наличие булл в 100%, связанное с воспалением, а у пациентов 2 группы – кровоизлияния от петехий до обширных геморрагий в 100%, обусловленные воспалительным компонентом с геморрагическим васкулитом. Остальные показатели варьировались в зависимости от формы заболевания.

Лечение проводилось по двум направлениям: консервативному (антибиотикотерапия, обработка раны и повязки с йодопироном, физиотерапия) и хирургическому (некроэктомия).

После пройденного лечения был проведен опрос больных с помощью интервьюирования. Качество жизни больных оценивалось с помощью русской версии опросника SF-36, где пациенту предстояло ответить на 11 вопросов. Он позволяет комплексно оценить состояние больных, включая их психологическое и физическое состояние. Все шкалы образуют два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Показатели каждой шкалы могут варьировать от 0 до 100, где 100 указывает на полное здоровье больного.

Результаты и обсуждение. Результаты качества жизни больных представлены в таблице 3.

Таблица 3. Показатели качества жизни больных.

Шкалы SF-36	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=10)
Физическое функционирование	45,7±3,9	29,2±2,3
Ролевое физическое функционирование	46,8±2,0	31,0±4,3
Интенсивность боли	33,8±5,1	35,1±7,6
Общее состояние здоровья	48,7±4,2	41,2±4,8
Жизненная активность	42,2±4,3	40,3±2,6
Социальное функционирование	60,3±6,1	60,3±4,3
Ролевое эмоциональное функционирование	46,5±8,0	34,5±7,6
Психологическое здоровье	43,6±4,4	55,1±4,8
Физический компонент здоровья	37,5±4,4	32,7±1,8
Психический компонент здоровья	40,2±2,9	44,5±3,3

Из таблицы видно, что показатели физического функционирования у первой группы больных с эритематозно-буллезной формой выше на 16,5%, ролевого физического функционирования на 15,8%, общего состояния здоровья на 7,5%, жизненной активности на 19%, ролевого эмоционального функционирования на 12%, физического компонента здоровья на 4,8%, чем во второй группе с эритематозно-геморрагической формой рожи. Показатели интенсивности боли у второй группы выше, чем у первой на 1,3%, а также выше психическое здоровье на 11,5% и аналогично психический компонент здоровья на 4,3%. При этом в обеих группах наблюдаются достаточно высокие показатели социального функционирования, что говорит о продолжении социальных контактов несмотря на невысокие показатели физического состояния.

Выводы. В эритематозно-буллезной форме рожистого воспаления появление клинических симптомов напрямую связано с наличием воспалительного процесса, а в эритематозно-геморрагической форме течение заболевания дополнительно осложняется геморрагическим васкулитом;

Качество жизни пациентов первой группы по физическому компоненту здоровья выше на 4,8%, а по психологическому компоненту здоровья ниже на 4,3%, чем во второй группе.

Список литературы.

1. Актуальные аспекты современной клиники, лечения и реабилитации больных рожей / Еровиченков А.А., Потекаева С.А., Анохина Г.И [и др.] // Фарматека. 2012. № 20. С. 62-67.

2. Лищук Н.Г., Провоторов В.Я. Оценка показателей гуморального иммунитета у лиц пожилого возраста на фоне традиционной и иммунокорригирующей терапии рожи // Клиническая геронтология. 2017. № 9-10. С. 39-40.

3. Шип С.А., Ратникова Л.И. Рожа как разновидность стрептококковой инфекции и проблема коморбидных состояний // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. № 3. С. 73-77.

АДАПТИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ (AOSPINE) В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Тельнова А.А.

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомельская областная клиническая больница
Кафедра травматологии, ортопедии, ВПХ
Научные руководители – к.м.н. Кириленко С.И.;
Ковалёв Е.В.

Первая классификация переломов грудного и поясничного отделов позвоночника была предложена Böhler в 1930 году и основывалась на механизме повреждения позвонков. Впоследствии неоднократно предпринимались попытки и создавались различные концепции с целью систематизации травматических повреждений позвоночника. В 1996 году был опубликован первый сборник классификаций переломов и вывихов как результат совместной работы ассоциации остеосинтеза (AO) и ортопедо-травматологической ассоциации (OTA). Он был построен на принципах комплексной классификации переломов длинных трубчатых костей (CCF), разработанных М.Э. Мюллером и соавторами. Цель – упростить постановку клинического диагноза, стратегически оценить тяжесть и прогноз травмы, а также создать «единый язык понятий» среди травматологов [1, 2].

В январе 2018 года в журнале ортопедической травмы (JOT) был опубликован второй пересмотр сборника классификаций переломов и вывихов OTA/AO с изменениями и дополнениями, подразделом которого является

классификация AOSpine. Он позволяет стандартизировать и рационализировать методологию описания переломов и вывихов, а также механизм их кодирования, тем самым развивая международно признанную единую систему для клинических исследований [3].

Целью исследования является анализ результатов лечения повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника с применением адаптированного алгоритма морфологической классификации переломов AOSpine в нейрохирургическом отделении № 2 Гомельской областной клинической больницы за 2017-18 года.

Материалы и методы: был переведен и адаптирован для грудного и поясничного отдела позвоночника «Алгоритм морфологической классификации переломов позвоночника (AOSpine, 2018 год)». Проведен ретроспективный анализ 156 медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение в 2017–18 гг. в нейрохирургическом отделении № 2 Гомельской областной клинической больницы с травматическими повреждениями грудного и поясничного отдела позвоночника, по правилам адаптированной классификации.

Результаты и обсуждения. Адаптированный перевод Алгоритма морфологической классификации переломов позвоночника (AOSpine, 2018 год) представлен на рисунке 1.

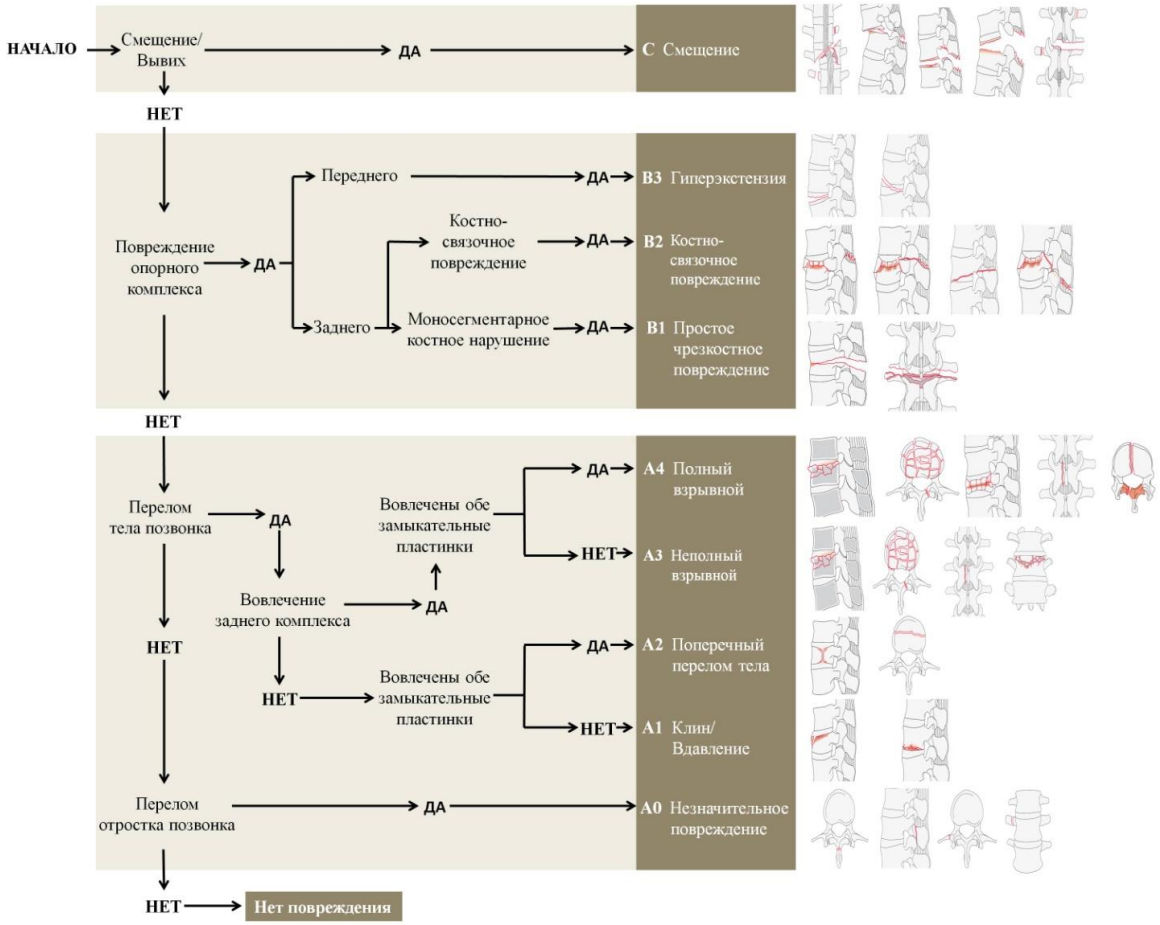


Рисунок 1. Алгоритм морфологической классификации переломов позвоночника. AOSpine.

В 2017-2018 годах в нейрохирургическое отделение № 2 было госпитализировано 156 пациентов, 89 мужского и 67 женского пола, в возрасте от 18 до 94 лет.

Травматические повреждения грудного отдела позвоночника наблюдались у 44 пациентов (28,2%), поясничного – у 102 (65,4%), сочетанное повреждение обоих отделов – у 10 (6,4%). По МКБ-10 код S22.0 был присвоен в 20,5% случаев, S32.0 – в 58,3%, T02.1 – в 1,3%, T02.7 – в 3,9%, T06.8 – в 16,0%.

Частота встречаемости различных типов переломов грудного и поясничного отделов позвоночника по морфологической классификации AOSpine представлена следующим образом: A0 – 20,8% случаев, A1 – 36,4%, A2 – 2,6%, A3 – 21,6%, A4 – 8,2%, B1 – 0,9%, B2 – 5,2%, B3 – 0,4%, C – 3,9%.

Среди переломов типа A0 переломы остистых отростков встречаются в 20,8% случаев, поперечных – в 79,2%. Среди переломов типа A1 компрессионные переломы тел позвонков встречаются в 85,7% случаев, компрессионно-оскольчатые – в 8,3%, оскольчатые – в 2,4%, посттравматические клиновидные деформации – в 3,6%. Среди переломов типа A2 компрессионные переломы встречаются в 42,9% случаев, компрессионно-оскольчатые – в 57,1%. Среди переломов типа A3 в сочетании с переломом дуги позвонка компрессионные переломы встречаются в 22% случаев, компрессионно-оскольчатые – в 32%, оскольчатые – в 46%, а среди переломов типа A4 – 5,6%, 27,8% и 66,6% соответственно.

Переломы типа B1 представлены нестабильным переломом тела и дуги позвонка и компрессионно-оскольчатым переломом тела позвонка с переходом на дугу и остистый отросток. Переломы типа B2 в 100% случаев представлены оскольчатыми переломами, как и переломы типа B3.

Переломы типа C в 88,9% случаев представлены переломовывихами и в 11,1% – вывихами позвонков.

МКБ-10 отражает локализацию травматического повреждения. Классификация AOSpine, кроме этого, учитывает его морфологию и стабильность. Это является её преимуществом, т.к. это необходимо для определения тактики лечения пациента.

Выводы. Адаптированный алгоритм морфологической классификации переломов AOSpine является удобным для оценки и описания травматических повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника. Согласно этой классификации, в Гомельской области чаще встречаются переломы позвонков типа A0 (20,8%), A1 (36,4%) и A3 – (21,6% всех повреждений).

Список литературы.

1. Руководство по внутреннему остеосинтезу / М.Е. Мюллер [и др.]. Изд. 3-е. М.: Ad Marginem, 1996. 750 с.

2. Thoracolumbar Fractures: A Review of Classifications and Surgical Methods / C. Gomleksiz [et al.]. J. of Spine. 2015. Vol. 4, № 4. P. 1-5.

3. Fracture and Dislocation Classification Compendium / E. Meinberg [et al.]. Journal of Orthopaedic Trauma. 2018. Vol. 32, № 1, Supplement. 173 p.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Тельнова А.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Гомельская областная клиническая больница
Кафедра травматологии, ортопедии, ВПХ
Научные руководители – к.м.н. Кириленко С.И.;
Ковалёв Е.В.

Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) – актуальная проблема в хирургии позвоночника. Она сопровождается значительным числом неврологических осложнений и приводит к высокому уровню инвалидизации, а также социальной и психологической дезадаптации пациентов вследствие ограничения самообслуживания и передвижения, нарушения функций тазовых органов. ПСМТ составляет 0,7-6% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата, из них около 30-40% травм сопровождаются неврологическим дефицитом. Среди причин травм преобладают падение с высоты и дорожно-транспортные происшествия [1, 2]. В Республике Беларусь показатель, отражающий количество впервые признанных инвалидами вследствие ПСМТ, равен 3 случая на 100000 населения [3]. С целью снижения смертности и уровня инвалидизации пациентов с ПСМТ и оказания специализированной лечебной помощи в регионах в октябре 2015 года было открыто нейрохирургическое отделение № 2, Гомельская областная клиническая больница.

Целью исследования является анализ механизмов повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника у пациентов, проходивших курс лечения в нейрохирургическом отделении № 2 Гомельской областной клинической больницы за 2017-2018 года.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 156 медицинских карт стационарных пациентов, госпитализированных в 2017-2018 года в нейрохирургическое отделение № 2 Гомельской областной клинической больницы с повреждениями грудного и поясничного отдела позвоночника.

Результаты и обсуждения. В 2017-2018 года в нейрохирургическое отделение № 2 было госпитализировано 156 пациентов, 89 мужского и 67 женского пола, в возрасте от 18 до 94 лет. Из них 79 пациентов (63,7%) трудоспособного возраста.

Можно выделить 2 возрастных периода, характеризующихся увеличением количества травматических повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника: 28-37 лет (19,2% случаев) и 58-67 лет (27,6%).

Среди причин травм преобладают бытовые (падения с высоты, 87,9% в 2017 году и 83,1% в 2018 году). Увеличилась доля травматических повреждений позвоночника в результате дорожно-транспортных происшествий (6,6% в 2017 году и 10,8% в 2018 году) и производственных травм (5,5% в 2017 году и 6,2% в 2018 году). Также было отмечено 1 падение с высоты

с целью суицидальной попытки.

В 9% случаев повреждения позвоночника были получены в состоянии алкогольного опьянения, причем по сравнению с 2017 годом в 2018 году доля данных пациентов возросла (4,4% и 15,4% соответственно). Данные случаи были выявлены среди пациентов в возрастной группе до 50 лет. У пациентов старше 50 лет наблюдались повреждения позвоночника на фоне системного остеопороза (14,1% среди всех повреждений, 25,9% в данной возрастной группе).

По локализации преобладают повреждения поясничного отдела позвоночника (65,4% случаев). Из них в 51,9% случаев наблюдалось повреждение одного позвонка, а в 48,1% – нескольких (от 2 до 6). По уровню преобладают повреждения L1 позвонка (46,2%), L2 – 30,1%, L3 – 14,7%, L4 – 7,0%, L5 – 2,1%. Грудной отдел был затронут в 28,2% случаев. Из них в 37,5% случаев наблюдалось повреждение одного позвонка, в 62,5% – нескольких (от 2 до 5). По уровню преобладают повреждения Th12 позвонка (33,0%), Th 11 – 13,6%, Th 10 – 14,8%, Th 9 – 5,7%, Th 8 – 5,7%, Th 7 – 5,7%, Th 6 – 5,7%, Th 5 – 6,8%, Th 4 – 5,7%, Th 3 – 2,3%, Th 2 – 1,1%, Th 1 – 0%. Сочетанное повреждение обоих отделов позвоночника наблюдалось в 6,4% случаев. Из них в 60% случаев было повреждение Th12 и L1 позвонков. Изолированное повреждение позвоночника было у 123 пациентов (78,8%), сочетанная травма – у 33 (21,2%).

В настоящее время в хирургии позвоночника наиболее актуальной является классификация AOSpine (2018 год). Переломы типа A0, A1 и A2, согласно данной классификации, относятся к стабильным (59,8% случаев), остальные (A3, A4, тип B и C) – к нестабильным, что в совокупности с тяжестью травматического повреждения, а также необходимостью в декомпрессии невральных структур определяет показания для оперативного вмешательства.

Доля нестабильных повреждений грудного отдела позвоночника составила 37,5%, из них переломы типа A (A3, A4) наблюдались в 63,6% случаев, типа B – в 15,2%, типа C – в 21,2%. На долю нестабильных повреждений поясничного отдела приходится 41,3% случаев (переломы типа A – 81,4%, типа B – 15,3%, типа C – в 3,3%).

Выводы. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника наблюдаются преимущественно у лиц трудоспособного возраста (63,7%), однако также велика доля повреждений и у лиц в возрасте 58-67 лет (27,6%), что связано с развитием остеопороза (25,9% среди пациентов старше 50 лет). Среди причин травм преобладает падение с высоты (85,9%). Увеличилась доля повреждений позвоночника в результате ДТП (с 6,6% до 10,8%) и производственных травм (с 5,5% до 6,2%), а также пациентов, получивших травмы в состоянии алкогольного опьянения (с 4,4% до 15,4%).

Список литературы.

1. Кузьменко А.В. Лечение повреждений нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, сопровождающихся травматическим

стенозом позвоночного канала с применением транспедикулярной фиксации: дис. канд. мед. наук: 14.01.15. Краснодар, 2017. 149 л.

2. Морозов И.Н. Эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы (обзор). Медицинский альманах. 2011. № 4. С. 157-159.

3. Осипов Ю.В. Показатели реабилитации инвалидов и утяжеления инвалидности при травмах позвоночника и позвоночно-спинальной травме в республике Беларусь. Новости хирургии. 2012. № 6. С. 77-82.

ЯТРОГЕНИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КУРСКОЙ ОКБ И ОБЛАСТНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 11 ЛЕТ

Терехов А.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней ФПО
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бондарев Г.А.

Актуальность исследования состоит в необходимости поиска новых направлений эффективной профилактики ятрогений [1, 2, 3, 5, 6].

Целью исследования является ретроспективный анализ ятрогений, отраженных в протоколах патологоанатомического исследования умерших больных для разработки возможных путей их профилактики.

Материал и методы: в соответствии со специально разработанной нами анкетой, был проведен анализ медицинской документации 65 больных, умерших в ОБУЗ «Курская областная клиническая больница» с 2007 по 2017 года, у которых факт ятрогении был отражен в протоколе патологоанатомического исследования.

Результаты и обсуждение. Большинство ятрогений (76,9%) были зарегистрированы в отделениях хирургического профиля (таблица 1):

Таблица 1. Распределение ятрогений по отделениям

№	Отделение	n	%
1	общей хирургии	14	21,5
2	гнойной хирургии	12	18,5
3	нейрохирургии	7	10,8
4	РСЦ – неврология	7	10,8
5	сосудистой хирургии	6	9,2
6	торакальной хирургии	5	7,7
7	пульмонологии	4	6,2
8	проктологии	3	4,6
9	урологии	2	3,1
10	ЛОР-болезней	1	1,5
11	нефрологии	1	1,5
12	гематологии	1	1,5
13	неврологии	1	1,5

14	кардиологии	1	1,5
	Всего	65	100,0

Ятрогении встречались с одинаковой частотой, независимо от пола. За 11 лет отмечается четкая тенденция снижения частоты ятрогений с 26,2% до 4,6% от их общего количества.

Из трех известных категорий ятрогений [4] преобладали ятрогении II категории (64,6%), второе место заняли ятрогении I категории (30,8%), на третьем месте были ятрогении III категории (4,6%).

По своему характеру нами было выявлено 23 варианта ятрогений, представленных в следующей таблице:

Таблица 2. Распределение ятрогений по их характеру

№	Характер ятрогении	n	%
1	Диагностические (при выполнении):	3	4,6
	а) МРТ	1	
	б) лапароскопии	2	
2	Постманипуляционные (возникшие после):	22	33,8
	а) фиброгастроскопии	1	
	б) эндоскопической папиллотомии	3	
	в) установки электрокардиостимулятора	1	
	г) установки кавафильтра	1	
	д) катетеризации артерий	2	
	е) катетеризации центральных вен	14	
3	Интраоперационные:	21	32,3
	а) повреждение сосудов, кровотечение	8	
	б) повреждение органов	3	
	в) пункция, дренирование плевральной полости	4	
	г) малоинвазивные хирургические технологии под УЗ-контролем	4	
	д) стентирование		
4	Послеоперационные:	11	16,9
	а) несостоятельность швов	2	
	б) послеоперационный панкреатит	1	
	в) аспирационная пневмония	1	
	г) гематома, кровотечение	2	
	д) венозные тромбоэмболические осложнения	1	
	е) ликворный свищ после нейрохирургической операции	1	
	ж) менингоэнцефалит после нейрохирургической операции		
5	Связанные с медикаментозной терапией:	4	6,2
	а) дозозависимый эффект	3	
	б) массивная гемотрансфузия	1	
6	Реанимационные	4	6,2
	Всего	65	100,0

Выводы. Совершенствование методов диагностики и лечения, повышение профессионального уровня врачей способствуют сокращению частоты ятрогений, вместе с тем, появление новых медицинских технологий расширяет спектр ятрогений;

По данным секции, в многопрофильном стационаре ятрогении гораздо чаще (76,9%) встречаются в отделениях хирургического профиля, что в значительной степени связано с их «агрессивностью»;

Среди всех посмертно диагностированных, ятрогении II категории составляют существенное большинство (64,6%), что свидетельствует о том, что они чаще обусловлены медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненным правильно;

Среди 23 вариантов выявленных посмертно ятрогений каждая пятая (21,5%) является следствием катетеризации центральных вен, что диктует необходимость разработки специального «чек-листа» этой манипуляции для минимизации посткатетеризационных осложнений;

Обнаружение факта ятрогении не должно носить «обвинительного» оттенка, для адекватной профессиональной и юридической оценки ятрогении необходимы тщательное коллегиальное расследование и соответствующая оценка.

Список литературы.

1. Авдеев А.И., Козлов С.В. Ятрогенная патология (судебно-медицинский взгляд) // Судебно-медицинский журнал: journal forens-lit.ru, 2009, вып. 15.

2. К вопросу о ятрогенных заболеваниях / Лысенко В.М., Лысенко О.В., Зарецкий М.М., Черников Е.Э. // Научный вестник Национального медицинского ун-та им. Богомольца, 2009. С. 164-169.

3. Каминский Ю.В., Тимошенко В.С. Ятрогении: классификация, категории, рубрификация // Тихоокеанский медицинский журнал: Pacific Medical Journal, 2007. № 1. С. 12-14.

4. Некачалов В.В. Ятрогения (патология диагностики и лечения): пособие для врачей. СПб, 1998. 42 с.

5. Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис. … канд. юрид. наук. Н.Новгород, 2007. 22 с.

6. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 288 с.

ВЛИЯНИЕ МИНИ-АБДОМИНОПЛАСТИКИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Трофимов И.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Валуйская Н.М.

Актуальность данного исследования состоит в распространенности грыж передней брюшной стенки, они выявляются у 3-4% взрослого населения нашей страны, а это около 6 млн людей [1]. В основе развития грыж лежат генетически измененное соотношение коллагеновых и эластических волокон в структуре соединительной ткани, приводящее к незаращению пупочного кольца, образованию щелей и дефектов белой линии живота, появлению отверстия в белой линии, её слабости после операции [3]. У представительниц женского пола возникновение больших вентральных грыж нередко может способствовать развитию птоза живота, что в свою очередь отрицательно сказывается на моторной и эвакуаторной функциях кишечника, и сопровождается возникновением у пациенток эстетических и психических проблем, снижая качество их жизни [4]. Современным обоснованным подходом в лечении вентральных грыж выступает ненатяжная герниопластика с использованием синтетических полипропиленовых эндопротезов [2, 5]. Известные методы данной операции дают возможность надежно убрать дефект, но не устраняют такие изменения, как птоз живота. Для совместного решения этих проблем был разработан способ герниопластики в сочетании с абдоминопластикой [4].

Целью исследования явиляется сравнительная оценка качества жизни больных и результатов лечения вентральных грыж с проведением мини-абдоминопластики и без неё.

Материалы и методы: в исследовании был проведен анализ оперативного лечения, проводимого в хирургическом отделении ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2018 по 2019 год у 30 женщин с вентральными грыжами средних и больших размеров. Возраст пациенток был различный: от 39 до 69 лет. У 8 из них наблюдались грыжи пупочной области, а у 22 – послеоперационные вентральные грыжи. Все больные имели в анамнезе диагноз ожирение 2-3 степени. Пациентки были разделены на две группы по 15 человек в каждой. Первой группе проводилось грыжесечение по стандартному методу, а второй еще добавлялось проведение абдоминопластики в виде иссечения кожно-жирового «фартука». Больным проводилось стандартное клиническое обследование на предмет наличия деформация брюшной стенки, а также инструментальное исследование, в частности УЗИ, для выявления послеоперационных осложнений. Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF-36, в котором оценка проводилась по восьми шкалам, которые в свою очередь лежат в основе двух основных параметров: физического компонента здоровья и психического компонента здоровья. Анкета опросника заполнялась после проведенного

лечения лично больной. Результаты лечения оценивались по 4-х бальной шкале. В группе оценок «отлично» пациентки жалоб не предъявляли, болевой синдром отсутствовал, трудоспособность у них сохранена. В группе оценок «хорошо» у пациенток при физической нагрузке появляются переходящие расстройства, которые самостоятельно проходят и коррекции не требуют, сохранена работа по специальности. В группе оценок «удовлетворительно» пациентки жаловались на постоянное появление сильного болевого синдрома, который необходимо было купировать, в связи с чем было изменено место работы. В группе оценок «неудовлетворительно» у пациенток грыжа рецидивировала. Результаты обрабатывались статистически и полученные данные представлены в виде M±m.

Результаты и обсуждение. Динамика изменения клинических симптомов недостаточности брюшной стенки представлена в таблице 1.

Таблица 1. Динамика симптомов недостаточности брюшной стенки.

Клинические симптомы недостаточности брюшной стенки	Состояние брюшной стенки							
	До операции				После операции			
	1-я группа (n=15)		2-я группа (n=15)		1-я группа (n=15)		2-я группа (n=15)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Птоз	15	100	15	100	13	87	1	7
Куполообразный живот	10	60	14	93	5	33	-	-
Надлобковый жировой фартук	13	87	15	100	13	87	-	-

Перед операцией у обследованных пациентов живот был явно увеличен в размерах из-за большого количества подкожно-жировой клетчатки. Брюшная стенка была плотной, а внутренние органы пропальпировать не представлялось возможным. У всех обследованных женщин наблюдался послеродовой птоз живота с выраженным надлобковым «фартуком». После операции у первой группы прослеживаются следующие изменения: у трети пациенток отмечается уменьшение куполообразной формы живота и у 13% отсутствие опущения живота. У 87% больных с надлобковым жировым фартуком изменений не было. У пациенток второй группы после оперативного вмешательства были полностью устранены куполообразная форма живота и надлобковый жировой «фартук», и только у 7% остался птоз живота. Показатели качества жизни опрошенных пациенток представлены в таблице 2.

Таблица 2. Качество жизни больных после операции

Показатели	1-я группа (n=15)	2-я группа (n=15)
Физическое функционирование	52,7±2,5	53,9±1,3
Ролевое физическое функционирование	42,3±3,2	44,2±1,8
Интенсивность боли	41,0±4,3	42,8±6,5
Общее состояние здоровья	49,7±5,9	50,1±5,2
Жизненная активность	48,0±3,0	53,1±2,6

Социальное функционирование	57,7±2,3	64,7±1,3
Ролевое эмоциональное функционирование	46,3±2,6	59,6±3,9
Психологическое здоровье	58,9±2,9	57,9±3,5
Физический компонент здоровья	38,9±1,6	39,7±5,7
Психический компонент здоровья	35,4±3,5	45,5±4,7

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны

Исходя из отраженных в таблице данных, у второй группы с абдоминопластикой отмечается заметное увеличение психических показателей относительно первой: жизненная активность на 5,1%, социальное функционирование на 7%, ролевое эмоциональное функционирование на 13,3%, а психический компонент здоровья в общем выше на 10,1%, а также отмечается незначительное повышение физических показателей. Общая оценка результатов лечения представлена в таблице 3.

Таблица 3. Оценка результатов лечения

Результаты лечения	1-я группа (n=15)		2-я группа (n=15)	
	абс.	%	абс.	%
Отлично	–	–	–	–
Хорошо	9	60	10	67
Удовлетворительно	4	27	5	33
Неудовлетворительно	2	13	–	–

Из данных таблицы следует, что отличных результатов нет в обоих группах, во второй группе на 7% больше «хороших» и на 6% «удовлетворительных» результатов лечения, и лишь у 13% из первой группы лечение оказалось «неудовлетворительным», в связи с рецидивом грыжи.

Выводы. Герниопластика в сочетании с мини-абдоминопластикой позволяет ликвидировать дефект брюшной стенки, куполообразную форму и птоз живота, повысить психический компонент здоровья на 10,1% и избежать рецидивов грыж.

Список литературы.

1. Выбор метода и анализ результатов эндопротезирования передней брюшной стенки у пациентов с вентральными грыжами / Иванов С.В., Иванов И.С., Цуканов А.В., Елизаров А.Е. // Человек и его здоровье. 2011. № 3. С. 65-69.

2. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство, краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

3. Косинец В.А., Штурич И.П., Украинец Е.А. Опыт комбинированной абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки // Новости хирургии. 2012. Т. 2. № 2. С. 101-104.

4. Соотношение коллагена I и III типов в коже и апоневрозе у пациентов с вентральными грыжами / Иванов И.С., Лазаренко В.А., Иванов С.В [и др.] // Новости хирургии. 2013. Т. 21. № 3. С. 33-36.

5. Эндопротезирование брюшной стенки с лифтингом мышечно-апоневротических тканей гипогастральной области в лечении вентральных грыж больших размеров / Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Нетяга А.А [и др.] // Человек и его здоровье. 2012. № 3. С. 88-92.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Уварова С.А., Овсянникова К.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней ФПО
Научные руководители – к.м.н., ассистент Кононенко К.В.; Тулупова Л.Н.

Актуальность исследования состоит в необходимости поисков путей совершенствования лечения больных с синдромом диабетической стопы (СДС).

По мнению многих авторов, в настоящее время среди хирургических методов лечения больных с СДС эндоваскулярные вмешательства на нижних конечностях являются методом выбора [1, 6, 8].

Выполнение баллонной ангиопластики (как первого этапа лечения), а затем стентирования сосудов нижних конечностей снижает количество ампутаций при диабетической гангрене в 6 раз (с 90 до 15%) [3, 4, 7].

Целью нашего исследования является изучение эффективности использования эндоваскулярных методов лечения в комплексной терапии больных с СДС.

Материал и методы: нами был проведен анализ историй болезней 169 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» за последние 3 года (с 2016 по 2018 годы). Всех пациентов мы разделили на основную и контрольную группы.

Контрольная группа включала 55 человек. Этим пациентам проводилось стандартное комплексное консервативное лечение, но эндоваскулярные вмешательства не выполнялись, поскольку для них имелись веские противопоказания.

Основная группа включала 114 человек, им были проведены различные по характеру эндоваскулярные вмешательства [2, 5] на фоне стандартной комплексной консервативной терапии. Всем больным выполнялись в качестве первого этапа баллонная ангиопластика бедренных артерий и реже артерий голени, а затем, в качестве второго этапа – стентирование соответствующих сосудов.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе мужчин было 32 (58,2%), женщин – 23 (41,8%). В основной группе мужчины составили 54,4% (62 больных), а женщины – 45,6% (52 пациентки). Таким образом, гендерный состав сравниваемых групп был репрезентативным (P > 0,05).

Распределение больных обеих групп по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных контрольной и основной групп по возрасту

Возраст	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
40-50	5	9,1	7	6,1
51-60	20	36,4	27	23,7
61-70	18	32,7	49	43,0
71-80	12	21,8	31	27,2
Итого:	55	100,0	144	100,0

Таким образом, по составу контрольная и основная группы были вполне сопоставимы.

Средние сроки пребывания в стационаре пациентов контрольной группы составляли 27,1±3,5 суток, в основной группе этот показатель оказался почти в 1,3 раза больше (34,7 ± 3,9 суток), что можно объяснить необходимостью дополнительного обследования и тщательной подготовкой пациентов к малоинвазивным хирургическим операциям.

Структура выполненных операций представлена в таблице 2.

Таблица 2. Структура выполненных операций больным контрольной и основной групп.

Характер операции	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
Консервативное лечение	–	–	49	43
Экзартикуляция пальцев с головками плюсневых костей	28	50,9	50	43,9
Ампутация голени	21	38,2	12	10,5
Ампутация бедра	6	10,9	3	2,6
Всего	55	100,0	114	100,0

Как видно из представленной таблицы, в основной группе использование эндоваскулярных вмешательств в сочетании с комплексной консервативной терапией позволило 49 пациентам (43%) избежать калечащих операций.

Несмотря на увеличение в основной группе числа операций экзартикуляции пальцев, удельный вес таких вмешательств сократился почти в 1,2 раза по сравнению с контрольной группой. При этом необходимо отметить, что несмотря на то, что эти операции являются органоуносящими, они не оказывают существенного влияния на опорную функцию стопы.

Частота ампутаций на уровне голени в основной группе сократилась в 3,6 раза по сравнению с контрольной ($P < 0,05$).

Частота ампутаций на уровне бедра в основной группе уменьшилась в 4,2 раза по сравнению с контрольной ($P < 0,05$).

Выводы. Проведенный анализ лечения больных с СДС показал, что выполнение баллонной дилатации артерий нижних конечностей с последующим стентированием бедренных артерий и артерий голени позволяет существенно увеличить процент органосохраняющих операций, снизить уровень ампутации нижней конечности и уменьшить количество высоких ампутаций на уровне средней трети бедра.

Список литературы.

1. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии / Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 761 с.
2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. I. 832 с.
3. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. В.А. Лазаренко. Курск: КГМУ, 2017. 924 с.
4. Гнойная хирургическая инфекция / Лазаренко В.А., Кононенко К.В., Охотников О.И [и др.]. Курск: КГМУ, 2014. 506 с.
5. Лечение острой хирургической патологии / Учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. В.А. Лазаренко. Курск: КГМУ, 2015. 266 с.
6. 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. М.: Изд-во «Триада-Х», 2004. 752 с.
7. Хирургические инфекции. Практическое руководство. Издание 2-е, перераб. и дополн. / Под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. М.: Литтерра, 2006. 736 с.
8. Особенности лечения диабетических поражений стоп Гурьева И.В., Мамонтова Е.Ю [и др.] // Матер. Всесоюз. конф. М., 2007. 743 с.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ ИМПЛАНТОВ НА ОСНОВЕ НАТРИЙ-КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ

Ушанов А.А., Северинов Д.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Липатов В.А.

Актуальность исследования обусловлена тем, что одной из ключевых задач гепатобилиарной хирургии является эффективная остановка кровотечения, которая остается не до конца решенной [1]. Клинический опыт показывает, что при плановых хирургических вмешательствах на печени,

почках, селезенке при целостности магистральных артерий и вен капиллярно-паренхиматозные кровотечения являются основными источниками операционной кровопотери [2,3,4]. Для его остановки используют различные методы физического воздействия, оказываемого с помощью специальной дорогостоящей аппаратуры (электро-, аргонплазменные коагуляторы и прочее), парентеральное введение лекарственных средств, обладающих прокоагулянтной активностью, и свежезамороженной плазмы, а также одно из самых перспективных направлений – локальные губчатые гемостатические имплантаты, выполненные на основе различных поли-, ди- и мономерных соединений, включающих натрий-карбоксиметиллцеллюлозы (Na-КМЦ). Одним из главных преимуществ Na-КМЦ перед конкурентами является безопасность ее использования – слабовыраженный иммунный ответ, а также высокая адгезивная способность к биологическим объектам и тканям организма [5,6,7].

Целью исследования является изучение структурных особенностей кровоостанавливающих имплантов на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы при световой микроскопии.

Материалы и методы: были использованы образцы кровоостанавливающих аппликационных имплантов на основе Na-КМЦ, разработанных совместно с фирмой ООО «Линтекс» (город Санкт-Петербург), объединенные в следующе группы: группа № 1 (губка кровоостанавливающая на основе Na-КМЦ – контрольная группа), группа № 2 (губка Na-КМЦ с добавлением аминокапроновой кислоты), группа № 3 (губка Na-КМЦ с добавлением аминоуксусной кислоты), группа № 4 (губка Na-КМЦ с добавлением ацетилсалициловой кислоты). Размеры всех образцов были стандартизованы (1,0х1,0х0,5 см), каждая группа включала по 10 образцов соответственно.

Для изучения структурных особенностей имплантов проводилось микроскопирование (увеличение 40 крат) с помощью медицинского микроскопа МИКМЕД-6 (АО «ЛОМО», город Санкт-Петербург) и фотографирование. Полученные фотографии обрабатывали в программе Adobe Photoshop CC (версия 13.1.02) для получения черно-белых изображений. Измерение ширины трабекул и пор образцов (единицы измерения – пиксели, px). Подсчет черных и белых пикселей проводили с использованием программы Altami Studio (версия 3.4). Коэффициент оптической плотности ($К_{опт}$) образцов (отношение белых пикселей к черным) высчитывали в боковом свете, а коэффициент шероховатости ($К_{шер}$) образцов (отношение черных пикселей к белым) – в прямом свете. Оценивая результаты исследования, исходили из того, что min значения коэффициента оптической плотности говорят о низкой пористости импланта; одновременно с этим max значения коэффициента шероховатости говорят о неоднородности рельефа, что увеличивает площадь поверхности тестируемого образца и позитивно сказывается на его адгезивных свойствах. Статистическую обработку результатов проводили с применением программы Statistica (версия 10.0), рассчитывали средние арифметические, стандартные отклонения и средние

ошибки средних. Для определения достоверности отличий средних применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически достоверными считались различия средних величин при допустимом для медико-биологических исследований уровне $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. Были получены результаты, которые приведены ниже в таблице 1.

Таблица 1. Величины показателей элементов микроскопической структуры, оптической плотности и коэффициента шероховатости образцов, M±m

№ группы	Ширина пор (px)	Глубина тяжей (px)	Оптическая плотность	Коэффициент шероховатости
Группа 1	65,3±1,5	60,4±2	1,03±0,07	2,12±0,17
Группа 2	62,28±1,4*	30,25±3,5*	1,01±0,05*	0,55±0,02*
Группа 3	10,4±2,8*	5,78±3,1*	0,31±0,03*	1,09±0,07*
Группа 4	19,88±1,7*	17±3,2*	0,86±0,08*	1,67±0,02*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

При добавлении лекарственных веществ были обнаружены изменения, выражающиеся в уменьшении ширины пор и глубины тяжей у модифицированных губок в сравнении с губкой без добавления лекарственных веществ (65,3±1,5 против 62,28±1,4, 10,4±2,8, 19,88±1,7 и 60,4±2 против 30,25±3,5, 5,78±3,1, 17±3,2 соответственно). Также наблюдается снижение оптической плотности в ряду: аминокапроновая кислота (1,01±0,05) → ацетилсалициловая кислота (0,86±0,08) → аминоуксусная кислота (0,31±0,03), и снижение коэффициента шероховатости в ряду: ацетилсалициловая кислота (1,67±0,02) → аминоуксусная кислота (1,09±0,07) → аминокапроновая кислота (0,55±0,02).

Выводы. При добавлении лекарственного препарата в состав местного гемостатического импланта на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы наблюдаются изменения его микроскопической структуры, которые проявляются в уменьшении ширины пор, глубины тяжей и снижении оптической плотности.

Список литературы.

1. К вопросу о методологии сравнительного изучения степени гемостатической активности аппликационных кровоостанавливающих средств / В.А. Липатов, С.В. Лазаренко, К.А. Сотников [и др.] // Новости хирургии. 2018. № 1 (26). С. 81-95.

2. Контроль локального гемостаза с помощью препаратов окисленной целлюлозы / Чернявский А.М., Григорьев И.А., Ткачева Н.И [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. № 8. С. 71-75.

3. Перспективы использования локального криогемостаза при травмах печени и селезенки / Александров В.В., Маскин С.С., Иголкина Л.А., Ермолаева Н.К. // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 7 (142). С. 45-51.
4. Сравнительная эффективность аппликационных гемостатических средств местного действия при остановке экспериментального паренхиматозного и артериального кровотечения / Давыденко В.В., Власов Т.Д., Доброскок И.Н [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2015. № 2. С. 186-194.
5. Установление структурных особенностей ковоостанавливающих имплантов на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы с помощью световой микроскопии / Липатов В.А., Григорьев Н.Н., Лазаренко С.В [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 6. URL: http://www.science-education.ru/article/view?id=28315 (дата обращения: 17.01.2019).
6. A collagen-fibrin patch (Tachosil®) for the prevention of symptomatic lymphoceles after pelvic lymphadenectomy in women with gynecologic malignancies: a randomized clinical trial / Grimm C., Polterauer S., Helmy S., et al. // BMC Cancer. 2014. № 14. С. 635-642.
7. Development of Stabilized Growth Factor-Loaded Hyaluronate-Collagen Dressing (HCD) matrix for impaired wound healing / Choi S.M., Ryu H.A., Lee K.M., et al. // Biomaterials Research. 2016. № 9. С. 532-540.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Федоренко М.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность облитерирующие поражения аорты и магистральных сосудов, занимая доминирующее место в структуре сосудистых заболеваний, не имеют тенденции к уменьшению. По данным различных авторов, несмотря на разработку эффективных антиатеросклеротических и противовоспалительных препаратов, пока еще не удается приостановить прогрессирование процесса при указанных системных заболеваниях, которые являются основной причиной развития нарушения кровообращения и ампутации конечности [1].

Целью исследования является сравнение результатов лечения больных, перенесших реконструктивные вмешательства на аорте.

Материалы и методы: произведён анализ историй болезней 30 пациентов в возрасте от 27 до 70 лет с диагнозом атеросклероз нижних конечностей, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Курская городская клиническая

больница скорой медицинской помощи» и ОБУЗ «Курская областная клиническая больница» с 2012 по 2018 год. Среди обследуемых было 24 мужчины (80%) и 6 женщин (20%). Данные пациенты были разделены на две исследуемые группы. В первую группу вошли больные, которым проводилось аорто-бедренное шунтирование, а вторая группа была сформирована из пациентов после бедренно-бедренного шунтирования. Распределение по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	ББШ		АБШ	
	мужской	женский	мужской	женский
31-40	2	1	2	0
41-50	4	1	4	1
51-60	2	2	5	0
61-70	2	0	2	1
71 и старше	1	0	0	0
Всего	11 (37%)	4 (13%)	13 (43%)	2 (7%)

Из таблицы 1 видно, что ББШ больше проводили мужчинам от 41 до 50, а АБШ в большей степени проводилось мужчинам в возрасте от 51 до 60.

Среди пациентов, поступивших с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, обнаружены следующие ведущие симптомы, представлены в таблице 2 [3].

Таблица 2. Частота клинических симптомов

№ п/п	Оцениваемые симптомы	ББШ (n=15)		АБШ (n=15)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Анемия конечности	9	60%	11	73%
2	Бледность кожных покровов	13	87%	12	80%
3	Отсутствие пульса	10	67%	13	87%
4	Усталость пораженной конечности	7	47%	8	53%
5	Перемежающаяся хромота	14	93%	12	80%
6	Похолодание конечности	12	80%	11	73%
7	Обеднение волосяного покрова	5	53%	7	46%

Из таблицы 2 видно, что для первой группы более характерны симптомы: перемежающаяся хромота, бледность кожных покровов и похолодание конечности, а для второй группы – отсутствие пульса, анемия конечности.

При диагностике облитерирующих заболеваний нижних конечностей применены следующие инструментальные методы исследования: УЗДГ, ангиография, КТ и реовазография. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты инструментальных методов исследования

Метод исследования	Симптом	Аорто-бедренное шунтирование (n=15)		Бедренно-бедренное шунтирование (n=15)	
		Абс.	%	Абс.	%
Артериография	Стеноз аорты	15	100	15	100
	Окклюзия аорты	10	67	13	86
УЗДГ	Наличие стеноза просвета артерии	14	93	15	100
	Наличие извитости сосудов	10	6	12	80
	Наличие атеросклеротических бляшек	12	80	10	67
	Утолщение стенки артерии	13	86	14	93
КТ	Утолщение стенки	13	86	14	93
	Нарушение проходимости артерии	15	100	15	100
	Наличие тромба в просвете	5	33	3	25

Результаты, приведенные в таблице 3 позволяют сделать следующие Выводы. при УЗДГ и артериографии нижних конечностей выявлен наиболее частый симптом стеноз. По результатам КТ частый признак нарушение проходимости артерии [2].

Оценка качества жизни больных осуществлялась с помощью опросника «SF-36». Результаты качества жизни пациентов представлены в таблице 4.

Таблица 4. Показатели качества жизни больных АБШ и ББШ

Показатели	ББШ (n=15)	АБШ (n=15)
Физическое функционирование	38,42±6,37	52,46±9,27*
Ролевое физическое функционирование	61,57±12,63	69,19±8,63*
Интенсивность боли	32,76±5,49	49,62±9,72*
Общее состояние здоровья	34,92±4,38	45,62±5,47*
Жизненная активность	46,11±6,15	50,91±7,68*
Социальное функционирование	54,59±8,46*	41,63±11,5
Ролевое эмоциональное функционирование	40,74±6,31	46,69±2,54*
Психологическое здоровье	43,84±7,53	62,58±9,27*

Физический компонент здоровья	42,91±6,22	54,13±8,16*
Психический компонент здоровья	46,13±6,78	50,31±7,96*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Из представленной таблицы видно, что качество жизни после АБШ, выше в плане физического компонента на 11,22%, а в плане психического – на 4,18%, в сравнении с ББШ. Таким образом, можно утверждать, что качество жизни пациентов, перенесших аорто-бедренное шунтирование, более благоприятно, чем у пациентов, перенесших бедрено-бедренное шунтирование.

Выводю Аорто-бедренное шунтирование более благоприятно сказывается на качестве жизни пациентов, в отличии, от бедренно-бедренного шунтирования.

Список литературы.

1. Бедренно-бедренное перекрестное шунтирование – эффективный метод лечения критической ишемии ноги у пациентов высокого хирургического риска / Черняевский В.В., Негрей В. Ф, Куклин А.Г., Зайцев С.А. // Ангиология и сосудистая хирургия. 2001.Т. 7. № 3 С. 151-152.
2. Полянцев А.А., Мозговой П.В., Фролов Д.В. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (клиника, диагностика, методы хирургического лечения). // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2009. № 1 (29) С. 6-10.
3. Спиридонов А.А., Аабдулгасанов Р.А., Тутов Е.Г. Результаты реконструктивных операций в аортобедренной зоне с применением различных эксплантатов. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2003. № 1 С. 26.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ

Федорцова Т.П.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Андрюхина Е.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что сахарный диабет – довольно распространенная проблема на сегодняшний день, которой страдают около 10 миллионов человек [1]. Эта патология нередко ведет к формированию поздних осложнений, одним из которых является синдром диабетической стопы. Говоря о диабетической стопе, необходимо отметить, что в Российской Федерации от 90 до 200 тысяч больных сахарным диабетом страдают язвами стоп. Более 40% всех ампутаций конечностей, не связанных с механической травмой, проводится именно из-за развития диабетической гангрены [2].

Целью исследования является оценка эффективности лечения и качества жизни пациентов с нейропатической и ишемической формами диабетической стопы.

Материалы и методы: статистический анализ результатов лечения и анкетирования пациентов, прошедших лечение на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Были опрошены 14 женщин и 6 мужчин в возрасте от 58 до 85 лет. В ходе исследования были сформированы две группы пациентов: 10 человек с нейропатической формой стопы и 10 человек с ишемической формой стопы. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Первая группа (n=10)		Вторая группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
58-65	0	0	1 (10%)	0
66-70	0	1 (10%)	0	0
71-75	1 (10%)	3 (30%)	2 (20%)	1 (10%)
76-80	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)
81-85	0	2 (20%)	0	3 (30%)
Всего	2 (20%)	8 (80%)	4 (40%)	6 (60%)

Из таблицы 1 видно, что среди больных первой группы преобладают женщины в возрасте от 71 до 75 лет, а среди больных второй группы – женщины в возрасте от 80 до 85 лет. Мужчины чаще страдают ишемической формой диабетической стопы (они относятся ко второй группе) в возрасте от 71 до 75 лет.

В таблице 2 представлено распределение больных в зависимости от вида и стадии сахарного диабета.

Таблица 2. Распределение больных по виду и стадии СД

Первая группа (n=10)				Вторая группа (n=10)			
СД 1 типа		СД 2 типа		СД 1 типа		СД 2 типа	
Ст. субкомпенсации	Ст. декомпенсации	Ст. субкомпенсации	Ст. декомпенсации	Ст. субкомпенсации	Ст. декомпенсации	Ст. субком-пенсации	Ст. декомпенсации
1 (10%)	1 (10%)	6 (60%)	2 (20%)	1 (10%)	(0%)	3 (30%)	6 (60%)

В первой группе преобладали больные с СД 2 типа на стадии субкомпенсации (60%), а во второй группе – больные СД 2 типа на стадии декомпенсации (60%). Компенсированной стадии СД не наблюдалось ни в одном из случаев.

Обследование больных включало лабораторные исследования общих анализов крови и мочи, биохимических анализов крови; инструментальные исследования – ЭКГ, УЗИ внутренних органов (печень, почки, поджелудочная

железа, желчный пузырь), реовазография нижних конечностей и консультации окулиста, эндокринолога и диабетолога.

Оценка качества жизни проводилась на основании анкеты «SF-36».

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты клинических симптомов представлен в таблице 3.

Таблица 3. Частота клинических симптомов

Клинический симптом	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Потеря чувствительности	10 (100%)	1 (10%)
Трофические язвы	10 (100%)	0 (0%)
Некрозы	0 (0%)	10 (100%)
Зябкость конечностей	6 (60%)	7 (70%)
Боли при ходьбе (перемежающаяся хромота)	0 (0%)	9 (90%)

Из таблицы 3 видно, что для первой группы больных характерны потеря чувствительности (100%) и наличие трофических язв нижних конечностей (100%) (на уровне головок плюсневых костей), а для второй группы – некрозы фаланг пальцев (100%) и перемежающаяся хромота (90%).

Анализ частоты степеней нарушения кровообращения на основе реовазографии нижних конечностей представлен в таблице 4.

Таблица 4. Частота степеней нарушения кровообращения

№ п\п	Степени нарушения кровообращения	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
1	Ст. компенсации	4 (40%)	0 (0%)
2	Ст. субкомпенсации	6 (60%)	2 (20%)
3	Ст. декомпенсации	0 (0%)	8 (80%)

У больных второй группы преобладает стадия декомпенсации нарушения кровообращения (80%). В первой группе чаще встречается стадия субкомпенсации (60%) и компенсации (40%).

При нейропатической форме проводились разгрузка стопы, местное консервативное лечение антисептическими средствами (салициловый спирт, перекись водорода, хлоргексидин), антибиотикотерапия (цефалоспорины 2 и 3 поколений), гипогликемическая терапия (глифромин). Лечение ишемической формы диабетической стопы в 100% случаях заключалось в ампутации пораженного участка стопы с некроэктомией, тендоэктомией, дренированием гнойных затеков. Наряду с этим также назначались гипогликемические средства, антикоагулянты (гепарин).

Результаты анкетирования больных представлены в таблице 5.

Таблица 5. Оценка качества жизни

Показатели SF-36	Группа № 1 (n=10)	Группа № 2 (n=10)
Физическое функционирование	75,5±5,41*	6±1,72*
Ролевое физическое функционирование	55±8,61*	12,5±5,89*

Интенсивность боли	73,4±2,2	64,4±1,69
Общее состояние здоровья	59±2,51	31,1±1,63
Жизненная активность	55±1,41	40,5±2,74
Социальное функционирование	87,5±1,96	33,75±2,81
Ролевое эмоциональное функционирование	53,335±7,77	33,33±11,71
Психологическое здоровье	61,6±2,45*	40,4±1,17*
Физический компонент здоровья	46,65±1,62*	28,68±0,38*
Психический компонент здоровья	44,652±1,82	37,67±1,32

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Из таблицы 5 видно, что значительно снижается качество жизни пациентов с ишемической формой диабетической стопы, в частности "Физический компонент здоровья" в 1,6 раз меньше, чем у пациентов первой группы. Это снижение можно объяснить тем, что пациентам второй группы в большинстве случаев было назначено радикальное лечение – ампутация. Она существенно снижает физическую активность человека и также пагубно влияет на его психоэмоциональное состояние, о чем говорит снижение показателя «Психологический компонент здоровья» почти в 1,2 раза.

Выводы. Ишемическая форма диабетической стопы, по сравнению с нейропатической формой, оказывает более негативное влияние на качество жизни пациентов.

Список литературы.

1. Белозерцева Ю.П., Курлаев П.П., Гриценко В.А. Синдром диабетической стопы: этиология, патогенез, классификации и лечение // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». Курск, 2016. № 1. С.69-78.

2. Клинико-функциональные и метаболические нарушения и их коррекция у пациентов с дистальной сенсомоторной нейропатией / Нечипуренко Н.И., Пашковская И.Д., Ласков В.Б [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». Курск, 2017. № 2. С. 55-64.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ С БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Цымбалюк В.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Валуйская Н.М.

Механическая желтуха является ведущим синдромом, выявляющимся у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), острым калькулезным холециститом. Частота развития механической желтухи составляет 72,5% и 9%

при ЖКБ и остром калькулезном холецистите соответственно [3]. Подпеченочная желтуха тесно связана с холестазом, и если своевременно не устранить причину его развития (обтурацию желчных ходов конкрементом, сдавление желчных путей опухолью др.), то возникают серьезные осложнения, такие как печеночная недостаточность, холангит [1,2]. Поэтому лечение данной патологии в настоящее время особенно актуально.

Целью работы является оценка эффективности лечения и сравнение качества жизни пациентов с механической желтухой различного генеза.

Материалы и методы: на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» было проведено анкетирование 60 больных механической желтухой различного генеза, 10 мужчин и 50 женщин, из который было сформировано 2 группы пациентов. Первую группу составили больные механической желтухой, раком желчных путей. Вторую группу составили больные механической желтухой, ЖКБ, холангитом. Методы, применяемые в исследовании: клиническое обследование больного; лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, его фракции, уровень холестерина, глюкозы, билирубина, активность щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ, ГГТ); инструментальные: рентгенография органов брюшной полости, компьютерная томография (КТ), УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), электрокардиография (ЭКГ). Анкетирование проводилось с помощью опросника SF-36.

Результаты и обсуждение. Распределение пациентов по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу

Пол	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	5	16,67	5	16,67
Женский	25	73,33	25	73,33

Из таблицы 1 следует, что среди больных первой и второй групп преобладают женщины (73,33%).

Распределение больных по возрасту показано в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных по возрасту.

Возрастная группа	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Молодой	5	16,67	0	0
Средний	7	23,33	4	13,33
Пожилой	14	46,67	18	60
Старческий	4	13,33	7	23,33
Долгожители	0	0	1	3,33

Из результатов, представленных в таблице 2, можно сделать вывод о том, что в первой группе преобладают пациенты пожилого (46,67%) и среднего

(23,33%) возрастов. Во второй группе преобладают больные пожилого (60%) и старческого (23,33%) возрастов.

Частота проявления клинических симптомов в обеих группах показана в таблице 3.

Таблица 3. Частота проявления клинических симптомов

Симптомы	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в правом подреберье или в эпигастральной области	25	83,33	20	66,67
Желтушность склер и кожных покровов	30	100	30	100
Кожный зуд	23	76,67	27	90
Лихорадка	10	33,33	25	83,33
Общая слабость	23	76,67	17	56,67
Темная моча	26	86,67	25	83,33
Светлый кал	28	93,33	26	86,67
Гепатоспленомегалия	23	76,67	24	80
Тошнота	12	40	24	80
Рвота	5	16,67	18	60
Артериальная гипотензия	3	10	14	46,67
Изменения сознания и нарушение психики	1	3,33	8	26,67

Из таблицы 3 следует, что в первой и во второй группе наиболее частыми симптомами выступали желтушность склер и кожных покровов, темная моча и светлый кал. Во второй группе заболевание сопровождалось лихорадкой, тошнотой, рвотой, изменением сознания. В первой группе больных были выражены общая слабость, боль в правом подреберье.

Данные, полученные при проведении инструментальных исследований (УЗИ органов брюшной полости, КТ холедохопанкреатография, фиброгастродуоденоскопия) представлены в таблице 4.

Таблица 4. Данные инструментальных исследований

Данные инструментальных исследований	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков с наличием конкрементов	0	0	26	86,67
Расширение внепеченочных желчных протоков с увеличением парааортальных лимфоузлов	23	76,67	6	20
Наличие конкрементов в желчевыводящих протоках	0	0	30	100

Стрикутры гепатикохоледоха различных локализаций, увеличение лимфоузлов парааортальной зоны	7	23,33	0	0
Опухолевые изменения БДС, желчь не поступает	8	26,67	3	10
Выделение мутной или гнойной желчи через устье БДС, увеличение, напряжение в интрамуральной части холедоха	9	30	24	80

Из результатов, представленных в таблице 4, следует, что у пациентов, первой группы, чаще встречается увеличение парааортальных лимфоузлов, что связано с метастазированием злокачественных клеток, у пациентов 2 группы обнаруживаются конкременты в желчевыводящих протоках.

Результаты исследования качества жизни больных, полученные с помощью опросника SF-36, представлены в таблице 5.

Таблица 5. Результаты исследования качества жизни больных

Показатель	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=30)	P
Физическое функционирование	55,31±4,99	59,69±3,75	<0,05
Ролевое физическое функционирование	42,18±4,92	42,19±3,21	<0,05
Интенсивность боли	16,93±2,3	51,56±2,06	<0,05
Общее состояние здоровья	44,5±2,78	53,81±3,17	<0,05
Жизненная активность	49,06±3,04	51,88±1,59	<0,05
Социальное функционирование	50±3,53	59,38±2,83	<0,05
Ролевое эмоциональное функционирование	36,2±4,72	62,50±4,37	<0,05
Психологическое здоровье	42,25±2,59	44,25±1,42	<0,05
Физический компонент здоровья	35,70±1,50	40,64±1,17	<0,05
Психический компонент здоровья	37,05±1,02	40,38±0,67	<0,05

Из таблицы 5 следует, что качество жизни больных во второй группе лучше, чем в первой группе, как и по физическому компоненту здоровья, так и по психологическому. Показатель ролевого эмоционального функционирования выше значительно выше у пациентов второй группы (62,5), чем у пациентов первой группы (36,2).

Выводы. Качество жизни больных у пациентов с ЖКБ, холангитом, осложненных механической желтухой выше, эти пациенты более социально активны по сравнению с больными раком желчных путей, осложненным механической желтухой.

Список литературы.

1. Важнейшие факторы риска, приводящие к патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны (по материалам г. Курск и Курской области) / Лазаренко В.А., Суковатых Б.С., Новомлинец Ю.П [и др.] //

Научно-медицинский вестник центрального черноземья. Курск, 2007. № 27. С. 21-24.

2. Лазаренко В.А., Антонов А.Е. Роль факторов риска в развитии острого и хронического холецистита и холелитиаза // Сеченовский вестник. 2016.
№ 4 (26). С. 31-36.

3. Опыт лечения эндоскопически «трудного» холедохолитиаза традиционными и рентгенохирургическими способами / Лазаренко В.А., Охотников О.И., Григорьев Н.Н [и др.] // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. Курск, 2013. № 4. С. 85-91.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Чеботарёв С.Н., Лебедев А.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Дорошев М.Е.

Актуальность исследования состоит в том, что переломы дистального отдела плечевой кости составляют у взрослых порядка 0,5-2% от общего числа переломов всех костей скелета, и до 30% переломов с участием локтевого сустава [2]. По литературным данным статистических исследований частота возникновения данных травм – 28,7 случаев на 100000 населения в год.

Несмотря на то, что простые переломы, возникающие вследствие низкоэнергетической травмы, можно успешно лечить консервативно, в большинстве случаев требуется оперативное вмешательство, что обусловлено необходимостью раннего и наиболее полного восстановления функции у молодых пациентов, и случаями многооскольчатых внутрисуставных переломов.

Отмечается большое количество осложнений, характерных для травм данной локализации, наиболее частыми из которых являются: посттравматическая нейропатия лучевого нерва, встречающаяся в 8-18% случаев, развитие гетеротопической оссификации (ГТО), возникновение стойких контрактур [1].

Несмотря на достижения в разработке и модификации различных методов, по-прежнему существуют разногласия по ряду вопросов, относящихся к лечению переломов дистального отдела плечевой кости, таких как оптимальный операционный доступ, методы фиксации, роль тотальной артропластики, профилактика гетеротопической оссификации.

Целью данного исследования является сравнение различных методик оперативного лечения переломов дистального отдела плечевой кости на основании их клинического применения.

Материалы и методы: в период за 2017-2018 года в стационары травматологического профиля ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» поступило 47 пациентов с переломами дистального отдела плечевой кости тип от А1 до С3 согласно классификации AO/ASIF. Оперативное лечение проведено у 30 пациентов, 10 из них находились под наблюдением для оценки отдаленных клинических результатов.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим параметрам: амплитуда движений, возникшие осложнения (инфекция, ГТО, контрактуры, нестабильность, ложные суставы, разрушение фиксаторов, невропатии), а так же тесты, используемые для определения ограничений в повседневной жизни, вызванных данной патологией (Mayo Elbow Performance Score, The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Score).

Результаты и обсуждения. Согласно полученным нами данным статистическая распространенность переломов дистального отдела плечевой кости составила 5,2 случая на 100000 населения в год. При этом из числа переломов всех костей скелета травмы данной локализации составили 1,2%, а от общего числа переломов плечевой кости – 17%, что соответствует данным, представленным в литературе [1]. Анализируя распределение по полу и возрасту, 48% пациентов составили мужчины (пик частоты – подростки 36%), и 52% – женщины (пик частоты – пожилой возраст 40%).

Распределение прооперированных пациентов по типам переломов на основании классификации AO/ASIF представлен в таблице 1.

Таблица 1. Процентное соотношение по классификации переломов (чел.)

Тип	Группа		
	1	2	3
A	2	4	4
B	2	2	2
C	8	1	5

При проведении предоперационного планирования с целью выбора наиболее оптимальной методики рассматривались следующие параметры: тип пациента (его возраст, качество костной ткани), положение пациента, доступ, выбор импланта, необходимость костной пластики.

Положение пациента на операционном столе определялось соматическим состоянием, наличием сопутствующей патологии и степенью визуализации. При укладке на боку было прооперировано 16 пациентов, на спине – 14.

Выбор доступа при этом распределился следующим образом:

1. При переломах типа А: задний доступ без остеотомии – 57%, задний доступ с остеотомией – 29%, боковой доступ – 14%;

2. При переломах типа В: перкутанный – 22%, артроскопический – 22%, боковой – 22%, с остеотомией локтевого отростка – 33%;

3. При переломах типа С: с остеотомией – 87%, без применения остетомии – 13%.

В зависимости от типа и локализации переломов использовались следующие имплантаты:

1. При переломах типа А: пластина и винты – 57%, спицы и винты – 14%, винты – 14%, спицы – 15%.

2. При переломах типа В: пластина и винты – 33%, винты – 33%, спицы – 17%, спицы и винты – 17%.

3. При переломах типа С: пластина и винты – 53%, спицы и винты – 20%, две пластины и винты – 13%, пластина с ограниченным контактом – 7%, спицы – 7%.

Возникшие осложнения представлены в виде таблицы 2.

Таблица 2. Осложнения остеосинтеза переломов плечевой кости

	Тип перелома			Всего	%
Осложнения	A	B	C		
Контрактуры	5/10	6/6	14/14	25/30	83
ГТО	1/10	1/6	3/14	5/30	17
Разрушение фиксаторов (без смещения)	1/10	–	2/14	3/30	10
Разрушение фиксаторов (со смещением)	–	–	–	–	–
Ложный сустав	–	–	–	–	–
Невропатия	1/10	–	2/14	3/30	10
Инфекция	–	1/6	1/14	2/30	7
Нестабильность сустава	1/10	1/6	3/14	5/30	17

Выводы. Переломы дистального отдела плечевой кости редко встречающийся, и довольно притязательный в плане лечения тип травмы; укладка пациента на боку обеспечивает оптимальный доступ и применима в большинстве случаев; выбор доступа зависит от предпочтений хирурга и объективно не влияет на клинические результаты; для достижения стабильной фиксации необходим синтез двух колонн при над- и чрезмыщелковых переломах, причем внутреннюю колонну удобнее синтезировать черезкостно (винты, спицы), а не пластиной; ранняя мобилизация и профилактика гетеротопической оссификации – залог восстановления функции поврежденной конечности.

Список литературы.

1. Эффективность современных методов консервативного и оперативного лечения переломов локтевого отростка / С.Е. Федоров, Н.В. Ярыгин,
В.В. Никулин, В.И. Нахаев // Материалы V совместной науч.-практ. конф. ГКБ № 54.: Тез. докл. 2011. С. 5-12.

2. Adult Distal Humeral Metaphyseal Fractures: Epidemiology and Results of Treatment Robinson / C. Michael, Hill Richard M.F., Jacobs, et al. // Journal of Orthopaedic Trauma. January 2003, Volume 17 Issue 1. P. 35-50.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ОПЕРАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Чуклова А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Спонтанный пневмоторакс (СП) является одним из наиболее распространенных неотложных состояний в торакальной хирургии. Заболеваемость идиопатическим (первичным) спонтанным пневмотораксом на протяжении последних десятилетий ежегодно устойчиво сохраняется в соотношении 5:100000 человек, составляя среди мужчин 7,4, а среди женщин – 1,2 на 100000 жителей. Для вторичного (симптоматического) спонтанного пневмоторакса эти показатели составляют, соответственно, 6,3 и 2,0 [1]. Основной проблемой при лечении СП является профилактика его рецидива. Многими исследованиями было установлено, что частота рецидивирования СП без специального лечения составляет около 30-35% [2]. Причем вероятность его рецидива увеличивается с каждым последующим эпизодом.

Целью исследования является определение влияния различных способов лечения спонтанного пневмоторакса на физический и психологический компоненты здоровья у больных со СП.

Материалы и методы: произведен анализ диагностики лечения и качества жизни 22 больных со СП, проходивших лечение в торакальном отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» за период с сентября по декабрь 2018 года в возрасте от 21 до 61 года.

Все пациенты были разделены на две группы по 11 человек, в зависимости от проводимого им лечения: 1 группе в качестве лечения выполнялось дренирование плевральной полости, 2 группе – малоинвазивное вмешательство, а именно электрокоагуляция булл. Так же все пациенты были поделены на 3 подгруппы в зависимости от возраста. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по проводимому лечению и возрасту

Возраст	Дренирование	Малоинвазивное вмешательство	p
20-30 лет	5 (23,8%)	5 (23,8%)	>0,1
30-50 лет	1 (4,8%)	6 (28,6%)	>0,1
Старше 50 лет	5 (23,8%)	0	>0,1
Итого	11 (100%)	11 (100%)	>0,1

Среди больных было 5 женщин и 17 мужчин. В состав первой группы пациентов, которым проводилось дренирование плевральной полости, вошло 73% мужчин и 27% женщин. В состав второй группы пациентов вошло 82% мужчин и 18% женщин, которым выполнялось малоинвазивное вмешательство. Распределение представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение включенных в исследование больных по полу

Пол	Дренирование	Малоинвазивное вмешательство	Всего	p
Женщины	3 (27,3%)	2 (18,2%)	5 (22,7%)	<0,01
Мужчины	8 (72,7%)	9 (81,8%)	17 (77,3%)	<0,01
Итого	11 (100%)	11 (100%)	22 (100%)	<0,01

Из данных, приведенных в таблице, видно, что подавляющее большинство пациентов представлены мужчинами трудоспособного возраста.

Диагностическая программа спонтанного пневмоторакса включала в себя клиническое, лабораторное и рентгенологическое исследования.

Качество жизни было оценено с помощью опросника SF-36 для пациентов торакального отделения. Вопросник заполнялся самим больным на основании субъективных ощущений.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов программ STATISTICA Trial 13.3.704.19 и Microsoft Office Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Частота клинических симптомов у пациентов со спонтанным пневмотораксом представлена в таблице 3.

Таблица 3. Частота клинических симптомов

Клинические симптомы	Группа 1 (n=11)	Группа 2 (n=11)
Боль (острая колющая на стороне поражения)	10 (91%)	9 (82%)
Одышка	6 (55%)	7 (64%)
Кашель	4 (36%)	2 (18%)
Общая слабость	5 (45%)	2 (18%)
Ослабление голосового дрожания на стороне повреждения	11 (100%)	11 (100%)
Отставания в акте дыхания половины грудной клетки	9 (82%)	10 (91%)
Расширение и сглаженность межреберных промежутков на стороне поражения	9 (82%)	10 (91%)

Лабораторные изменения не характерны для данного заболевания. При рентгенологическом исследовании выполнялась рентгенограмма в прямой передней и боковой позиции. При выборе рациональной тактики лечения хирурги основывались на особенностях спонтанного пневмоторакса и булл на рентгенограмме: буллы определяются как участки повышенной воздушности с ровными и четкими контурами, при СП визуализируется четкий контур коллабированного легкого и отсутствует легочный рисунок в зоне поражения.

На основании наличия на рентгенограмме единичных булл размером до 10 см пациентам предлагалось оперативное вмешательство. Если же на рентгенограмме выявляли СП без буллезной эмфиземы, то пациентам выполняли дренирование плевральной полости

Данные анкет пациентов, полученные с помощью опросника SF-36, были проанализированы. На их основании составлена таблица 4.

Таблица 4. Результаты оценки качества жизни пациентов

Шкала SF-36	Группа 1 (n=11)	Группа 2 (n=11)
Физическое функционирование	57,4±2,3	62,3±4,2
Ролевое физическое функционирование	44,7±4,1	51,4±3,5
Интенсивность боли	74,8±3,8	84,1±2,2
Общее состояние здоровья	59,8±1,5	68,8±1,0
Жизненная активность	49,0±6,2	58,7±4,1
Социальное функционирование	68,6±1,0	74,4±3,2
Ролевое эмоциональное функционирование	49,2±7,1	58,5±3,3
Психологическое здоровье	54,7±3,3	59,2±2,0
Физический компонент здоровья	59,8±2,5	70,0±2,7
Психический компонент здоровья	51,1±3,8	58,2±5,4

У пациентов 2 группы выявлено незначительное, но достоверное значимое улучшение 10 шкал. Из этого следует, что при выборе вмешательства при спонтанном пневмотораксе стоит отдавать предпочтение малоинвазивным вмешательствам, так как уровень физического и психического здоровья значительно выше при данной манипуляции. Во 2 исследуемой группе наблюдалось значительное увеличение таких факторов как физическое функционирование (на 8,5%), ролевое физическое функционирование (на 15%),эмоциональное (8%), интенсивность боли была ниже на 12%, общее состояние здоровья было лучше на 15%. Значительным показателем является жизненная активность, она была выше во второй группе на 19,8%, социальное функционирование также было увеличено на 8,5%. Одним из лучших показателей являлось психологическое здоровье – разница с 1 группой составила 19%.

Вывод. Таким образом, применение малоинвазивных вмешательств при лечении спонтанного пневмоторакса положительно влияет как на физический компонент здоровья, так и на психический. Применение малоинвазивного вмешательства (электрокоагуляции булл) патогенетически оправдано, так как физический и психологический компоненты здоровья у 2 группы выше на 17% и 14% соответственно.

Список литературы.

1. Спонтанный пневмоторакс-анализ 1489 случаев /А.А. Пичуров, О.В. Оржешковский, А.М. Петрунькин [и др.] // Вестник хирургии. 2013. Т. 172. № 5. С. 82-88.

2. Сравнительная характеристика торакоскопических методов лечения спонтанного пневмоторакса / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, А.Ю. Литвинцев, К.И.Цербина //Сибирский научный медицинский журнал. 2018. Т.38. № 2. С. 52-55.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПРОШЕДШИХ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА

Шевченко Н.Е.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Актуальность исследования определяется широким распространением заболеваемости грыжей межпозвоночного диска, а также способностью этой патологии существенно снижать работоспособность и качество жизни пациентов несмотря на крайне низкую степень угрозы летального исхода. Согласно статистическим данным ВОЗ, характерные морфологические изменения обнаруживаются у 90% людей, достигших 40-летнего возраста, однако только у 5% из них отмечаются выраженные симптомы межпозвоночной грыжи [2]. К ним относятся сильная боль в поражённой области с распространением на конечности, снижение чувствительности, онемение, в тяжёлых случаях при пояснично-крестцовой локализации возможно нарушение функций тазовых органов.

Целью исследования является сравнение качества жизни больных, прошедших консервативное и хирургическое лечение межпозвоночной грыжи поясничной и пояснично-крестцовой локализации.

Материалы и методы: в ходе исследования был проведён опрос 20 пациентов, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в период с ноября 2017 по февраль 2019 года. Среди опрошенных было 13 женщин и 7 мужчин возрастом от 26 до 74 лет (таблица 1) на момент заполнения опросного листа, средний возраст составил 52 года. Больные были разделены на две группы по 10 человек. К первой были отнесены пациенты, перенесшие хирургическое удаление грыжи межпозвоночного диска, а ко второй – больным, которым проводилось консервативное лечение.

Таблица 1. Половозрастная структура опрошенных пациентов

Группы больных (n=20)	Возраст (годы)											
	20-30		30-40		40-50		50-60		60-70		>70	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Первая (n=10)	1	0	1	0	1	1	2	2	1	0	0	1
Вторая (n=10)	1	1	1	0	2	1	0	0	2	0	1	1

Результаты и обсуждения. Всем поступившим в отделение больным выполнялись следующие клинико-лабораторные исследования: общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. Постановка диагноза осуществлялась на основании результатов МРТ и КТ, выявивших характерные морфологические изменения определённой локализации (таблица 2).

Таблица 2. Локализация грыжевого выпячивания относительно центра позвонка

Локализация грыжевого выпячивания	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Медианная	1 (10%)	0
Парамедианная	7 (70%)	6 (60%)
Латеральная	2 (20%)	3 (30%)
Фораминальная	0	1 (10%)

В обеих группах больных наиболее часто выявлялась парамедианная локализация грыжевого выпячивания, на втором месте – латеральная. Медианная и фораминальная грыжи диагностировались значительно реже.

Частота различных клинических проявлений межпозвоночной грыжи у опрошенных больных представлена в таблице 3.

Таблица 3. Частота встречаемости различных клинических признаков

Симптом	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Боль в пояснице	10 (100%)	8 (70%)
Ограничение движения	10 (100%)	8 (80%)
Боль в нижней конечности	9 (90%)	5 (50%)
Парестезии в нижней конечности	7 (70%)	5 (50%)
Нарушение функции тазовых органов	1 (10%)	0

Самые частые жалобы – боль в пояснице и ограничение движения, несколько более редкие – боль и парестезии в нижней конечности. Отмечен единичный случай нарушения функций тазовых органов. Встречаемость симптомов выше в первой группе.

Консервативное лечение пациентов первой группы заключалось в назначении нестероидных противовоспалительных средств (кеторолак, индометацин, мелоксикам, диклофенак, кетопрофен) и миорелаксантов центрального действия (толперизон, тизанидин). При их недостаточной эффективности выполнялись медикаментозные блокады с применением лидокаина, дексаметазона и бетаметазона.

Хирургическое лечение пациентов с грыжей межпозвоночного диска проводилось методом открытой классической дискэктомии. Несмотря на то, что данная операция довольно травматична, длительна и требует общей анестезии, она имеет существенные преимущества по сравнению с малоинвазивными вмешательствами. В частности, может использоваться

для удаления грыж крупных размеров, при затруднённом доступе, а также характеризуется низкой вероятностью рецидива [4].

При классической методике формируется широкий оперативный доступ (разрез над поражённым сегментом длиной 7–10 см), раздвигаются мышцы, вскрывается жёлтая связка, при необходимости выполняется ламинэктомия, после чего повреждённый диск удаляется полностью либо частично [1]. Для предотвращения нестабильности позвонков по решению врача на месте удалённого диска устанавливается титановый имплантат [3].

Исследование качества жизни пациентов проводилось с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey», который включает 36 вопросов, распределённых по 8 шкалам, характеризующим показатели физического и психологического компонентов здоровья. Обработка полученных данных производилась с помощью программы Microsoft Excel 2019. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4. Показатели качества жизни больных.

Шкалы SF-36	Группа 1 (n=10)	Группа 2 (n=10)
Физическое функционирование	27,8±7,3*	44,4±6,2*
Ролевое физическое функционирование	8,7±3,8	11,1±3,6
Интенсивность боли	16,4±8,0*	31,4±10,2*
Общее состояние здоровья	53,4±8,4	59,1±9,7
Жизненная активность	29,4±7,6*	41,1±6,8*
Социальное функционирование	41,7±12,0	51,4±12,2
Ролевое эмоциональное функционирование	3,7±2,5	11,1±5,6
Психологическое здоровье	37,3±8,7*	41,3±9,2*
Физический компонент здоровья	28,7±5,2*	34,3±4,4*
Психический компонент здоровья	27,2±8,1*	30,7±7,8*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

По итогам сравнения параметров качества жизни обеих групп пациентов установлено, что больные, которым было проведено удаление межпозвоночной грыжи, характеризуются более высоким показателем как физического, так и психологического компонента здоровья: на 19,5% и 12,9% соответственно.

Вывод. Результаты исследования дают основание полагать, что при выраженных симптомах грыжи межпозвоночного диска целесообразно выполнение операции по её удалению, так как это способствует улучшению качества жизни пациента.

Список литературы.

1. Данилова А.М, Жедик Е.М., Леус П.В. Межпозвоночная грыжа: методы профилактики и лечения // OlymPlus. Гуманитарная версия. 2018. № 2. С. 77-80.

2. Даулетова М.Д, Зиябаева М.Л. Частота встречаемости межпозвоночных грыж // Теория и практика современной науки. 2018. № 1. С. 716-718.
3. Жучков Н.А, Куташова В.А. Взгляд на проблему оперативного лечения межпозвоночных грыж // Молодой учёный. 2015. № 20. С. 122-125.
4. Мирзоев Х.Х. Оптимизация оперативного и консервативного лечения межпозвонковых грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. № 1. С. 65-73.

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ГОЛЬДЕНХАРА

Шимская Л.И., Аржаных И.В., Геков К.В., Сошникова О.В., Мартынов Н.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФПО
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Авдеева Н.Н.

Синдром Гольденхара – окулоаурикуловертебральный синдром, включающий гемифациальную микросомию, дермоидные кисты и аномалии позвоночника. Основными проявлениями являются орбитальные дефекты, гипоплазия нижней челюсти, аномалии ушной раковины, нарушение слуха, вовлечение и дефицит мягких тканей. Кроме того, пациенты с синдром Гольденхара могут иметь пороки развития сердца, почек и легких, а также конечностей. Точная причина синдрома Гольденхара неизвестна, но считается многофакторной, то есть сочетание взаимодействия генов и факторов окружающей среды, вызывающих неправильное развитие первой и второй жаберных дуг во время первого триместра беременности. Мужчины страдают чаще, чем женщины (3:2). Частота развития синдрома по данным литературы варьирует от 1:3000-5000 до 1:25-40000. В зависимости от пораженных органов и тяжести пороков развития фенотип разнообразен, соответственно, анестезиолог-реаниматолог может столкнуться с пациентами с синдром Гольденхара в различных областях хирургии: челюстно-лицевая хирургия, оториноларингология, офтальмология, нейрохирургия, хирургия позвоночника, урология [1, 2, 4].

Целью данной работы является привлечение внимания к синдрому Гольденхара, который представляет мультифакториальную проблему с позиций проведения анестезиологического пособия.

Клинический случай. В отделении челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы 2-летней пациентке, у которой был диагностирован синдром Гольденхара, была запланирована пластика поперечной расщелины. Признаками синдрома являлись: асимметрия лица за счет деформации нижней и средней зоны, отсутствие левой ушной раковины, поперечная левосторонняя расщелина лица, отсутствие ветви нижней челюсти

слева (подтверждено результатом компьютерной томографии). При комплексной предоперационной оценке выяснилось, что сочетанная патология других органов и систем отсутствует. Предшествующих оперативных вмешательств не было. Движения головы и шеи были немного ограничены из-за кривошеи. Степень сложности интубации по Маллампати – III, оценка риска по Уилсону составила 3 (вес – 0, подвижность шейного отдела позвоночника – 1, подвижность нижней челюсти – 0, степень недоразвития нижней челюсти – 2, патология зубов – 0), что предполагает до 75% случаев трудной интубации. С целью дополнительной оценки состояния дыхательных путей выполнен осмотр оториноларинголога. При непрямой ларингоскопии патологии гортани, голосовых складок и структур, к ним прилегающих, не выявлено. Общеклинические лабораторные и инструментальные данные были в норме, за исключением незначительно выраженной сколиотической деформации в грудном отделе.

С учетом выявленных в предоперационном периоде особенностей принято решение о ведении пациентки по алгоритму прогнозируемой ситуации «трудных дыхательных путей». Дополнительно информировали родителей о предполагаемых трудностях, подготовили необходимое оборудование, привлекли эндоскопическую бригаду на момент интубации трахеи, предусмотрели особенности индукции, готовность к экстренному инвазивному доступу, четкую тактику экстубации пациента. Ребенка транспортировали до операционной в присутствии матери без премедикации. Выраженной негативной реакции на окружающую обстановку и медперсонал не было. Выполнена болюсная индукция анестезии севофлураном в концентрации 8 об. % и установка периферического венозного катетера. После внутривенного введения 0,2 мг атропина и 50 мкг фентанила выполнена интубация трахей с 1-ой попытки интубационной трубкой № 3 без использования мышечных релаксантов. Манипуляция выполнена с некоторыми техническими сложностями, обусловленными анатомическими особенностями ротовой полости, но без эндоскопической асситенции. Анестезия поддерживалась 3-4 об. % севофлурана и 50 мкг фентанила. При непрерывном мониторинге ЭКГ, артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, капнометрии показатели соответствовали возрастной норме, этапам операции и анестезии. После операции, продолжавшейся 50 минут, при восстановлении сознания, спонтанного дыхания, мышечного тонуса пациентка была экстубирована и отправлена в профильное отделение. Послеоперационный период протекал без каких-либо осложнений.

Результаты и обсуждение. Пациенты данной популяции нуждаются в проведении дополнительных предоперационных диагностических процедур для выявления факторов риска оперативного вмешательства и анестезии. Возможные нарушения со стороны центральной нервной системы, психического статуса могут быть вызваны как глухотой, так и структурными изменениями. Врожденные пороки сердца регистрируются у 5-58% больных с синдромом Гольденхара. Чаще встречаются открытый артериальный проток,

септальные дефекты, тетрада Фалло, коарктация аорты, стеноз легочной артерии. Есть сообщения о декстрапозиции [1, 2].

Респираторная функция может быть нарушена частичной или полной односторонней гипоплазией легких. Высок риск респираторных инфекций, легочной гипертензии. Кроме того, тяжелые деформации позвоночника могут вызвать рестриктивное заболевание легких [1, 4].

С синдромом Гольденхара может быть связана патология мочевыделительной системы (эктопические или сросшиеся почки, агенезия почек, мочеточника, везикоуретральный рефлюкс) [1].

Общая анестезия является единственным возможным видом обеспечения наиболее распространенных хирургических вмешательств у детей с данной патологией. Методы нейроаксиальной анестезии, например, при урологических, ортопедических операциях могут быть трудновыполнимы или противопоказаны в зависимости от наличия пороков развития позвоночника [3].

Основной проблемой анестезиологического пособия могут стать трудности обеспечения проходимости верхних дыхательных путей. Седация и премедикация в профильном отделении должны быть назначены только после очень тщательной оценки индивидуального риска возникновения сложностей с адекватным газообменом. Требуется детальный анализ предполагаемой степени трудности интубации. Некоторые авторы при ретроспективном рассмотрении случаев сложной интубации указывают на значимую корреляцию с выраженностью гипоплазии нижней челюсти. Этот признак может быть включен в алгоритм оценки дыхательных путей при данном синдроме. В отдельных случаях предлагается выполнение фибробронхоскопии, 3D компьютерной томографии дыхательных путей. Одной из особенностей синдрома являются позвоночные аномалии, это может усугубить и без того трудную интубацию. Нужно быть готовым к использованию альтернативных воздуховодных устройств, волоконно-оптической интубации и трахеостомии [3, 5].

После операции в связи с высоким риском послеоперационных гипоксических событий следует рассмотреть необходимость послеоперационного восстановления в отделении интенсивной терапии и использование сугаммадекса для реверсии нейромышечного блока [5].

Выводы. Синдром Гольденхара – это редкий врожденный синдром, характеризующийся в первую очередь черепно-лицевыми аномалиями и широким спектром патологий других органов и систем, различающихся по степени выраженности. Это диктует необходимость более тщательного подхода к предоперационному обследованию таких пациентов.

Поскольку основной проблемой становится, как правило, интубация трахеи, необходима тщательная предоперационная оценка и ведение пациентов по алгоритму «трудных дыхательных путей».

Список литературы.

1. Карякина И.А. Особенности общеклинических проявлений синдрома Гольденхара // Системная интеграция в здравоохранении. 2010. № 2. С. 18-31.
2. Клинический случай синдрома Гольденхара у новорожденного / Киселева Л.Г., Мокеева Л.П., Тишкова Ю.С [и др.] // Вятский медицинский вестник. 2015. № 2. С. 53-54.
3. Anaesthetic Management in a Child with Goldenhar Syndrome / Khan W.A., Salim B., Khan A.A., Chughtai S. // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2017. 27 (3). S6-S7.
4. Martelli H.Jr., Miranda R.T., Fernandes C.M. Goldenhar syndrome: clinical features with orofacial emphasis // J Appl Oral Sci. 2010. Vol. 18. P. 646-649.
5. Sukhupragam W., Rosenblatt W.H. Airway management in a patient with Goldenhar syndrome: a case report // J Clin Anesth. 2008. 20 (3). P. 214-217.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Шматько И.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Суковатых М.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что ТЭЛА занимает 3-е место по причине смертности (ежегодно умирает 0,1% населения) после инфаркта миокарда и инсульта. Распространенность данной патологии предположительно составляет 1-2 случая на 1000 человек в год [2].

Целью исследования является оценка эффективности лечения и качества жизни пациентов с тромбозом глубоких вен и ТЭЛА.

Материалы и методы: статистический анализ результатов лечения и анкетирования пациентов, прошедших лечение на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Были опрошены 8 женщин и 12 мужчин в возрасте от 41 до 90 лет. В ходе исследования были сформированы две группы пациентов: 10 человек с тромбозом глубоких вен и 10 человек с тромбоэмболией легочной артерии. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Первая группа (n=10)		Вторая группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
41-50	6	0	0	0
51-60	1	0	1	0

61-70	1	1	2	3
71-80	0	0	1	3
81-90	0	1	0	0
Всего	8	2	4	6

Из таблицы видно, что среди больных первой группы преобладают мужчины в возрасте от 41 до 50 лет, а среди больных второй группы – женщины в возрасте от 61 до 80 лет.

Из лабораторных исследований в большинстве случаев больным были назначены общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, УЗИ сосудов, ЭКГ, R-грамма ОГК, коагулограмма, АЧТВ.

Результаты и обсуждения. Анализ частоты клинических симптомов представлен в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов

Симптомы	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отек обеих н/к	2	20%	0	0%
Отек правой н/к	3	20%	1	10%
Отек левой н/к	1	10%	2	20%
Отечность	4	40%	4	40%
Чувство тяжести	4	40%	3	30%
Общая слабость	3	30%	8	80%
Тянущие боли	1	10%	7	70%
Одышка при незначительной физ. нагрузке	1	10%	4	40%
Одышка при умеренной физ. нагрузке	0	0%	3	30%
Одышка в покое	0	0%	1	10%
Симптом Хоманса	9	90%	7	70%
Симптом Мозеса	9	90%	7	70%

Из таблицы видно, что для первой группы больных характерны симптом Мозеса, симптом Хоманса, отечность конечностей, чувство тяжести, а для второй группы – тянущие боли, общая слабость, одышка при незначительной, умеренной нагрузке и в покое. Общее для двух групп больных – положительные симптомы Хоманса и Мозеса.

На основе проведенной R-графии ОГК были получены следующие результаты, представленные в таблице 3.

Таблица 3. Результаты R-графии ОГК

Результаты рентгенографии ОГК	1 группа (n=3)		2 группа (n=7)	
	Абс.	%	Абс.	%

Пневмосклероз	0	0%	5	71,4%
Расширение тени сердца за счет левого	0	0%	1	14,3%
Расширение тени сердца за счет правого	0	0%	6	85,7%
Расширение корня легкого	0	0%	4	57,1%
Уплотнение корня легкого	0	0%	2	28,6%
Инфильтрация	0	0%	2	28,6%
Возрастные изменения	2	66,7%	0	0%
Без патологии	1	33,3%	0	0%

Результаты R-графии ОГК, приведенные в таблице, говорят о том, что у пациентов с ТЭЛА характерно наличие на рентгенограмме органов грудной клетки пневмосклероза, расширения тени сердца за счет правого желудочка, расширение корня легкого. У больных с тромбозом глубоких вен отмечаются возрастные изменения.

По результатам исследования ЭКГ данных, для пациентов с ТЭЛА характерного появление синдрома SI-QIII-TIII, снижение сегмента ST в правых грудных отведениях, повышение встречаемости блокады правой ножки пучка Гисса. Иногда отмечается появление лёгочного зубца Р.

Препараты, применяемые для медикаментозной терапии, представлены в таблице 4.

Таблица 4. Препараты, применяемые для лечения

Препарат	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Прадакса	9	90%	6	60%
Гепарин	10	100%	9	90%
Варфарин	1	10%	2	20%
Нимесил	4	40%	2	20%
Ксарелто	0	0%	3	30%
Детралекс	10	100%	8	80%
Цефтриаксон	2	20%	3	30%
Диклофенак	1	10%	3	30%
Эналаприл	1	10%	1	10%

При лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей оральными антикоагулянтами, на выбор препарата не оказывают влияния локализация и степень распространенности тромботического процесса в глубоких венах [1,3].

С помощью анкеты "SF-36" были оценены показатели качества жизни больных с тромбозом глубоких вен и ТЭЛА. Результаты работы представлены в таблице 5.

Таблица 5. Результаты опроса больных по анкете SF-36

Показатели	1 группа (n = 10)	2 группа (n = 10)
Физическое функционирование	66,5±5,77	47±3,43
Ролевое физическое функционирование	57,5±6,51	52,5±5,83
Интенсивность боли	63,30±4,96	48,4±2,66
Общее состояние здоровья	47,50±5,31	35,8±2,52
Жизненная активность	70,50±4,68	54,5±3,29
Социальное функционирование	77,40±4,86	57,4±3,32
Ролевое эмоциональное функционирование	59,99±9,69	46,67±5,44
Психологическое здоровье	70,80±3,53	56±3,04
Физический компонент здоровья	41,381±1,90	36,23±1,15
Психический компонент здоровья	49,81±1,60	42,71±0,94

Из таблицы видно, что все показатели у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии ниже, чем у пациентов с тромбозом глубоких вен. Заметнее всего разница в показателях физического функционирования, жизненной активности, социальном функционировании.

Выводы. Таким образом, мы пришли к выводу, что тромбоэмболия лёгочной артерии оказывает ощутимое негативное влияние на качество жизни пациентов.

Список литературы.

1. Исследование ассоциаций генетических полиморфизмов генов наследственных тромбофилий с клинико-лабораторными показателями у больных после реконструктивных операций по поводу облитерирующих заболеваний брюшной аорты и артерий нижних конечностей / Лазаренко В.А., Парфенов Е.И., Чурносов М.И., Бобровская Е.А. // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2015. № 4. С. 51-56.

2. Лавриненко К.И., Белоус А.С., Маль Г.С. Коррекция хронической ишемии конечностей силденафилом в эксперименте // Электронный научный журнал «INNOVA». Курск, 2015.

3. Суковатых Б.С., Суковатых М.Б., Перьков С.О. Результаты лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей оральными антикоагулянтами // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2017. Т.22. № 5. С. 278-283.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ И НЕУЩЕМЛЕННЫМИ ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ

Щагин Е.Е., Сабанцев Д.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель-д.м.н., профессор Блинков Ю.Ю.

Данная тема является довольно-таки актуальной, потому что благодаря наблюдениям за пациентами в течение нескольких месяцев можно выявить сразу несколько проблем, связанных с проведением операций по удалению грыж, правильно составленным индивидуальным рекомендациям и их выполнением.

Целью данного исследования является установка уровня жизни больных с помощью опроса SF-36 (Short form), и опираясь на полученные данные, составление общего результата наших наблюдений.

Материалы и методы: в опросе приняли участие 20 человек, которым была проведена данная операция в БМУ «Курская областная клиническая больница» или ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с июля 2018 года по январь 2019 года. Возраст больных колеблется от 25 до 75 лет. Из них 12 женщин и 8 мужчин. Больные были поделены на 2 категории по 10 человек: в первую группу вошли пациенты у которых была пупочная грыжа без ущемления, а во вторую группу вошли пациенты у которых была пупочная грыжа с ущемлением.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Первая группа		Вторая группа	
	Мужской	женский	мужской	женский
25-35	1	1	0	0
35-45	0	2	1	0
45-55	1	3	0	1
55-65	2	0	2	0
65-75	1	1	0	4
Всего	5 (25%)	7 (30%)	3 (20%)	5 (25%)

Из таблицы 1 видно, что пупочные грыжи без ущемления чаще удаляли женщинам – 30%, а мужчинам – 25%. Схожая ситуация с пупочными грыжами с ущемлением; женщины – 25%, а мужчины – 20%.

В первой группе пациентов наиболее часто операции проводили женщинам в возрасте от 45 до 55 лет, а второй женщинам в возрасте от 65 до 75 лет.

Результаты и обсуждения. Изучение качества жизни больных после лечения проводилось по опроснику «SF-36 Health Status Survey». Состоит из 11 вопросов, которые формируют 10 шкал. Полученные данные были обработаны.

Таблица 2. Показатели качества жизни больных.

SF-36	Пупочная грыжа без ущемления	Пупочная грыжа с ущемлением
Физическое функционирование	71,66±7,5	50±7,5*
Ролевое физическое функционирование	58,33±12,5	41,66±12,5
Интенсивность боли	82,66±13,0	55±5,5*
Общее состояние здоровья	70,33±10,15	64,66±5,5*
Жизненная активность	65,00±7,5	56,66±2,5
Социальное функционирование	79,16±12,5	62,5±12,5
Ролевое эмоциональное функционирование	77,78±17	55,56±17
Психологическое здоровье	69,33±8	65,33±6
Физический компонент здоровья	46,92±2,5	38,47±1,5
Психический компонент здоровья	49,81±4	46,84±4,5*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Из представленной таблицы можно выделить, что качество жизни пациентов с пупочной грыжей с ущемлением ниже на 8,5% качества жизни пациентов, с пупочной грыжей без ущемления. В плане психологического компонента, разница между двумя группами составляет 3%. Таким образом можно утверждать, что качество жизни пациентов с удаленной пупочной грыжей без ущемления благоприятнее, чем у пациентов с удаленной грыжей с ущемлением.

Список литературы.

1. Пупочные грыжи и патогенетическое обоснование выбора метода их коррекции / Авдеев С.С., Газуани А., Муравьев С.Ю., Федосеев А.В. // Анналы Хирургии. 2013. № 6. С. 5-11.

2. Лечение больных с пупочными грыжами и грыжами белой линии живота / Адамян А.А., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р., Копыльцов А.А. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2006. № 4. С. 35-36.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ОТ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Япринцева А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Суковатых Б.С.

Профилактика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения на данный момент имеют большую социально-экономическую значимость и всегда были важной медико-социальной проблемой [1]. Согласно

статистическим данным в России инсульт каждый год проявляется у 450000 человек, из них около 35% погибают в остром периоде заболевания, а риск развития ишемического инсульта имеется в 80-85% случаев [2]. Вероятность развития инсульта в России – 2,5-3,0 случая на 1000 населения в год.

Целью исследования является улучшение результатов лечения и качества жизни больных со стенозами сонной артерии путем выбора оптимального метода хирургического лечения: каротидной эндартерэктомии или каротидного стентирования.

Материалы и методы: анализ результатов лечения и анкетирование пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении на базе БМУ «Курская областная клиническая больница» с диагнозом «Стеноз внутренней сонной артерии».

Результаты и обсуждения. В процессе исследования было опрошено 20 пациентов со стенозом внутренней сонной артерии. Было опрошено 15 мужчин и 5 женщин в возрасте от 42 до 79 лет. В результате исследования все исследуемые были поделены на две группы: первая группа – пациенты с проведенной каротидной эндартерэктомией, вторая группа – пациенты с проведенным каротидным стентированием. Распределение исследуемых по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Первая группа (n=10)		Вторая группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
42-52	1 (10%)	0	0	0
52-62	2 (20%)	0	3 (30%)	1 (10%)
62-72	3 (30%)	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)
72-79	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)
Всего	8 (80%)	2 (20%)	7 (70%)	3 (30%)

Исходя из таблицы 1 мы можем сделать вывод, что среди больных первой группы преобладают женщины в возрасте от 62 до 79 лет, а мужчины в возрасте от 62 до 72 лет. Делая вывод по второй группе можно сказать, что к хирургическому лечению стеноза внутренней сонной артерии путем каротидного стентирования в большей мере прибегают мужчины в возрасте от 52 до 62 лет.

Анализ частоты клинических симптомов сосудисто-мозговой недостаточности представлен в таблице 2.

Таблица 2. Частота клинических симптомов у больных со стенозом внутренней сонной артерии.

Клинический симптом	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
Асимптомное течение	1 (10%)	0
ТИА	2 (20%)	1 (10%)
Дисциркуляторная энцефалопатия	4 (40%)	5 (50%)
Состояние после инсульта	3 (30%)	4 (40%)

Делая вывод по таблице 2, можем сказать, что наиболее характерными проявлениями сосудисто-мозговой недостаточности для больных как из первой группы, так и из второй являются: дисциркуляторная энцефалопатия и состояние после инсульта.

Наиболее информативным инструментальным методом исследования при стенозе внутренней сонной артерии являются ультразвуковое исследование: УЗДГ брахиоцефальных артерий с дуплексным сканированием. Для характеристики эхоструктуры бляшки использовалась классификация Geroulacos G. Выделяется 5 типов бляшки. Произведен анализ ультразвукового исследования, который представлен в таблице 3.

Таблица 3. Ультразвуковое исследование.

Показатель	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)
1 – гомогенная гипоэхогенная	1 (10%)	1 (10%)
2 – гетерогенная гипоэхогенная	2 (20%)	2 (20%)
3 – гетерогенная гиперэхогенная	6 (60%)	5 (50%)
4 – гомогенная гиперэхогенная	1 (10%)	2 (20%)
5 – сильно кальцинированная	0	0
Неровный контур	6 (60%)	5 (50%)
Наличие изьязвления	3 (30%)	2 (20%)
Умеренный кальциноз АСБ	3 (30%)	3 (30%)

Результаты ультразвукового исследования показывают, что наиболее частым типом бляшки у пациентов первой и второй группы является гетерогенная гиперэхогенная бляшка.

В постоперационном периоде всем пациентам была назначена антиагрегантная терапия. В случаях гиперлипидемии также применялись статины.

С помощью анкеты SF-36 были оценены эффективность лечения и качество жизни пациентов. Результаты работы представлены в таблице 4.

Таблица 4. Оценка качества жизни пациентов.

Показатели SF-36	Группа № 1 (n=10)	Группа № 2 (n=10)
Физическое функционирование	62,3±2,37*	80,6±1,28
Ролевое физическое функционирование	26±3,32*	53,4±1,67
Интенсивность боли	31±1,88	62±4,27
Общее состояние здоровья	29±1,46	52±1,24
Жизненная активность	31±1,73	61,7±1,89
Социальное функционирование	52,6±1,98	75,1±1,41
Ролевое эмоциональное функционирование	36,4±7,83	56±11,46
Психологическое здоровье	33,33±1,32*	66,67±1,69

Физический компонент здоровья	35,63±1,16*	44,77±0,2
Психический компонент здоровья	32,36±1,57	44,15±1,23

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. В результате произведенного исследования можно сделать вывод, что качество жизни пациентов второй группы (каротидное стентирование) выше, чем у пациентов первой группы (каротидная эндартерэктомия). Так, ролевое физическое функционирование, жизненная активность и ролевое эмоциональное функционирование пациентов во второй группе превышают показатели пациентов первой группы в 2 раза.

Список литературы.

1. Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий и вопросы хирургической коррекции симптомного и бессимптомного каротидного
стеноза / Глушков Н.И., Иванов М.А., Артемова А.С [и др.] // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2018; 177 (5). С. 17-20.

2. Эффективность классической каротидной эндартерэктомии с использованием временного шунта / Михайлов И.В., Гусинский А.В., Шломин В.В [и др.] // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2015; 174 (6). С. 13-16.

РАЗДЕЛ 6.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА КУРСКА

Абдукодирова Д.Э.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Михин В.П.

Высокая заболеваемость и смертность взрослого населения от сердечно-сосудистой патологии являются одной из ведущих проблем в современной кардиологии. Коррекция факторов риска в настоящем, в частности коррекция уровня атерогенных липидов приобретает огромное значение в предотвращении летальных исходов от патологий сердечно-сосудистой системы в будущем. Важным аспектом профилактики атеросклеротического поражения коронарного и артериального русла у больных с высоким сердечно-сосудистым риском выступает достижение целевых уровней атерогенных липидов крови.

Целью исследования является анализ эффективности коррекции уровня холестерина у больных с сердечно-сосудистым риском в поликлиниках города Курск.

Материалы и методы : статистический анализ анкет врачей поликлиник города Курска за 2018 год.

Результаты и обсуждения. При анализе результатов 157 анкет врачей поликлиник г. Курск за 2018 год было получено, что опрос по следующим факторам риска: Курение – проводят 156 человек (99,36%), без ответа 1 человек (0,64%); Наследственная отягощенность - проводят 157 человек (100%). В качестве обязательных исследований: Уровень ОХС проводят 157 человек (100%); Уровень ЛПВП - проводят 111 человек (70,7%), не проводят 34 (21,66%), без ответа 12 (7,64%); Уровень триглицеридов – проводят 116 человек (73,89%), не проводят 30 (19,11%), без ответа 11 (7,01%). Целевым уровнем ОХС для пациентов с неосложненной артериальной гипертензией: <4,5 ммоль/л - считают 131 человек (83,44%), <4,0 ммоль/л – 25 (15,92%), без ответа – 1 (0,64%); для пациентов с осложненной АГ: <4,5 ммоль/л - 17 (10,83%), <4,0 ммоль/л – 140 (89,17%) человек. Целевым уровнем ХС ЛНП у больного АГ III степени тяжести, перенесшего ишемический инсульт: <2,5 ммоль/л считают 8 человек (5,1%), <2,0 ммоль/л 10 человек (6,37%), <1,8 ммоль/л – 83 (52,87%), < 1,5 ммоль/л – 60 (38,22%), без ответа – 7 человек (4,46%). Все результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты анкетирования

Количество опрошенных			157	100%
	Назначаете ли Вы в качестве обязательных исследований нижеперечисленное?			
	Уровень ОХС	Да	157	100,00%
		Нет	0	0,00%

		без ответа	0	0,00%
	Уровень ЛПВП	Да	111	70,70%
		Нет	34	21,66%
		без ответа	12	7,64%
	Уровень триглицеридов	Да	116	73,89%
		Нет	30	19,11%
		без ответа	11	7,01%
Лечение	Даете ли Вы рекомендации по ЗОЖ?	Да	153	97,45%
		Нет	3	1,91%
		без ответа	1	0,64%
	Какие уровни ОХС ВЫ считаете целевыми? для пациентов с неосложненной АГ	<4,5 ммоль/л	131	83,44%
		<4,0 ммоль/л	25	15,92%
		без ответа	1	0,64%
	для пациентов с осложненной АГ	<4,5 ммоль/л	17	10,83%
		<4,0 ммоль/л	140	89,17%
		без ответа	0	0,00%
	Какие статины Вы чаще назначаете? Укажите 2 препарата.	Розувастатин	14	8,92%
		Аторвастатин	2	1,27%
		Симвастатин	0	0,00%
		Розувастатин/Аторвастатин	47	29,94%
		Аторвастатин/Розувастатин	41	26,11%
		Аторвастатин/Симвастатин	3	1,91%
		Симвастатин/Аторвастатин	0	0,00%
		Розувастатин/Симвастатин	1	0,64%
		без ответа	49	31,21%
	Каков целевой уровень ХСЛНП у больного АГ III степени тяжести, перенесшего ишемический инсульт?	<2,5 ммоль/л	8	5,10%
		<2,0 ммоль/л	10	6,37%
		<1,8 ммоль/л	83	52,87%
		<1,5 ммоль/л	60	38,22%
		без ответа	7	4,46%

В ходе анализа результатов анкет выяснилось, что наиболее часто назначаемыми статинами являются: Розувастатин 14 человек (8,92%), Аторвастатин 2 человека (1,27%), Розувастатин/Аторвастатин 47 человек (29,94%), Аторвастатин/Розувастатин 41 человек (26,11%), без ответа 49 человек (31,21%).

Выводы.

1. Все врачи поликлиник города Курск опрашивают своих пациентов по поводу таких факторов риска, как курение и наследственная отягощенность.

2. В качестве обязательных исследований все врачи назначают определение уровня общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности, триглицеридов.

3. Около 83% врачей считают, что целевой уровень ОХС для больных с неосложненной АГ- <4,5 ммоль/л; 89% врачей считают, что целевой уровень для больных с осложненной АГ - <4,0 ммоль/л.

4. Для коррекции уровня ХС наиболее часто применяются розувастатин и аторвастатин.

Список литературы.

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза//Российские рекомендации, VI пересмотр. Москва, 2017- 44.

2. Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ЕОК) и Европейского общества атеросклероза (ЕОА) по диагностике и лечению дислипидемий/ Рекомендации ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий// Российский кардиологический журнал. 2017. № 5 (145). С. 7-77.

3. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учеб. пособие. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2017. 896 с.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО ДАННЫМ БУЗ «ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ»

Авдеева М.А.

Курский государственный медицинский университет.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лесная Н.П.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) собирательное понятие, которое включает в себя различные виды и степени тяжести механического повреждения, как самого черепа, так и внутричерепных образований: мозговых оболочек, тканей мозга, церебральных сосудов, черепных нервов. В России ежегодно черепно-мозговую травму получают около 600 тысяч человек, из них

50 тысяч погибают, а еще 50 тысяч становятся инвалидами. Несмотря на ежегодное усовершенствование методов диагностики и лечения, и огромные финансовые затраты, направленные на разработку новых подходов к лечению, ЧМТ по-прежнему остается наиболее частой причиной смерти людей во многих странах мира.

Цель исследования: оценка вероятности возникновения осложнений ЧМТ группы больных, страдающих открытой ЧМТ, госпитализированных в нейрохирургическое отделения БУЗ «Орловская областная клиническая больница».

Материалы исследования: для изучения данной проблемы было проанализировано 106 историй болезни пациентов в возрасте от 18 до 64 лет, которые находились на лечении по поводу ЧМТ с января по декабрь 2018 года.
Методы исследования: анализ сплошным методом 106 медицинских карт больных стационара с ЧМТ.

Результаты данного исследования обрабатывались с использованием методов вариационной статистики: графического, структурного, сравнительного и средних величин.

В ходе структурного анализа историй болезни было выявлено, что для 21 (20%) пациента с ушибом головного мозга исход ЧМТ стал летальным. Из них 15 (14%) были прооперированы, 8 подверглись повторному оперативному вмешательству. Все эти пациенты были доставлены в больницу через длительный промежуток времени, что осложнило течение травмы и привело к летальному исходу. С ушибом головного мозга тяжелой степени тяжести с очагами размозжения и сопутствующими гематомами поступило 56 человек (53%) из них 27 (25,6%) больных прооперировано и 24 (22,6%) умерло. Во всех случаях присутствовали эндогенные или экзогенные интоксикации, которые в свою очередь усугубили течение травмы и привели в какой-то степени (22,6%) к летальному исходу. Все случаи смертей разобраны на КИЛИ, расхождений диагнозов не было. Умерших от травмы черепа и головного мозга 29 (27,4%) Два пациента поступили с сочетанной ЧМТ, они погибли менее чем за сутки. У них было обнаружено микробное загрязнение раны из окружающей среды. Самая частая причина летального исхода – отек мозга. Два пациента имели сочетанную травму, тяжелый ушиб головного мозга с первичным ушибом ствола мозга не оперированы, им выполнялась ПХО (первичная хирургическая обработка) ран головы туловища конечностей, троим произведен лапароцентез - в одном случае ушивание разрыва печени, дренирование брюшной полости. Все умерли от отека и дислокации мозга. В результате анализа историй болезни был выявлен ряд обязательных мероприятий для лечения ЧМТ. Для борьбы с нарастающим отеком мозга в реанимации используют искуственное повышение перфузионного давления в сосудах мозга засчет увеличения артериального давления до 150-160 мм рт. ст., а также возвышенное положение головы (30-35 градусов), чтобы улучшить отток жидкости из сосудов мозга по венам шеи. Противоотечные препараты не справляются с данной проблемой настолько эффективно, как вышеуказанные мероприятия, они вызывают обезвоживание всего организма, что ведет к нарушению функционирования

других систем органов. Параллельно с данными мероприятиями проводят противошоковую терапию, чтобы облегчить состояние больного, антибиотикотерапия, используют противоотечные препараты, противовоспалительные, инфузионную терапия, антиагреганты и антикоагулянты.

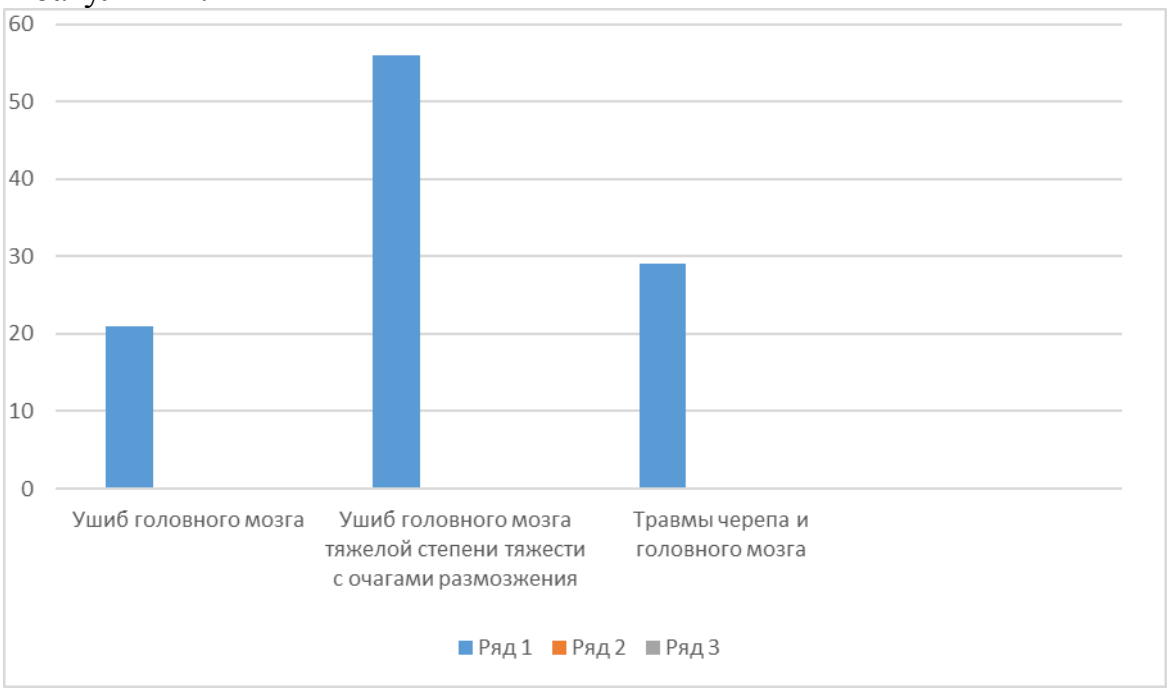


Диаграмма 1. Заболевания, усугубляющие течение ЧМТ

Результаты исследования (диаграмма 1) позволяют сделать следующие выводы, что такие факторы как время и интоксикации (эндогенные или экзогенные) усугубляют течение ЧМТ и могут привести к летальному исходу. Из этого следует, что только хорошо оснащенный оборудованием стационар и высококвалифицированные специалисты могут повлиять на исход данной травмы.

Список литературы.

1. Оптимизация реаниматологической помощи пострадавшим при сочетании тяжелой черепно-мозговой травмы с тяжелой травмой груди / Д. П. Мешаков // Автореферат дис. доктора медицинских наук / Воен. –мед. акад. им. С. М. Кирова. – Санкт-Петербург. – 2015.

2. Лимфаферез в комплексном лечении больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму / В. Ю. Зейтленок // дис. На соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия» / Воронеж. – 2008.

3. Григорьева М. Г. / Фазность клинического течения черепно-мозговой травмы (сборник научных трудов)/ М. Г. Григорьева, Л. Б. Лихтерман // Горький. – 2004. – 323 с.

4. Кондаков Е. Н. / Черепно-мозговая травма: Руководство для врачей неспециализированных стационаров/ Е. Н. Кондаков, В. В. Кривецкий/ СПб.: СпецЛит. - 2005. – 271с. – ISBN 5-299-00223-8.

5. Дралюк М. Г. / Черепно-мозговая травма: Учебное пособие / М. Г. Дралюк, Н. С. Дралюк, Н. В. Исаева. – Ростов н/Д.: Феникс; Красноярск: Издательские проекты. – 2006. – 192 с.

ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МЕТОДОМ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФИИ

Аверьянова В.Р., Щербенев Н.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мещерина Н.С.

Ревматоидный артрит рассматривается как заболевание с высоким кардиоваскулярным риском, так как около 60% летальных исходов при данной патологии обусловлены сердечно-сосудистыми осложнениями. Актуальность исследования структурно-функциональных свойств сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом заключается в возможности предупреждения сердечно-сосудистых осложнений на раннем этапе течения заболевания.

Целью исследования является изучение параметров сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом фотоплетизмографическим методом.

Материалы и методы: критериями включения больных ревматоидным артритом в исследование были: информированное согласие пациента, активное течение ревматоидного артрита в течение последних 3 месяцев, индекс DAS28 на момент исследования 3,2 балла и выше, наличие 5 и более болезненных, 5 и более припухших суставов, уровень С-реактивного белка выше 6 мг/л и/или СОЭ более 20 мм/ч, сохраненная способность к самообслуживанию.

Критериями исключения были: низкая активность ревматоидного артрита (индекс DAS28 менее 3,2 баллов), наличие сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, сахарный диабет), инфекционных процессов любой локализации, гепатита В или С, заболевания почек и печени, ожирения (индекс массы тела более 30кг/м^2).

В исследовании принял участие 181 пациент, среди них: 37 мужчин и 144 женщины, 83 больных с длительностью заболевания менее 2 лет и 98 больных с длительностью заболевания более 2 лет, у 94 пациентов наблюдался РФ/АЦЦП-серопозитивный вариант заболевания и у 87 – РФ/АЦЦП-серонегативный вариант заболевания.

Для изучения структурных и функциональных свойств сосудистой стенки в настоящем исследовании был использован прибор «АнгиоСкан-01» (Россия). Тонус и структурное состояние сосудистой стенки оценивались с помощью контурного анализа пульсовой волны объема, регистрируемой при помощи инфракрасного датчика, сигнал которого отражает состояние циркуляции крови

во всей артериальной системе и не зависит от регионарных сосудистых изменений.

Исследование проводилось в затемненной комнате утром, натощак, в удобном сидячем положении после 15 минутного отдыха. Фотоплетизмографические датчики были наложены на концевые фаланги указательных пальцев с сохранением неподвижности кистей пациентов. За сутки до исследования исключался прием алкоголя, кофеина и других стимуляторов, а также курение и физические нагрузки.

При анализе пульсовой волны измерялись следующие параметры: индекс аугментации (Alp), индекс жесткости (SI), индекс отражения (RI), центральное систолическое давление – прогноз (Spa).

Статистическая обработка результатов исследования была проведена с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel и STATISTICA Base for Windows версия 6,0 (StatSoft), включала методы непараметрического и параметрического анализа. Проверка параметров на нормальность распределения произведена по Колмогорову-Смирнову.

Анализ результатов исследования показал, что кривые типа «С» регистрировались у 57% лиц контрольной группы, в то время как у большинства обследованных больных ревматоидным артритом были определены кривые типа «А» и «В», которые рассматриваются как патологические.

Распределение типа пульсовых волн среди больных РФ/АЦЦП-серонегативным вариантом ревматоидного артрита было следующим: 20% больных с типов волн «С», 31% - с типом волн «В» и 49% с типом волн «А» для длительности заболевания менее 2 лет, и 17% больных с типом волн «С», 19% – с типом волн «В» и 64% с типом волн «А» для длительности заболевании более 2 лет соответственно.

В случае с РФ/АЦЦП-серопозитивным вариантом заболевания кривые типа «А» и «В» регистрировались чаще, чем при серонегативном варианте заболевания. В целом распределение в данной группе выглядело следующим образом: при длительности заболевания менее 2 лет – 11% регистрации волн типа «С», 18% - «В» и 71% - «А», при длительности заболевания более 2 лет 8% регистрации волн типа «С», 12% - «В» и 80% - «А».

В результате данного исследования у всех обследованных больных ревматоидным артритом зарегистрировано статистически значимое увеличение индекса AIp в сравнении с данными контрольной группы, который нарастал с длительностью заболевания и обладал положительным значением. Следует отметить, что средние значения AIp у больных РФ/АЦЦП-серопозитивным вариантом ревматоидного артрита длительностью заболевания более 2-х лет были выше в 1,6 раза ($p=0,036$), чем средние значения у больных РФ/АЦЦП-серонегативным вариантом с аналогичной длительностью заболевания.

Данное исследование выявило статистически значимое увеличение SI у больных ревматоидным артритом в сравнении с контрольной группой. В случае с РФ/АЦЦП-серонегативным вариантом заболевания статистически значимых различий в связи с длительностью заболевания обнаружено не было, напротив,

при РФ/АЦЦП-серопозитивном варианте в группе с длительностью заболевания более 2 лет данный параметр был выше в среднем на 11,2% (p=0,022), чем в группе с меньшей продолжительностью болезни.

При сопоставлении результатов РФ/АЦЦП-серопозитивного и РФ/АЦЦП-серонегативного вариантов заболевании с аналогичной длительностью было выявлено, что SI для второго варианта в среднем был ниже на 12,2% (p=0,048) у пациентов с анамнезом менее 2 лет и на 14,6% (p=0,016) в сравнении с группой течения болезни более 2 лет.

Анализ индекса отражения (RI) выявил его увеличение у больных РФ/АЦЦП-серонегативным вариантом в сравнении с контролем в среднем в 1,5 раза (p=0,04) при длительности заболевания менее 2 лет и в 1,7 раза (p=0,01) при длительности заболевания более 2 лет, в случае с РФ/АЦЦП-серопозитивным вариантом повышение было в 1,3 раза (p=0,048) и в 1,8 раза (p=0,001) соответственно.

При анализе показателя Spa у обследованных больных ревматоидным артритом статистически значимых отличий между группами выявлено не было.

Выводы. В результате исследования параметров структурно-функционального состояния артериальной стенки у больных ревматоидным артритом методом фотоплетизмографии было выявлено повышение жесткости сосудистой стенки уже на ранних этапах заболевания (длительностью до 2 лет), которое проявляется повышением индексов аугментации (AIp) и жесткости (SI). Также было определено, что наиболее выраженные изменения параметров, отражающий артериальную ригидность, имеют место при РФ/АЦЦП-серопозитивном варианте заболевания с более длительным течением заболевания (более 2 лет).

Список литературы.

1. Скорость распространения пульсовой волны – предиктор развития сердечно-сосудистых осложнений у мужчин с ишемической болезнью сердца / Ф.Т. Агеев [и др.] // Кардиол. вестн. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 17-22.

2. Современные возможности ультразвуковых методов оценки атеросклеротического процесса у больных семейной гиперхолистеринемией / А.И. Ершова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 10. – С. 113-122.

3. Эластичность артерий и скорость пульсовой волны у больных с хронической сердечной недостаточностью различной этиологии / Ю.М. Лопатин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2004. – № 5. – С. 130-131.

4. Мельникова, Л.В. Значение гемодинамических факторов в развитии ремоделирования сосудов мышечно-эластического типа при артериальной гипертензии / Л.В. Мельникова // Саратов. науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 76-79.

5. Рогоза, А.Н. Неинвазивные методы определения эластических свойств сосудистой стенки / А.Н. Рогоза // Кардиология. – 2010. – № 3. – С. 23-29.

6. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012 г.) // Рос. кардиол. журн. – 2012. – № 4, прил. 2. – 84 с.
7. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 6. – С. 7-122. https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ И РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Альвес Де Оливейра Марсело, Сандриго Рената
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Борисова Н.А.

Актуальность исследования состоит в том, что бронхиальная астма (БА) среди всех причин нетрудоспособности занимает одно из лидирующих мест. Более того, постоянно отмечается тенденция к неуклонному росту заболеваемости. Нельзя не отметить тот факт, что хроническое воспаление приводит к повышению гиперреактивности бронхиального дерева, что обусловливает появление основных клинических симптомов БА: приступов удушья, эпизодов свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля. Формирование обратимого по времени (спонтанно или под воздействием проводимой терапии) бронхообструктивного синдрома при непосредственном участии триггерных компонентов значительно ухудшает качество жизни пациентов с БА. Количество и возраст больных этим заболеванием колеблется в зависимости от региона и составляет в среднем в большинстве государств от 5 до 15%. Высокая социальная значимость болезней легких обусловила их интенсивное изучение. Именно поэтому, предложенная в последних клинических рекомендациях, индивидуализация лечения и организация постоянного мониторинга позволяют улучшить качество жизни пациентов с БА.

Целью настоящего исследования явилась оценка эмоционального состояния у больных БА в зависимости от степени тяжести.

Материалы и методы: Обследовано 35 больных БА, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ОКБ г. Курска. Всем больным проводилось полное клинико-функциональное исследование. Критерием исключения из исследования было наличие других хронических заболеваний, которые могли бы повлиять на результаты исследования. Личностную тревожность (ЛТ) у испытуемых изучали с помощью опросника Тейлор, реактивную тревожность (РТ) - опросником Спилбергера Ханина.

В соответствии с критериями оценки тяжести течения БА у 26 человек (74,29%) диагностирована БА средней степени тяжести и у 9 (25,71%) –

тяжелой степени тяжести. Длительность заболевания составила от 1 года д о 15 лет.

Результаты и обсуждения. Показатель ЛТ в контрольной группе варьировал от 7 до 34 и был распределен равномерно по всем классам. В группе лиц с БА (тяжелое течение) этот показатель расположился в средних и высоких классах (IV-VII) и составил 89, 76%. Среднее значение показателя по этой группе составило 10,24%. У лиц со среднетяжелым течением БА показатель ЛТ располагался в основном в III-V классах (средних). Группа испытуемых с БА характеризуется выраженной личностной тревожностью ($p< 0,05$).

Показатель реактивной тревожности составили от 43 до 55 (высокие и средние классы) и от 39до 49 (средние классы) соответственно ($p<0,05$). Основная группа пациентов с БА испытывала ощущение тревоги, нервозности, беспокойства.

Следует подчеркнуть, что высокий уровень тревожности формирует различные типы психологического реагирования на течение и результаты лечения БА. Высокий уровень личностной тревожности приводит к неадекватной реакции на болезнь, что может способствовать деструктивным формам поведения, формированию панических атак и усугублению бронхообструктивного синдрома у группы пациентов с тяжелым течением БА.

Выводы.

1. Больных с тяжелым течением БА характеризует высокий уровень тревожности, внутренней напряженности. Большая часть пациентов «уходит в болезнь» и концентрируется на своих переживаниях.

2. Для больных с тяжелой формой БА характерно выраженное тревожно-депрессивное состояние с развитием социальной дезадаптации. Это в свою очередь может серьезно затруднять психическую и физическую реабилитацию пациентов. Именно поэтому для всех пациентов с БА должна проводиться индивидуальная психокоррекционная и психотерапевтическая работа.

Список литературы.

1. Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Сравнительная характеристика изменений кооперативности и качества жизни больных бронхиальной астмой при использовании различных способов доставки дозированных аэрозолей // Пульмонология. 2003. № 2. С. 42-48.

2. Гладкова К.И., Паршикова И.В., Зайцева О.Г., Агеев М.И., Ложникова Л.Е., Коротеева В.В., Шапкарин В.О. Ндивидуально-психологические особенности больных бронхиальной астмой в процессе их социальной адаптации// Кубанский научный медицинский вестник. 2009. № 4 (109). С. 76-78.

3. Цой А.Н., Архипов В.В. Комбинированная терапия бронхиальной астмы: перспективы гибкого дозирования препарата // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 10.

4. Kips J. Managing a variable disease // Pulm Pharmacol Ther. 2002. № 5 (6). P. 485-490.

5. Shrewsbury S., Pyke S., Britton M. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA) // Br. Med. J. 2000. № 320. P. 1368-1379.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ананьева Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Корнилов А.А.

В современном мире существует много опасных заболеваний, в том числе и заболевания сердечно-сосудистой системы. Поэтому задача создания наиболее эффективной терапии является одной из наиболее важных. Приоритетом терапии является максимальное снижение риска развития осложнений и смертности.

Целью исследования является исследование частоты и структуры назначения групп антигипертензивных препаратов у пациентов стационарного и амбулаторного лечения.

Материалы и методы: предметом работы являются группы антигипертензивных препаратов. Объектами работы являются истории болезней, научные журналы и периодические издания.

Результаты и обсуждения. Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд задач: изучить ассортимент Российского фармацевтического рынка, изучить литературные данные о современных классах антигипертензивных препаратов, проанализировать частоту и структуру назначения групп антигипертензивных препаратов, исходя из врачебных назначений, сравнить частоту назначений гипертензивных препаратов по группам между стационарными и амбулаторными назначениями; сравнить полученные за 2018 г. Данные амбулаторных назначений с результатами фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии «Пифагор IV: приверженность врачей».

Выводы. Наиболее часто назначаемыми препаратами для лечения артериальной гипертонии являются иАПФ (93,8% – Пифагор IV, 53,4% – собственное исследование), β-адреноблокаторы (73,1 – Пифагор IV, 46,2% – собственное исследование) и диуретики (73,2% – Пифагор IV, 67,1% – собственное исследование). В структуре назначений иАПФ получены следующие различия: по данным исследования Пифагор IV наибольшая доля принадлежит периндоприлу 20,3%, в то время как по результатам собственного исследования наибольшая доля назначений у лизиноприла 58,3%. Также получены различия в структуре назначения диуретиков: по данным исследования Пифагор IV наибольшая доля принадлежит индапамиду 58,4%, в

то время как по результатам собственного исследования наибольшая доля назначений у индапамида 44,4%;

1. Структура β-адреноблокаторов (лидер бисопролол: 30,2% - Пифагор IV и 100% - собственное исследование), блокаторов кальциевых каналов (лидер амлодипин: 32,6% - Пифагор IV и 92% - собственное исследование) и блокаторов рецепторов АТ II (лидер лозартан: 37,3% - Пифагор IV и 88,8% - собственное исследование) не отличалась.

Список литературы.

1. Багрий А.Э., Щукина Е.В. / Диуретики в современной клинической практике// Багрий А.Э., Щукина Е.В./-Москва-2012.-438с.
2. Бурдулин Н.М. / Антигипертензивные препараты в терапевтической практике// Бурдулин Н.М., Ранюк Л.Г-Владикавказ-2016-153с.
3. Волков В.С. / Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы // В.С. Волков, Г.А. Базанов// Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство, 2010 – 360 с.
4. Евстратов, А. В. Основные тенденции и перспективы развития фармацевтического рынка Российской Федерации / А. В. Евстратов, Г. А. Рябова // Молодой ученый. – 2014. – № 19. – С. 299-304;
5. Евстратов, А. В. Структурные параметры развития фармацевтического рынка Российской Федерации: закономерности формирования и основные тенденции / А. В. Евстратов // Экономика: теория и практика. – 2014. – № 4 (36). – С. 39–46;

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ (ВЕГЕНЕРА)

Андросов И.А., Тхаракаши К.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Князева Л.А.

Актуальность исследования состоит в том, что гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) остается одним из самых тяжелых и прогностически неблагоприятных системных васкулитов, что приводит к инвалидизации и повышению смертности, прежде всего среди трудоспособного населения [1, 4].

Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) является заболеванием группы системных васкулитов, характеризующихся развитием некротического гранулематозного воспаления и некротического васкулита с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, легких и почек. Заболеваемость составляет 4 случая на 1 миллион населения, распространённость - 3 случая на 100 тысяч населения. Пик заболеваемости отмечают в возрасте 40 лет. Мужчины болеют в 1,3 раза чаще женщин [2, 3].

Целью исследования являлось ознакомление с особенностями клинического течения гранулематоза с полиангиитом (Вегенера) у больной в возрасте 65 лет.

Материалы и методы исследования: на базе БМУ «Курская областная клиническая больница» был проведен анализ истории болезни пациентки поступившей в ревматологическое отделение.

Результаты исследования. Больная Г. 65 лет, госпитализирована в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами: на выраженную общую слабость, снижение веса на 8 килограмм за последний месяц, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, отёки нижних конечностей, повышение артериального давления до 170 на 110 миллиметров ртутного столба, перебои в работе сердца.

Считает себя больной с апреля 2018 года, когда впервые отметила появление одышки при обычной физической нагрузке, субфебрильную температуру, затруднение носового дыхания. Обратилась к участковому терапевту, который порекомендовал ей пройти обследование в Курском областном противотуберкулезном диспансере. После комплексного обследования данных за туберкулез получено не было. Однако при выполнении компьютерной томографии легких, были выявлены инфильтративные изменения верхних долей обоих легких, очаговое изменение средней доли правого легкого, фиброзные изменения легких. После пациентка была осмотрена ревматологом, по его рекомендации было проведен иммунологический скрининг. В результате которого были выявлены антитела к протеиназе 3. При проведении общего анализа крови обнаружены: микрогематурия и эритроцитарные цилиндры. Оториноларингологом выявлены язвенные дефекты в полости носа.

На основании полученных данных и диагностических критериев, в ревматологическом отделении был верифицирован диагноз: АНЦА-ассоциированный васкулит (положительные антитела к протеиназе 3), лихорадка, фиброзные изменения в легких, пульмонит с преимущественным поражение верхних и средних отделов легких, с образованием полостей в верхних отделах, дыхательная недостаточность II, перикардит, амиотрофический синдром, нейротрофический синдром, нефропатия хроническая болезнь почек II. Правосторонний катаральный гайморит. Нарушение носового дыхания. Язвенно-некротический дефект левой голени. Артериальная гипертензия II степени, риск 3, гипертрофия миокарда левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность II А функциональный класс III.

Назначено лечение: глюкокортикостероиды: преднизолон перорально по 30мг в сутки, трехкратное введение преднизолона по 150 мг на физиологическом растворе внутривенно капельно; внутривенное введение циклофосфана, суммарная дозировка составила 600 мг. На фоне терапии нормализовалась температура тела, возросла толерантность к физической

нагрузке, нормализовались показатели общего анализа мочи, уменьшение объема инфильтративных изменений легких.

Список литературы.

1. Баранов А.А. Системные васкулиты: современные стандарты диагностики и лечения / А.А. Баранов // Рус.мед. журн. 2005. № 24. С. 1577-1581.

2. Бекетова Т.В. Эволюция представлений об ANCA-ассоциированном гломерулонефрите / Т. В. Бекетова, Е. Н. Семенкова, Л. В. Козловская // Терапевтический архив. 2008. № 12. С. 69-73.

3. Захарова Е.В. ANCA–ассоциированные и криоглобулинемические васкулиты: диагностика и лечение // Нефрология и диализ. 2005. Т.7, № 1. С. 9-12.

4. Насонов Е.Л. Современные технологии и перспективы лабораторной диагностики ревматических заболеваний/ Е. Л. Насосов, Е. Н.Александрова // Терапевтический архив. 2010. № 5, С. 5-9.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Андросов С.С., Денисенко В.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., профессор Конопля Е.Н.

Актуальность данного исследования состоит в том, что, несмотря на усилия различных структурных подразделений здравоохранения Российской Федерации, артериальная гипертензия остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено тем, что данное заболевание широко распространено на территории нашей страны, почти половина взрослого населения имеет повышенный уровень артериального давления. Также артериальная гипертензия является предрасполагающим фактором возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инфаркт миокарда и мозговой инсульт – главным образом определяющих высокую смертность в нашей стране [3].

Целью исследования является выявление гендерной специфичности больных с гипертонической болезнью.

Материалы и методы: метод количественного и качественного анализа, статистический метод, теоретический анализ.

Результаты и обсуждения. В ходе данного исследования были выявлены гендерные особенности течения, а также предрасположенность лиц к гипертонической болезни. Практическая значимость данного исследования заключается в возможности использования полученных результатов в лечении и профилактике артериальной гипертонии.

На основе архивных данных ОБУЗ «Курская городская больница № 6» было проведено исследование. В ходе работы было проанализировано 182 истории болезни пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь, с августа 2018 по январь 2019 года. Данные анализа занесены в таблицу 1.

Таблица 1. Характеристика больных, страдающих гипертонической болезнью

Пол	Абсолютное значение	Относительное значение (%)
Мужчины	80	44
Женщины	102	56

Из таблицы видно, что из 182 больных 56% составляют женщины, а мужчин, болеющих гипертонической болезнью всего 44%.

Таблица 2. Результаты анализа гендерной специфичности больных по стадиям гипертонической болезни

Стадии гипертонической болезни	Мужчины	Женщины
3стадия 3 степень	30 (37%)	63 (61%)
3 стадия 2 степень	24 (30%)	22 (21%)
2 стадия 3 степень	20 (25%)	10 (10%)
2 стадия 2 степень	6 (8%)	7 (8%)

На основании данной таблицы мы можем сделать вывод о том, что женщин, имеющих гипертоническую болезнь 3 стадии 3 степени 61% от общего числа поступивших в стационар, то время как у мужчин этот показатель составляет всего 37%. Но 3 стадия 2 степени превалирует у мужчин и составляет 30%, у женщин этот показатель составляет 21%. Это важно, так как 3 стадия сопровождается нарушением функции основных внутренних органов, таких как сердце и головной мозг. 2 стадия гипертонической болезни уже не так опасна для жизни человека, так как не оставляет за собой каких-либо органических поражений и, как видно, у мужчин она 33%, в то время как у женщин 18% от всех собранных случаев.

Данная связь может быть обусловлена частыми и длительными волнениями, переживаниями и психоэмоциональными потрясениями, влиянием внешних раздражающих факторов окружающей среды, быстрой сменой настроения, циклическими изменениями нейроэндокринной регуляции у женщин [2]

При этом следует сказать о важности профилактики, так как гипертоническая болезнь, как и любое хроническое прогрессирующее заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика гипертонии, особенно для людей с отягощенной наследственностью, является задачей первой необходимости [1]

Список литературы.

1. Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Коломиец В.И., Поветкин С.В. Фармакоэкономический анализ комбинированной фармакотерапии, реализуемой в амбулаторной практике у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. № 3. С. 19-24.
2. Гридина С.А., Поветкин С.В., Анненкова О.В. Влияние различных вариантов комплексной антигипертензивной терапии на суточный профиль артериального давления у больных артериальной гипертонией высокого и очень высокого риска // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2015. № 3.С. 16-21.
3. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечения артериальной гипертензии // Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. 2010. № 3. С.5-6.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ АТОРВАСТАТИНА (ТОРВАКАРДА) И ЛОВАСТАТИНА НА РЕГРЕСС ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА

Анфилова М.Г., Волобуев Д.К., Востриков П.П.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Жиляева Ю.А.

Актуальность исследования состоит в том, что статины являются одними из самых сильных лекарственных средств для снижения уровня холестерина и триглицеридов. «Вторым пришествием статинов» назван переживаемый в настоящее время в медицинской среде период повышения интереса к данным препаратам, что обусловлено их положительным влиянием на снижение риска сосудистых катастроф. Первым статином, разрешенным для клинического употребления, был ловастатин. Его синтетический аналог – аторвастатин создан гораздо позднее, но благодаря своей эффективности, безопасности и широкой доказательной базе стал в последнее время наиболее часто назначаемым препаратом, являющимся ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы. Толщина комплекса интима-медиа (КИМ) является важным предиктором развития сердечно-сосудистых событий, более того, по изменению этого показателя, а именно его снижению, можно судить об эффективности гиполипидемических препаратов [4].

Целью исследования является сравнение влияния аторвастатина (Торвакарда) и ловастатина на регресс толщины комплекса интима-медиа.

Материалы и методы:

1. Первая группа больных – 60 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК ХСН I-IIA стадии, находившихся на стационарном

лечении в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Пациенты первой группы получали в качестве гиполипидемической терапии аторвастатин Торвакард в дозе 20 мг/сут [2, 3].

2. Вторая группа больных получали ловастатин в дозе 40 мг/сут. В группу вошло 84 больных с изучаемой патологией. Полученные результаты взяты из исследования влияния ловастатина на сосудистое ремоделирование и систоло-диастолическую функцию миокарда у больных стабильной ИБС, проведённое на базах Кыргызской государственной медицинской академии, Национального центра кардиологии и терапии им. акад. Мирсаида Миррахимова и Кыргызско-Российского Славянского университета [1].

Средний возраст больных, включенных в исследование, составлял от 42 до 65 лет. Обследованы как мужчины, так и женщины в состоянии менопаузы. Диагноз стабильной стенокардии напряжения был подтвержден клинически и результатами холтеровского мониторирования ЭКГ. Срок наблюдения больных составил 4 месяца, включая 1 месяц периода прескрининга. Не менее чем за месяц до включения в исследование всем больным назначали базисную терапию. Лица, нуждавшиеся в назначении других препаратов, в исследование не включались. Лабораторно-функциональные исследования проводились до начала приема статинов, через 1 и через 3 месяца терапии.

Методы исследования включали статистическую обработку результатов с использованием программ StatSoftStatistica 6.0, MicrosoftExcelи расчета критерия Стьюдентаи коэффициента корреляции ($R \pm r$); оценку выраженности атеросклеротического поражения общих сонных артерий (толщина КИМ) при помощи ультразвукового дуплексного сканирования на аппарате «Vivid S5».

Результаты и обсуждения. При сравнении изменений показателей толщины комплекса интима-медиа у больных стабильной стенокардией напряжения на фоне лечения Торвакардом и ловастатином получены следующие результаты: при применении Торвакарда в дозе 20 мг/сут к месяцу терапии значения КИМ практически не изменились. Однако к 3 месяцам терапии отмечалась положительная динамика – толщина КИМ у пациентов достоверно снизилась на 9,23% ($p<0,05$). При употреблении ловастатина в дозе 40 мг/сут к месяцу лечения изменения значения КИМ не произошло, к 3 месяцам лечения толщина КИМ у больных достоверно уменьшилась на 5,1% ($p<0,05$).

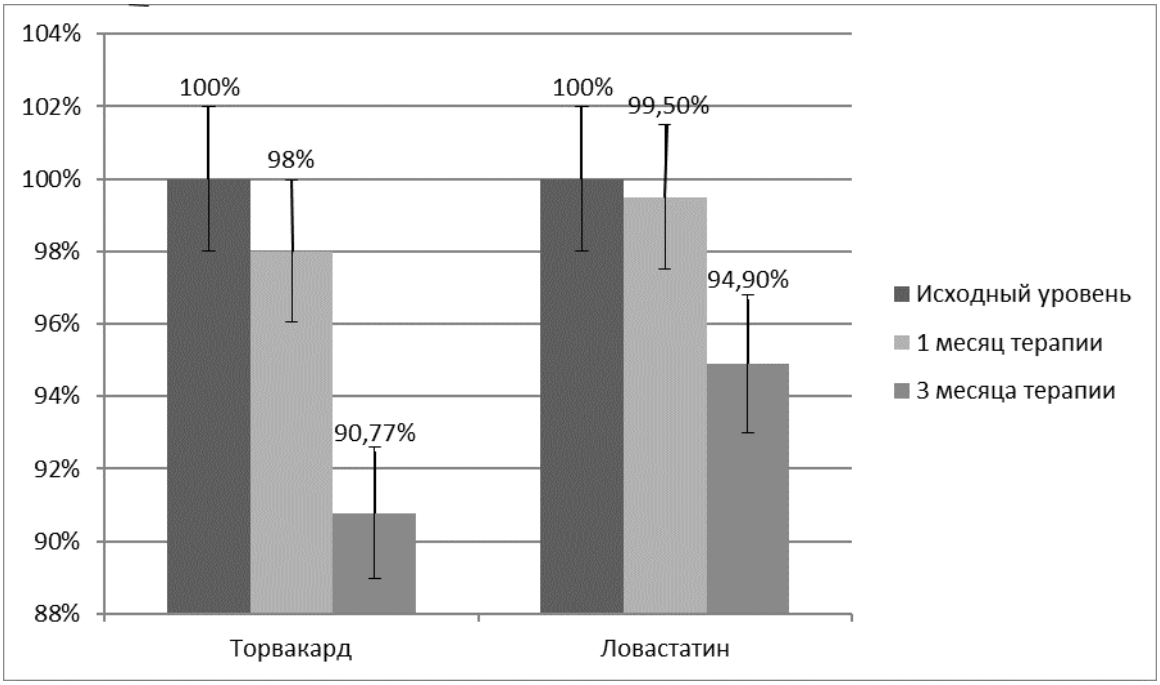


Диаграмма3. Сравнительная характеристика изменения толщины КИМ при лечении Торвакардом и Ловастатином

Выводы. Изменение показателей толщины комплекса интима-медиа у больных стабильной стенокардией напряжения в течение 1 месяца как на фоне лечения Торвакардом в дозе 20 мг/сут, так и на фоне лечения ловастатином, несмотря на более высокую дозу (40 мг/сут) применяемого препарата, не выявлено. Толщина КИМ у пациентов к 3 месяцам терапии при лечении Торвакардом в дозе 20 мг/сут составила 9,23% ($p<0,05$), что на 4,13% больше, чем при лечении ловастатином в дозе 40 мг/сут (5,1% ($p<0,05$)). Аторвастатин (Торвакард) эффективнее, чем ловастатин уменьшает толщину КИМ, несмотря на более высокую дозу применяемого препарата (ловастатин 40 мг/сут).

Список литературы.

1. Влияние ловастатина на сосудистое ремоделирование и систоло-диастолическую функцию миокарда у больных стабильной ишемической болезнью сердца / Керимкулова А.С [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2015.– № 4.– С. 18-22.

2. Жиляева, Ю.А. Состояние жесткости сосудистой стенки и функции эндотелия у больных ишемической болезнью сердца на фоне терапии симвастатином или аторвастатином: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.05 // Курск, 2014.– 141 с.

3. Кожикин Д.А., Жиляева Ю.А. Изменение толщины комплекса интима-медиа, как проявление плейотропного эффекта дженерического аторвастатина у больных хронической ИБС // Материалы X юбилейной международной научно-практической конференции молодыхученых-медиков. – Курск: Изд-во ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России.– 2016.– С. 348-350.

4. Внутренние болезни: учебник в 2х томах / под редакцией А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, А.С. Галявича.– 2004 г.– 616 с.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ К ЛЕЧЕНИЮ

Арефина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хлебодарова Е.В.

В 2012 г. от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умерло 17,5 млн. человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире, 7,4 млн. человек умерли от ИБС. Предполагается, что в 2020 г. от ССЗ могут умереть 22–25 млн человек, почти половину составит смертность от ИБС. Многие исследователи и ученые приходят к выводу, что человечество стоит на пороге новой неинфекционной пандемии третьего тысячелетия [1].

ССЗ у женщин значительно превосходят по сравнению с мужчинами: число новых случаев ССЗ в старших возрастных группах больше, чем в молодом возрасте, у мужчин – в 6 раз, а у женщин – в 40 раз, но уровень смертности мужчин в целом от болезней системы кровообращения превышает уровень смертности женщин в 4,7 раза, от ИБС – в 7,2 раза, от инфаркта миокарда – в 9,1 раза и от цереброваскулярных болезней – в 3,4 раза. Однако смертность в течение 6 месяцев после перенесённого инфаркта миокарда у мужчин составляет 7,9%, а у женщин – 22,8% [2].

Инфаркт миокарда (ИМ) можно назвать ведущей причиной смертности населения планеты, при этом необходимо понимать, что его развитие тесно связано с полом и возрастом человека. Все лица мужского пола с 40-летнего возраста попадают в группу риска, однако после 60-65 лет заболеваемость примерно одинаковая у обоих полов. По статистике 30–35% всех случаев острого инфаркта сердечной мышцы заканчиваются летальным исходом. По-прежнему ведутся активные дискуссии о влиянии гендерных различий на частоту неблагоприятных исходов, так как по данным ряда исследований более высокая частота неблагоприятных исходов, ассоциированных с более старшим возрастом и выраженным коморбидным фоном, отмечается именно у женщин с ИМ [3,4].

Цель настоящего исследования: оценить приверженность больных ишемической болезнью сердца с инфарктом миокарда в анамнезе к лечению по данным кардиологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница».

Материалы и методы. Исследование проведено простым ретроспективным методом, были проанализированы историй болезни пациентов кардиологического отделения БМУ «Курская областная клиническая

больница» за 2017 год, у которых в анамнезе был установлен диагноз: инфаркт миокарда. Материалом исследования послужили данные анализа историй болезни 308 пациентов. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов статистики. Уровень значимости составил менее 0,5.

Результаты и обсуждения. Проведен ретроспективный анализ 308 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении в 2017 году с диагнозами: артериальная гипертония, стабильная ишемическая болезнь сердца, в анамнезе у которых был инфаркт миокарда. Повторный инфаркт миокарда был зарегистрирован у 26 больных, что составляет около 8% от всего количества пациентов, из них у 7 – был зарегистрирован инфаркт в третий раз.

Анализ историй болезни показал, что 107 пациентам были назначены
4 группы препаратов (антиагреганты, ингибиторы-АПФ, бета-блокаторы и статины), необходимые для предупреждения ИМ; остальным было назначено менеечетырех групп препаратов.

Выявлены 4 группы пациентов: 1 группа (108 человек) – 35%, 2 группа (115 человек) – 37%, 3 группа (70 человек) – 23%, 4 группа (15 человек) – 5%. Таким образом, 4 и 3 препарата было назначено практически одинаковому количеству людей, 35% и 37% соответственно.

Пациентам 2-й группы назначались различные комбинации, однако наиболее часто встречающейся стала: антиагрегант+бета-блокатор+статин, т.е. отсутствовал и-АПФ, она была назначена 69 пациентам (60%), комбинация антиагрегант+и-АПФ+статин – 42 пациентам (37%), комбинация и-АПФ+бета-блокатор+статин – 4 пациентам (3%) (рисунок 1).

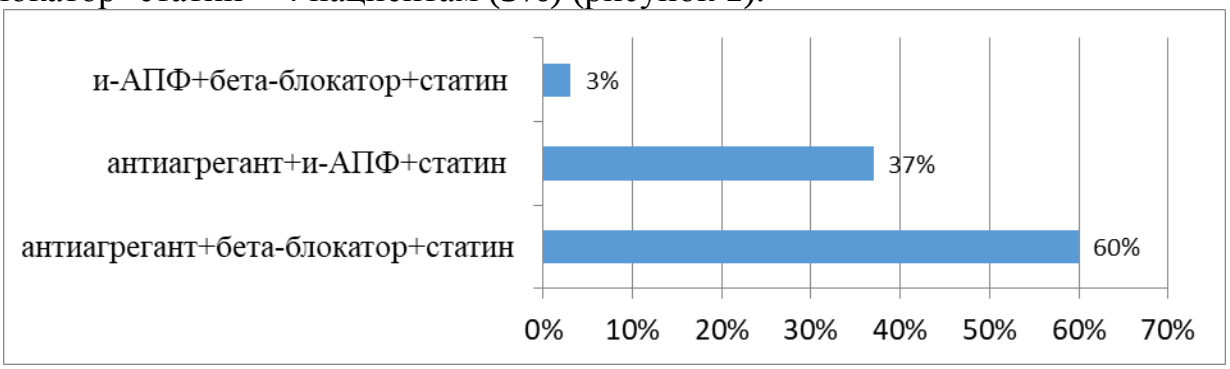


Рисунок 1. Распределение комбинаций препаратов
среди пациентов 2-й группы

Комбинаций из двух препаратов, назначаемых пациентам 3-й группы, оказалось значительно больше. Статины+бета-блокаторы; антиагреганты+бета-блокаторы, а также бета-блокаторы+статины, каждая из этих комбинаций была назначена 45 человекам (21%); и-АПФ+ статин – 34 человекам (20%); антиагрегант+статин – 10 человек (9%); антиагрегант+и-АПФ – 8 человек (8%).

Выводы. Приверженность больных инфарктом миокарда по данным кардиологического отделения БМУ КОКБ за 2017 год можно охарактеризовать, как достаточную. У 35% пациентов, которым была назначена комплексная

терапия, повторных ИМ зарегистрировано не было. Повторные ИМ были обнаружены у пациентов, которые принимали препараты трех и менее фармакологических групп.

Список литературы.

1. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень N°317, январь 2015 г. – URL: http://apps.who.int/ mediacentre/factsheets/fs317/ru/index.html

2. Шамес, А.Б. Ишемическая болезнь сердца у женщин / А.Б. Шамес, М.: Изд-во «Бином. Лаборатория знаний», 2013. – 178 с.

3. EUGenMed Cardiovascular Clinical Study Group, Regitz-Zagrosek V, OerteltPrigione S, Prescott E, Franconi F, Gerdts E, Foryst-Ludwig A, Maas AH, Kautzky-Willer A, Knappe-Wegner D, Kintscher U, Ladwig KH, SchenckGustafsson K, Stangl V. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. EurHeart J 2016;37 (1):24–34.

4. Kyto V, Sipila J, Rautava P. Gender and in-hospital mortality of ST-segment elevation myocardial infarction (from a multihospital nationwide registry study of 31,689 patients). Am J Cardiol 2015;115 (3):303–306.

ГЕНДЕРНО - ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ГАЗОВОГО СОСТАВА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА КУРЯЩИХ ЛИЦ

Афанасьева А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель - к.м.н., доцент Медведев Н.В.

В последние годы Россия признана одним из главных потребителей сигарет на душу населения в мире [1]. Табачный дым содержит огромное количество химически токсичных и канцерогенных веществ [3]. При ежедневном выкуривании более 20 сигарет человек получает серьезную дозу радиоактивного облучения за год. Табакокурение также способствует преждевременному развитию инволютивных изменений в органах и системах, сокращает продолжительность жизни как активно, так и пассивно курящих людей вследствие развития инвалидизирующих заболеваний: инфаркта миокарда, инсульта [4]. Об интенсивности курения табака и выраженности токсичного действия табачного дыма позволяет судить содержание в выдыхаемом воздухе монооксида углерода.

Цель исследования – оценить гендерные различия газового состава выдыхаемого воздуха у курящих пациентов разного возраста.

Материалы и методы: в группу обследования были включены 30 человек 40-59 лет: 8 женщин (средний возраст – 43,2±4,5 года) и 22 мужчины (средний возраст - 44±2,9 года) и 16 человек 60-72 лет: 8 женщин (средний возраст – 69,3±3,6 года) и 8 мужчин (средний возраст – 66,4±2,6 года). Выполнение

газового анализа выдыхаемого воздуха при определении в нём концентрации монооксида углерода (CO, $1*10^6$) и карбоксигемоглобина (COHb, %) проводили газоанализатором Smoke Check (смокелайзер). Рассчитывая отношение произведения количества выкуриваемых сигарет в день и стажа курения в годах к 20 (индекс пачка/лет), вычисляли индекс курильщика (ИК), его показатель более 10 свидетельствовал о высоком риске развития ХОБЛ.

Статистический анализ полученных результатов, которые представлены как среднее арифметическое и стандартная ошибка, проведен методами описательной статистики с использованием пакета Microsoft Excel 2010, оценка достоверности различий между независимыми группами выполнена по критерию Стьюдента при $p<0,05$. Для оценки силы и направленности связей между исследуемыми показателями проведен корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты и обсуждения. У курящих лиц разного пола и возраста оценивали индекс курильщика и газовый состав выдыхаемого воздуха с помощью смокелайзера. Полученные результаты сравнительного анализа исследованных показателей пациентов разных возрастных групп отражены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели индекса курильщика и газового состава выдыхаемого воздуха у курящих мужчин и женщин среднего и пожилого возраста

Группы пациентов	Средний возраст		Пожилой возраст	
Показатель	Мужчины, n=22	Женщины, n=8	Мужчины, n=8	Женщины, n=8
Индекс курильщика, пачка/лет	21,1±2,4	18,0±4,3	30,2±2,9 $p_{1-3}<0,05$	13,6±3,5 $p_{3-4}<0,01$
CO, $1*10^{-6}$	12,3±0,5	13,3±1,2	13,8±0,9	10,8±0,7 $p_{3-4}<0,05$
COHb,%	2,5±0,4	2,0±0,2	2,2±0,3	1,5±0,4

Установлено, что у курящих женщин среднего возраста концентрация монооксида углерода в составе выдыхаемого воздуха оказалась выше, чем у мужчин, что вероятно обусловлено их большей чувствительностью к действию никотина. В группе пожилых пациентов найдены достоверные противоположные различия ($p<0,05$), что, по-видимому, вызвано существенным превышением величины ИК у мужчин в старшей возрастной группе ($p<0,01$). Среднее значение ИК пожилых пациенток оказалось ниже аналогичного показателя в подгруппе курящих женщин среднего возраста, что возможно вызвано отказом значительной доли женщин от курения после выхода на пенсию.

У курящих лиц, как среднего, так и пожилого возраста концентрация карбоксигемоглобина в подгруппе мужчин оказалась незначительно выше, чем у женщин ($p>0,05$), что, вероятно, обусловлено более интенсивным

поступлением токсичных продуктов курения табака в организм. Различия по показателю индекса курильщика между подгруппой мужчин и женщин среднего возраста оказались недостоверными ($p>0,05$), что обусловлено высокой интенсивностью курения представителей обоего пола, а в пожилой группе, вероятно, продолжают курение лишь женщины с незначительным или средним стажем и мужчины с длительным периодом табакокурения ($p<0,01$).

Серьёзную практическую значимость представляет оценка корреляций показателей интенсивности курения и газового состава выдыхаемого воздуха у курящих лиц разного пола и возраста [2]. В процессе статистического анализа полученных результатов выполнен корреляционный анализ по Пирсону, позволяющий ориентировочно судить о влиянии стажа и среднего количества выкуриваемых сигарет на объём образующихся в ходе сгорания табака токсических веществ: монооксида углерода и продукта карбоксигемоглобина.

В проведенном исследовании в группе женщин пожилого возраста найдена более высокая прямая корреляция показателей индекса курильщика с газовым составом выдыхаемого воздуха ($r= 0,48$, $p<0,01$), чем у мужчин ($r=0,36$, $p<0,05$). Отмеченные связи отражают неблагоприятные тенденции прогрессирующего нарастания концентрации угарного газа в выдыхаемом воздухе при увеличении длительности курения, т.е. имеют, как правило, возраст-ассоциированный характер. При проведении углубленного профилактического консультирования с рекомендацией постепенного отказа от курения необходимо выполнять динамическую оценку показателей газового состава выдыхаемого воздуха с использованием смокелайзера в процессе диспансерного наблюдения пациентов.

Выводы

1. Установленные факт более характерной для женщин среднего возраста склонности к нерегулярному ситуационному опосредованному табакокурению, а в пенсионный период - в силу сформировавшейся привычки позволяет рассчитывать в отмеченной группе на более благоприятный результат профилактического консультирования по отказу от потребления табака.

2. Исследование содержания в выдыхаемом воздухе содержания монооксида углерода и карбоксигемоглобина у курящих лиц разного пола и возраста объективно отражает пагубное влияние курения на снижение адаптационных способностей организма человека, их результаты необходимо регулярно контролировать в динамике при прохождении обследования в центрах здоровья для оценки эффективности профилактических и коррекционных мероприятий.

Список литературы.

1. Левина Т.В, Краснова Ю.Н. Влияние табакокурения на кардиореспираторные параметры // Сибирский медицинский журнал. 2012. Т.113, № 6. С.74–77

2. Мокина Н.А., Аверина О.М. Оценка распространенности и статуса табакокурения среди студентов старших курсов медико-профилактического и

лечебного факультетов СамГМУ // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 497–501.

3. Писклов В.П., Кочеткова С.К., Дурунча Н.А. и др. Сравнительный анализ химического состава табачного сырья // Изв. вузов. Пищ. технол. 2012. № 5-6. С. 20-24

4. Рымарова Л.В., Клёсова Е.Ю., Волкова А.В. и др. Курение как провоцирующий фактор риска развития ишемического инсульта у лиц с генетическим вариантом rs486055 матриксной металлопротеиназы-10. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018.№ 1. С.115-120. https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-1/17

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК

Бабченко А.А. Бабченко А.О., Озеров А.А., Макаров С.С., Гокин А.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Безгин А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на более чем столетнюю историю изучения, проблема амилоидоза продолжает привлекать внимание исследователей [2]. Это связано с несколькими причинами. Прежде всего, амилоидоз до сих пор остается распространенным заболеванием. Если его частота в общей популяции не установлена, - приводятся лишь данные о возможности поражения до 0,3% населения, то несомненно с большей определенностью можно говорить о распространенности амилоидоза среди лиц, страдающих известными, осложняющимися амилоидозом заболеваниями, с тенденцией при некоторых из них к учащению (ревматоидный артрит, опухоли различной локализации) [1].

Целью исследования является анализ заболеваемости амилоидозом почек в Курской области.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 12 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении нефрологии БМУ «Курская областная клиническая больница», из них 5 (41,7%) мужчин и 7 (58,3%) женщин. Средний возраст мужчин составил 54,5±2 года, средний возраст женщин составил 50,1±2 года. Диагноз амилоидоза почек верифицировался на основании клинической картины заболевания и данных биопсии прямой кишки с подслизистым слоем. Стадия хронической болезни почек (ХБП) верифицировалась на основании формулы расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) CKD – EPI.

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel 2013 и STATISTICA 10.0 (Statsoft).

Результаты и обсуждения. Первичный амилоидоз почек был зарегистрирован у 5 (41,7%) пациентов, вторичный амилоидоз почек

у 7 (58,3%) пациентов. Основными причинами вторичного амилоидоза почек являлись: ревматоидный артрит, выявленный у 3 (25%) пациентов, и анкилозирующий спондилит, зарегистрированный в 4 (33,3%) случаях. Диагноз системный амилоидоз почек был поставлен 3 (25%) пациентам, локальный амилоидоз почек наблюдался у 9 (75%) пациентов. Хроническая болезнь бочек встречалась у всех (100%) пациентов, нефротический синдром был выявлен у 12 (100%) пациентов, у 4 (33,3%) из них синдром был купирован по анамнезу. Поражение мышц при амилоидозе (атрофия верхнего плечевого пояса) зарегистрировано у 3 (25%) больных, двухсторонний синдром карпального канала по анамнезу - у 2 (16,7%) пациентов. Хронической сердечной недостаточностью (ХСН III ФК) страдали 4 (33,3%) человека. Самыми частыми клиническими проявлениями у больных были: поражение верхних дыхательных путей (осиплость голоса), сердца (циркулярная гипертрофия миокарда – на основании заключения эхокардиографии), печени (гепатомегалия – по данным УЗИ, но значительного повышения ферментных маркеров холестаза не наблюдалось), ЖКТ (утолщение слизистой сигмовидной кишки – по данным УЗИ), желтухи и кожный зуд наблюдались наименьшее количество раз (таблица 1).

Таблица 1. Частота клинических проявлений при амилоидозе

Клинические проявления	Частота, % (n=12)
Нефротический синдром	66,7
Циркулярная гипертрофия миокарда	41,7
Осиплость голоса	33,3
Гепатомегалия	25
Утолщение слизистой сигмовидной кишки	16,7
Желтухи	8,3
Кожный зуд	8,3

Диагноз системный амилоидоз почек с поражением кожи (геморрагический синдром) был поставлен 1 (8,3%) пациенту. Хроническая болезнь почек (ХБП) 2 стадии была выявлена у 2 (16,7%) больных, ХБП 4 стадии - у 1 (8,3%) пациента. Большое количество пациентов – 9 (75%) человек страдали ХБП 5 стадии (диаграмма 1). Вторичный амилоидоз почек в сочетании с вторичным амилоидозом кишечника зарегистрирован у 1 (8,3%) пациента. При ХБП 5 стадии 9 (75%) пациентам осуществлялся ввод в программный гемодиализ.

Выводы. Среди пациентов с амилоидозом почек больше половины исследуемых – женщины. Примерно одинаковое количество страдает вторичным и первичным амилоидозом почек. Поражения дополнительных органов (мышц, верхних дыхательных путей, сердца, печени, ЖКТ) выявлены у 25% исследуемых, что говорит об относительно небольшой распространенности заболевания на другие органы. У превалирующего числа пациентов (75%) установлена ХБП 5 стадии, что значительно ухудшает качество жизни больных.

Список литературы.
1. Вермель А.Е. Амилоидоз: классификация, клиническая характеристика. Диагностика и лечение // Клин. Мед. № 7. 2017. С. 12-17.
2. Шилов Е.М. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования. М.: ГЭОТАР Медиа. 2015. С. 346.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ОКС

Бабченко А.О., Бабченко А.А., Озеров А.А., Макаров С.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хардикова Е.М.

Актуальность исследования состоит в высокой заболеваемости острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС), развитием осложнений и смертности при них во всех странах мира, несмотря на внедрение высокотехнологичных методов лечения острого коронарного синдрома (ОКС). В России ежегодно регистрируется до 530000 случаев ОКС. Заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ) с впервые установленным диагнозом в 2017 г. составила 135,3 случая на 100000 населения, в 2018 г. - 129,8 случаев на 100000 населения; повторным ИМ - 26,5 и 26,1 случаев на 100 000 населения соответственно [1,2].

Целью исследования является анализ структуры и частоты осложнений острого коронарного синдрома.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 101 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении РСЦ кардиологии БМУ КОКБ, из них 91 пациент с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) – 70 мужчин и 21 женщина; и 10 пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) - 6 мужчин и 4 женщины. Средний возраст мужчин составил 53,5±2 года, средний возраст женщин составил 66,6±2 года. Среди пациентов с ОКСпST и ОКСбпST одинаково часто встречались такие факторы риска ИБС, как: артериальная гипертензия (АГ) - у 83 (91,2%) и у 7 (70,0%) пациентов соответственно; сахарный диабет (СД) - у 7 (7,7%) и 1 (10,0%) соответственно. В исследовании приняло участие 28 курящих больных (30,7%) с ОКСпST и 4 (40,0%) - с ОКСбпST. Повышенный индекс массы тела зарегистрирован у 62 пациентов (68,1%) с ОКСпST и у 5 пациентов (50%) – с ОКСбпST. У 91 (100,0%) пациента с ОКСпST развился Q- инфаркт миокарда (ИМ). Повторный ИМ развился у 17 пациентов (18,7%) с ОКСпST и 2 пациентов (20%) с ОКСбпST. Зарегистрирован 31 случай (34,06%) повреждения передней стенки миокарда, 24 случая (26,37%) повреждения переднее-перегородочно-верхушечно-боковой стенки и почти одинаковое количество случаев повреждения нижней, задней и нижне-боковой стенок – 12%.

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel 2013 и STATISTICA 10.0 (Statsoft).

Результаты и обсуждения. В результате исследования выявлено, что ранняя постинфарктная стенокардия возникла у 21 (20,79%) больного с ОКСпST и у 4 (3,96%) больных с ОКСбпST. Формирующаяся аневризма правого желудочка зарегистрирована в 18 (17,82%) случаях у больных с ОКСпST,
в 3 (2,97%) случаях у больных с ОКСбпST. Аневризма миокарда левого желудочка выявлена у 19 (18,81%) пациентов с ОКСпST. Отек легких и транзиторная AV-блокада 3 степени была зарегистрирована примерно одинаковое количество раз: у 10 (9,9%) и у 8 (7,92%) пациентов с ОКСпST соответственно, и у 2 (1,98%) и 3 (2,97%) пациентов с ОКСбпST соответственно. Тромбоз полости левого желудочка выявлен у 4 (3,96%) пациентов с ОКСпST и у 1 (0,99%) пациента с ОКСбпST. Кардиогенный шок зарегистрирован у 3 (2,97%) пациентов с ОКСпST, аритмогенный шок – у 2 (1,98%) пациентов с ОКСпST (таблица 1).

Таблица 1. Частота развития осложнений ОКС

Осложнение	Всего	Больные с ОКСпST	Больные с ОКСбпST
Аневризма миокарда левого желудочка	19	19 (18,81%)	0
Аневризма аорты	3	3 (2,97%)	0
Формирующаяся аневризма прав. жел.	21	18 (17,82%)	3 (2,97%)
Отек легких	12	10 (9,9%)	2 (1,98%)
Тромбоз полости левого желудочка	5	4 (3,96%)	1 (0,99%)
Ранняя постинфарктная стенокардия	25	21 (20,79%)	4 (3,96%)
Транзиторная AV-блокада 3 степени	11	8 (7,92%)	3 (2,97%)
Кардиогенный шок	3	3 (2,97%)	0
Аритмогенный шок	2	2 (1,98%)	0

Коронарография была выполнена всем пациентам. Транслюминарная баллонная коронарная ангиопластика (ТБКА) со стентированием правой коронарной артерии (ПКА) была выполнена 65 (71,4%) пациентам. ТБКА со стентированием передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) была выполнена 21 (23,07%) пациенту. Хирургическая реваскуляризация миокарда была показана в 5 (4,95%) случаях, и пациенты были отправлены на консультацию в Москву.

Выводы. Q-инфаркт миокарда развился в 100% случаев у пациентов с ОКСпST. Зарегистрирован 31 случай (34,06%) повреждения передней стенки миокарда, 24 случая (26,37%) повреждения переднее-перегородочно-верхушечно-боковой стенки. Наиболее часто встречались такие осложнения как аневризма миокарда левого желудочка, формирующаяся аневризма правого желудочка и ранняя постинфарктная стенокардия. Аневризма аорты, кардиогенный шок и аритмогенный шок встречались наименьшее количество

раз. Пациенты, перенесшие ОКС, относятся к группе очень высокого кардиоваскулярного риска [3].

Список литературы.

1. Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н., Ермолаева О.А. Атеротромбоз и острый коронарный синдром // Клиническая медицина. 2015. № 2. С.4-9.
2. Гогин Е.Е. Острый коронарный синдром: этапы диагностики, определяющие тактику оказания помощи // Клиническая медицина. 2017. № 4. С.5-12.
3. Braunwald E. // Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine. 2017.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАКОРА КАК АНТИАРИТМИКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бегларян А.Г., Мальцева Л.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Михин В.П.

Актуальность исследования состоит в изучении нового препарата, который способен охватывать несколько механизмов патогенеза ишемической болезни сердца (ИБС). Осложнения ИБС занимают особое место среди причин смертности у взрослого населения[1]. Они вызываются метаболическими нарушениями в коронарных сосудах, а именно атеросклеротическим поражением, а также изменениями в миокарде[3].

Повышение уровня глюкозы является еще одним фактором развития атеросклероза, так как усиливает поражающее действие на эндотелий сосудов[4]. По данным статистики более 50% летальных исходов сахарного диабета (СД) вызваны сердечно-сосудистыми осложнениями[6].

Для лечения пациентов с данным заболеванием в настоящее время используют стандартную терапию, включающую сахароснижающие препараты, дезагреганты, антиаритмические и антиишемические средства[2]. Кроме того, ведутся исследования новых препаратов, которые способны охватывать сразу несколько звеньев патогенеза у данной категории больных[7]. Одним из таких средств является «Омакор». В его состав входят ω-3 ПНЖК, которые оказывают антиаритмический, антиатеросклеротический, антиоксидантный, противовоспалительный, антитромбогенный и эндотелиопротективный эффект. В связи с этим целесообразно говорить о более подробном изучении данного лекарственного препарата [5].

Целью исследования является определение степени антиаритмической активности лекарственного препарата «Омакор» у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2 типа.

Материалы и методы исследования.

В настоящее исследование включали пациентов, проходившие стационарное лечение в эндокринологическом, кардиологическом и терапевтическом отделениях ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», а также студентов КГМУ. Скрининг проводился в период с мая 2009 г. по март 2012 г.

Общее количество наблюдаемых лиц составило 90 человек. Включение в исследование определялось по следующим критериям: наличие хронических форм ИБС, нарушений ритма, СД 2 типа в стадии компенсации (длительность течения 3-6 лет). Все наблюдаемые пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Для более детального исследования антиаритмического эффекта омакора в изучаемых группах выделили 2 подгруппы: пациенты, получающие бета-блокаторы; пациенты, не получающие бета-блокаторы по каким-либо причинам.

Аритмическую активность миокарда определяли при помощи суточного мониторирования ЭКГ до использования в терапии омакора, через 1.5 мес. и через 3 мес. лечения.

Результаты исследования. Основные исходные показатели аритмической активности, полученные в результате исследования, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Исходное состояние параметров аритмической активности в основной и контрольной группах (M±m)

Исследуемые показатели	Основная группа, n= 45		Контрольная группа, n=45	
	I подгруппа β-бл., n=25	II подгруппа без β-бл., n=20	I подгруппа β-бл., n=26	II подгруппа без β-бл., n=19
Одиночная ЖЭ	106,4±6,2	1008±62,3	48,0±2,9	943,4±54,9
Парная ЖЭ	18,9±1,1	44,1±2,2	15,8±0,7	53,1±3,9
Одиночная НЭ	161,7±6,3	921,7±21,2	156±7,5	1078,5±52,9
Парная НЭ	4,2±0,1	36,9±2,0	16,6±0,9	34,0±1,6
Групповая НЭ	9,3±0,4	22,5±1,1	5,2±0,3	29,2±1,6
НЭ по типу аллоритмии	20,6±3,1	0	0	16,7±4,6

Повторное проведение суточного мониторирования ЭКГ через 1,5 и 3 мес. от начала исследования выявило положительную динамику состояния желудочковой аритмической активности на фоне приема омакора у пациентов основной группы (таблица 2).

Таблица 2. Динамика показателей желудочковой аритмической активности в основной и контрольной группах на фоне терапии омакором

Вид аритмии	Группа		Срок лечения		
			Исходно	1,5 мес.	3 мес.
Одиночная ЖЭ	Основная группа, n=45	I подгруппа, n=25	106,4±6,2	54,9±2,4*	19,4±0,9*
		II подгруппа, n=20	1008±62,3	673,5±23,3*	442,8±17,2*
	Контрольная группа, n=45	I подгруппа, n=26	48,0±2,9	47,1±2,4	49,7±3,1
		II подгруппа, n=19	943,4±54,9	934,7±59,8	907,0±57,1
Парная ЖЭ	Основная группа, n=45	I подгруппа, n=25	18,9±1,1	0	0
		II подгруппа, n=20	44,1±2,2	24,1±0,9*	0
	Контрольная группа, n=45	I подгруппа, n=26	15,8±0,7	14,9±1,3	15,2±1,3
		II подгруппа, n=19	53,1±3,1	55,3±4,3	55,9±4,7

Выводы. Применение омакора в терапии больных ИБС с СД 2 типа приводит к значительному уменьшению нарушений ритма, что доказывает его антиаритмическую эффективность. Использование омакора в комплексной терапии оказывало потенцирующий эффект на бета-блокаторы и сопровождалось усилением антиангинального эффекта нитратов.

Список литературы.

1. Валеева, Ф.В. Диагностика диабетической автономной кардиальной нейропатии у больных сахарным диабетом 1 типа / Ф.В. Валеева, М.Р. Шайдуллина // Сахарный диабет. – 2009. - № 4. – С. 56-60.

2. Говорин, А.В. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А.В. Говорин, А.П. Филев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2012. - № 8 (1). – С. 95-102.

3. Моргунова, И.Е. Социальная значимость атеросклероза и роль полиненасыщенных жирных кислот в его лечении / И.Е. Моргунова // Рос.мед. журн. – 2007. - № 4. – С. 52-55.

4. Макарова, В.Л. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий при патологии углеводного обмена / В.Л. Макарова, К.А. Комельских, Д.М. Зенин // Уральский рос.мед. журн. – 2007. - № 7. – С. 46-51.

5. Мартынов, А.И. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в кардиологической практике. Фармакологические эффекты и терапевтическое

применение / А.И. Мартынов, В.В. Чельцов // Методические рекомендации. - М., 2007. – С. 10-14.

6. Руководство по атеросклерозу и ишемической болезни сердца / Под ред. Е.И. Чазова, В.В. Кухарчука, С.А. Бойцова. – М.: Медиа Медика, 2007. – С. 330-346.

7. Шляхто, Е. В. Полиненасыщенные омега-3 жирные кислоты и их роль в первичной и вторичной профилактике атеросклероза / Е.В. Шляхто, Е.И. Красильникова, Е.Г. Сергеева // Обзоры клинической кардиологии. – 2006. - № 7. – С. 2-12.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Благова Н.В., Иванисов Д.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Князева Л.И.

Актуальность исследования состоит в том, что ревматоидный артрит занимает одно из ведущих мест в ревматологических болезнях по тяжести клинического течения и разнообразия системных проявлений [1,2]. Симптомы ревматоидного артрита обычно бывают стойкими и без лечения не исчезают, но на непродолжительно время в самом начале заболевания имеют место периоды незначительного улучшения состояния пациентов [3]. Тяжелая потеря трудоспособности в течение первых 5 лет от начала болевания, несмотря на базисную терапию, наблюдается у значительного количества пациентов [4]. Ревматоидный артрит связан с сильными болевыми ощущениями, функциональными нарушениями и с серьезными нарушениями в психоэмоциональной сфере человека [5].

Целью данного исследования является представление течения клинической картины системных поражений при ревматоидном артрите у больной в возрасте 46 лет.

Материалы и методы исследования: проведен анализ истории болезни пациентки, поступившей в ревматологическое отделение БМУ «Курская областная клиническая больница» с диагнозом: «Ревматоидный артрит, акт III, высокосеропозитивный по РФ, АЦЦП вариант, поздняя стадия, R стадия III, эрозивный, тяжелое течение с непрерывно рецидивирующими обострениями, с развитием системных проявлений: персистирующий адгезивный перикардит, Н II А, рецидивирующий пульмонит, плеврит, ДН II-I (медикаментозно-индуцированное улучшение), феномен Рейно, амиотрофический синдром, тромбоцитоз. ФК III, нарушение функции ходьбы». Диагноз установлен согласно классификационным критериям ACR/EULAR (2010г.): клинические признаки поражения суставов (припухлость и болезненность при объективность исследования) > 10 суставов мелких суставов кистей и стоп на

обеих руках и ногах – 5 баллов; результаты лабораторных методов РФ и АЦЦП: высоко положительные для АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы более чем в 3 раза) – 3 балла; результаты лабораторных методов определения «острофазных» показателей: повышение СОЭ и СРБ – 1 балл; длительность артрита: > 6 недель - 1 балл.

Результаты и обсуждения. Больная Е. 46 лет, госпитализирована в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на одышку смешанного характера при небольшой физической нагрузке, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, боли в мелких суставах стоп и кистей на обеих руках и ногах, голеностопных суставах, общую скованность в утренние часы, общую слабость. С 2010 года страдает ревматоидным артритом, прием базисных противовоспалительных препаратов (Метотрексат 7,5 мг каждую неделю с увелечением дозы на 2,5 мг каждые 2 недели) без значительного клинико-лабораторного улучшения. Начались проявления малого гидроперикарда и гидроторакса. Всвязи с чем пациентке проводилась генно-инженерная биологическая терапия препаратом из группы иммунодепрессивных средств Оренсия (8 инфузий по 750 мг) с положительным клинико-иммунологическим эффектом. Регрессировали суставные боли, ушли проявления гидроперикарда и гидроторакса, улучшилось общее состояние. Полный курс терапии Оренсией пациентка не смогла пройти. После двух месяцев возобновилась активность заболевания, всвязи, с чем обратилась за медицинской помощью в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с вышеуказанными жалобами.

При объктивном исследования пациентки деформация мелких суставов стоп и кислей на обеих руках и ногах, левого голленостопного сустава ИБ 2,0; ИИ 2,0; СИ 2,0. В легких выявлены крепитирующие, скрипучие хрипы,рассеянной локализации, шум трения плевры справа. Границы сердца расширены на 0,5 см. влево, тоны сердца глухие.

При проведении мультисрезовой спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки по всем лёгочным полям выялены участки альвеолярной инфильтрации и снижение пневматизации по типу «матового стекла» с нарастанием изменений к базальным отделам и визуализацией в структуре изменений просвета бронхов. Дилатации камер сердца не выявлено, очаговый кальциноз аорты. В полости перикарда незначительное количество жидкости. Проводила терапия глюкокортикостероидами (преднизолон 20 мг per os), с некоторой положительной динамикой: регрессировал суставной синдром, уменьшилась утренняя скованность, нормализовались показатели скорости оседания эритроцитов и С - реактивный белок.

Пациентка выписана из стационара с рекомендацией к прохождению еще одного курса лечения генно-инженерным базисным иммунодепрессивным препаратом Оренсия.

Выводы. Учитывая системные проявления данного заболевания, сложность диагностики на ранних этапах, высокую летальность в отсутсвие адекватной и своевременно начатой терапии, каждый клинический случай этой болезни заслуживает особого внимания.

Список литературы.
1. Ачех Т.В. Ревматоидный артрит. Учебно-методическое пособие. – Майкоп: изд-во МГТУ, 2014. 120 с.
2. Попова В.А., Погребная М.В., Куцына З.А. и др. Особенности поражения легких при ревматоидном артрите и системной склеродермии. VII Всеросс. конф. ревматологов России «Ревматология в реальной клинической практике»: Сб. тез. Владимир, 2012. С.100-102.
3. Мясоедова Е.Г. Распространенность и факторы риска артериальной гипертензии при ревматоидном артрите. Науч- практич ревматол 2012. С. 14-16.
4. Мясоедова Е.Г. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом: ранняя диагностика нарушений и их прогностическое значение: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2012. С. 41-42.
5. Myasoedova E., Gabriel S.E. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis: a step forward. Curr Opin Rheumatol 2010. С. 12-15.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Блудова Е.С., Булычев М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., Конопля Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что болезни органов дыхания занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости населения Российской Федерации. Так, если в 2014 году ими страдали 48708 тыс. человек, то в 2017 уже 51905 тыс. Например, среди них пневмонией страдали в 2014 году 615,326 тыс. человек, а в 2017 – 671,907 тыс. человек. Видна тенденция к росту заболеваемости. Пневмония занимает 4 место среди причин смертности. Летальность составляет 9%. Инфекции нижних дыхательных путей вызывают бактерии, вирусы, грибы, простейшие. Часто антибактериальная терапия не дает никаких результатов из-за выработанной микроорганизмами антибиотикорезистентности. Поэтому правильный выбор тактики лечения, а именно антибактериальной терапии имеет большое значение для скорейшего выздоровления пациентов [1,2,3].

Целью исследования является проведение анализа эффективности антибиотикотерапии при лечении инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей.

Материалы и методы. В ходе исследования было изучено 416 историй болезни пациентов, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6» в период с января по декабрь 2018 года с диагнозом внебольничная пневмония

(группа 1) и хронический обструктивный бронхит в стадии обострения (группа 2). Среди них с пневмонией 386 человек. с бронхитом – 30 человек. Возраст пациентов составил от 21 до 89 (42±6 лет). Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту.

Возраст	Группа 1 (n=386)		Группа 2 (n=30)	
	Абсолют. кол-во	Относит. кол-во	Абсолют. кол-во	Относит. кол-во
21-35	53	13,7%	2	6,7%
36-60	208	53,9%	16	53,3%
61-89	125	32,4%	12	40%

Результаты и обсуждения. Больные предъявляли следующие жалобы: боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, общая слабость, снижение работоспособности, снижение аппетита, сухой кашель (влажный кашель с трудноотделяемой мокротой). При осмотре выявляются поверхностное дыхание, одышка, отставание пораженной стороны грудной клетки в акте дыхания. При аускультации выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, крепитация. Больным были назначены антибиотики: цефалоспорины (цефотаксим, цефтриаксон), макролиды (азитромицин, кларитромицин), аминогликозиды (гентамицин, амикацин), фторхинолоны (левофлоксацин, лефлобакт, ципрофлоксацин), гликопептиды (ванкомицин), пенициллинового ряда (экоклав).

Наиболее часто назначались антибиотики из группы цефалоспоринов в 93% случаев, т.к. они относятся к антибиотикам широкого спектра действия, они назначались в первый день поступления в стационар. В 14% были отменены после проведения микробиологического анализа мокроты. Вторыми по количеству назначений были антибиотики из группы фторхинолонов – 79%. Назначались в виде комплексной антибактериальной терапией вместе с цефалоспоринами, макролидами и гликопептидами. Макролиды назначали меньше, чем фторхинолоны – 67% и также в комплексной терапии. Гликопептиды были назначены 32% больных, аминогликозиды – 18%, пенициллины – 13%.

Цефалоспорины – класс β-лактамных антибиотиков. В отличие от пенициллинов резистентны по отношению к β-лактамазам. Они повреждают клеточную стенку бактерий, нарушая синтез пептидогликана [4]

Фторхинолоны – антибактериальные препараты широкого спектра действия. Они влияют на ферменты бактериальной клетки, которые участвуют в синтезе ДНК. Также влияют на стабильность РНК и мембраны бактерий.

Макролиды – антибиотики преимущественно бактериостатического действия. Ингибируют синтез белка в бактериальной клетке [4].

Гликопептиды – активны против грамположительной флоры. Они нарушают синтез клеточной стенки бактериальной клетки. Назначались только после получения микробиологического анализа мокроты [3,4].

Аминогликозиды – бактерицидные антибиотики. Действуют на синтез белка на рибосомах бактериальных клеток. Основное клиническое значение имеют при уничтожении грамотрицательной флоры. Помимо размножающихся микроорганизмов действуют также на покоящиеся формы [4].

Пенициллины - класс β-лактамных антибиотиков. Подавляют синтез клеточной стенки бактериальной клетки [4]

В таблице 2 представлены некоторые комбинации антибиотиков при лечении инфекций нижних дыхательных путей на примере некоторых пациентов.

Таблица 2. Эффективность антибактериальной терапии при инфекции НДП.

Антибиотики	Эффективность
Экоклав Азитромицин Цефотаксим	Температура снизилась до нормальных значений на следующий день после назначения антибиотиков, пациент начал ощущать улучшение своего состояния через 6 дней, основные симптомы заболевания уменьшились, объективные исследования также указывают на улучшение состояния. На 11 день пациент полностью здоров.
Ципрофлоксацин Ванкомицин Амикацин	На следующий день пациент чувствует улучшение состояния. На 3 день появляется аппетит. Температура не повышается. На 13 день выписан с рекомендациями.
Цефтриаксон Азитромицин Цефотаксим Лефлобакт	У больного температура снизилась до оптимальных значений через 2 дня. Улучшение самочувствия наблюдается через 7 дней, кашель и одышка уменьшились через на 9 день. Через 11 дней пациент выписан в удовлетворительном состоянии.
Цефтриаксон Азитромицин Лефлобакт	На следующий день температура тела снижена до нормальных значений. На второй день отмечает уменьшение одышки и пропадает удушье. На 6 день одышка практически полностью исчезла, начал откашливаться. Улучшение сна, хороший аппетит, «вдох полной грудью». На 13 день не предъявляет никаких жалоб, объективно состояние удовлетворительное.
Левофлоксацин Цефотаксим Азитромицин	На следующий день температура спускается до нормальных значений. Через 6 дней замечает редкий сухой кашель, уменьшение одышки, появление аппетита, нормализацию сна. Через 10 дней наблюдаются значительные улучшения общего состояния, пациент жалоб не предъявляет.

В данной таблице представлены наиболее эффективные сочетания антибиотиков, которые используются для лечения инфекций нижних дыхательных путей.

Выводы. В результате проведенного исследования было выяснено, что у больных без факторов риска оптимально применние цефалоспоринов, макролидов или защищенных пенициллинов. При неэффективности или при более тяжелом течении заболевания следует либо заменить, либо добавить антибактериальный препарат из группы фторхинолонов, аминогликозидов или гликопептидов.

Список литературы.

1. Конопля Е.Н., Поляков Д.В. Иммунные и метаболические параметры плазмы крови и эритроцитов у больных внебольничной пневмонией // Человек и его здоровье. 2018. № 3. С. 38-46.
2. Николаевский Е.Н., Исмагилов Н.М. Тяжелая осложненная внебольничная пневмония // Инновационная навка. 2016. № 9 (21). С. 340-342.
3. Ральникова Н.А., Пуртова И.В. Захарова Е.В. Клинический случай: рецидивирующая пневмония //Вестник Челябинской областной клинической больницы. 2016. № 1 (31). С. 43-44.
4. Рябчунова Л.В., Бутончикова С.В., Кондратенко Н.А., Кондратенко А.А. Антибактериальная терапия нозокомиальной пневмонии, вызванной полирезистентными микроорганизмами //Многопрофильный стационар. 2017. Т.4. № 2. С. 82-85.

РОЛЬ ПЭТ/КТ С 18F-ФДГ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ МАЛИГНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Бобрышев С.В., Ковалева Е.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов И.С.

Актуальность исследования состоит в том, что опухоли средостения представлены широким спектром образований с разнообразной гистопатологической и радиологической картиной. Наиболее часто (в 60% случаев) в средостении встречаются тимомы, нейрогенные опухоли и доброкачественные кисты [6]. Нейрогенные опухоли, герминоклеточные опухоли и дупликатурные кисты в 80% случаев встречаются в детском возрасте, тогда как первичные новообразования тимуса, образования щитовидной железы и лимфомы наиболее распространены у взрослых [6].

Средостение отграничено плевральными листками по бокам, спереди – грудиной, сзади – позвоночным столбом, распространяется от верхней апертуры грудной клетки до диафрагмы. Многие авторы разделяют его на передний, средний и задний отделы [9]. Согласно современной классификации средостение подразделяется на три отдела – преваскулярный, висцеральный, паравертебральный [1]. Опухоли преваскулярного (переднего) средостения составляют 50% всех образований средостения [8]. В висцеральном (среднем)

средостении чаще всего встречаются кисты, в паравертебральном (заднем) средостении - нейрогенные опухоли [2].

Несмотря на то, что классические методы диагностики, такие как рентгенологическое исследование, магнитно-резонансная и компьютерная томография могут предоставить подробную информацию о морфологии образований средостения: размере, расположении, характере ткани [5], ни один из этих методов визуализации не позволяет достоверно дифференцировать доброкачественные опухоли от злокачественных [4]. Фтордезоксиглюкоза (ФДГ), преимущественно накапливается в большинстве злокачественных опухолей, отражающих повышенную гликолитическую активность в опухоли [7]. Использование объединенной позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и компьютерной томографии (КТ) с ^{18}F-ФДГ может быть полезно для оценки злокачественности образований средостения. По данным различных авторов чувствительность метода ПЭТ/КТ составляет до 90% в определении злокачественности опухоли [3].

Цель исследования: изучить возможности ПЭТ/КТ в выявлении образований средостения и в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 50 исследований ПЭТ/КТ, выполненных с января 2016 по ноябрь 2018 года у пациентов с подозрением на образования средостения. Исследования выполнены на аппаратах ПЭТ/КТ GE Optima 560 и GE Discovery 610 по стандартному протоколу. Были проанализированы размеры и контуры каждой опухоли, ее локализация, максимальная стандартизированная величина поглощения (SUV_{max}).

Результаты. Из 50 пациентов у 15 были обнаружены доброкачественные опухоли, у 35 - злокачественные опухоли. Значение SUV_{max} злокачественных опухолей был значительно выше (от 4,5 до 39), чем у доброкачественных (от 0 до 3). Однако в трех случаях злокачественных образований значение SUV_{max} было ниже 3. Контуры опухолей существенно различались между этими группами (у доброкачественных – ровные, четкие, у злокачественных – неровные, бугристые, нечеткие).

Также, значение SUV_{max} было достоверно связано с размером образования (чем больше размеры – тем выше значение SUV_{max}). Среди доброкачественных образований, значение SUV_{max} было более высоким в солидных, чем в кистозных (значение SUV_{max} солидных образований варьировалось от 1,3 до 3; в кистозных – от 0 до 1).

Большинство опухолей (вне зависимости от степени злокачественности) локализовались в преваскулярном отделе средостения (у 30 пациентов, 60%). В висцеральном пространстве – 12 (24%), в паравертебральном – 5 (10%). Кроме того, в трех случаях образования средостения занимали преваскулярное и висцеральное пространства (6%).

Выводы. Таким образом, ПЭТ/КТ картина значительно отличалась у доброкачественных и злокачественных образований и может быть

использовано в оценке степени злокачественности новообразований средостения.

Список литературы

1. Розадо-де-Кристенсон, Мелисса Л., Картер, Бретт В. Лучевая диагностика. Опухоли органов грудной клетки. – М.: Изд-во Панфилова, 2018. – 608 с.

2. Duwe BV, et al. Tumors of the mediastinum. /Chest.-2005.-128.-2893–2909. doi: 10.1378/chest.128.4.2893.

3. Ebru Tatci. The role of FDG PET/CT in evaluation of mediastinal masses and neurogenic tumors of chest wall./ Ozlem Ozmen, Yeliz Dadali, Inci Uslu Biner, Atila Gokcek, Funda Demirag, Funda Incekara, Nuri Arslan// Int J Clin Exp Med.- 2015.-8 (7).-11146-11152

4. Jeung MY. Imaging of cystic tumours of the mediastinum./ Gasser B, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Wihlm JM, Dietemann JL, Roy C.// Radio Graphics.- 2002.-22.-79-93.

5. Juanpere S. A diagnostic approach to the mediastinal masses. / Cañete N, Ortuño P, Martínez S, Sanchez G, Bernado L. //Insights Imaging.-2013.- 4.-29-52.

6. Laurent F, et al. Mediastinal masses: diagnostic approach/Eur Radiol. -1998. -8.-1148–1159. doi: 10.1007/s003300050525.

7. Paulus P. Oncological applications of positron emission tomography with florine-18 florodeoxyglucose. / Kaschten BJ, Hustinx R, Bury T, Jerusalem G, Benoit T, Foidart-Willems J. //Eur J Nucl Med.- 1996.-12.-641-1674.

8. Tomiyama N, et al. Anterior mediastinal tumors: diagnostic accuracy of CT and MRI./ Eur J Radiol. -2009.-69.-280–288. doi: 10.1016/j.ejrad.2007.10.002.

9. Whiteen CR, et al. A diagnostic approach to mediastinal abnormalities./Radiographics. -2007.-27.-657–671. doi: 10.1148/rg.273065136.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ С ХСН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАНОВОЙ КАРДИОЛОГИИ БМУ КОКБ, В СРАВНЕНИИ С ДАННЫМИ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА

Богатикова А.И., Итума М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней № 1

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры Хардикова Е.М.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на совершенствование специализированной кардиологической помощи в России, ХСН остается тяжелым бременем российского и мирового здравоохранения в плане лечения и прогноза заболевания [3,2]. Эпидемиологическая ситуация в нашей стране за последние 10 лет в рамках исследований ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН предоставляет следующую статистику: распространенность в

популяции ХСН I–IV ФК составила 7% случаев (7,9 млн человек), клинически выраженная ХСН (II–IV ФК) имеет место у 4,5% населения (5,1 млн человек), распространенность терминальной ХСН (III–IV ФК) достигает 2,1% случаев (2,4 млн человек) [1,4]. Основная доля пациентов, страдающих ХСН, старше 50 лет, высокая частота госпитализации, смертности и дороговизна лечения определяют данную патологию, как социально значимую проблему [1,2].

Целью исследования является оценка качества диагностической и лечебной работы, оказанной больным с ХСН на базе кардиологического отделения БМУ КОКБ.

Материалы и методы: В исследование были включены 105 пациентов, которые находились на стационарном лечении в период с января 2015 по декабрь 2017 включительно. Расчет всех показателей производился для каждого года отдельно. Критерии включения в исследование: пациенты, имеющие основную кардиологическую патологию в виде ишемической болезни сердца, стенозов клапанов, гипертонической болезни, пороков сердца, сахарного диабета - осложненную ХСН I, II, III функционального класса. Критериями исключения из исследования пациентов стали: 1) пациенты, имеющие кардиологическую патологию, не включенную в исследование: 2) сахарный диабет 1 типа; 3) почечная и печеночная недостаточность; 4) онкологические больные; 5) пациенты, заболевания которых протекали без ХСН.

Исследование проводилось путём оценки историй болезни пациентов. Благодаря критериям включения, в каждом из исследуемых годов были сформированы группы по 35 пациентов, наилучшим образом отражающие подход к диагностике и лечению кардиологической патологии на базе БМУ КОКБ. Нами была разработана таблица показателей, которые в наибольшей степени отражают качество проводимой диагностики и лечения для каждого пациента.

Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2016 и STATISTICA 10.0 для Windows. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считаются достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика пациентов ХСН с данными российских регистров

Показатели	Данные пациентов за 2015 год	Данные пациентов за 2016год	Данные пациентов за 2017 год	Данные российского регистра по ХСН
Возраст, лет	58±2,7	58,1±2,2	57,7±1,8	72,9 ± 10,5
Ожирение,%	51,4	42,9	54,3	43,3
СН ФК I,%	20	14,3	8,6	3,3
СН ФК II,%	31,4	37,1	40	13,3
СН ФК III,%	40	45,7	42,9	72,2

СН ФК IV,%	8,6	5,7	8,6	11,1
Частота ИБС,%	65	62,9	42,9	50,7
Частота ГБ,%	20	20	25,7	61,8
Частота СД2 типа,%	11,4	14,3	20	4,4
Частота ФП,%	14,3	17,1	22,9	24,4
Стенозы,%	2,9	2,9	8,6	33,3
ФВЛЖ < 40,%	17,1	14,3	20	-
иАПФ,%	57,1	37,1	54,3	75,6
Бета-блокаторы,%	62,9	60	71,4	68,9
Статины,%	20	31,4	8,6	64,4
Нитраты,%	14,3	8,6	5,7	37,8
Диуретики,%	31,4	62,9	85,7	14,4
Сартаны,%	8,6	2,9	17,1	23,3
Дигоксин,%	11,4	17,1	11,4	13,3
Амиодарон,%	2,9	2,9	5,7	24,4

Среди госпитализированных в плановое кардиологическое отделение КОКБ преобладают пациенты пожилого возраста (60-74 года мужчины, 56-74 года женщины). Основной причиной, приводящей к развитию недостаточности кровообращения, стала ишемическая болезнь (65%). Это объяснимо тем, что данная патология является основной причиной госпитализации для получения высокотехнологичной медицинской помощи на базе БМУ КОКБ. От 20 - 45% больных имеют II, III ФК ХСН. Сопутствующие состояния – ожирение, СД 2 типа, которыми страдают около половины исследуемых. По данным Эхо-КГ исследования у 80% больных фракция выброса левого желудочка превышает 45%. Это свидетельствует о наличии ХСН с сохранённой систолической функцией. Определяется нарушение скорости трансмитрального кровотока, преимущественно по 1 типу (нарушение расслабления). Для лечения ХСН на базе КОКБ преимущественно использовались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), бета-блокаторы и диуретики.

Выводы. 1В российской клинической практике среди госпитализированных пациентов с ХСН преобладают лица старческого (75-90 лет) возраста. Основной причиной стационарного лечения, тождественной с плановым кардиологическим отделением КОКБ, служит ишемическая болезнь сердца. Отмечается сходство и в установленных функциональных классах ХСН - преимущественно это II, III ФК. Исследуемые группы были достаточно однородными по проводимой терапии ХСН. Первые три основных места в проводимой терапии по данным Российского регистра занимают иАПФ, бета-блокатороы и статины. Однако, получены данные, свидетельствующие о широком использовании статинов отличаются от данных БМУ КОКБ, где преимущество отдано диуретикам.

Список литературы.

1. Беленков Ю.Н., Фомин И.В., Мареев В.Ю. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации. Данные ЭПОХА-ХСН // Сердечная недостаточность. 2006. Т.3, № 7. С. 3 - 7.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Определение понятия ХСН, причины развития, патогенез, классификация и цели терапии // Консилиум медикум. 2014. Т.10, № 31. С.13-19.
3. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Медикаментозные пути улучшения прогноза больных хронической сердечной недостаточностью // Академия здоровья. 2007. Т.6, № 2. С.7-12.
4. Фомин И.В. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН // Сердечная недостаточность. 2006. Т.7, № 3. С. 112-115.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ РОЗУКАРДОМ НА ПАРАМЕТРЫ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Богуслова К.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель- д.м.н., профессор Михин В.П.

Актуальность исследования состоит в том, что сердечно-сосудистая патология является наиболее частой причиной заболеваемости и смертности. В ее основе лежит единый патологический процесс-атеросклероз, основным проявлением которого служит уплотнение сосудистой стенки и образование атеросклеротической бляшки [2]. Атерогенный холестерин присутствует главным образом в форме липопротеидов низкой плотности, и в настоящее время складывается мнение о том, что модифицированные (окисленные) липопротеиды являются центральным звеном гиперпродукции цитокинов при атерогенезе [1]. Повреждение сосудистой стенки под действием такого фактора, как гиперхолестеринемия запускает каскад атерогенеза [8]. Артериальная гипертензия, нарушение обмена липидов являются причиной структурно-функциональных изменений, непосредственно ведущих к увеличению толщины стенки сосуда и уменьшению эластично-демпфирующих свойств артерий [3]. Жесткость артериальной стенки и эндотелиальная дисфункция вовлечены в процесс формирования атеросклеротической бляшки, поддерживают дальнейшее ремоделирование артерий и напрямую связаны с атерогенезом [7]. Статины являются одними из основных препаратов выбора для лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [5]. Клиническая

эффективность статинов обусловлена не только влиянием на концентрацию липидов в плазме крови [6], но и наличием у данных препаратов такого действия, как снижение жесткости сосудистой стенки [4], что имеет важное прогностическое значение для пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Целью исследования является оценка уровня липидов в крови у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска до начала терапии Розукардом и через 6 месяцев; определение состояния параметров жесткости сосудистой стенки на фоне шестимесячной терапии Розукардом у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. Для исследования была определена выборка, в которую вошли 90 больных, получавших лечение Розукардом в дозировке 10 мг/сут в амбулаторных условиях. Основным критерием включения больных в исследование являлось наличие высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, отсутствие целевых уровней ХС и его фракций в крови. Уровень ХС и его фракций (ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, ТГ) определялись с помощью биохимического анализа крови. При включении в исследование, к 6 месяцу терапии Розукардом у больных проводилось определение параметров эластичности стенок магистральных артерий неинвазивным методом объемной сфигмографии на аппарате «VaSera-1000» («Fukuda Denshi»): CAVI (Cardio-Ankle Vascular Index) – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс- показатель жесткости артериальной стенки в интервале между клапаном аорты и артерией правой голени, не зависящий от уровня АД и отраженной волны в артерии; AI (Augmentation Index) – индекс аугментации, характеризующий растяжимость стенки артерии, определяется, как отношение ударной волны к отраженной волне в период систолы на плечевых артериях. Статистическая обработка результатов проводилась по программе «Statistica 6,0» с использованием метода Стьюдента и Т-критерия Вилкоксона (при ненормальном распределении).

Результаты и обсуждения: Анализ липидного профиля больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, включенных в исследование, показал, что применение Розукарда 10 мг в течение шести месяцев сопровождалось снижением уровня ХС на 21%, ХС ЛПНП на 53%, ХС ЛПОНП на 9%, ТГ на 8%, увеличением уровня ХС ЛПВП на 20% в сравнении с исходными параметрами (таблица 1).

Таблица 1. Динамика показателей липидного спектра

Показатель	Исходные параметры	Через 6 месяцев терапии Розукардом
ХС, ммоль/л	6,78 ± 0,36	3,87 ± 0,17
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,59 ± 0,21	1,70 ± 0,07
ХС ЛПОНП, ммоль/л	1,07 ± 0,05	0,73 ± 0,04

ХС ЛПВП, ммоль/л	0,94 ± 0,05	1,22 ± 0,06
ТГ, ммоль/л	2,32 ± 0,11	1,61 ± 0,07

Измерение параметров эластичности сосудистой стенки у больных, получавших терапию Розукардом в течение 6 месяцев, позволило выявить снижение значения сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) на 2%, индекса аугментации (AI) на 11%, в сравнении с исходными значениями, что в свою очередь сопровождается уменьшением жесткости сосудистой стенки (таблица 2).

Таблица 2. Динамика показателей эластичности сосудистой стенки

Показатель	Исходные параметры	Параметры через 6 месяцев терапии Розукардом
R-CAVI	7,21 ± 0,15	6,22 ± 0,15
AI	1,32 ± 0,05	1,05 ± 0,03

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты позволяют подтвердить прогностическую значимость и эффективность статинов в профилактике развития сердечно-сосудистых осложнений. В частности нами была зафиксирована возможность достижения целевых уровней липидного спектра, что выражалось в снижении концентрации ХС и его фракций (ЛПНП, ЛПОНП, ТГ), увеличении ХС ЛПВП на фоне шестимесячной терапии Розукардом в дозе 10 мг/сут у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. Улучшение параметров жесткости сосудистой стенки нашло отражение в снижении показателей CAVI, AI в сравнении с исходными значениями.

Список литературы.

1. Аймагамбетова А.О. Атерогенез и воспаление // Наука и здравоохранение. 2016. № 1. С. 24-39.
2. Вербовой А.Ф., Пашенцева А.В., Вербовая Н.И. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза // Университетская медицина Урала. 2018. № 1. С.14-19.
3. Денисенко М.Н., Генкель В.В., Салашенко А.О., Калугина С.А., Алексеева О.А. Жесткость артерий мышечного и эластического типов у больных с атеросклерозом периферических артерий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. Т.15, № 5. С. 71-73.
4. Драпкина О. М., Палаткина Л.О., Зятенкова Е.В. Плейотропные эффекты статинов. Влияние на жесткость // Врач. 2012. № 9. С. 5-8.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии.-2012.-№ 4.-С.4-52.
6. Мельникова Е.А. Влияние кардиоваскулярной патологии на региональную и локальную сосудистую ригидность с оценкой вазопротективного эффекта аторвастатина и олмесартана медокосмила.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Пенза-2015.

7. Штонда М.В., Пристром М.С., Кунаш И.И., Чечко Р.Ю., Курсевич В.В. Жесткость артериальной стенки у пациентов с метаболическим синдромом // Лечебное дело. 2016. № 1 (47). С. 33-36.

8. Kobn J.C., Zbou D.W., Bordeleau F., Zbou A.L., Mason B.N., Mitchell M.J., King M.R., Reinbart-King C.A. Cooperative effects of matrix stiffness and fluid sbear stress on endothelial cell behavior. Biophysical journal. 2015; 108 (3) : 471-8.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Бородавкин Д.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хлебодарова Е.В.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема артериальной гипертонии (АГ), с позиции доказательной медицины, характеризуется устойчиво высокой распространенностью в популяции, высокой частотой осложнений и смертностью, что определяет значительный социально-экономический ущерб. АГ является значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных, почечных заболеваний, на долю которых приходится более 55% смертей в Российской Федерации, от общего числа умерших от всех причин. По данным российских исследований распространённость АГ среди взрослого населения составляет около 40%, болеют преимущественно мужчины среднего и пожилого возраста (57%), частота приема гипотензивных препаратов (ГП) в популяции возросла до 66,1% [3]. Несмотря на усилия международных и отечественных ассоциации кардиологов в сфере фармакоэпидемиологии АГ, эффективность антигипертензивной терапии (АГТ) у пациентов с АГ в реальной врачебной практике остается невысокой (23,9% среди всех пациентов с АГ) в рамках фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III установлено, что целевой уровень АД удается достигнуть в 69% случаев [1, 2]. Следует отметить, что показатель эффективности терапии АГ в России остается значительно ниже значений некоторых стран (46% – в США [4], 66% – в Канаде [5]).

Целью исследования является проведение детального анализа применения различных схем гипотензивной терапии у больных АГ, ассоциированной с сопутствующей патологией, такой как ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарный диабет (СД).

Материалы и методы: исследование проводилось на базе БМУ "КОКБ". Проведен анализ 166 (n) историй болезни пациентов, находившихся на

стационарном лечении в кардиологическом отделении в 2018 г., включая 99 мужчин и 67 женщин, средний возраст больных составил 56,5±3,2 года.

Все больные были распределены на две группы, выборка репрезентативна, 1-я группа – АГ в ассоциации с ИБС 58,8% (n=98) от общей выборки. Во 2-ю группу были отобраны больные АГ сочетанной с СД, что составило 41,2% (n=68) соответственно. Изучалось применение различных схем фармакотерапии АГ, ассоциированной с ИБС или СД, оценивалась частота достижения целевого уровня АД в зависимости от нозологической формы. Полученные результаты оценивались с помощью современных методов статистики (вариационные ряды, выборка, корреляционный и регрессионный анализ).

Результаты и обсуждения. Среди всех больных: 26% (n=43) получали монотерапию, 74% (n=123) комбинированную АГТ. В соответствии с действующими клиническими рекомендациями "Артериальная гипертония у взрослых" (от 2016 г.), структуру АГТ составляют 5 рекомендованных групп ГП, относительная доля среди всех схем фармакотерапии (по данным кардиологического отделения БМУ "КОКБ") составляют: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – 31,8%, β-адреноблокаторы (ББ) – 23,7%, диуретики – 17,7%, антагонисты кальция (АК) – 13,5% и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) – 13,3% (рисунок 1).

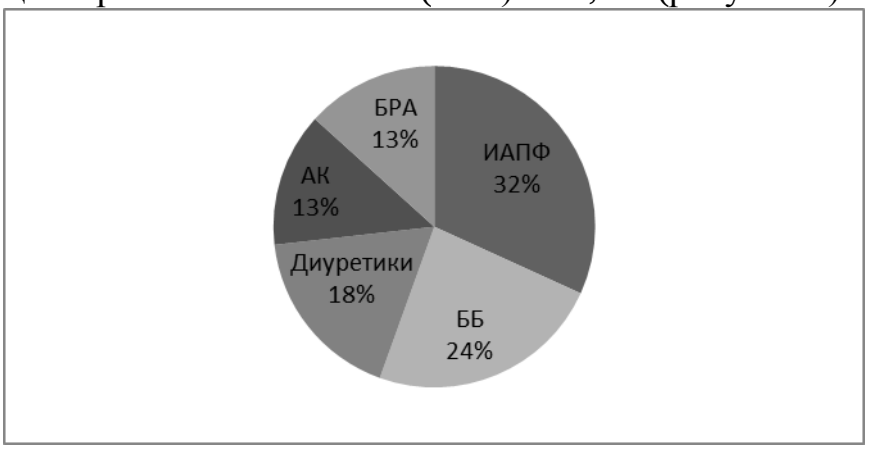


Рисунок 1. Общая структура групп ГП, используемых для АГТ

АГ в ассоциации с ИБС встречается часто, средний возраст пациентов составил 56,3±3,2 года. Целевой уровень АД (<140/90 мм.рт.ст.) достигли 65,3% (n=64) пациентов. Во врачебной практике наиболее часто используются следующие комбинированные схемы АГТ: АК+ИАПФ, ББ+БРА, АК+БРА; монотерапия в основном проводится ББ (рисунок 2).

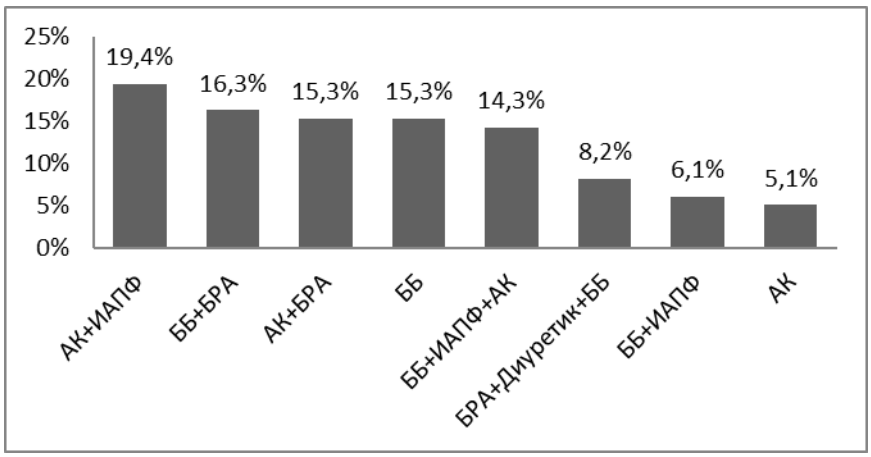


Рисунок 2. Схемы АГТ у больных АГ и ИБС

Средний возраст пациентов, страдающих АГ в ассоциации с СД составил 58,3±3,2 года. При этой патологии целевой уровень АД составляет <140/85 мм.рт.ст., который достигли всего 32% (n=22). Во врачебной практике наиболее часто используются следующие комбинированные схемы АГТ: ИАПФ+АК, ИАПФ+диуретик, БРА+диуретик; монотерапия в основном проводится ИАПФ (рисунок 3). Таким образом, в лечении данной категории больных предпочтение отдается ГП влияющим на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС).

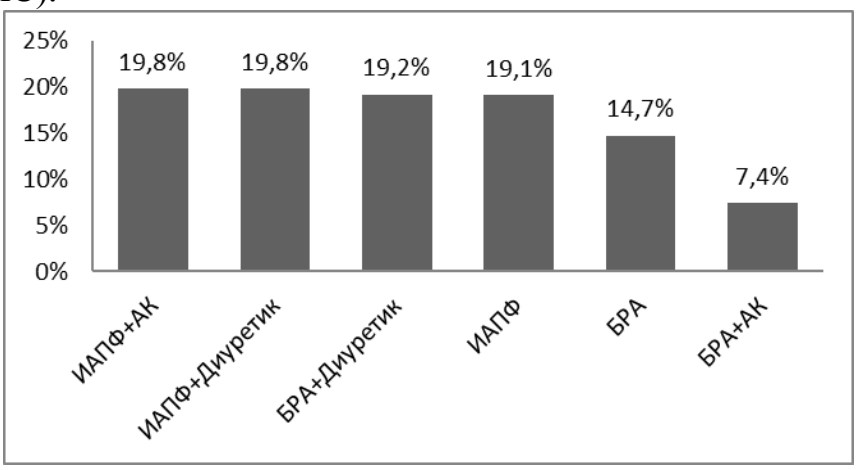


Рисунок 3. Схемы АГТ у больных АГ и СД

Проведен анализ применения различных схем гипотензивной терапии у больных АГ ассоциированной с ИБС или СД, на репрезентативной выборке пациентов в реальной практике.

Выводы. У больных АГ, ассоциированной с ИБС, наиболее часто назначалась схема АГТ АК+ИАПФ. Целевой уровень АД достигнут в 65,3% случаев. При сочетании АГ с СД с целью АГТ наиболее часто назначались схемы ИАПФ+АК и ИАПФ+диуретик. Целевой уровень АД достигли 32% пациентов.

Список литературы.

1. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б., Штейнберг Л.Л. и др. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии ПИФАГОР III (опрос пациентов с АГ). Системные Гипертензии 2010; (2):33-39.
2. Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е. и др. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика 2011; 10 (1): 9-13.
3. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия профилактика 2014; 13 (6):4-11.
4. . Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension--United States, 2002-2005 and 2008-2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015;60 (4):103-8.
5. Wilkins K, Campbell N.R., Joffres M.R. et al. Blood pressure in Canadian adults. Health Rep 2015;21 (1):37-46

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС

Борьянова Г.С., Кулаго О.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мансимова О.В.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности и инвалидности во всем мире. Ведущая роль в структуре смертности от патологии сердечно-сосудистой системы принадлежит ишемической болезни сердца. По оценкам, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллионов человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире.На территории Российской Федерации этот показатель составляет 57,1%, из которых на долю ИБС выпадает более половины всех случаев (28,9%), что в абсолютных цифрах составляет 385,6 человек на 100 тысяч населения в год.

Цель исследования: определение факторов, играющих наиболее существенную роль в развитии ИБС.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили данные анкеты «Определение факторов риска развития ИБС». Исследование проводилось в форме анонимного анкетирования пациентов, прибывающих на лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ «Курской городской больницы № 6».

Результаты и обсуждения. Заболевания, относящиеся к ИБС, включают в себя целую группу патологических состояний, объединённых единым механизмом развития – недостаточным поступлением кислорода с кровью в миокард, вследствие поражения коронарных сосудов (атеросклероз коронарных сосудов) или недостаточным обогащением миокарда кислородом при наличии

участков ишемии. Способствуют развитию данных процессов различные провоцирующие факторы [3].

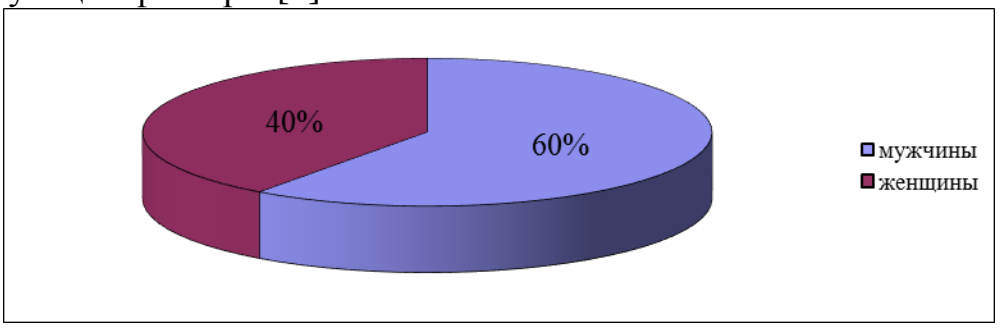


Рисунок 1. Число пациентов с ИБС в зависимости от пола

Подавляющее большинство опрошенных нами пациентов с ИБС, составляют мужчины (60%), а на долю женщин приходится 40%. Среди респондентов мужского пола ИБС наиболее распространена в возрасте старше 60 лет, что составляет 42% от числа опрошенных нами мужчин. Второе место занимают пациенты в возрасте 50-60 лет (33%), третье место 40-50 лет (25%). Наименее подвержены развитию ИБС мужчины в возрасте до 30, а также в 30-40 лет (по 0%). Среди женщин рассматриваемая нами патология ССС достигает наибольшую распространенность в возрасте 50-60 лет, что составляет 87,5% от общего числа участвовавших в опросе женщин, 12,5% приходится на возраст старше 60 лет.

Большинство факторов риска развития ИБС связаны с образом жизни, одним из важных компонентов которого является питание. Высококалорийное питание с большим содержанием в пищевом рационе животных жиров является важнейшим фактором риска развития атеросклероза [2].

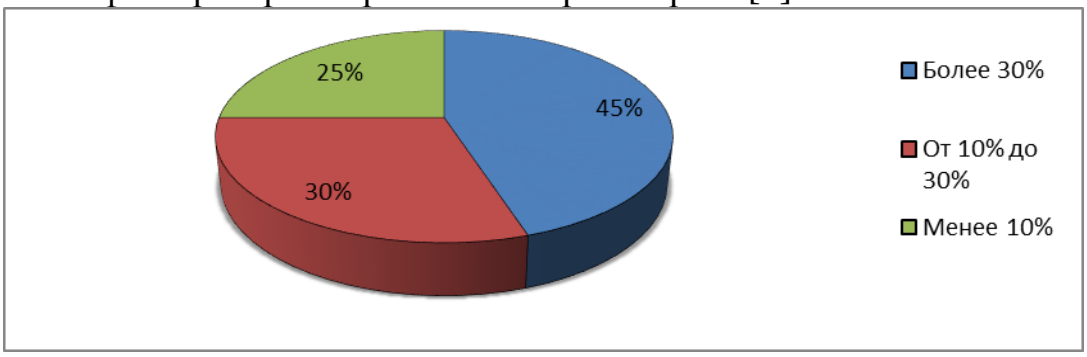


Рисунок 2. Процентное соотношение больных ИБС,
в зависимости от употребления пищи богатой липидами

У 45% опрошенных жирная пища составляет более 30% рациона питания. В то время как у 30% участников опроса употребление данной пищи составляет от 10% до 30%. И лишь у 25% респондентов на долю пищи, содержащей избыточное количество жиров, приходится менее 10% рациона. Избыточное употребление пищи, богатой жирами, приводит к набору веса. Избыточный вес является одним из факторов развития ИБС. У людей с лишним весом обнаруживаются сравнительно низкий уровень обмена веществ, повышение АД, увеличение содержания ХС в плазме крови, а также характерные для

атеросклероза изменения в стенке артерий, что в значительной степени повышает вероятность развития ИБС. Среди опрошенных нами пациентов у 75% лишний вес имеет место быть и лишь у 25% он отсутствует.

Большое значение в развитии ИБС имеет артериальная гипертензия, которая приводит к эндотелиальной дисфункции сосудистой стенки [1,4]. Она может значительно усилить симптомы атеросклероза на ранних этапах его развития. В результате исследования мы выяснили, что 50% больных ишемической болезнью сердца, участвующих в опросе, имеют уровень артериального давления в границах от 120/75 до 140/85, 35% при измерении АД отмечают диапазон от 140/80 до 150/90, а а 5% респондентов – 150/90-175/100.

Стресс – еще один из факторов, способствующих развитию ИБС. Жизнь 65% респондентов периодами носит стрессовый характер.20% больных подтвердили наличие стресса на жизненном пути. Однако, 15% опрошенных считают, что стресс в их жизни отсутствует.

Даже небольшие дозы алкоголя отрицательно влияют на ССС, способствуя возникновению ИБС. Из результатов собственного исследования: 45% употребляют алкоголь, но не более 2 раз в месяц; 15% опрошенных выпивают не более 4 раз в неделю небольшими порциями. В сумме 60% респондентов употребляют алкоголь.

Генетическая предрасположенность к заболеваниям ССС повышает процент людей, страдающих ИБС [5]. По данным исследования, у 65% респондентов в семье имеются родственники, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями. И лишь 35% опрошенных не имеют в своей родословной заболеваний ССС.

Выводы.1) наиболее всего подвержены развитию ИБС мужчины старше 60 лет. У женщин данная патология ССС встречается реже. Но, тем не менее, у женской половины населения в возрасте 50-60 лет ИБС встречается чаще, чем в других возрастных группах; 2) к основным предрасполагающим факторам развития ИБС относятся нерациональное питание, а именно, избыточное потребление жирной пищи; избыточная масса тела, артериальная гипертензия, алкоголь, стрессовый характер жизни и генетическая предрасположенность.

Список литературы.

1. Первые результаты исследования прогноз ИБС / Е.А. Гофман, С.Ю. Марцевич, А.Д. Деев и др. // Клиницист.- 2012.- № 1.- С.56-62.

2. Елфимова, И.В. Распространенность и взаимосвязь отдельных факторов риска ишемической болезни сердца / И.В. Елфимова, Д.А. Елфимов, Л.Р. Хамитова// Медицинская наука и образование Урала.- 2018.- Т.19, № 2.- С. 114-118.

3. Основы ранней диагностики и прогнозирования ишемической болезни сердца / О.А. Ефремова, Л.А. Камышникова, В.М. Никитин, Е.А. Железнова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2013.- № 16.- С. 33-36.

4. Латфуллин, И.А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение / И.А. Латфуллин.- Казань: Издательство Казанского университета, 2017.- 426с.
5. Пахомя, Н.С. Генетические аспекты ишемической болезни сердца / Н.С. Пахомя, О.М. Урясьев, Ю.А. Панфилов // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова.- 2015.- Т.23,№ 4.-С.126-132.

ДИНАМИКА ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОМЕГА - 3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Букреева Т.А., Швейнов А.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Михин В.П.

Актуальность исследования состоит в том, что оно позволяет доказать непосредственное влияние омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на состояние параметров свёртывающей системы крови у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Инфаркт миокарда является наиболее частой причиной смертности среди взрослого населения и доказано, что именно состояние параметров свёртывающей системы крови является весомым фактором риска прогрессирования сердечно-сосудистой патологии [1]. В ходе данного исследования исследуется препарат Омакор, который непосредственно воздействует на параметры свёртывающей системы крови [2].

Цель исследования: проследить изменения параметров свёртывающей системы крови на фоне приёма омега-3 ПНЖК у больных с ОИМ.

Материалы и методы исследования: Проведено открытое, рандомизированное исследование, в которое было включено 50 пациентов с диагнозом «острый коронорный синдром», с исходом в инфаркт миокарда (ИМ). Данный диагноз был верифицирован на основании клинической картины, типичных изменений ЭКГ (подъём сегмента ST, глубокий зубец Q), специфических маркёров некроза (КФК МВ-фракции, тропонина Т). Всем больным проводилась комплексная терапия, которая включала в себя бета-блокаторы, дезагреганты, гепарин, статины. При этом, в исследование пациентам основной группы с 1 дня нахождения в стационаре в комплексную терапию добавлялся Омакор (1 г/сут), содержащий омега-3 ПНЖК, который применялся в течение всего периода госпитальной реабилитации (2 недели). Состояние свёртывающей системы крови оценивали по содержанию ингибитора активатора плазминогена 1 (PAI-1), концентрации эндотелина-1, активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ) и международному нормализованному отношению (МНО).

Результаты и обсуждения: в результате, при динамическом наблюдении к 14 суткам уровень АЧТВ в основной группе повысился на 27,3% по сравнению с исходным, а в контрольной группе показатель снизился на 8,3%. Уровень эндотелина-1 значительно снизился в основной группе, как и показатель PAI-1. Уровень Р-селектина снизился в обеих группах исследования. Значения МНО остались прежними в обеих группах. Различия между группами статистически достоверны (p<0,05).

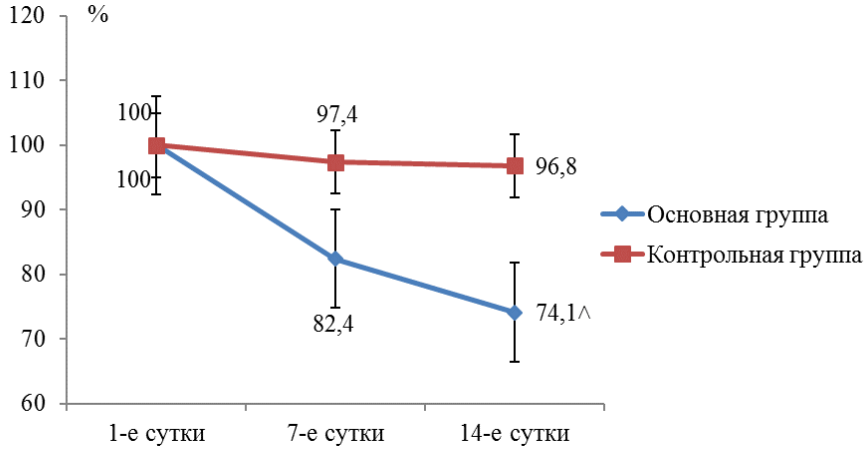


Рисунок 1. Динамика уровня эндотелина-1
в исследуемых группах пациентов с ОИМ

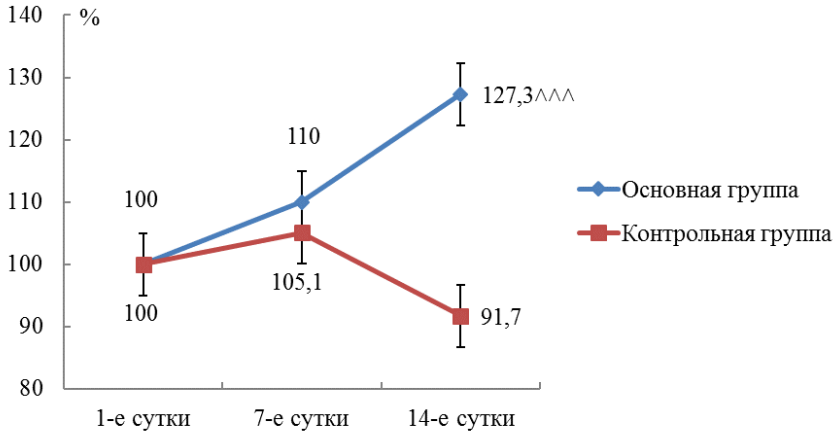


Рисунок 2. Динамика уровня АЧТВ
в исследуемых группах пациентов с ОИМ

Выводы. Таким образом, включение омега-3 ПНЖК в состав комплексной терапии больных с ОИМ сопровождается изменением некоторых показателей свёртывающей системы крови. Применение омега-3 ПНЖК значительно снижает вероятность тромбообразования у больных с ОИМ и способствует повышению эффективности проводимой терапии в госпитальных условиях.

Список литературы.

1. Острый коронарный синдром на догоспитальном этапе : практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике для врачей первичного звена здравоохранения. – М., 2009. – 38 с.

2. Говорин, А.В. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А.В. Говорин, А.П. Филев // Рацион. фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – № 8 (1). – С. 95-102.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК (ПО МАТЕРИАЛАМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ КОКБ)

Ватутина А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хардикова Е.М.

Актуальность состоит в том, что на протяжении последних лет во всем мире зарегистрирован неуклонный рост случаев нарушения сердечного ритма в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП). По данным статистического наблюдения в качестве наиболее часто встречаемого нарушения сердечного ритма выступает фибрилляция предсердий (ФП). Зачастую сочетания ФП с хронической болезнью почек рассматривается в качестве первостепенных причин многих серьезных осложнений, приводящих к инвалидизации населения.

Согласно данным статистики на территории РФ за период с 2015 по 2017 годы отмечен рост болезней системы кровообращения в 1,03 раза. Только за период 2015 года установлено 3119,6случаев болезней системы кровообращения на 100 000 всего населения, выявленных впервые, а за период 2017 года – 3206 человек на 100 000 всего населения. Распространенность ФП на фоне ХБП среди всего населения достигает не менее высоких значений и составляет около 15-20% [1].

Цель исследования: анализ заболеваемости и тактики ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в сочетании с хронической болезнью почек (по материалам нефрологического отделения БМУ КОКБ за период с 2015 по 2017 годы).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 90 карт стационарного наблюдения больного (форма 009/у) нефрологического отделения, имеющих сочетание хронической болезни почек с фибрилляцией предсердий за период 2015 по 2017 годы. Средний возраст пациентов составил 63,4±0,3 года. В ходе изучения данных были выделены три исследуемые группы, сведения о которых составили данные за 2015, 2016 и 2017 годы соответственно, количественный состав каждой равен 30 человек.

Результаты исследования: за период с 2015 по 2017 годы зарегистрировано сочетание длительно персистирующей формы фибрилляции предсердий с ХБП II - V стадий, где на долю сочетаний с ХБП II и ХБП III стадии пришлось по 4 (4,4%) случая соответственно, 3 (3,3%) случая составили комбинацию с ХБП IV стадии и 9 (10%) случаев комбинации зарегистрировано с ХБП V стадии. Отмечено абсолютное преобладание нормосистолического варианта ФП со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) 71,6±0,7 ударов в минуту.

Пароксизмальная форма ФП вне пароксизма выявлена в сочетании с ХБП II – V стадий, где на долю комбинаций с ХБП II пришлось 3 (3,3%) случая, с ХБП III стадии – 7 (7,8%) больных, ХБП IV стадии с данной формой фибрилляции выявлена у 4 (4,4%) человек и с ХБП V стадии было зарегистрировано 23 (25,6%) пациента.

Группа пациентов с перманентной формой ФП отмечена в сочетании с ХБП I - V стадий, с преобладанием нормосистолического варианта, где средняя ЧСС равна 76,3±1,4 ударов в минуту. Число случаев комбинации с ХБП I стадии составил 1 (1,1%) случай, с ХБП II стадии было выявлено 5 (5,6%) пациентов, 13 (14,4%) наблюдений пришлось на сочетание с ХБП III стадии, ФП рассматриваемой формы с ХБП IV стадии зарегистрирована у 2 (2,2%) человек и с ХБП V стадии у 12 (13,3%) пациентов.

За период 2015 года, среди всех пациентов в группе наблюдения 12 (40%) человек имели высокий риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО), где среднее количество баллов, рассчитанных по шкале CHA2DS2-VASc, составило 4,1±2,4, и 18 (60%) пациентов имели умеренный риск, пациентов, не имеющих факторов риска ТЭО не выявлено. Высокий риск кровотечений, где среднее количество баллов, рассчитанныхпо шкале HAS-BLED, составило 3,7±1,2 в пределах группы наблюдался у 15 (50%) человек.

По данным произведенного анализа за период 2016 года высокий риск тромбоэмболических осложнений имели 12 (40%) пациентов, где среднее количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc составило 4,8±1,1 и 18 (60%) пациентов имели умеренный риск, пациентов, не имеющих факторов риска ТЭО не выявлено. Высокий риск кровотечений в пределах группы наблюдался у 16 (53%) человек, у которых среднее количество баллов, согласно шкале HAS-BLED составило 3,1±0,9.

За период 2017 года, также 12 (40%) пациентов имели высокий риск тромбоэмболических осложнений, среднее количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc – 4,5±1,0, а 18 (60%) - умеренный риск, пациентов без факторов риска нет. Высокий риск кровотечений наблюдался у 15 (50%) человек, где среднее количество баллов по шкале HAS-BLED - 4,3±0,8.

Выводы. На протяжении трех лет отмечено преобладание сочетания фибрилляции предсердий пароксизмальной формы вне пароксизма с ХБП V стадии, на долю которого пришлось 23 (25,6%) случая, с преобладанием лиц женского пола – 57%, средний возраст которых составил 64±1,3 лет.

Лечение всех пациентов осуществлялась согласно клиническим рекомендациям Минздрава России. Пациенты с ХБП I – III стадии, число

которых составило 37 (41,1%) человек, стабильно получали антикоагулянтную терапию препаратами из группы новых оральных антикоагулянтов в фиксированных дозировках: Прадакса 110 мг - 2 раза в сутки и Ксарелто 20 мг – 1 раз в сутки. В связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений, рассчитанным по шкале CHA2DS2-VASc, 9 (10%) пациентам с ХПБ IV стадии и 2 (2,2%) пациентам с ХБП V стадии было показано проведение антикоагулянтной терапии препаратом из группы антагонистов витамина К (Варфарин) под контролем МНО, остальные пациенты с ХБП V стадии не получали антикоагулянтную терапию в связи с высоким риском кровотечений, рассчитанным по шкалеHAS-BLED, так как риск превышал пользу.

Список литературы.

1. Шишкова В.Н. Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистая заболеваемость: фокус на фибрилляцию предсердий / В.Н. Шишкова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т.11, № 2. - С. 196-201.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФВД У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ

Власенко В.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – ассистент Шелухина А.Н.

Во множестве патологий органов дыхательной системы, существующих в мире медицины на сегодняшний день, особая роль отводится хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). ХОБЛ значительно снижает качество жизни пациентов, приводит к нетрудоспособности и развитию сопутствующих заболеваний сердечно – сосудистой системы, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) занимает 5 место в общей заболеваемости [1]

Основной целью данной работы является анализ динамики спирометрических показателей функций внешнего дыхания (ФВД): жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) у пациентов разных возрастных групп с подтвержденным диагнозом «ХОБЛ».

Материалы и методы. Для анализа динамики были исследованы показатели спирометрии 40 пациентов, проходивших лечение на базе НУЗ "Отделенческая больница на станции Курск «ОАО «РЖД» в 2016 - 2017гг, до и после прохождения назначенной терапии. Пациенты были разделены по возрастным категориям в соответствии с классификацией ВОЗ: первая группа – молодость (18 – 44), вторая группа – средний возраст (45 – 59), третья группа – пожилой возраст (60 – 74), четвертая группа – старческий возраст (75 – 90).

Результаты и их обсуждения. Средние спирометрические показатели каждой возрастной группы до (ЖЕЛ1, ФЖЕЛ1, ОФВ1_1) и после проведения назначенной терапии (ЖЕЛ2, ФЖЕЛ2, ОФВ$1_{2)}$ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Средние показатели ФВД в динамике по возрастным группам

	ЖЕЛ1	ФЖЕЛ1	ОФВ1_1	ЖЕЛ2	ФЖЕЛ2	ОФВ1_2
18-44	51,34	52,06	51,59	66,12	64,17	67,93
45-59	53,49	52,87	53,81	56,96	57,49	57,93
60-74	58,25	57,53	57,22	60,26	60,07	61,18
75-90	64,67	61,43	62,67	67,12	64,33	64,67

Из данной таблицы можно сделать вывод, что в среднем динамика внутри возрастных групп положительная. Увеличение данных показателей можно связать с проведением комплексной терапии в соответствии со стандартом первичной медико – санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких: назначение симпатомиметиков, муколитиков и противовоспалительных средств [3]

Для визуализации табличных данных ниже приведена диаграмма средних показателей ФВД в динамике по возрастным группам.

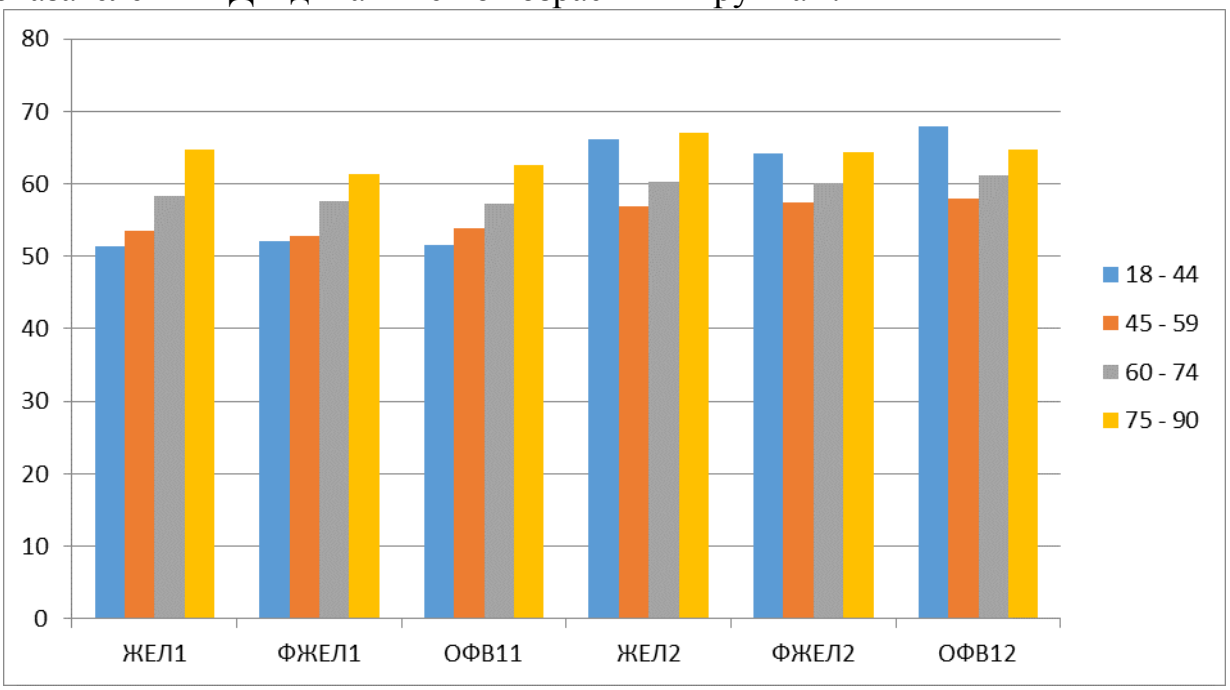


Диаграмма 1. Средние показатели ФВД
в динамике по возрастным группам.

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что у пациентов первой возрастной группы количественная разница между показателями до и после назначенной терапии значительно больше по сравнению с другими возрастными группами – с увеличением возраста разница уменьшается. Выявленные изменения можно связать со снижением защитных функций иммунной системы, ослаблением дыхательной мускулатуры или иными отягощающими факторами. У пациентов старших групп начальные и конечные показатели ФВД выше, чем у молодых и соответственно ближе к норме, хотя и

не достигают необходимых после проведения терапии значений (>80%). Данную связь можно объяснить нездоровым образом жизни пациентов молодых групп, снижением двигательной активности, ухудшением экологической обстановки, а также сохранением на момент лечения привычки курения, невыполнения указаний лечащего врача и малым процентом использования необходимых препаратов в соответствии со стандартом лечения.

Список литературы.

1. Ахминеева А.Х., Полунина О.С., Севостьянова И.В. Нарушения гомеостаза при хронической обструктивной болезни легких. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016; (4).
2. Букреева Е.Б., Сеитова Г.Н., Пузырев В.П. Воспаление при ХОБЛ: роль экзогенных и эндогенных факторов // Сибирский государственный медицинский университет. 2011. 225с.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. - М. : Российское респираторное общество, 2012. - 80 с.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Власова Ю.В., Усенкова О.Л., Прибылов В.С., Шабанов Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – д.м.н., профессор Прибылов С.А.

Актуальность исследования. Результаты исследования GARD (2014) показали, что распространенность ХОБЛ в общей популяции в Российской Федерации у лиц с респираторными симптомами достигает 15,3% [3]. Наиболее часто встречающимися коморбидными состояниями при ХОБЛ являются артериальная гипертензия - 28%, сахарный диабет - 14%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) - 10% [1]. Сочетание ХОБЛ и сердечно-сосудистой патологии неслучайно, так как имеет ряд общих патогенетических взаимодействий. Одним из механизмов нарушения жесткости артерий является снижение эндотелиальной функции. Прогностической значимости эндотелиальной функции в последние годы уделяется серьезное внимание: по мнению многих исследователей, она ассоциируется с кардиоваскулярным риском [2].

Целью нашего исследования явилась оценка жесткости сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункции у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: на базе пульмонологического отделения КОКБ было проведено обследование и анализ историй болезни 26 пациентов, страдающих ХОБЛ среднетяжелой и тяжелой степени тяжести (согласно классификации GOLD, 2018 г.) в стадии обострения в возрасте от 45 до 76 лет (средний возраст пациентов составил 63,8 ± 7,5 лет), из них 77% мужчин и 23% женщин. Длительность заболевания, в среднем, составила 14,6±2,5 лет, анамнез курильщика -18,2±6,56 пачка/лет. Пациенты были разделены на две группы. В качестве контрольной группы выступали пациенты с ХОБЛ, 2-3 степени тяжести нарушения бронхиальной проходимости без коморбидной патологии (12 человек). Основной группой послужили пациенты с сочетанием ХОБЛ и Гипертонической болезнью I-II стадии (14 человек), длительность которой составила 12,1 ± 5,4 лет. Кроме этого, у пациентов основной группы показатели жесткости сосудов были проанализированы в зависимости от стажа курения (некурящие, 5-20 пачка/лет, более 20 пачка/лет)

При анализе историй болезни производилась оценка показателей спирографии: ОФВ1 (объем форсированного выдоха за 1 секунду), индекс Тиффно, ЖЕЛ (жизненная емкость легких). Оценка жесткости артерий проводилась с помощью характеристик пульсовой волны, зарегистрированной методом неинвазивной артериографии на сфигмоманометре и сфигмографе VaSera VS-1000. Fukuda Denshi_(сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (R-CAVI и L-CAVI), лодыжечно-плечевой индекс (ABI)). Эндотелий-зависимую вазодилатацию оценивали с помощью манжеточной пробы с реактивно гиперемией УЗИ-методом линейным датчиком 10 мГц, эндотелин-1 в ЭДТА-плазме исследовали ИФА (набор Biomedica). Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью параметрических методов описательной статистики в программах MS Excel (2010) и SPSS. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценена по критерию Фишера при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования на первом этапе работы были оценены основные показатели жесткости сосудистой стенки у пациентов страдающих ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с АГ (таблица 1).

Таблица 1. Основные показатели жесткости аорты у пациентов с ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью по данным объемной сфигмографии.

Показатели	ХОБЛ	ХОБЛ в сочетании с АГ
CAVI	9,3±1,34	10,1±2,28
ABI	1,005±0,16	0,67±0,19*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Была выявлена тенденция к увеличению показателей жесткости артерий, но статистически эти показатели не достоверны. Показатель ABI статистически изменяется в группе пациентов, страдающих ХОБЛ в сочетании с АГ, что может говорить об увеличении степени риска атеросклероза артерии нижних конечностей, и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

В зависимости от длительности курения были зарегистрированы достоверные различия такого показателя как ABI в группах курящих и некурящих пациентов (таблица2).

В группе больных ХОБЛ в сочетании с АГ вазоконстрикция зарегистрирована у 21% пациентов, а у 79% недостаточная вазодилатация по сравнению с результатами исследования у больных ХОБЛ, тип С без АГ (нормальная функция эндотелия с вазодилатацией плечевой артерии более 10% установлена у 31% больных, недостаточная, менее 10% - у большинства пациентов в 69% случаев). Достоверное повышения уровня эндотелина-1 в 2 раза констатировано в группе больных ХОБЛ с коморбидной патологией (1,16±0,02 фмоль/мл по сравнению с 0,56±0,01 фмоль/мл, $p<0,001$).

Таблица 2. Основные показатели жесткости аорты у пациентов ХОБЛ+АГ в зависимости от длительности курения (количество пачки/лет) по данным объемной сфигмографии.

Показатели	Некурящие	Пачка/лет 5–20	Более 20 Пачка/лет
CAVI	8,95±1,4	9,8±1,8	10,5±1,7
ABI	1,25±0,18	0,94±0,14*	0,67±0,13*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Ранняя диагностика изменений артериальной ригидности и эндотелиальной дисфункции имеет клинико-прогностическое значение и позволяет своевременно скорректировать терапию и предотвратить неблагоприятные последствия гемодинамических осложнений [3,4]. Была выявлена тенденция к увеличению артериальной жесткости сосудистой стенки у пациентов страдающих ХОБЛ+АГ по сравнению с контрольной группой. При оценке таких показателей как CAVI и ABI у лиц с коморбидной патологией (сочетание ХОБЛ и АГ) была выявлена тенденция к увеличению этих показателей в зависимости от длительности курения (пачка/лет), причем доказана достоверность различий в значениях показателя ABI. У больных с коморбидной патологией зарегистрирована выраженная эндотелиальная дисфункция с преобладанием вазоконстрикции и недостаточной вазодилатацией с элевацией эндотелина в плазме крови.

Список литературы.

1. Павленко В.И., Колосов В.П., Нарышкина С.В. Особенности коморбидного течения, прогнозирование и лечение хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца. Благовещенск: ФГБУ ДНЦ ФПД СО РАМ. 2014. 260 с.

2. Прибылов С.А., Овсянников А.Г., Прусачова О.Ю. и др. Роль легочной гипртензии, эндотелиальной дисфункции, медиаторов воспаления в патогенезе ХОБЛ, ассоциированной с ИБС//Курский научно-практичекий вестник «Человек и его здоровье». 2011. № 4. С.149-154.

3. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айзанов З.Р и др. Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по

диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. 2014. № 3. С.15-54.

4. Maclay J.D., MacNee W. Cardiovascular disease in COPD: mechanisms // Chest. 2013. Vol.143, № 3. P.798-807

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭВОЛОКУМАБОМ И СТАТИНОМ В СРАВНЕНИИ С СИНТЕТИЧЕСКИМ АТОРВАСТАТИНОМ ТОРВАКАРДОМ

Волобуев Д.К., Джунковская В.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Жиляева Ю.А.

Актуальность исследования состоит в том, что атеросклероз является одной из первостепенных причин возникновения ИБС, откоторой, согласно статистике по заболеваемости в России за 2017 год умерло 85% мужчин и 76% женщин. В связи с этим было необходимым разработать лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина в крови, который является одним из основных звеньев в развитии атеросклероза. На протяжении полувека основными гиполипидемическими препаратами являются статины, действующие на основное звено патогенеза в развитии атеросклероза – фермент ГМГ-КоА-редуктазу. Но в настоящее время создаются принципиально новые группы гиполипидемических препаратов, одними из которых являются моноклональные антитела [1, 2].

Целью исследования является изучение гипохолистеринемической эффективности комплексной терапии статин+Эволокумаб в сравнении с синтетическим аторвастатином Торвакардом, а также определение экономической целесообразности применения моноклональных антител в настоящее время.

Материалы и методы: первая группа больных – 116 пациентов в возрасте от 53 до 64 лет с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК ХСН I-IIA стадии, находившихся на стационарном лечении на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Диагноз стабильной стенокардии напряжения был подтвержден клинически и результатами холтеровского мониторирования ЭКГ. Срок наблюдения больных составил 4 месяца, включая 1 месяц периода прескрининга. Не менее чем за месяц до включения в исследование всем больным назначали базисную терапию. Лица, нуждавшиеся в назначении других препаратов, в исследование не включались. Пациенты первой группы получали в качестве гиполипидемической терапии аторвастатин Торвакард в дозе 20 мг/сут [4]. Вторая группа больных получали статин+Эволокумаб в дозе 420 мг 1 раз в месяц. В группу вошло 484 больных с изучаемой патологией. Критерии

включения в исследование: лица старше 18 лет с наличием документально подтвержденной ИБС в анамнезе и высоким содержанием ХС ЛПНП. Полученные результаты взяты из международного исследования GLAGOV [3].

В качестве методов обследования использовалось лабораторно-функциональное определение липидного профиля крови до начала исследования, через 1 и 3 месяца после терапии. Уровень ХС ЛПНП определяли прямым иммунотурбидиметрическим методом без предварительного осаждения (Direct-метод прямой элиминации) при длине волны D600-650 нм реагентами фирмы «Roche Diagnostics» (Германия) на автоматическом биохимическом анализаторе «Cobas c 311» (Германия).

Методы исследования включали статистическую обработку результатов с использованием программ StatSoftStatistica 6.0, MicrosoftExcel и расчета критерия Стьюдента и коэффициента корреляции ($R \pm r$).

Результаты и обсуждения. Через 1 месяц приема Торвакарда (20 мг/сут) значение ОХС снизилось на 27,0%, ХС ЛПНП на 34,2%, а через 3 месяца ОХС и ХС ЛПНП уменьшились на 32,9% и 39,0% от исходного уровня соответственно. Динамика снижения ОХС и ХС ЛПНП в крови при применении Торвакарда (20 мг/сут) в течение 3 месяцев представлена в таблице 1 [4].

Согласно промежуточным данным исследования GLAGOV через 1 месяц после получения терапии статины+Эволокумаб наблюдалось снижение ХС ЛПНП на 29%, а через 3 мес терапии – на 60,6% от исходного значения. Динамика снижения уровня ХС ЛПНП при монотерапииистатинами и терапии статинами+Эволокумаб за период исследования представлена на рисунке 1 [3].

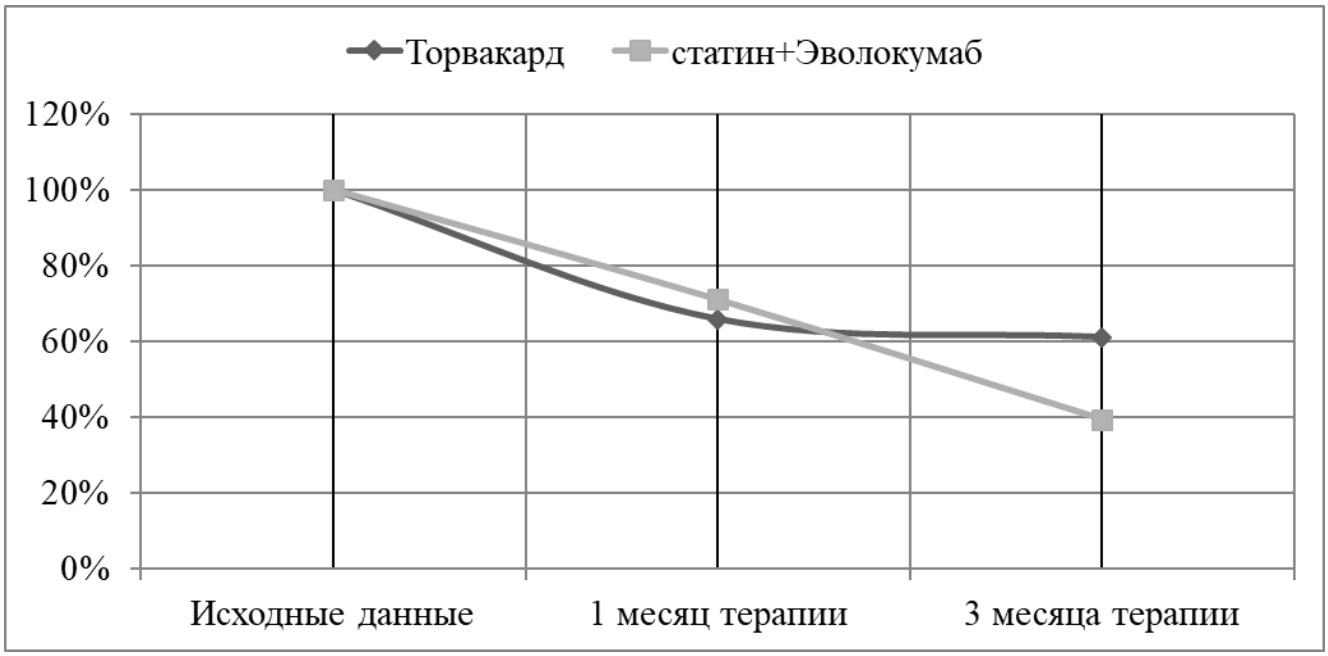


Рисунок 4. Динамика снижения уровня ХС ЛПНП

Цена Торвакарда в таблетированной форме 20 мг, 90 шт. по состоянию на 2019 год в Российской Федерации составляет в среднем 1107 руб. (цена одной таблетки 12,3 руб.). Цена на Эволокумаб (Репату) на 2019 год колеблется в

пределах 18200-22000 руб. за 1 шприц со 140 мг препарата. А для достижения результатов исследования GLAGOV необходимо использовать 3 шприца с Репатой в 1 месяц.

Выводы. При 3-х месячной терапии Торвакардом либо статины+Эволокумаб, выявлен более выраженный гиполипидемический эффект со стороны Эволокумаба в сочетании со статином, чем Торвакарда при влиянии на уровень ХС ЛПНП. На сегодняшний день использование препарата моноклональных антител является экономически очень дорогостоящим лечением, что ставит под сомнение использование данных препаратов у среднестатистического пациента, страдающего ИБС.

Список литературы.

1. Афанасьева О. И., Ежов М. В., Покровский С. Н. Антисмысловыеолигонуклеотиды и терапевтические моноклональные антитела – как основа для создания новых поколений биологических липидснижающих препаратов // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 23. – С. 99-108.

2. Житникова Л.М. «Новые» статины– новые возможности для врача и пациента. // Рос.мед. журн. –2011. –№ 29. – С. 1832-1834.

3. Карпов Ю.А. Эволокумаб и регрессия атеросклеротического поражения по данным внутрисосудистого ультразвукового исследования коронарных артерий // АтмосферА. Новости кардиологии.–2017. – № 2. – С. 2-9.

4. Михин В.П., Жиляева Ю.А., Харченко А.В., Жиляева О.А. Сравнительная гиполипидемическая и эндотелийпротективная эффективность дженерических препаратов торвакарда и симвакарда у больных ибс с гиперлипидемией // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2012. - № 2. - С. 70-77.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ «КОКБ» ЗА 2018 ГОД)

Волобуева А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ивакин В.Е.

Актуальность исследования состоит в том, что фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной тахиаритмией. Распространенность ФП значительно увеличивается с возрастом – от 0,5% в возрасте 40-50 лет до 5-15% в возрасте 80 лет. За последние 20 лет заболеваемость ФП увеличилась на 20%

[3]. ФП достаточно редко является самостоятельным заболеванием и зачастую является проявлением ишемической болезни сердца, патологии клапанов, артериальной гипертензии, дилатационной кардиомиопатии и прочих патологических состояний [2]. В настоящее время существуют две основные стратегии ведения пациентов с ФП, а именно, восстановление и поддержание синусового ритма (контроль ритма) и контроль частоты сердечных сокращений на фоне ФП (контроль частоты). Оба направления имеют свои плюсы и минусы и выбор стратегии зависит от особенностей клинического течения данной патологии, наличия сопутствующих заболеваний и их тяжести, показателей гемодинамики, возраста больных и т.д [1]

Целью данного исследования является изучение частоты применения различных антиаритмических препаратов у больных с фибрилляцией предсердий по данным кардиологического отделения БМУ КОКБ за 2018 год.

Материалы и методы: работа выполнена на базе БМУ «Курская областная клиническая больница» г. Курска. Для оценки частоты применения различных антиаритмических препаратов у больных с фибрилляцией предсердий был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного (форма 033/у) 96 пациентов с ФП за 2018 г. Больные сопоставлены по полу, возрасту, срокам поступления в стационар. Все пациенты с неклапанной ФП были оценены по шкале развития инсульта/системной тромбоэмболии CHA_2DS_2-VASc. В зависимости от суммы набранных баллов выбиралась та или иная тактика профилактики подобных осложнений. При отсутствии риска (0 баллов) не назначалась антикоагулянтная или антиагрегантная терапия. При 1 балле ставился вопрос о рассмотрении назначения оральных антикоагулянтов (ОАК). При 2 баллах было показано назначение ОАК. После оценки противопоказаний назначались или НОАК (дабигатран, ривароксабан), или антагонисты витамина К (варфарин). Так же все пациенты были оценены по шкале оценки риска кровотечений HAS-BLED (высокий риск развития кровотечений при сумме баллов ≥ 3). Ввод, накопление, хранение и первичная обработка данных исследования осуществлялись с использованием персонального компьютера и пакета прикладных программ Microsoft Excel. Статистическая обработка данных, полученных во время исследования, производилась с помощью программы Statistica 6.0 for Windows.

Результаты и обсуждения. Было проведено распределение пациентов по полу и возрасту (М- 47%, Ж – 53%). Возраст варьировался от 37 до 88 лет (средний возраст – 62,2 $\pm$ 10,3 года). Выяснилось, что ФП чаще всего встречается у женщин в возрасте 61-70 лет. Встречаемость различных форм ФП распределилась следующим образом: у 35 человек (36,5%) была диагностирована пароксизмальная форма, у 29 (30,2%) – персистирующая форма и у 2 (2,1%) ФП классифицирована как длительно персистирующая. Постоянная форма была диагностирована у 30 человек (31,3%).

Состояние всех больных с пароксизмальной формой ФП было стабильно, в связи с чем препаратом выбора для восстановления ритма являлся амиодарон (86%). Остальные 14% пациентов получали пропафенон.

При персистирующей и длительно персистирующей формах ФП основными целями лечения являлись профилактика тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и восстановление сердечного ритма. Профилактика ТЭО проводилась всем пациентам с данной формой нарушения сердечного ритма у которых был выявлен высокий риск развития осложнений по шкале CHA_2DS_2-VASc и низким уровнем риска развития кровотечений по шкале HAS-BLED. Стратегия восстановления ритма была разной. У 59% пациентов производилась медикаментозная кардиоверсия амиодароном. Оставшиеся 41% пациентов (12 человек) были направлены ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России для проведения радиочастотной катетерной абляции сердца (РЧА).

При постоянной форме ФП наиболее часто использовали препараты II, IV и V классов антиаритмических препаратов, а именно бета-адреноблокаторы (метопролол – в средней дозе 100 мг/сут), блокаторы Са-каналов (верапамил – 120 мг/сут) и дигоксин (125-250 мкг/сут). При этом при ФВЛЖ > 40% пациентам с одинаковой частотой назначали бета-адреноблокаторы и блокаторы Са-каналов. Показанием для назначения дигоксина являлась систолическая дисфункция левого желудочка (ФВЛЖ < 40%).

У пациентов, не страдающих серьезными патологиями ССС на начальном этапе лечения, назначались бета-адреноблокаторы.

Выводы. На основании всего вышеперечисленного можно сделать вывод о том, что ФП чаще всего встречается у женщин в возрасте 61-70 лет. Из всех форм ФП чаще всего встречалась пароксизмальная форма, при которой медикаментозная кардиоверсия в большинстве случаев проводилась амиодароном. При персистирующей и длительно персистирующей формах медикаментозная кардиоверсия так же проводилась с использованием амиодарона, а часть пациентов была направлена в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» для проведения РЧА. У пациентов страдающих постоянной формой ФП наиболее часто использовались блокаторы Са-каналов, бета-блокаторы и дигоксин. Амиодарон является более эффективным в предотвращении рецидивов ФП, чем другие антиаритмические препараты, но токсические внесердечные воздействия общеизвестны и усугубляются со временем. Поэтому самым используемым классом антиаритмических препаратов независимо от формы ФП являются бета-адреноблокаторы.

Список литературы.

1. Бунин Ю.А. Фармакотерапия фибрилляции предсердий при некоторых заболеваниях и синдромах: современные подходы и нерешенные проблемы // Медицинский совет. – 2012. – № 10. – С. 56-61

2. Канорский С.Г. Современная медикаментозная терапия фибрилляции предсердий: выбор стратегии, антиаритмических препаратов и схем лечения // РМЖ. – 2012. – № 20. – С. 1021-1026

3. Клинические рекомендации. Фибрилляция предсердий / «ФГБУ ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ. Центр хирургической интервенционной аритмологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 65 с.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Волынкина Ю.А.
Отдел учебной и производственной практики
Смоленский государственный медицинский университет
Научный руководитель – д.м.н., доцент Конышко Н.А.

В Российской Федерации заболеваемость инсультом и смертность от него остаются одними из самых высоких в мире. Ежегодно регистрируется более 400000 инсультов [1,2]. Среди инсультов ишемические составляют 70-80% случаев, кровоизлияние в мозг – 20 – 25%, субарахноидальное кровоизлияние – 5% случаев.

Цель исследования. Определить особенности коморбидного статуса и оценить его прогностическую значимость в развитии осложнений у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Материалы и методы: проведен анализ 250 протоколов патологоанатомических вскрытий на базе ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии» в 2018-2019 годах. Статистический анализ проводился при помощи программных пакетов «STATGRAPHICS CENTURION XIV» и «STATISTICA 10». Для выявления достоверности различий в исследуемых группах в случае качественных переменных использовался критерий Фишера. Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $\varphi_{эмп} \geq 2{,}31$.

Результаты и обсуждения. В исследование включены 108 мужчин и 142 женщины в возрасте от 35 до 90 лет, средний возраст составил M±m (64±11,3лет). Наибольшее число больных с ишемическим инсультом относилось к возрастной группе старше 70 лет – 54%, с геморрагическим – к возрастным группам 50–59 (34,3%) и 60–69 лет (34,3%). Среди мужчин у 72 был диагностирован ишемический инсульт, а у 36 – геморрагический, среди женщин у 108 и 34 соответственно.

При анализе социального статуса было установлено, что из ишемической группы 63,9% человек проживали в г. Смоленске, из геморрагической – 84,3%, в сельской местности 36,1% и 15,7% соответственно. Из исследуемого контингента, 140 человек (77,8%) состояли в зарегистрированном браке.

Из общего количества исследуемого контингента 5,2% человек имели начальное, 76,4% – среднее, 4,8% – высшее образование. В 34 протоколах отметки о полученном образовании не было.

Анализ распределения больных по уровню занятости среди групп показал, что 84,4% человек из ишемической группы пенсионеры, в то время как в геморрагической преобладали безработные.

Изучали длительность пребывания исследуемого контингента в стационаре. Было установлено, что 71 случае (29,6%) летальный исход наступил в течение первых суток с момента поступления в стационар.

Непосредственной причиной смерти послужил массивный отёк головного мозга со смещением мозгового ствола, мозжечка в большое затылочное отверстие.

При анализе заключительного патологоанатомического диагноза ишемической группы была установлена локализация инфарктов головного мозга. Было установлено, что наиболее часто поражались правая (68%) и левая (12%) средние мозговые артерии, левая (8%) внутренняя сонная артерия, артерии мозжечка (7%).

Инфаркты мозга осложнялись отеком головного мозга с дислокацией мозгового ствола или мозжечка в большое затылочное отверстие в 100% случаев. Распространенность других осложнений представлена на диаграмме 1.

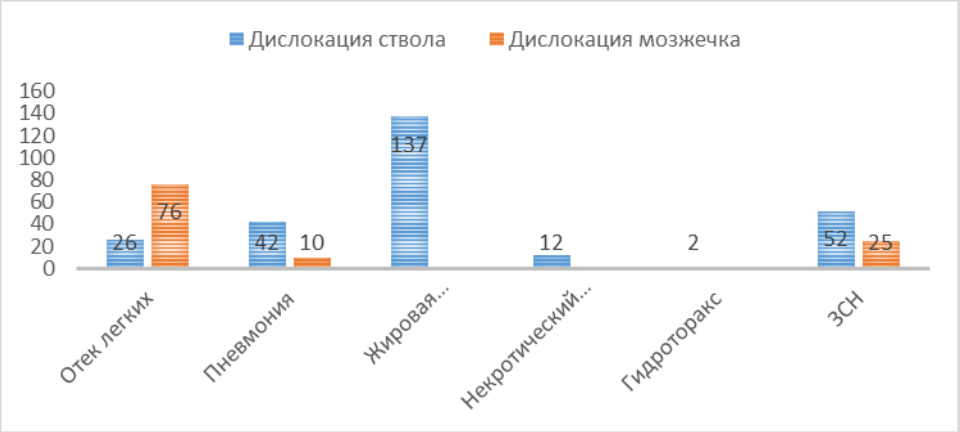


Диаграмма 1. Распространенность осложнений в ишемической группе

При анализе заключительного патологоанатомического диагноза геморрагической группы была установлена локализация кровоизлияния. В 26 случаях (37,14%) субкортикальное кровоизлияние слева, в 44 случаях (62,85%) справа, в 2 случаях было диагностировано субарахноидальное кровоизлияние.

Геморрагические инсульты осложнялись отеком головного мозга с дислокацией мозгового ствола или мозжечка в большое затылочное отверстие в 100% случаев. Распространенность других осложнений представлена на диаграмме 2.

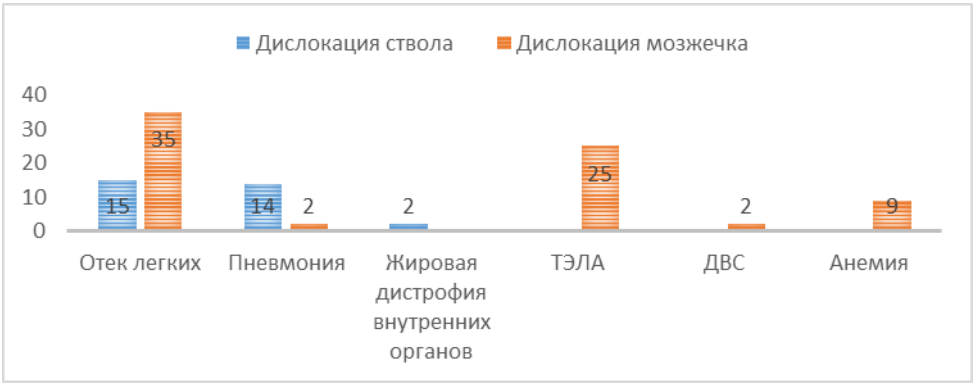


Диаграмма 2. Распространенность осложнений в геморрагической группе

Наиболее часто клиницистами выявлялись следующие осложнения основного заболевания: отек головного мозга, острая дыхательная, сердечно-сосудистая, почечная недостаточность (в 68%), пневмония (в 37,8% случаев), ТЭЛА (в 9,4% случаев). Другие осложнения встречались значительно реже.

У 88,9% пациентов ишемической группы имелись ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, а также атеросклероз артерий каротидной и/или вертебробазилярной системы, среди геморрагической – у 43,4% больных.

6 пациента имели сахарный диабет 1 типа, 78 пациентов – 2 типа, давность которого составляла более 25 лет. Кроме того, у 20 пациентов при госпитализации было выявлено нарушение толерантности к глюкозе.

Избыточная масса тела и ожирение были выявлены у 42 пациентов.

Распространенность сопутствующей патологии по данным анализа патологоанатомического и клинического диагнозов представлена на диаграмме 3.

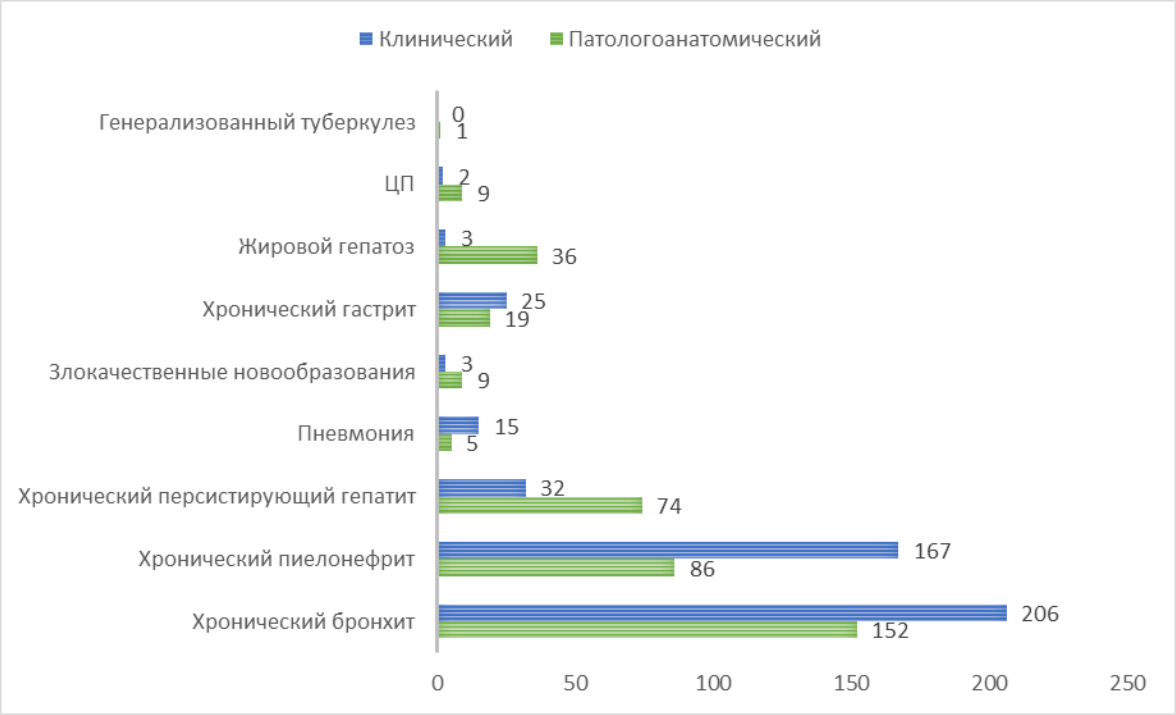


Диаграмма 3. Распространенность сопутствующей патологии среди исследуемого контингента по данным анализа патологоанатомического и клинического диагнозов

Имеет место гипердиагностика клиницистами хронического бронхит (в 54 случаях) и хронического пиелонефрита (в 81 случае), гиподиагностика ЦП и жирового гепатоза.

Выводы. Таким образом, в ходе работы было установлено, что коморбидность повышает вероятность летального исхода у исследуемого контингента и оказывает неблагоприятное влияние на прогноз.

Список литературы.
1. Литвинова М.А. Инсульт: современные тенденции развития и профилактическая работа врача // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – № 5.
2. Ярош А.С., Пирогова Л.А., Филина Н.А. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения // Журнал ГрГМУ. – 2014. – № 3. – С. 47.

ОСТРЫЕ ЛЕЙКОЗЫ: МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ В КУРСКЕ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ КОКБ)

Ворвуль А.О., Певчева В.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., доцент Степченко М.А.

Актуальность исследования состоит в том, одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии продолжают оставаться острые лейкозы (ОЛ), возникающие из кроветворных клеток и характеризующиеся поражением костного мозга. Считается, что острым миелолейкозом (ОМЛ) заболевает в среднем 3–5 человек на 100 тыс. населения в год. При этом заболеваемость резко возрастает в возрасте старше 60 лет, и составляет 12-13 человек на 100 тыс. у людей в возрасте старше 80 лет. Медиана возраста этого заболевания составляет 65 лет [2, 3]. Острый лимфолейкоз (ОЛЛ) может встречаться у лиц любого возраста, начиная с младенческого и заканчивая пожилым, однако максимальные значения заболеваемости приходятся на детский возраст (60% больных ОЛЛ моложе 20 лет). В России ОЛЛ в 2017 году был установлен у 1734 пациентов (50% моложе 18 лет) [4].

По данным Ахмерзаевой З.Х. (2017) в пяти регионах России отмечено, что возраст больных ОЛ отличен от аналогичных показателей европейских стран: больные ОЛ в России моложе – ОМЛ – 59 лет, при ОЛЛ – 38 лет, в сравнении с 71 и 54 годами, соответственно). Показатели заболеваемости ОЛ составили 1,39-2,43 на 100 тыс. населения, при этом заболеваемость ОМЛ составила 1,32 (1,40 и 1,38 у мужчин и женщин, соответственно) и ОЛЛ – 0,35 (0,36 и 0,31 у мужчин и женщин, соответственно) на 100 тыс. населения. Следует отметить, что трехлетняя общая выживаемость (ОВ) пациентов с ОЛ составила всего 28%. ОВ больных ОМЛ – 20%, ОЛЛ – 37% [1]. В связи с чем, представляет интерес изучение проблемы ОЛ в Курске и Курской области в 2007 и 2017 годах.

Целью исследования является изучение структуры острых лейкозов по данным гематологического отделения БМУ КОКБ за 2007 и 2017 годы.

Материалы и методы: в условиях гематологического отделения, архива БМУ КОКБ был проведен ретроспективный анализ 554 историй болезней пациентов с ОЛ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ КОКБ в 2007 и 2017 гг. Средний возраст всех пациентов выборки составил 57,2±17,5 лет, в 2007 году – 56,5±18,9 лет, в 2017 году – 57,8±16,3 лет. Среди исследуемых лиц преобладали женщины – 288 (52%), мужчин – 266 (48%): в 2007 году: женщин 112 – (55,4%), мужчин – 90 (44,6%); в 2017 году: наибольший процент составили мужчины (51,7% - 122 пациента), 114 женщин (48,3%).

Был проведен структурный анализ 438 историй болезни больных ОМЛ (79,1%) и 96 (20,9%) – ОЛЛ, таким образом, преобладали больные с ОМЛ.

В ходе анализа учитывались следующие показатели: клинический диагноз, пол, возраст, место проживания (город/область), впервые выявленные нозологии и число летальных исходов. Производился расчёт общей заболеваемости, первичной заболеваемости и смертности.

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel 2010 и STATISTICA 10.0 с использованием стандартных методов вариационной статистики, корреляционного и регрессивного анализа. Оценку достоверности различий между парными и независимыми выборками проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. При проведении ретроспективного анализа историй болезни пациентов с ОЛ установлено, что показатель заболеваемости ОМЛ в 2007 году был достоверно меньше, чем в 2017 году ($p<0,05$): в 2007 году он составил 0,17 на 100 тыс. человек, в 2017 году – 0,21 на 100 тыс. человек. Показатель заболеваемости ОМЛ в Курской области в 2007 равен 0,13 на 100 тыс. человек, в 2017 – 0,14 на 100 тыс. человек. Заболеваемость в Курске в 2007 году составила 0,24 на 100 тыс. человек, в 2017 году – 0,22 на 100 тыс. человек. Заболеваемость в областном центре как в 2007, так и в 2017 году достоверно выше, чем в области ($p<0,05$).

В 2007 году ОМЛ впервые был выявлен у 29 человек (показатель первичной заболеваемости составил 0,02 на 100 тыс. человек), в 2017 диагноз «ОМЛ» был поставлен 30 поступивших гематологическое отделение БМУ КОКБ (показатель первичной заболеваемости – 0,03 на 100 тыс. человек).

ОМЛ как в 2007, так и в 2017 явился основной причиной смерти больных, находящихся на лечении в гематологическом отделении БМУ КОКБ. ОМЛ в 2007 году привел к летальному исходу у 17 пациентов гематологического отделения БМУ КОКБ (8,42% от всех обратившихся в 2007 году за медицинской помощью с диагнозом ОМЛ). В 2017 году течение ОМЛ закончилось летальным исходом у 30 пациентов (12,71% от всех обратившихся в 2017 году за медицинской помощью с диагнозом ОМЛ). Показатели смертности составили: в 2007 – 0,01 на 100 тыс. человек, в 2017 – 0,03 на 100 тыс. человек.

При анализе историй болезней больных ОЛЛ в 2007 году отмечается 30 случаев обращения в гематологическое отделение БМУ КОКБ, в 2017 году – 60. Средний возраст обратившихся за медицинской помощью по поводу ОЛЛ в 2007 году достоверно меньше, чем в 2017 году: в 2007 он составил 29,2±1,11 лет, в 2017 – 44,2±1,74 лет. В 2007 году с диагнозом ОЛЛ поступило 19 мужчин (52,8%) и 17 женщин (47,2%), в 2017 году – 35 мужчин (58,3%) и 25 женщин (41,7%). В 2017 году из областного центра с диагнозом ОЛЛ в гематологическое отделение БМУ КОКБ поступило достоверно больше пациентов, чем в 2007 году: 2017 г. – 28 человек, 2007 г. – 7 человек.

Показатель заболеваемости ОЛЛ в 2007 году составил 0,05 на 100 тыс. человек, в 2017 году – 0,05 на 100 тыс. человек. Показатель заболеваемости ОЛЛ в Курской области в 2007 равен 0,04 на 100 тыс. человек, в 2017 – 0,05 на 100 тыс. человек. Заболеваемость в Курске в 2007 году достоверно ниже, чем в 2017 году: в 2007 году она составила 0,01 на 100 тыс. человек, в 2017 году – 0,06 на 100 тыс. человек.

В 2007 году ОЛЛ впервые был выявлен у 2 человек (показатель первичной заболеваемости составил 0,002 на 100 тыс. человек), в 2017 диагноз ОЛЛ был поставлен также двум поступившим в гематологическое отделение БМУ КОКБ (показатель первичной заболеваемости – 0,002 на 100 тыс. человек).

ОЛЛ в 2007 году занимал второе место в структуре смертности гематологического отделения БМУ КОКБ, в 2017 – третье. ОЛЛ в 2007 году привел к смерти 4 пациентов гематологического отделения БМУ КОКБ (11,1% от всех обратившихся в 2017 году за медицинской помощью с диагнозом ОЛЛ). В 2017 году течение ОЛЛ закончилось летальным исходом у 7 пациентов (11,7% от всех обратившихся в 2007 году за медицинской помощью с диагнозом ОЛЛ). Показатели смертности составили: в 2007 – 0,003 на 100 тыс. человек, в 2017 – 0,006 на 100 тыс. человек.

Выводы. Сравнительный анализ изучения проблемы острых лейкозов в Курске и Курской области (по данным гематологического отделения БМУ КОКБ за 2007 и 2017 гг.) установил тенденцию к повышению заболеваемости острыми миело- и лимфолейкозами, средний возраст больных острым лимфолейкозом увеличился на 13 лет. Заболеваемость острым миелолейкозом по Курску остается выше, чем по области. Заболеваемость острым лимфолейкозом по Курску достигла цифр заболеваемости по Курской области в промежуток времени с 2007 по 2017 гг. За последние 10 лет первичная заболеваемость и смертность от острых лейкозов не претерпели значительных изменений. Острые миело- и лимфолейкозы остаются основными заболеваниями в структуре смертности в гематологическом отделении БМУ КОКБ.

Список литературы.

1. Ахмерзаева З.Х., Паровичникова Е.Н., Куликов С.М. и др. Эпидемиологическое исследование острых лейкозов в пяти регионах Российской Федерации // Гематология и трансфузиология. 2017. № 1. С. 46-51.

2. Гематология: национальное руководство / под ред. О.А. Рукавицына. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 784 с.

3. Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н., Афанасьев Б.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых миелобластных лейкозов взрослых [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://blood.ru/documents/clinical%20guidelines/21.%20klinicheskie-rekomendacii-2014-oml.pdf (дата обращения 01.12.2018)

4. Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н., Афанасьев Б.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых лимфобластных лейкозов взрослых // Гематолоия и трансфузиология. 2018. Т. 63, № 1 (S2). С. 5-52

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИБС: СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК НА БАЗЕ НУЗ ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ КУРСК ОАО «РЖД»

Воропанова В.Н., Симоненкова Л.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мансимова О.В.

Одной из самых актуальных проблем современной медицины является ишемическая болезнь сердца (ИБС) которая, приводит к преждевременной инвалидности и смертности значительный процент населения. В среднем по России от ИБС страдают около 65% мужчин и 35% женщин.

Заболеваемость ИБС у мужчин значительно выше, чем у женщин, и существенно возрастает с возрастом. Благодаря некоторым особенностями женского организма, эластичность сосудов до периода менопаузы предопределена действием гормонов-эстрогенов, которые имеют антиатеросклеротическое действие. Однако после менопаузы риск заболевания увеличивается [2].

В России почти 10 миллионов трудоспособного населения страдают ИБС, более 1/3 из них имеют стабильную стенокардию. В России заболеваемость ИБС составила 425,5 случая на 100 000 населения. Смертность от ИБС у лиц в возрасте до 65 лет за последние 20 лет снизилась на 50%, однако общая смертность от ИБС осталась неизменной. Стенокардия часто является причиной мгновенной смерти или инфаркта миокарда с тяжёлыми осложнениями.

Стенокардия – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, проявляющаяся приступами внезапной загрудинной боли, вследствие острой ишемии миокарда. Боль внезапная, проявляется при физической нагрузке или эмоциональном стрессе, после приёма пищи; обычно иррадиирует в область левого плеча, шеи, нижнюю челюсть, межлопаточное пространство, левую подлопаточную область и продолжается не более 10-15 минут. Болезненные

ощущения утихают и полностью исчезают при прекращении действия этиологического фактора или приёме нитрата короткого действия (например, нитроглицерина сублингвально) [1].

Цель исследования: провести анализ заболеваемости ИБС: стабильная стенокардия напряжения II - III функциональных классов.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней 30 пациентов в возрасте от 51 до 81 года с диагнозом ИБС: стабильная стенокардия напряжения II-III ФК., проходивших стационарное лечение в терапевтическом отделении НУЗ отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД» в период с января по декабрь 2017 года.

Все пациенты были разделены на две группы: первая группа - мужчины (21 человек, 70%), вторая группа – женщины (9 человек, 30%).

Обработка результатов осуществлялась с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждения. Для выявления частоты встречаемости исследуемого заболевания в определённом возрастном периоде было проведено распределение больных на возрастные группы (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Первая группа (n=21)		Вторая группа (n=9)	
	Абс.	%	Абс.	%
До 45	0	0	0	0
46-60	12	57	0	0
61-75	5	24	3	33
76-90	4	19	6	67
91 и более	0	0	0	0

В результате выявлено, что наиболее часто ИБС: стенокардия напряжения II - III функциональных классов страдают мужчины среднего возраста (46-60 лет). Среди женщин данная патология преобладает в старческом возрасте (76-90 лет).

Согласно международной классификации болезней стенокардия напряжения – один из хронических вариантов ИБС. Функциональные классы учитываются только при стабильной форме стенокардии напряжения. Они определяют степень готовности сердца к выполнению различных нагрузок. Чем выше функциональный класс стенокардии, тем нагрузка меньшей силы способна вызвать болевой приступ. Существует 4 функциональных класса стабильной стенокардии напряжения:

I ФК – больной нормально справляется с обычной нагрузкой. Боли могут наступать только при сильных перегрузках.

II ФК – следует уменьшить количество физических нагрузок, т. к. приступ может возникнуть при ходьбе на небольшие расстояния (до 1 км), при подъёмах на второй этаж по лестнице.

III ФК – обычная физическая активность сильно снижена. Боли могут возникнуть при простом хождении на 100-500 метров.

IV ФК – боли возникают при малейших нагрузках, а также при хождении меньше, чем на 100 метров. Возможны боли в состоянии покоя и при психоэмоциональных напряжениях [3].

Исследование заболевания ИБС: стабильная стенокардия напряжения проводилось среди пациентов, имеющих II и III функциональные классы. Вследствие этого было произведено распределение больных в зависимости от тяжести течения стенокардии II-III ФК (таблица 2).

Таблица 2. Распределение больных в исследуемых группах по тяжести течения стенокардии II-III ФК

Функциональный класс	Первая группа (n=21)		Вторая группа (n=9)	
	Абс.	%	Абс.	%
II	7	33	3	33
III	14	67	6	67

По данным таблицы следует, что с III функциональным классом стабильной стенокардии напряжения, как мужчины, так и женщины чаще госпитализировались для стационарного лечения (67%), чем со II ФК (33%).

Выводы. В результате проведенного анализа больных с ИБС можно сделать вывод, что данному заболеванию в большей степени подвержены мужчины, чем женщины. Средний возраст пациентов-мужчин составил 46-60 лет, а женщин – 76-90 лет. Пациенты, включенные в исследование, различались по тяжести стенокардии напряжения. У 33% из них отмечалась стенокардия напряжения II функционального класса и 67% больных имели III ФК. Таким образом, у большинства пациентов, участвующих в исследовании, физическая активность была существенно снижена хронической коронарной недостаточностью, что проявлялось приступами стенокардии при малой и незначительной физической нагрузке.

Список литературы.

1. Зубкова А.А., Морозов А.Н., Тишков Д.С. Эпидемиологическая характеристика, клинико-лабораторные проявления и лечение основных стоматологических заболеваний у больных с ишемической болезнью сердца // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2015. № 4. С.57-64.

2. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Стратегия и тактика лечения // Медицинское информационное агентство. 2015. 272с.

3. Тетельбаум, А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда: монография // Государственное издательство медицинской литературы. 2016. 208с.

ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ, НА ФОНЕ АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Габелко Е.В., Нетяга Е.А., Игнатенко Н.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., Корнеева С.И.

Неумолимые цифры статистики, демонстрирующие общий рост числа больных с хронической болезнью почек (ХБП) во всем мире и в нашей стране, в частности, находят свое отражение в показателях потребности в заместительной почечной терапии (ЗПТ). К концу 2015 г. в России ЗПТ получали 44136 больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН). В общей структуре диализной терапии в России в резко доминирует гемодиализ (ГД), удельный вес которого составляет 93,5% от всех видов ЗПТ. Следует отметить, что Российская Федерация входит в десятку стран с наиболее быстрым увеличением обеспеченности населения методами ЗПТ [1]. Однако пациенты, имеющие терминальную ХПН и получающие ЗПТ, имеют целый ряд сопровождающих это патологическое состояние проблем, нуждающихся с постоянной медикаментозной коррекции. Среди них анемический синдром, развивающийся практически у всех больных. Анемия – раннее осложнение ХБП. Статистически значимое снижение гемоглобина (Hb), как правило, выявляется задолго до развития значимой почечной недостаточности, при снижении клиренса креатинина ниже 70 мл/мин у мужчин и 50 мл/мин у женщин, что соответствует 2–3 стадиям ХБП [2]. Анемия усиливается при прогрессировании ХПН, так как сморщивание почек ведет к падению синтеза гормона роста эритроцитов – эритропоэтина в перитубулярных клетках проксимальной части нефрона. Именно снижение продукции эритропоэтина является наиболее значимым в развитии анемического синдрома. Указанная эритропоэтиндефицитная анемия сохраняется у больных с ХБП на программном гемодиализе и исчезает только после аллотрансплантации почки. В соответствии с современными клиническими рекомендациями коррекция анемии у больных с терминальной ХПН основана на применении эритропоэтинов (эпоэтин-альфа, эпоэтин-бета), стимуляторов эритропоэза (мирцера) и препаратов железа для приема внутрь (лактат железа, фумарат железа, сульфат железа) или парентерального введения [3].

В рамках настоящего исследования целью было определено изучение динамики лабораторных показателей пациентов, находившихся на программном гемодиализе, получавшихся антианемическую терапию.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ карт стационарных больных, находившихся на лечении в отделении гемодиализа БМУ «Курская областная клиническая больница» за период январь-декабрь 2018 года. В исследование включено 42 пациента (мужчины – 16, женщины – 26), средний возраст которых составил 55±11,09 года. Среди основных

заболеваний, явившихся причиной развития ХБП, наиболее часто встречались хронический гломерулонефрит (54,76%), врождённые аномалии мочевыводящей системы (14,29%) и сахарный диабет (14,29%). Анемический синдром разной степени тяжести по результатам проведенного обследования был выявлен у всех пациентов. У подавляющего большинства больных (92,9%) анемия соответствовала критериям легкой степени. Для статистической обработки полученных данных использована программа MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждения. Все пациенты, находившиеся на программном гемодиализе, имели анемический синдром по критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Однако, у части пациентов антианемическая терапия не назначалась в соответствии с более низкими пороговыми значениями гемоглобина у больных на ЗПТ, указанными в современных клинических рекомендациях [3]. В исследовании таких пациентов оказалось 4 человека, которые не получали антианемических препаратов. Все остальные больные (90,5%) принимали альфа эпоэтин (Эральфон) 2 или 3 раза в неделю (в соответствии с показателями гемоглобина) по 2 тысячи единиц и препарат железа (гидроксид сахарозный комплекс Венофер) от 1 раза в неделю до 1 раза в 6 месяцев.

Сравнительная оценка динамики показателей уровня гемоглобина у пациентов, получавших антианемическую терапию, и без приема препаратов не выявила значимых отличий (рисунок 1).

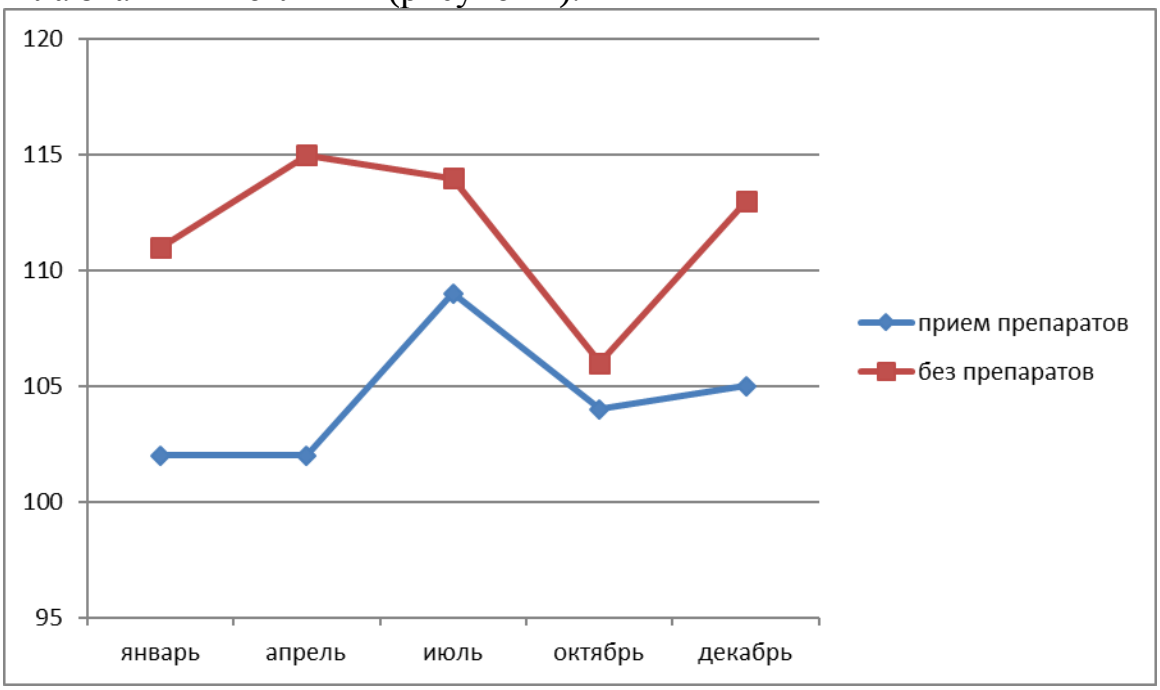


Рисунок 1. Динамика уровня сывороточного гемоглобина у пациентов, получавших антианемическую терапию, и без приема препаратов; по горизонтали – месяцы наблюдения, по вертикали – значения уровня сывороточного гемоглобина, г/л.

Следует отметить, что по результатам динамического наблюдения у больных, не получавших антианемическую терапию, на определенных этапах возникает необходимость в их назначении (снижение уровня гемоглобина),

которая в дальнейшем самопроизвольно исчезает. Данные обстоятельства, вероятно, свидетельствую о достаточном компенсаторном резерве у этих пациентов. Однако ранее назначение препаратов может позитивно влиять на прогноз больных, не приводя к полному истощению механизмов адаптации. Колебания уровня гемоглобина у пациентов, получавших антианемическую терапию, не выходят за рамки допустимых значений.

Далее мы предприняли попытку оценить динамику показателей стандартного биохимического исследования крови (креатинин, мочевина, общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, общий холестерин). По результатам анализа значимых колебаний и отличий в группах пациентов обнаружено не было.

Выводы. Проведенный анализ динамики лабораторных показателей пациентов, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом, выявил высокую распространенность анемии у данной категории больных. Колебания уровня сывороточного гемоглобина свидетельствовали об адекватности получаемой антианемической терапии.

Список литературы.

1. Томилина Н.А.,' Андрусев А.М., Перегудова Н.Г., Шинкарев М.Б./ Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в российской федерации в 2010–2015 гг. Отчет по данным Общероссийского Регистра заместительной почечной терапии Российского диализного общества. Часть первая – С. 6-14.
2. Основные принципы коррекции анемии при хронической почечной недостаточности /Лекарственный вестник № 4 (44) 2011 Том 6/А. М. Лялюев, А. Ю. Николаев, Р. Р. Беков Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии ВолгГМУ – С.1-15.
3. Хроническая болезнь почек: клинические рекомендации. Рабочая группа по подготовке рекомендаций: Председатель: Денисов И. Н. Члены рабочей группы: Сигитова О. Н.,Архипов Е. В.,Надеева Р. А., Мирсаева Г. Х. Приняты на IV Конгрессе врачей первичного звена здравоохранения Юга России, IX Конференции врачей общей практики (семейных врачей) Юга России 7 ноября 2014 г., г. Ростов-на-Дону– 24с.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧКИ

Гайдукова М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Воротынцева Н.С.

В настоящее время среди урологических опухолей рак почки занимает третье место после новообразований предстательной железы и мочевого

пузыря, а по смертности находится на первом месте [3, 6, 10]. Почечно-клеточный рак (ПКР) – общепринятый в настоящее время термин для обозначения рака, развившегося из эпителия почечных канальцев [9]. По темпам прироста ПКР занимает одно из ведущих мест среди онкоурологических заболеваний, что отчасти связано с широким внедрением современных методов диагностики (ультразвуковой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии), позволяющих обнаружить даже небольшие, бессимптомные новообразования. Однако частота запущенных форм ПКР продолжает увеличиваться, что указывает на существование и «истинного» прироста заболеваемости [8, 9].

Диагностика ПКР на ранней стадии по-прежнему остается актуальной задачей. Также чрезвычайно сложна дифференциальная диагностика небольших, диаметром менее 2 см, злокачественных опухолей почки с псевдоопухолевыми структурами паренхимы, с осложненными и мультилокулярными кистами, с доброкачественными образованиями, прежде всего с ангиомиолипомами (АМЛ) [1-5, 7].

В связи с вышеизложенным, возникла необходимость рассмотреть применение мультимодального подхода в алгоритме лучевого обследования при подозрении на ПКР.

Целью исследования являлось сопоставление результатов УЗИ, МСКТ и МРТ почек при диагностике рака почки.

Материалы и методы: проведен анализ результатов комплексного лучевого исследования почек 662 пациентов, направленных в клинико-диагностический центр «Клиника Эксперт Тверь» за период с 2015 по 2018 год с целью исключения патологии мочевыделительной системы. Первичный лучевой скрининг заключался в УЗИ почек, который в последующем, при выявлении очаговых образований, дополнялся МРТ почек и/ или МСКТ мочевыделительной системы, при необходимости с контрастированием сосудистого русла.

Ультразвуковое сканирование выполнялось на аппаратах «SonoScape» и «Philips HD15», конвексным и линейными датчиками с частотой 3,5-7 МГц. Мультиспиральная компьютерная томография выполнялась на 64-срезовом компьютерном томографе фирмы Siemens, как с внутривенным контрастированием, так и без него. Магнитно-резонансная томография (МРТ) выполнялась на резистивных магнитно-резонансных томографах Magnetom фирмы Siemens и Intera фирмы Philips, с напряженностью магнитного поля 1,0 и 1,5 тесла, как с внутривенным контрастированием, так и без него.

Очаговые образования почек по данным скринингового УЗИ, за исключением кист, были выявлены у 115 (17,3%) из 662 обследованных пациентов. Половозрастной состав выборки: мужчин было 39 (33,9%) человек, а женщин – 76 (66,1%) человека. Средний возраст пациентов и среди мужчин, и среди женщин составил 57,9 лет.

В зависимости от выполненного комплекса лучевых исследований 115 пациентов с очаговыми образованиями почек были разделены на три группы. Первую (I) группу составили 47 (40,9%) пациентов, которым было выполнено

УЗИ и МРТ почек, вторую (II) группу – 60 (52,2%) пациентов, которым выполнялось УЗИ и МСКТ и третью (III) группу – 8 (6,9%) пациентов, которым были выполнены все три метода лучевого исследования (УЗИ + МРТ + МСКТ).

Результаты исследования. По результатам УЗИ 115 пациентов с очаговыми образованиями почек ПКР был диагностирован в 68 (59,1%) случаях. В 4 (3,4%) из 115 случаев по данным МРТ и КТ не удалось достоверно высказаться о природе новообразования почки; был выставлен дифференциально-диагностический ряд. По результатам МРТ и МСКТ диагноз ПКР был поставлен у 51 (44,3%) из 115 пациентов с очаговыми образованиями почек. При сопоставлении данных УЗИ с результатами МРТ, МСКТ и МРТ+МСКТ совпадение диагноза ПКР было констатировано у 43 (63,2%) пациентов.

В первой группе из 26 пациентов, у которых по данным УЗИ был выявлен ПКР, диагноз совпал с результатами МРТ у 13 (50%) пациентов. 9 из них были женщинами, и 4 мужчинами, их средний возраст составил 57,7 лет. В остальных случаях: у 3 пациентов выявлена АМЛ, у 3 человек - кисты, в 1 случае – фиброма. У 4 пациентов по данным МРТ – патологии найдено не было. У 2 пациентов по результатам МРТ не был получен однозначный ответ, который позволил бы верифицировать патологическое образование в почке.

Во второй группе из 39 пациентов, у которых по данным УЗИ был выявлен ПКР, диагноз совпал с результатами КТ у 28 (71,7%) пациентов (в том числе имело место сочетание АМЛ с раком почки у 1 пациента). Из них было 13 женщин и 15 мужчин, их средний возраст составил 59,7 лет. В остальных случаях у 1 пациента выявлена АМЛ, в 1 случае – липома и в 2 – кисты; у 2 пациентов – аденома почки. У 5 пациентов по данным МСКТ очаговые образования не были обнаружены.

В третьей группе у 2 пациентов из 3 было совпадение диагноза ПКР по данным МРТ и МСКТ с результатами УЗИ. У одного пациента, которому по данным УЗИ предполагали двусторонний рак почек, по данным МСКТ и МРТ были диагностированы множественные АМЛ обеих почек, с развитием синдрома Вундерлиха.

Таким образом, при сопоставлении данных УЗИ и МСКТ при диагностике рака почки определяется более высокая степень совпадения заключений (более 70%), чем при сопоставлении результатов УЗИ и МРТ (50%). Исходя из этого, использование мультимодального подхода в диагностике рака почки в настоящее время является наиболее эффективным диагностическим подходом, позволяющим адекватно определять объем и целесообразность хирургических вмешательств.

Список литературы.

1. Айрапетова, Г.Д. Возможности МРТ в диагностике венозного тромбоза при злокачественных опухолях почек/ Г.Д. Айрапетова, А.Б. Лукьянченко, В.Б. Матвеев // Материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ, 28.09-01.10.2006. – Баку, 2006. – С. 71.

2. Айрапетова, Г.Д. Магнитно-резонансная томография в диагностике почечно-клеточного рака / Г.Д. Айрапетова, А.Б. Лукьянченко, В.Б. Матвеев // Вестник онкологии. – 2007. – № 1. – С. 26-31.
3. Аляев, Ю.Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике / Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов, М.А. Газимиев – М.: Р.Валент, 2001. – 192 с.
4. Аляев, Ю.Г. Локализованный и местно-распространенный рак почки: нефрэктомия или резекция? / Ю.Г. Аляев, А.А. Крапивин // Онкоурология. – 2005. – № 1. – С. 10-15.
5. Аляев, Ю.Г. Особенности диагностики новообразования почки до 4 см / Ю.Г. Аляев, А.А. Крапивин, Н.А. Григорьев // Медицинская визуализация. – 2003. – № 2. – С. 33-38.
6. Мавричев, А.С. Почечно-клеточный рак / А.С. Мавричев – Минск: БелНЦМИ, 1996. – с.296.
7. Минько, Б.А. Диагностические возможности современных ультразвуковых методик в онкоурологии и онкогинекологии / Б.А. Минько // SonoAce International. – 2006. – № 15. – С. 35-41
8. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. – 250 с.
9. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J Clin. 2018;68 (6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
10. Yagi T., Tanaka N. Infection and rejection // Nippon. Geka. Gakkai. Zasshi. – 2002. – Vol. 103, Iss. 5. – P. 428-434.

ПАРАМЕТРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гедзик Г.О., Бантюкова Д.В., Прибылов В.С., Рассадникова К.Р., Махова О.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – д.м.н., профессор Прибылова Н.Н.

Изучение параметров артериальной ригидности (АР) у больных бронхиальной астмой (БА) и артериальной гипертензией (АГ) является весьма актуальным, учитывая их прогностическую ценность в отношении кардиоваскулярного риска у этой категории пациентов с частой коморбидной патологией [1, 2].

Целью исследования является анализ взаимосвязи показателей АР с тяжестью бронхообструктивного синдрома, количеством обострений БА, величиной АГ и возрастом больных.

Материалы и методы исследования. При изучении историй болезни анализировались такие показатели спирографии как: $ОФВ_1$ (объем форсированного выдоха за 1 секунду), индекс Тиффно ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ), ЖЕЛ (жизненная емкость легких). Оценка жесткости артерий проводилась с учетом характеристик пульсовой волны, зарегистрированной методом неинвазивной артериографии на сфигмоманометре и сфигмографе VaSera VS-1500. Fukuda Denshi (Япония). Регистрируемые показатели: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации, CAVI индекс (сердечно-лодыжечный индекс) и центральное давление в пробе с помощью аппарата VaSera DS-1500 (Япония). Эндотелиальную дисфункцию оценивали по степени эндотелий зависимой вазодилатации сосудов с помощью манжетной функциональной пробы с реактивной гиперемией по Celermajer и соавт. (1992 г.), линейным датчиком 10 МГц определялась вазомоторная реакция плечевой артерии (ПА) в пробе с реактивной гиперемией. Определение эндотелина-1 (ЭТ-1) в ЭДТА-плазме выполняли с помощью иммуноферментного анализа (набор Biomedica). Использовалась эходопплеркардиография (Logic-550, Aloka-1750) с исследованием внутрисердечной гемодинамики. Для оценки снижения контроля над БА учитывался результат АСТ теста и ACQ-5 теста.

Всего в исследовании приняло участие 30 пациентов с БА средней и тяжелой степенью тяжести (согласно классификации GINA, 2018 г.) в возрасте от 45 до 72 лет, 5 мужчин и 25 женщин (5% мужчин и 95% женщин).

Группа сравнения – 20 больных с БА без АГ.

Результаты и обсуждение. Получена положительная корреляционная связь между тяжестью БА и отсутствием контроля над заболеванием по результатам АСТ-теста и теста ACQ. Количество обострений в год у больных 2.8±0.1, количество вызовов СМП в год на 1 больного 5.8±0.2.

Среднее значение АСТ-теста у больных БА средней тяжести 20.1±2.4 балла, среднее давление в легочной артерии (СДЛА) при сочетании БА и АГ 1-3 ст. было повышено до 43.8±3.4 мм.рт.ст. При анализе пробы с реактивной гиперемией у больных выявлены признаки дисфункции эндотелия, недостаточную вазодилатацию определили в среднем по группе 4.9±1.3%. Регистрировалось снижение ЭЗВД по мере снижения $ОФВ_1$ ($r=0.58$, $p<0.01$) и уменьшения ПСВ ($r=0.52$, $p<0.01$), что документирует вклад тяжести БА и снижение контроля в развитии эндотелиальной дисфункции вместе с увеличением уровня ЭТ-1 в зависимости от степени ЭЗВД. У больных с ЭЗВД<10% уровень ЭТ-1 был повышен до 1.32±0.11 моль/мл, а у лиц с ЭЗВД>10% 0.54±0.05 при норме 0.22±0.02 моль/мл.

Полученные данные свидетельствуют о наличии значительных нарушений ЭЗВД ПА с элевацией содержания в плазме ЭТ-1 у пациентов с коморбидной патологией БА+АГ. При сочетании БА и АГ недостаточная вазодилатация отмечалась у 85% пациентов, патология вазоконстрикции у 10%,

нормальная функция у 5%. У больных БА без АГ эти показатели были соответственно 67%, 4%, 29%.

Прямую корреляционную зависимость установили между ЭЗВД и длительностью БА и АГ. Таким образом, снижение выраженности ЭЗВД, ЭД является маркером оценки уровня контроля и обострения БА и риска развития кардиопульмонального осложнения [4, 5, 6].

Анализ взаимосвязи клинических данных и показателей АР в группе БА и АГ выявил значительный рост скорости распространения пульсовой волны (8.25±0.80 м/с), индекса аугментации (-27.3±12.2), центрального давления в аорте (13.3±8.4 мм.рт.ст), CAVI-индекса чем в группе сравнения (СРПВ=6.51±0.8 м/с; центральное давление в аорте=105.3±4.8 мм.рт.ст.; ИА=-30.1±10.2%). Повышение жесткости сосудов связано с тяжестью, количеством обострений астмы, особенно у лиц пожилого возраста и с АГ. Нами зарегистрировано повышение всех показателей сосудистой жесткости у пациентов с БА и АГ по сравнению с больными БА без АГ, что требует ранней индивидуальной медикаментозной коррекции жесткости сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункции больных БА на фоне базисной терапии иГКС+формотерол.

Список литературы.

1. Барсуков, А.В. Артериальная гипертензия у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями. В фокусе проблемы сердце как орган-мишень / А.В. Барсуков, В.А. Казанцев, М.С. Таланцева // Артериальная гипертензия. - 2005. - № 3. - С. 166-173.

2. Бродская, Т.А. Функционально-метаболическая оценка артериальной ригидности при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме: Автореф. дис. докт. мед. наук. / Т.А. Бродская. Хабаровск, 2009. - 26 с.

3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. Под ред. А.С, Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.

4. Прибылов С.А., Самосудова Л.В., Прибылова Н.Н., Махова О.Ю. Фенотипическая гетерогенность тяжелой бронхиальной астмы и анализ её лечения в Курской области // Курский научно-практический вестник “Человек и его здоровье”. 2016. № 3. С. 33-39.

5. Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Махова О.Ю. и др. Современный подход к оценке контроля и терапии различных фенотипов бронхиальной астмы по данным показателей эндотелиальной дисфункции // Архивъ внутренней медицины. 2017. № 1. С. 35-40.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Герасименкова М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Школьникова С.А.

Врач любой специальности в клинической практике чаще всего сталкивается с наличием у пациента острых или хронических заболеваний сразу нескольких систем организма. Особенно это касается лиц пожилого и старческого возраста. Сочетание болезней может являться следствием как различных патогенетических механизмов (случайная коморбидность), так и иметь общую патологическую основу (причинная или осложненная коморбидность).

Наличие коморбидных заболеваний затрудняет диагностику, ухудшает состояние пациентов, уменьшает эффективность лечения и увеличивает частоту побочных эффектов от приёма лечащих препаратов, вплоть до того, что некоторые лекарства не могут применяться у больных пульмонологического профиля, имеющих в анамнезе диагноз ИБС. Например, при применении у больных бронхолитической терапии, в основном группы короткодействующих бронходилататоров (теофиллин) и пероральных глюкокортикостероидов (преднизон) возрастает риск развития нарушений ритма.

В результате проведенного исследования, в ходе которого были проанализированы результаты ЭКГ 194 больных, поступивших в пульмонологическое отделение ОБУЗ «КГБ № 6» г. Курска в ноябре и декабре 2017 года и апреле 2018 года, было выявлено, что 89,6% больных имеют сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы. Причем, 50,2% имеют очевидные признаки ишемической болезни сердца по данным электрокардиограммы.

Среди всех пациентов пульмонологического отделения блокаду левой ножки пучка Гиса на ЭКГ имеют 8,7% больных, правой ножки – 12,8%. Неполная поперечная блокада выявлена у 12,8% больных, у 4,6% отмечено наличие постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). Также, хронической коронарной недостаточностью (ХКН) страдают 11,3% пациентов.

Как мы видим по результатам данного исследования проблема сочетания ИБС и пульмонологической патологии достаточно актуальна. Изменения в легких могут обусловить дальнейшие изменения в сердце, и наоборот. При этом важно понимать, что является причиной заболевания, а что является симптомом; что является основным заболеванием, а что сопутствующим в каждом конкретном случае декомпенсации состояния пациента. Эти факторы имеют значение при составлении плана лечения. В первую очередь, мы должны воздействовать на причину, вызвавшую заболевание, иначе, воздействуя только на симптомы, лечебный эффект будет непродолжительным и состояние пациента с большой долей вероятности в ближайшее время снова ухудшится.

Основной проблемой в случае неправильно выявленной причины декомпенсации состояния больного является ограничение применения лекарственных препаратов ввиду их отсутствия в отделении, где находится пациент. При назначении лечения для консультации по заболеванию, которое вызвало декомпенсацию состояния больного приглашается специалист соответствующего профиля, но при постоянном наблюдении врача данной специальности лечение было бы более эффективным. Кроме того, препараты, имеющиеся в отделении больницы, где находится пациент, могут не сочетаться с теми лекарственными средствами, которые назначаются для компенсации состояния больного.

Выводы. Таким образом, немаловажное значение имеет правильная диагностика на этапе обращения больного к участковому терапевту в поликлинике или при вызове бригады СМП ещё до поступления в профильный стационар.

Список литературы.

1. Сармалаев, А.С. Терапия ИБС у больных ХОБЛ / А.С. Сармалаев [и др.] // Вестник КазНМУ – 2014.-№ 1.-С.64-67

2. Козлов, П.А, Сочетанное течение ишемической болезни и хронической обструктивной болезни легких, патогенетическая взаимосвязь, индивидуализация терапии в условиях сочетания ИБС ОКС и ХОБЛ / П.А. Козлов [и др.] // Уральский медицинский журнал. 2014. № 8. С.131-136

3. Уклистая, Т.А., Субклиническое воспаление, антиоксидантный статус и состояние вегетативной регуляции сердечного ритма у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца / Т.А. Уклистая // Вестник новых медицинских технологий.-2016.-Т.23.-№ 2.-С.61-66

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Голобокова М.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мансимова О.В.

Неуклонный рост заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) и смертельность среди данного контингента больных на протяжение последних десятилетий свидетельствует о важности и актуальности этого заболевания в клинической онкологии.

Рак молочной железы (РМЖ)- одно из наиболее часто встречаемых злокачественных новообразований у женщин. Заболеваемость РМЖ растет в геометрической прогрессии, являясь одной из главных причин смертности женщин среднего возраста в экономически развитых странах. На 2018 год ВОЗ выявило, что в первую тройку самых распространенных онкозаболеваний вошли рак легкого,

молочной железы, кишечника. РМЖ занимает 5 место в классификации раков, которые приводят к смертельному исходу [1,2]

Заболеваемость РМЖ заметно изменилась за последние 10 лет. Если в 2008 году на 100 тыс. населения в центральной Европе, Северной Америке приходило от 25-35 случаев, то в 2018 году показатели данных стран увеличились в 3,5 раза. На ноябрь 2018 года страна с самым большим показателем встречаемости РЖМ стала Австралия. Тем временем минимальные показатели наблюдаются в странах Азии (Китай, Япония).

Ежегодно в мире фиксируется более 1 миллиона новых случаев рака груди, из них 6% первичнозаболевших в России. Следует отметить, что на протяжение длительного времени первое место среди онкологических заболеваний по распространенности в РФ занимал рак легких. Но только с 2018 года ВОЗ было зафиксировано, что РМЖ превышает рак легких на 3,4% по встречаемости на территории Российской Федерации. Заболеваемость раком молочных желез в большинстве стран растет, это связано с различными факторами: репродуктивными, социально-бытовыми, эндокринно-метаболическими, генетическими и тд.

Цель исследования: провести анализ риска заболеваемости раком молочной железы среди женщин.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезней 53 пациентов в возрасте от 24 до 80 лет с диагнозом Bl правой/левой молочной железы, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ КГКБ СМП ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер» КЗКО в период с сентября по ноябрь 2018 года.

Среди обследуемых было 52 (98%) женщин и 1 (2%) мужчина. Все пациенты были разделены на возрастные группы. Для определения Частоты встречаемости РМЖ в определённом возрастном периоде. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

возраст пациентов	количество	
	абс.	%
от 20 до 30 лет	2	4
от 31 до 40 лет	3	6
от 41 до 50 лет	12	23
от 51 до 60 лет	14	26
от 61 до 70 лет	15	28
от 71 до 80 лет	7	13

Комплексное клиническое обследование больных проводилось стандартно. В диагностике использовались лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторные методы исследования: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови с исследованием крови на содержание холестерина, ЛПНП, триглицеридов, глюкозы. Инструментальные методы исследования: компьютерная томография;

маммография; прицельные рентгенограммы; флюорография; гистологическое исследование; ультразвуковое исследование молочной железы.

Результаты и обсуждения. Обработка результатов осуществлялось с помощью программы Microsoft Office Excel.

Был проведен анализ заболеваемости РМЖ в разных возрастных группах. Заболеваемость РМЖ увеличивается с возрастом, начиная с 35 лет и, достигая, пика в 70 лет. По литературным данным, для женщин 75 лет ежегодный риск заболевания РМЖ в 3 раза выше, чем для женщин в возрасте 40 лет, а ежегодный риск смерти от РМЖ в 5 раз выше, чем для женщин 40 лет.

При выявлении групп повышенного риска по раку молочной железы учитывается ряд факторов. Факторы риска рака молочной железы условно можно разделить на эндогенные (связанные с внутренней средой организма) и экзогенные.

Стоит отметить, что точной причины развития рака молочной железы не было выявлено учеными. Но существует целый ряд факторов, влияющих на образование злокачественных опухолей. Большое значение имеет фактор репродукции, была ли беременность, во сколько наступил менархе и климакс. Данный фактор обуславливает 46% злокачественных новообразований молочной железы, в нашем исследование это составило 67% от исследуемых историй болезней. В то время как на экзогенные факторы уделяется всего 33% злокачественных новообразований молочной железы.

Как правило, опухоль обнаруживается случайно, так как клиническая картина мало выражена. При плановом осмотре могут выявить плотное новообразование образование, которое описывается по характерным признакам: размер, форма, поверхность. По кожным ориентирам можем обнаружить симптом морщинистости, симптом площадки, симптом втяжения, симптом лимонной корки и тд. В таблице 2 представлена частота встречаемости левой или правой молочной железы.

Таблица 2. Вид РМЖ.

Вид РМЖ	Количество	
	абс.	%
Bl правой молочной железы	31	58
Bl левой молочной железы	22	42

Из таблицы 2 видно, что злокачественное новообразование в правой молочной железе встречается чаще на 16%.

При раке молочной железы метастазирование происходит по молочным ходам железы; по лимфатическим щелям, капиллярам и сосудам; по кровеносным сосудам. В зависимости от путей метастазирование происходит в разные ткани и органы.

Метастазирование при РМЖ захватывает в первую очередь лимфатическую систему, так как по анатомическим особенностям молочные железы связаны с региональными лимфатическими узлами. Из 53 пациентов у 16 имелись метастазы в лимфатической системе или в отдельные органы, системы, что составляет 30,2%.

Выводы. Ретроспективный анализ историй болезней проводился на базе ОБУЗ КГКБ СМП, ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер», КЗКО. После проведенных исследований, можно утверждать, что женщины в возрасте до 35 лет менее подвержены злокачественному новообразованию. Риск заболеваемости выше у женщин, которые никогда не рожали или с ранним климаксом. Также следует отметить, что лабораторные методы исследования не способны дать четкой картины заболеванию на ранних стадиях, в то время как инструментальные методы исследования выявляют РМЖ даже на самых ранних стадиях. Поэтому рекомендуемся ежегодно проводить маммографию.

Список литературы.

1. Черенков В. Г., Тверезовский С. А., Петров А. Б. Опухоли молочной железы. Пути профилактики, ранней диагностики и сохранения груди. – LAMBERT Academic Publishing, 2013. – 164 с.
2. Летягин В. П., Высоцкая И. В., Легков А. А., Погодина Е. М., Хайленко В. А. Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы. – М.: Рондо, 2011. – 287 с.
3. Кулигина Е. Ш. Эпидемиологические и молекулярные аспекты рака молочной железы // Практическая онкология. 2010. Т. 11, № 4. С. 203–216.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Голубова Д.А., Забавский И.В., Мельников А.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии
Научные руководители – к.м.н., доцент Малаева Е.Г.;
ассистент Мамченко И.Л.

Актуальность исследования состоит в том, что число пациентов с сахарным диабетом (СД) с каждым годом неуклонно растет и, по предварительным подсчетам, к 2030 году будет составлять 438,4 миллиона человек [1–4]. Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) считается одной из основных причин снижения когнитивных функций. Гипергликемия и длительность СД ассоциированы с когнитивным ухудшением и развитием деменции.

Целью исследования является выявление степени когнитивных нарушений у пациентов с СД в зависимости от длительности течения заболевания.

Материалы и методы: проведен проспективный анализ 60 пациентов с СД 2 типа, проходивших стационарное лечение в отделении эндокринологии на базе ГУ “Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека” (ГУ РНПЦ РМиЭЧ) г. Гомеля в 2018-2019 гг.

Клиническое исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 г. и одобрено комитетом по этике (ГУ “РНПЦ РМиЭЧ”). Для уточнения степени когнитивных нарушений использовались тест «Рисование часов» и краткая шкала психического состояния Mini-Mental State Examination (MMSE) (M.F.Folstein, P.R.Hugh, 1975). Для данного опросника применяется следующая интерпретация итоговой сумы баллы: 24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения; 20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0 – 10 баллов – тяжелая деменция. Информацию о пациентах заносили в электронную базу данных. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Statistica 10.0.». Данные описательной статистики приведены в виде: Me [Q1, Q3].

Результаты исследования и обсуждения. Средний возраст пациентов составил 57±10,4 лет. Среди них мужчин – 34 (55±7,7 лет) и 27 женщин (58±5,5 лет). Наиболее многочисленной являлась группа пациентов в возрасте 50 – 59 лет, в которую входили 32 человека (53%).

Основную группу составили 27 (45%) пациентов, течение СД 2 типа у которых наблюдалось более 7 лет, в группу контроля вошли 33 (55%) пациента с длительностью патологии до 5 лет. Медиана длительности течения СД 2 типа в основной группе составила 7,0 [5,0; 12,0] лет, а в группе контроля – 5,0 [3,0; 5,0] лет.

При оценке когнитивных функций балл опросника MMSE контрольной группы составил 26,0 [24,0; 29,0], а у пациентов основной группы – 24,0 [21,0; 26,0] балла. В ходе уточнения когнитивных нарушений было установлено, что у пациентов с длительностью течения СД 2 типа более 7 лет достоверно чаще встречаются нарушения памяти (χ^2=4,34; p=0,03), концентрации внимания (χ^2=6,11; p=0,019), нарушения функций письма (χ^2=4,1; p=0,04) по сравнению с группой контроля.

При оценке когнитивных функций согласно тесту «Рисование часов» обращали на себя внимания низкие значения опросника, указывающие на наличие легких когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом – 7,0 [4,0; 9,0]. В группе лиц контрольной группы результаты опросника составили 7,0 [4,0; 9,0], а у пациентов основной группы – 5,0 [4,0; 9,0].

Выводы. Когнитивные нарушения в виде нарушения памяти, концентрации внимания, нарушения функции письма, изменения пространственного гнозиса в большей степени выражены у пациентов со стажем СД 2 типа более 7 лет по сравнению с контрольной группой, где длительность заболевания составила менее 5 лет. Выявленные нарушения требуют более тщательного мониторинга когнитивных функций и их коррекции.

Список литературы.

1. Ефимов, А. Диабетические ангиопатии: этиология и патогенез / А.Ефимов, Н. Зуева, Н.Скробонская // Ліки України. – 2004. – № 11. –С.36–37.

2. Жулева, Н.М. Невропатии: Руководство для врачей / Под ред. Н.М. Жулева // Издательский дом СПбМАПО. СПб. – 2005. – 416 с.
3. Чугунов, П.А., Сахарный диабет и когнитивные нарушения / П.А. Чуганов, И.В. Семенова // Сахарн. диаб. – 2008. – № 1. – С. 61–68.
4. Pop-Busui, R. Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association Diabetes Care / R. Pop-Busui [et.al.] // Neurology. – 2017. – Vol.40. – P.136–154.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА КУРСКА

Гончарова Е.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Михин В.П.

Актуальность исследования состоит в том, что артериальная гипертензия (АГ) – один из важных факторов смертности и ухудшения жизненного прогноза. Лечение АГ, наоборот, приводит к уменьшению рисков осложнений и увеличению продолжительности жизни. Поэтому рациональным является адекватная терапия АГ и снижение повышенного уровня артериального давления (АД). В конечном итоге разумно снижать АД до целевых цифр. Поддержка уровня давления в рамках целевых значений снижает уровень сердечно-сосудистых осложнений, что доказано неоднократно.

Цель: Анализ эффективности достижения целевого уровня артериального давления у больных артериальной гипертензии в поликлиниках города Курска.

Материалы и методы: статистический анализ анкет врачей поликлиник города Курска за 2018г.

Результаты и обсуждения. При анализе результатов 157 анкет врачей поликлиник города Курска за 2018г. год было получено, что опрос по след. факторам риска: курение- проводят 156 (99,36%) человек, без ответа 1 (0,64%); наследственная отягощенность- проводят 157 (100%) человек. Проводят оценку риска пациентов с АГ 155 (98,73%) человек, не проводят 2 (1,27%). Целевыми уровнями АД считают: 140/90 мм.рт.ст. 151 (96,18%) человек, 140/95 мм.рт.ст. 3 (1,91%) человека, 130/80 мм.рт.ст. 3 (1,91%) человека. Целевое АД у больного артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом: <140/95 мм.рт.ст. 8 (5,10%) человек; <140/90 мм.рт.ст. 14 (8,92%) человек; <130/85 мм.рт.ст 106 (67,52%) человек; <125/70 мм.рт.ст. 29 (18,47%) человек. Все результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты анкетирования

Количество опрошенных			157	100%
Лечение	Какие уровни АД Вы считаете целевыми?	<160/90 мм.рт.ст.	0	0,00%
		<140/95 мм.рт.ст.	3	1,91%
		<140/90 мм.рт.ст.	151	96,18%
	Самостоят.-о отмечали	<130/80 мм.рт.ст.	3	1,91%
	Укажите целевое АД у больного ГБ в сочетании с СД	<140/95 мм.рт.ст.	8	5,10%
		<140/90 мм.рт.ст.	14	8,92%
		<130/85 мм.рт.ст	106	67,52%
		<125/70 мм.рт.ст.	29	18,47%
	Какой из классов АГ препаратов Вы считаете наиболее эффективным?	β-аб	21	13,38%
		антагонисты Са	20	12,74%
		иАПФ	36	22,93%
		БРА	21	13,38%
		диуретики	19	12,10%
		агонисты ИР	1	0,64%
		α-аб	1	0,64%
		Все классы	106	67,52%
	С чего Вы начинаете терапию больных с АГ ı ст. САГ<150 мм.рт.ст.	Монотерапия	86	54,78%
		Комбинированная	7	4,46%
		В завис. от клинич. ситуации	63	40,13%
		без ответа	1	0,64%
	У какой категории пациентов с АГ Вы начинаете лечение с комбинированной терапии?	С сопутствующ. пораж орг.-миш.	2	1,27%
		С осложненной АГ	23	14,65%
		У обеих категорий пациент. с АГ	131	83,44%
		без ответа	1	0,64%
	Если Вы назначаете комбинированную терапию, то какой вариант Вы предпочитаете?	Произвольные комбинации	19	12,10%
		Фиксированные комбинации	144	91,72%
		без ответа	0	0,00%

Из таблицы видно, что наиболее эффективным классом препаратов в лечении АГ считают - ингибиторы АПФ 36 (26,96%) человек; 106 (67,52%) человек выбрали все классы, к ним относят- β-адреноблокаторы, антагонисты Са, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину II, диуретики, агонисты имидазолиновых рецепторов.

Начинают терапию больных с АГ I ст. САГ <150 мм.рт.ст. с: монотерапии 84 (54,78%) человека, комбинированной 7 (4,46%) человек, в зависимости от клинической ситуации 63 (40,13%) человека.

131 (83,44%) человек ответили, что начинают лечение с комбинированной терапии у больных с сопутствующими поражениями органов-мишеней и с осложненной АГ; 23 (14,65%) человек только у больных с осложненной АГ. 144 (91,72%) человек из комбинированной терапии выбирают фиксированные комбинации.

Выводы. В ходе исследования было установлено, что врачи поликлиник города Курска отмечают связь повышения уровня АД со след. факторами риска: курение- 156 (99,36%) человек, без ответа 1 (0,64%); наследственная отягощенность- 157 (100%) человек. Из 157 человек проводят оценку риска пациентов с АГ 155 (98,73%) человек. Целевым уровнем АД считают 140/90 мм.рт.ст. 151 (96,18%) человек. Целевым уровнем АД у больного артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом считают <130/85 мм.рт.ст 106 (67,52%) человек. Наиболее эффективным классом препаратов для снижения АД считаются ингибиторы АПФ 36 (26,96%) человек. 106 (67,52%) человек отметили, что эффективны все перечисленные классы препаратов.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации. Артериальная гипертония у взрослых. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии. // Артериальная гипертензия – 2016. - 70 с.

2. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH) Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. 2018. № 23. С. 143–228.

3. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учеб. пособие. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2017. 896 с.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ БУЗ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «ЛИВЕНСКАЯ ЦРБ»

Гревцева Ю.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Лунёва Н.В.

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности. По данным ВОЗ, в мире уже насчитывается 422 миллиона больных, их количество неуклонно растет и к 2030 году предполагают, что диабет станет седьмой причиной смерти во всем мире. Что касается России, то

за 10 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза [3].

Заболевание СД сопровождается развитием большого числа осложнений, к наиболее частым относятся диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия и одним из самых грозных является синдром диабетической стопы (СДС) [6]

Цель исследования - оценка характера осложнений сахарного диабета группы больных, страдающих синдромом диабетической стопы, госпитализированных в отделение гнойной хирургической инфекции в БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ».

Материалы исследования: для изучения данной проблемы было проанализировано 30 историй болезни пациентов в возрасте от 40 до 80 лет, страдающих синдромом диабетической стопы, которые находились на лечении с октября 2018 года до февраля 2019.

Методы исследования: анализ сплошным методом 30 медицинских карт стационарных больных, страдающих СДС. Оценивались пол и возраст пациентов, тип сахарного диабета, форма СДС и характер сопутствующих осложнений.

Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики: средних величин, группировка, структурный, сравнительный и графический.

При анализе историй болезни выяснила, что женщины составляли 13 человек или 43,0% от исследуемых больных, мужчины – 17 человек или 57,0%.

Синдром диабетической стопы включает в себя сложный комплекс анатомо-функциональных изменений, который приводит к развитию язвенных поражений стоп, вплоть до развития диабетической гангрены [1,7] Нейропатическую форму СДС имели 7 человек, ишемическую – 5 человек, смешанную – 18. Процентное соотношение формы СДС представлены в диаграмме 1.

Все обследуемые страдали сахарным диабетом 2 типа. Диабетическую ретинопатию имели 100% пациентов. Непролиферативная ретинопатия диагностирована у 17 обследуемых - 57,0%. Препролиферативная – у 7 пациентов или 23,0%. Пролиферативная ретинопатия имелась у 6 человек - 20,0% [4,5]

Диабетическая нефропатия – специфическое поражение почек, приводящее к развитию хронической почечной недостаточности, наблюдалась у 3 больных, что составило 10% [2]

Диабетическая сенсорная невропатия, при которой пациенты отмечали появление чувства онемения и «ползания мурашек» в нижних конечностях, была характерна для 23 обследуемых, то есть 76% [2]

Результаты исследований позволяют сделать выводы, что формирование СДС больше характерно для лиц мужского пола, преобладает смешанная форма синдрома. Самым распространенным осложнением являются ретинопатия и

нейропатия. Так же у больных сахарным диабетом, продолжительностью более 7 лет, отмечается диабетическая нефропатия.

Список литературы.

1. Волкова, А.К. Поражение нижних конечностей у больных сахарным диабетом / А.К. Волкова, Е.Ю. Комеляга, М.Б. Анциферов // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т.14, № 13. – С. 66 – 80.
2. Дедов, И.И. Алгоритмы оказания специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова. – М.: Медиа Сфера, 2011. – 5-е изд. – 116с
3. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 160с.; ил.
4. Дедов, И.И. Эндокринология / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 645с.
5. Дедов, И.И. Эндокринология: учеб. для студентов мед. вузов / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 2-е изд., перераб. и доп. – 422с.; ил. Гриф УМО
6. Комелягина, Е.Ю. Факторы риска и профилактика синдрома диабетической стопы / Е.Ю. Комелягина, М.Б. Анциферов // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т.11, № 27. – С. 466 – 472.
7. Лисин, С.В. Диабетическая стопа / С.В. Лисин, А.Д. Прямиков, В.В. Латонов // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т.9, № 2. – С. 111 – 121.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ «КОКБ»

Данчина К.А., Кондрашова Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Михин В.П.;
к.м.н., доцент Савельева В.В.

Актуальность темы состоит в том, чтоу лиц с соматической патологией депрессивные расстройства встречаются в 2-3 раза чаще, чем в общей популяции. Депрессия у таких больных может снизить продолжительность жизни и, как следствие, повысить риск летального исхода. По данным ВОЗ, несвоевременно начатое лечение депрессии наблюдается у 56,3% больных [2,3].

Целью данного исследования являетсяоценка частоты встречаемости депрессии среди больных кардиологического отделения БМУ «КОКБ».

Материалы и методы: был проведен социологический опрос путем анкетирования «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS» (ThehospitalAnxietyandDepressionScaleZigmond A.S., Snaith R.P.) [1]среди больных кардиологического отделения БМУ «КОКБ». Общее количество опрошенных составило 50 человек, среди которых 25 женщин и 25 мужчин в

возрасте от 45 до 83 лет. Для статистического анализа использовались стандартные методы описательной статистики.

Оценка проводилась на основании количества, указанных пациентом, баллов. В сумме баллы могли давать результаты:

1) от 0 до 7 баллов – норма;

2) от 8 до 10 баллов – субклиническая выраженная депрессия;

3) от 11 и выше – клинически выраженная депрессия.

Так же оценивались такие показатели как: пол, возраст, вес, рост, занятость, консультация у психиатра и прием лекарственных средств.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования были получены следующие результаты: из 50 анкетируемых депрессия выявленау 62% (31 человека), из которых пациентов с субклинической депрессией – 34% (17 человек), а с клинически выраженной депрессией– 28% (14 человек). Из подгруппы пациентов субклиническая депрессия чаще наблюдается у лиц пожилого возраста (61-75 лет) мужского пола – 16% (8 человек), среди которых 4% (2 человека) работающих и 12% (6 человек) неработающих. Среди женщин также преобладают лица пожилого возраста (56-75 лет) – 24% (12 человек), из которых – 16% (8 человек) работающих и 8% (4 человека) неработающих. Из подгруппы пациентов с клинически выраженной депрессией частота встречаемости у женщин зрелого возраста (40-55 лет) выше, чем умужчин (45-60 лет), среди которых 8% (4 человека) работающих женщин, 6% (3 человека) работающих мужчин.

ИМТ работающих мужчин: в норме – 4% (2 человека), с избыточной массой тела – 6% (3 человека), с ожирением I степени – 4% (2 человека), с ожирением II степени – 2% (1 человек); ИМТ у неработающих мужчин в норме – 2% (1 человека), с избыточной массой тела – 4% (2 человека), с ожирением I степени – 2% (1 человек). Среди мужчин пенсионного возраста ИМТ: в норме – 6% (3 человека), с избыточной массой тела – 10% (5 человека), с ожирением I степени – 4% (2 человека), с ожирением II степени – 4% (2 человека), с ожирением III степени – 2% (1 человек); ИМТ работающих женщин: в норме – 6% (3 человека), с избыточной массой тела – 4% (2 человека), с ожирением I степени – 2% (1 человек), с ожирением II степени – 2% (1 человек); ИМТ у неработающих женщин с избыточной массой тела – 2% (1 человека), с ожирением I степени – 2% (1 человек). Среди женщин пенсионного возраста ИМТ: в норме – 8% (4 человека), с избыточной массой тела – 10% (5 человека), с ожирением I степени – 6% (3 человека), с ожирением II степени – 4% (2 человека), с ожирением III степени – 4% (2 человека). В результате анкетирования было установлено, что чаще всего подвержены депрессии лица зрелого и пожилого возраста с избыточной массой тела.

Среди мужчин консультировалось у невролога – 10% (5 человек), а среди женщин – 14% (7 человек). Назначение легких седативных средств получило 10% (5 человек) мужчин, 12% (6 человек) женщин. Однако консультация у психиатра не осуществлялась.

Выводы. Таким образом, в процессе исследования было выявлено, что больные кардиологического отделения БМУ «КОКБ» склонны к депрессии.

Отсутствие консультативной помощи психиатра замедляет процесс выздоровления пациентов.

Список литературы

1. Андрющенко, А.В., Дробижев, М.Ю. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии.– 2003. – № 5. – С. 11-18.
2. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях/А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003.– С. 158-173.
3. Смулевич, А.Б., Сыркин, А.Л. Психокардиология /А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин.– М.: МИА, 2005.– С. 512-524.

СТРУКТУРА ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА В КУРСКЕ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Данчина К.А., Кондрашова Е.А., Перькова Ю.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Степченко М.А.

Актуальность темы состоит в том, что в последнее время отмечается значительный рост числа онкогематологических заболеваний в мире [2]. Это объясняется тем, что данные заболевания нарушают физиологический процесс образования крови. Причинами могут служить ряд факторов: наследственная предрасположенность, вирусные повреждения генома, радиационные и электромагнитные излучения, различные химические воздействия, такие как пестициды, бензол, курение [1,5]. Острый лейкоз занимает 5 место среди всех онкологических заболеваний. Современная и своевременная терапия позволяет достичь хороших результатов у многих больных [3,4].

Целью исследования является анализ структуры онкогематологического контингента города Курска и Курской области по данным гематологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» за 2017 год.

Материалы и методы: в качестве материалов исследования были использованы истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» (БМУ КОКБ) за 2017 год. При изучении данной проблемы анализировались конкретные признаки, такие как пол, возраст, место проживания, ведущие методы диагностики и терапии, применяемые в стационарных условиях. При исследовании использовался метод ретроспективного анализа документации, а также методы статистической обработки.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования были получены следующие данные: Выявлен 291 больной острым лейкозом, из них 117 женщин (47,1%) и 126 мужчин (52,9%). Острый лейкоз вызывает поражение достаточно широкого спектра возрастных групп, начиная от 19 лет и старше. Основными критериями диагностики являлись развернутый анализ крови и пункционное исследование костного мозга (наличие 20% и более бластных клеток). Химиотерапия проводилась по программам GALB (циклофосфамид, даунорубицин, винкристин, преднизолон, L-аспаргиназа), RACOP (даунорубицин, цитарабин, циклофосфамид, винкристин), 7+3 (цитарабин, идарубицин), FLAG-Ida (флударабин, цитарабин, Г-КСФ, идарубицин), 5+5 (цитарабин, меркаптопурин) и др.

Контингент пациентов, страдающих хроническим лимфолейкозом, составил 280 человек: 156 женщин (55,7%) и 124 мужчин (44,3%), а больных хроническим миелолейкозом 5 человек: 3 женщины (60%) и 3 мужчин (40%). Наиболее подвержены данным заболеваниям лица старше 50 лет. В качестве диагностических мероприятий при хроническом лимфолейкозе использовались развернутый анализ крови, мазок крови (с обнаружением клеток Боткина-Гумпрехта), иммунофенотипическое исследование и стернальная пункция (не менее 30% лимфоцитов). Лечение осуществлялось по схемам FCR (флударабин, циклофосфамид, ритуксимаб), (циклофосфан, преднизолон, винкристин, винбластин). С целью диагностики хронического миелолейкоза применялись развернутый анализ крови, стернальная пункция, цитогенетическое исследование костного мозга. В качестве терапии назначались гидреа, цитарабин, иматиниб, нилотиниб.

Число лиц, страдающих истинной полицитемией 51 человек, из которых 31 женщина (60,8%) и 20 мужчин (39,2%), заболевание характерно для людей в возрасте 60 лет и старше. Для постановки диагноза использовались клинический анализ крови (Hb: >185 г/л для мужчин и >165 г/л для женщин), трепанобиопсия костного мозга (трехлинейная миелопролиферация с полиморфными мегакариоцитами), ПЦР (наличие мутации гена JAK2V617F), эритропоэтин сыворотки крови. Используемая терапия: кровопускание, эритроцитоферез, гидроксикарбамид, тромбо-АССИСТЕНТ

Количество пациентов с множественной миеломой 384 человека: 267 женщин (69,5%) и 117 мужчин (30,5%). Данное заболевание возникает у людей старше 50 лет. Для диагностирования применялись клинический анализ крови (Hb менее 100г/л), биохимический анализ крови (гиперкальциемия), стернальная пункция (наличие плазматических клеток в костном мозге 10% и более), электрофоретическое исследование сыворотки крови, рентгенография костей. Для лечения применяют индукционную терапию по схемам PAD (бортезомиб, адриабластин, дексаметазон), VD (бортезомиб, дексаметазон), VCD (бортезомиб, циклофосфан, дексамезон).

Среди больных с диагнозом первичный миелофиброз выявлено 70 человек, из которых 44 женщины (62,9%) и 26 мужчин (37,1%). Заболевают лица в возрасте 50 лет и старше. В качестве диагностики используют клинический анализ крови (наличие незрелых нейтрофилов и

эритрокариоцитов с выраженным анизоцитозом и пойкилоцитозом), трепанобиопсия костного мозга (гиперплазия трех ростков кроветворения, увеличение мегакариоцитов), УЗИ органов брюшной полости (спленомегалия). Терапия включает применение схем 7+3 с идарубицином и FLAG (флударабин, цитарабин, Г-КСФ).

Анализируя районы проживания указанных групп, было установлено, что наиболее подвержены данным заболеваниям люди, находящиеся как в городе Курске, так и в Курчатовском, Большесолдатском, Октябрьском, Медвенском, Рыльском, Льговском и Железногорском районах.

Выводы. Таким образом, за 2017 год в гематологическом отделении БМУ КОКБ выявлено значительное преобладание заболеваемости женского пола в возрасте от 40 лет и выше. Наибольший процент встречаемости среди гемобластозов занимают множественные миеломы (31,4%) и острые лейкозы (23,8%).

Список литературы.

1. Волкова, М. А. Клиническая онкогематология / М.А. Волкова. – М.: Медик, 2007. – С. 516-534.
2. Клиника, диагностика и лечение заболевание внутренних органов: учебное пособие для подготовки к практическим занятиям студентов 5 курса лечебного факультета по дисциплине «Госпитальная терапия» / под ред. Л.И. Князевой. – Курск: КГМУ, 2018. – С. 290-338.
3. Рукавицын, О.А. Национальное руководство под редакцией проф. Рукавицина О.А. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 312-361.
4. Савченко, В.Г., Паровичникова, Е.Н. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых лимфобластных лейкозов / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровчиникова // Медицина. – М. – 2018. – № 1. – С. 8-20.
5. Савченко, В.Г., Паровичникова, Е.Н. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острых миелоидных лейкозов / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровчиникова // Медицина. – М. – 2014. – № 1.– С. 8-20.

ОСОБЕННОСТИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Дарчия О.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ФПКиП
Белорусский государственный медицинский университет
2-й кафедра внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., профессор Трисветова Е.Л.

Актуальность исследования состоит в определении морфологических изменений стенок и топографии позвоночных артерий (ПА), а также гемодинамических расстройств сосудов, обусловливающих повышение риска

развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у молодых людей.

Целью исследования явилось определение особенностей структурно-функциональных изменений ПА у молодых людей с ОНМК.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ исследований 48 пациентов молодого возраста (средний возраст 34,0±5,0 лет) с ОНМК (транзиторной ишемической атакой (ТИА), инфарктом мозга и кровоизлиянием), находившихся на лечении в неврологическом отделении УЗ «ГГКБ № 3» г.Гомеля. Проводилась диагностика клинических и инструментальных методов исследования. Статистический анализ проводился при помощи программы «Statistica 12». За достоверно значимые принимались различия при значении p <0,05.

Результаты и их обсуждения. Анализируя средние значения внутренних диаметров ПА с извитостью ПА (n=12) и аномальным отхождением сосудов (n=12) с диаметром артерий расположенных на противоположной стороне статистически значимых показателей не выявлено (p=0,47; p=0,917). Сравнение внутренних диаметров ПА у пациентов с различными структурными изменениями сосудистой стенки показало значимые различия в виде уменьшения диаметра при гипоплазии артерии по сравнению с сосудом контралатеральной стороны (2,3 [2,0;2,5] против 4,2 [3,5;4,7]; p=0,005) (таблица 1). Анализ гемодинамических значений линейной скорости кровотока (ЛСК) ПА с извитостью стенки (n=12) по сравнению со значениями ЛСК симметричных участков сосудов на противоположной стороне не отметил значимых различий (Me, ДИ 95% 30,8 [29;33] против 29,5 [20;43]; p=0,312). Также при сопоставлении ЛСК ПА с гипоплазией (n=24) не определены различия по сравнению со значениями ЛСК симметричных участков сосудов на стороне без структурных изменений (Me, ДИ 95% 40 [35;44] против 29,5 [20;43]]; p=0,193).

Таблица 1. Средние значения внутренних диаметров ПА, мм

Подтип аномалии/локализация	Средние значения внутренних диаметров ВСА, мм		
	Извитость ПА, n = 12 Me, ДИ 95%	Гипоплазия ПА, n = 24 Me, ДИ 95%	Аномальное отхождение ПА, n = 12 Me, ДИ 95%
На стороне структурных изменений ПА	3,1 [2,0;4,7]	2,3 [2,0;2,5]	3,7 [2,9;4,4]
Контралатеральная сторона ПА	3,6 [2,4;4,5]	4,2 [3,5;4,7]	3,7 [3,2;4,1]
Критерий Манна-Уитни	0,47	0,005	0,916

Выводы. Таким образом, сравнение ЛСК и внутренних диаметров ПА у пациентов молодого возраста (средний возраст 37,9±5,8 года) с ОНМК со структурно-функциональными изменениями сосудистой стенки (извитостью, гипоплазией, аномальным отхождением ПА) показало значимые различия в виде уменьшения диаметра при гипоплазии артерии по сравнению с сосудами контралатеральной стороны (p=0,005).

Список литературы.

1. Бокерия Л.А., Суханов С.Г., Катков А. И. и др. Хирургия патологической извитости брахиоцефальных артерий // Сосудистая хирургия. 2006. 141 с.
2. Дзяк Л.А., Цуркаленко Е.С. Инсульт у пациентов молодого возраста // Практическая ангиология. 2010. № 2/1. С.4–11.
3. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А. Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011, № 111 (3). С. 4–8.
4. Покровский А.В., Новиков Ю.В., Бырихин Н.И. и др. Клиническая ангиология // Сосудистая хирургия. 2004. Т. 2. С. 556–557.
5. Weibel J., Fields W. S. Tortuosity, coiling and kinking of the internalcarotid artery. I. Etiology and radiographic anatomy // Neurology. 1965, № 15. P. 7–8.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Дарчия О.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ФПКиП
Научный руководитель – д.м.н., профессор Трисветова Е.Л.

Актуальность исследования состоит в определении особенностей прецеребральных артерий у молодых лиц с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Цереброваскулярные заболевания являются важной проблемой современной медицины с высокими показателями заболеваемости, смертности и инвалидности во всех странах мира, среди которых доля молодых пациентов до 45 лет составляет 11% [1].

Целью исследования является определение особенностей прецеребральных артерий (ПЦА) у пациентов молодого возраста с ОНМК.

Материалы и методы: За пять лет в неврологическом отделении УЗ «ГГКБ № 3» г.Гомеля обследовано 4179 пациентов, из них доля молодых лиц 18-45 лет составила 3,04%. Таким образом, 127 пациентов молодого возраста (средний возраст 37,9±5,8 года) с ОНМК (транзиторной ишемической атакой- ТИА, инфарктом мозга и кровоизлиянием). Диагностика заболевания проводилась клиническими и инструментальными методами исследования. Отбор пациентов, имеющих структурно-функциональные особенности ПЦА в

молодом возрасте, осуществляли по результатам ультразвуковой диагностики сосудов шеи, которое было выполнено 81 пациенту (63,78%). Статистический анализ проводился при помощи программы «Statistica 12». За достоверно значимые принимались различия при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Доли людей с различными вариантами ОНМК составили: инфаркт мозга 48%, ТИА 31% и кровоизлияния 21% случаев. По результатам ультразвукового исследования ПЦА группа со структурно-функциональными особенностями сосудов шеи составляла 60 пациентов (74%) (средний возраст 39,0±4,9 лет). Контрольная группа включала 21 пациента (средний возраст 37,8±5,9 лет) без патологий сонных и позвоночных артерий.

Подтипы аномалий встречались в виде одиночных и сочетаний (две и более аномалии у одного пациента): с извитостью внутренней сонной артерии (ВСА) 41 (68,33%), гипоплазией позвоночных артерий (ПА) 24 (40%), извитостью ПА 12 (20%), аномальным отхождением ПА 12 случаев (20%). Одиночные аномалии диагностировали у 60% пациентов, сочетание – у остальных. Диагностировали соотношение типов ОНМК у пациентов с извитостью ВСА (68,33% случаев): инфаркт мозга в 37% случаев, ТИА в 34% и кровоизлияние в 29%. В контрольной группе пациентов без анатомических особенностей ПЦА типы ОНМК распределились следующим образом: у 13 пациентов (62%) ТИА, у 5 (24%) инфаркт мозга и у 3 (14%) кровоизлияние. При этом достоверно реже при извитости ВСА по сравнению с контрольной группой встречались ТИА ($\chi^2=4,353$; $p=0,037$). Отмечено, что по результатам ультразвукового исследования сосудов шеи преобладала извитость ВСА: кинкинг 46,3%, S-образная извитость 29,3%, С-образная 17,1% и койлинг 7,3%. Определили типы ОНМК у молодых людей с выявленными вариантами извитостей ВСА. Наиболее часто кинкинг наблюдали при инфаркте мозга - 8 случаев (19,5%), ТИА – 7 (17,1%) и кровоизлиянии – 4 (9,8%). S-образная извитость ВСА чаще встречалась при кровоизлиянии (12 случаев - 14,6%) и инфаркте мозга (4 случая - 9,8%), реже при ТИА (2 случая -4,9%). При С-образной извитости выявили ТИА в 5 случаях (12,2%), инфаркт мозга и кровоизлияние по 1 случаю (2,4%). Койлинг встречался при инфаркте мозга у 2 пациентов (4,9%) и кровоизлиянии у 1 (2,4%).

У исследованных пациентов (n=81) выявлена артериальная гипертензия (АГ) в 47 случаях (37%). При аномалиях ПЦА (n=60) АГ встречалась реже (30%), в отличие от группы контроля (71%) ($\chi^2=11,059$, $p < 0,05$). Так же в случае извитости ВСА (n=41) АГ отмечена реже (32%) по сравнению с группой контроля (71%) ($\chi^2=8,847$, $p<0,05$).

Выводы.

1. Встречаемость молодых людей (средний возраст 37,9±5,8 года) с острыми цереброваскулярными заболеваниями среди госпитализированных в неврологическое отделение составляет 3,04%, в том числе с инфарктом мозга 48%, ТИА 31% и кровоизлиянием 21% случаев.

2. По данным УЗИ структурные особенности прецеребральных артерий выявлены в 74% случаев, среди них в 68,33% случаев преобладала извитость ВСА.

3. Соотношение типов ОНМК у молодых пациентов с извитостью ВСА: инфаркт мозга в 37% случаев, ТИА в 34% и кровоизлияние в 29%. При этом достоверно реже при извитости ВСА по сравнению с контрольной группой встречались ТИА (χ^2=4,353; p=0,037).

4. Соотношение видов извитости ВСА: кинкинг 46,3%, S-образная извитость 29,3%, С-образная 17,1% и койлинг 7,3%.

5. У молодых пациентов АГ отмечена в 47 случаях (37%). При аномалиях ПЦА АГ отмечена реже (30%), в отличие от группы контроля (71%) (χ^2=11,059, p <0,05).

6. У юных лиц с извитостью ВСА АГ встречается реже (32%) по сравнению с группой контроля (71%) (χ^2=8,847, p<0,05).

Список литературы.

1. Дзяк Л. А., Цуркаленко Е.С. Инсульт у пациентов молодого возраста // Практическая ангиология. — 2010, № 2/1. С. 4–11.

2. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А. Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011, № 111 (3). С. 4–8.

3. Weibel J., Fields W. S. Tortuosity, coiling and kinking of the internalcarotid artery. I. Etiology and radiographic anatomy // Neurology. 1965, № 15. P. 7–8.

СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Дарчия О.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ФПКиП

Научный руководитель – д.м.н., профессор Трисветова Е.Л.

Актуальность исследования состоит в определении структурно-функциональных особенностей внутренних сонных артерий (ВСА) у молодых людей с острыми цереброваскулярными заболеваниями. У молодых лиц часто встречаются отклонения в строении ВСА в виде изгибов, обусловливающих турбулентное течение крови, которое является одним из факторов риска сосудистых мозговых нарушений.

Целью исследования является определение встречаемости структурных и функциональных особенностей ВСА у лиц молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы: В ретроспективное исследование включены 41 пациент молодого возраста (средний возраст 37,9±5,8 года) с ОНМК (транзиторной ишемической атакой (ТИА), инфарктом мозга и кровоизлиянием), обследованные в УЗ «ГГКБ № 3» г.Гомеля. Диагностика

заболевания проводилась клиническими и инструментальными методами исследования. Статистический анализ проводился при помощи программы «Statistica 12». За достоверно значимые принимались различия при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В случае извитости ВСА диагностировали типы ОНМК в следующем соотношении: инфаркт мозга в 37% случае, ТИА в 34% и кровоизлияние в 29%. При сравнении результатов измерения диаметров сосудов ВСА не выявлено статистически значимых различий (таблица 1).

Таблица 1. Средние значения внутренних диаметров ВСА, мм

Параметры	Средние значения внутренних диаметров ВСА, мм Me, ДИ 95%
На стороне структурных изменений ВСА	6,1 [5,0;6,8]
Контралатеральная сторона	5,9 [5,0;7,0]
Критерий Манна-Уитни	0,554

При анализе гемодинамических значений линейной скорости кровотока (ЛСК) определены различия в дистальных и проксимальных участках ВСА по сравнению со значениями ЛСК симметричного участка сосуда на противоположной стороне. Отмечено, что с учетом существенной разницы между ЛСК в дистальных участках ВСА и максимальной ЛСК в области колена изгиба полученные скоростные характеристики варьируют в широких пределах. Статистически значимое различие выявлено при сравнении ЛСК ВСА с извитостью на уровне колена изгиба с ЛСК ВСА контралатеральной стороны ($p=0,000001$) (таблица 2).

Таблица 2. Линейные скорости кровотока ВСА, см/с (Syst/Diast)

Локализация	Показатели измерений извитости ВСА,Me, ДИ 95%		
	устья	на уровне колена изгиба	субкраниальная часть
На стороне структурных изменений	66,8 [55;88]	124,3 * [110;169]	70,7 [55;86]
Контралатеральная сторона	58,8 [32;69]		
Критерий Манна-Уитни	0,323	0,000001	0,059

Выводы. Соотношение подтипов острых цереброваскулярных заболеваний среди молодых пациентов (средний возраст 37,9±5,8 года) с извитостью ВСА составило: инфаркт мозга 37%, ТИА 34% и кровоизлияние

29% случаев. Сравнение результатов измерения диаметров сосудов ВСА не выявили статистически значимых различий (p=0,554). При анализе гемодинамических значений ЛСК ВСА с извитостью на уровне колена изгиба с ЛСК ВСА контралатеральной стороной выявлено статистически значимое различие (p=0,00001).

Список литературы.

1. Покровский А.В., Новиков Ю.В., Бырихин Н.И. и др. Клиническая ангиология // Сосудистая хирургия. 2004. Т. 2. С. 556–557.

2. Weibel J., Fields W. S. Tortuosity, coiling and kinking of the internalcarotid artery. I. Etiology and radiographic anatomy // Neurology. 1965, № 15. P. 7–8.

3. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А. Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011, № 111 (3). С. 4–8.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕГАЛОБЛАСТНЫМИ АНЕМИЯМИ В КУРСКЕ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Денисов А.А., Шомротов Н.Н., Конорев М.Ф.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Степченко М.А.

Актуальность темы состоит в том, что все мегалобластные (пернициозные) анемии оказывают комплексное негативное влияние на организм человека. В первую очередь, результатом данной нозологической единицы является хроническая гипоксия. Очевидно, что в организме запускаются компенсаторные механизмы при развитии гипоксии, однако они достаточно быстро истощаются, что приводит к декомпенсации и развертыванию яркой клинической картины, прежде всего за счет наиболее чувствительных к кислородной недостаточности тканей. К ним относятся паренхима печени и почек, миокард, клетки центральной нервной системы [1].

Мегалобластные анемии вызывают стойкую потерю трудоспособности взрослого населения, неся за собой экономические потери для государства. Нарушая обмен веществ (белковый, липидный углеводный обмены), указанный патологический процесс усугубляет течение хронических заболеваний, прежде всего сахарного диабета, гломерулонефрита, цирроза печени, а также способствует прогрессированию первичных микро- и макроангиопатий [2].

Мегалобластные анемии вызывают некоторые трудности в терапии, поскольку их развитию способствует нарушение синтеза ДНК. При этом синтез РНК продолжается, однако образуются крупные клетки с увеличенными ядрами. Происходит нарушение синтеза клеток всех ростков. Особенность процесса заключаются в том, что усиленный рост цитоплазмы значительно

опережает рост ядра, что, в свою очередь, может привести к появлению мегалобластов в костном мозге. Явление диспоэза приводит к гибели клеток костного мозга, что приводит к недостаточности функции кроветворения. Развивается ретикулоцитопения, на более поздних стадиях лейкопения и тромбоцитопения. Данные явления возникают в результате поражения всех ростковых зон костного мозга [3, 4, 5]. Ретроспективное исследование частоты встречаемости данного заболевания позволит определить половозрастную структуру пациентов, данные диагностических мероприятий, а также подходы к лечению с целью повышения эффективности выявляемости заболевания, усовершенствования профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Целью исследования является ретроспективный анализ структуры заболеваемости мегалобластными анемиями населения Курска и Курской области по данным гематологического отделения БМУ КОКБ за период с 2015 по 2017 годы включительно.

Материалы и методы: в качестве основного материала исследования использовались истории болезни пациентов, с подтвержденными клиническими диагнозами В12- и фолиеводефицитной анемии и проходивших стационарное лечение в гематологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» (БМУ КОКБ) с 2015 по 2017 годы. При исследовании архивных данных изучаемой проблемы принимались во внимание следующие критерии: пол, возраст, диагностические данные (стернальной пункции), проводимое в условиях стационара лечение. При исследовании использовался метод ретроспективного анализа документации, а также методы статистической обработки.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования полученные данные были интерпретированы в виде экстенсивных показателей. Всего за исследуемый промежуток времени было зарегистрировано 89 случаев с диагнозом В12- и фолиеводефицитных анемий, что составляет 2,5% от общего числа пациентов, пребывавших на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ КОКБ. Данные значения подтверждают эпидемиологические данные по частоте заболеваемости населения пернициозными анемиями (1,5). При дифференцировке общего количества случаев пернициозных анемий по времени выявлено 32 случая (36%) в 2015 году, 35 случаев (39%) в 2016 году и 20 случаев (25%) в 2017 году. При разделении исследуемой группы по полу получены следующие результаты: за 3 года среди больных с изучаемыми диагнозами женщин 52 человека (59%) и 37 пациентов мужского пола (41%). Средний возраст пациентов составил 61,52 года: медианный 57±0,5 лет. Наименьший возраст в выборке составил 22 года, наибольший – 80 лет. Полученные данные также подтверждают эпидемиологический профиль заболевания, согласно которому именно пожилая и старческая возрастные группы подвержены развитию мегалобластных анемий (до 10% всего населения старше 70 лет). За период 2015 – 2017 гг. зарегистрировано 86 случаев В12-дефицитной анемии (97%), что составляет абсолютное большинство в выборке, лишь в 3 случаях (3%) был подтвержден

клинический диагноз «фолиеводефицитная анемия». При этом наблюдалось лишь 3 случая рецидивирования заболевания, которые относятся к В12-дефицитной анемии. По данным стернальной пункции у всех пациентов исследуемой группы был выявлен значительное повышение уровня мегалобластов всех фракций в костном мозге, что является основным критерием диагностики В12-дефицитной и фолиеводефицитной анемий. При исследовании листков назначений 11% пациентов была предписана гемотрансфузия эритроцитарной массы, что говорит о тяжелой степени анемии. В остальных случаях были назначены витамин В12 в стандартной дозе в зависимости от наличия синдрома фолликулярной миеломы. Для лечения фолиеводефицитной анемии применялась фолиевая кислота в дозировке 1 мг/сутки внутрь.

Выводы. Таким образом, за период 2015-2017 годы в гематологическом отделении БМУ КОКБ были зарегистрированы 89 случаев мегалобластных анемий. Средний возраст больных составил 61,52 года, медианный 57±0,5 лет. Среди пациентов было 52 (59%) женщины и 37 (41%) мужчин.

Список литературы.

1. Богданов А.Н., Мазуров В.И. Мегалобластные анемии // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. 2014. № 4. С. 82-86.
2. Костерина А.В., Ахмадеев А.Р. Ошибки диагностики и лечения мегалобластных анемий // Практическая медицина. 2015. № 1. С. 51-54.
3. Моррисон В.В., Чеснокова Н.П. Дизэритропоэтические анемии. Этиология и патогенез В12-дефицитной анемии, гематологическая характеристика // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 6. С. 159-162.
4. Павлова В.Ю. Возможности исследования показателей общего анализа крови на современных гематологических анализаторах // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. № 1. С. 98-108.
5. Рыбас А.В. В12-дефицитная анемия: клиническая лекция // Вестник молодого ученого. 2017. № 4. С. 24-28.

ЭФФЕКТИВОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ В ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ПРИМЕРЕ ОДНОГО ИЗ ЛЕЧЕБНЫХ УЧЕРЕЖДЕНИЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Долженкова А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Весельева Н.В.

Актуальность исследования: по данным ВОЗ в 2018 году было выявлено более 18 млн онкологических заболеваний и 9,6 млн смертельных случаев от данной патологии. Несмотря на определенные успехи в диагностике и методах лечения, темпы прироста заболеваемости раком неуклонно растут. Лечение пациентов больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) является сложной задачей. Не менее важная проблема состоит в возможности доведения до пациента информации о необходимости своевременного наблюдения болезни для предотвращения осложнений, рецидива заболевания, преждевременной смертности [1].

Целью исследования является выявить возможную связь между регулярностью обращения пациента в рамках диспансерного наблюдения и исхода заболевания с учетом продолжительность жизни пациента [2].

Материалы и методы: амбулаторные карты пациентов больницы Курской области, диагноз ЗНО которым установлен позднее 14.10.15 года. Выборка случайная (анализированы карты пациентов с идентичной начальной буквой фамилии) из картотеки врача-онколога. При анализе использовали метод статистической обработки с помощью программы Microsoft office Excel и Statistica 6.0.

Проанализировано 80 амбулаторных карт больных злокачественными новообразованиями, среди которых оказалось 37 женщин и 43 мужчины.

Основной нормативный документ, использованный в работе - Положением об оказании медицинской помощи населению по профилю «онкология» в Курской области № 529 от 11.10.2015 г. В соответствии с ним все пациенты, закончившие специализированное лечение и находящиеся на диспансерное учете по месту жительства, подлежат обязательному направлению на консультацию:

- В 1 год наблюдения – 1 раз в 3 месяца;
- Во 2 год наблюдения – 1 раз в 6 месяцев;
- В 3 год наблюдения и далее – 1 раз в год;

Пациенты были разделены на четыре группы:

1. Не обратившиеся ни разу с момента установления диагноза
2. Обратившиеся в течение первого года с момента установления диагноза
3. Обратившиеся в течение двух лет с момента установления диагноза
4. Обращающиеся в течение всего заболевания в установленные сроки

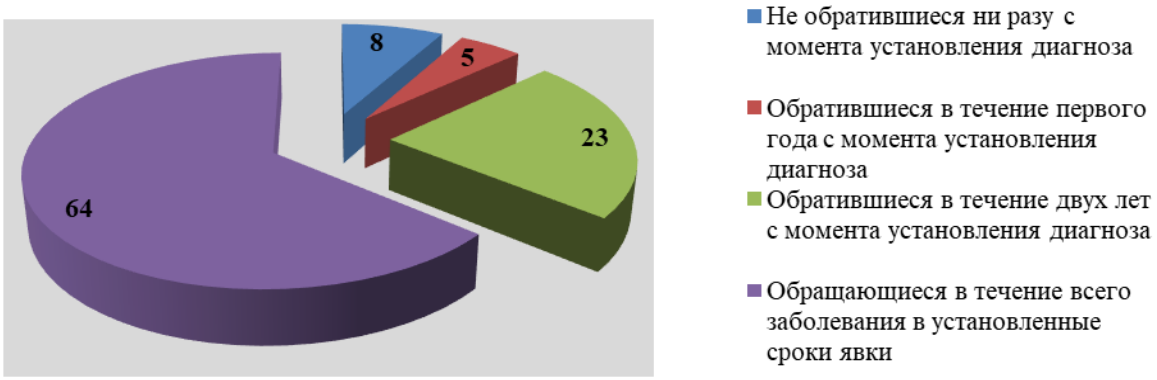


Рисунок 1. Диспансерное наблюдение онкологических больных

В 64% случаев пациенты соблюдают сроки диспансерного наблюдения, 23% посещали специалистов на протяжении двух лет, 5% на протяжении одного года после выявления диагноза и 8% не явились для продолжения наблюдения ни разу с момента постановки диагноза.

Нами были подсчитаны исходы заболеваний у данных пациентов.

Рисунок 2. Исход онкологических заболеваний

У 41 из заболевших наступила ремиссия, это составило 51%, у 22 – болезнь прогрессировала – 27%, у 11 пациентов наступил летальный исход – 14% и 6 не обращались за медицинской помощью после установления диагноза – 8%, их судьба неизвестна.

При сравнительном анализе лиц, соблюдающих сроки диспансерного наблюдения и лиц, не проходящих в указанные сроки контроля, выявлено следующее: из 51 пациента, которые являлись в срок на прием к специалисту, 36 человек достигли ремиссии, у 11 человек болезнь прогрессировала, 4 умерших; 23 пациента не являлись в указанные сроки, из них у 7 человек – ремиссия, у 12 болезнь прогрессировала и 7 человек умерло.

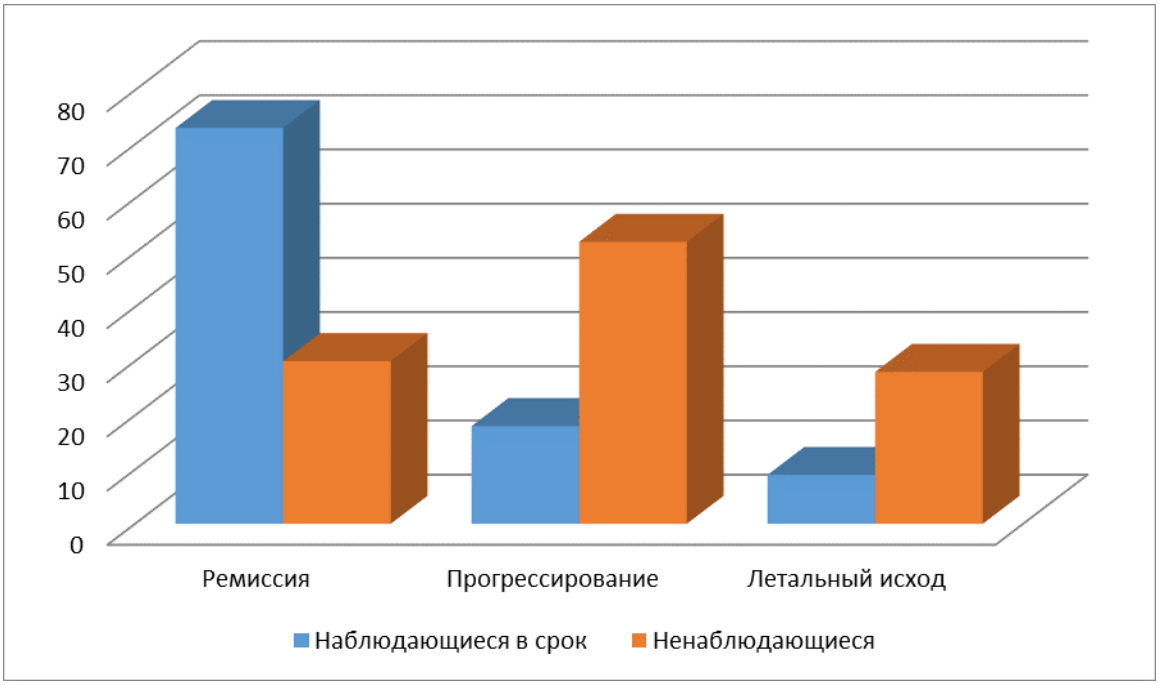


Рисунок 3. Сравнительный анализ двух категорий пациентов (%)

Выводы. При анализе летальных исходов (11) выявлено, что 7 умерших пациентов не наблюдались в медицинских учреждениях в рекомендуемые сроки. При постоянном наблюдении у 18% болезнь прогрессировала, при отсутствии наблюдения прогрессирование в 52%. При постоянном наблюдении (51) 36 пациентов достигли ремиссии. По результатам данного исследования были выявлены и привлечены к осмотру онколога пациенты, которые не обращались к врачам с момента установления диагноза; в лечебном учреждении на средних медработников возложены обязанности по систематическому привлечению данной категории больных для осмотров их с частотой, предусмотренной Положением об оказании медицинской помощи населению по профилю «онкология» в Курской области № 529 от 11.10.2015 г. Подготовлен материал для медицинского совета, посвященному проблемам ведения онкологических больных.

Список литературы.

1. Ганцев Ш.Х. Онкология / Ш.Х. Ганцев. – М.: Медицинское информационное агенство, 2016. – 330 с.

2. Крюков, В. Н. Лечение онкологических больных/ В. Н. Крюков // Клин. лабораторная диагностика. – 2017. – № 10. – С. 662–670.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФВД У БОЛЬНЫХ ХОБЛ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ПО ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ

Федорцова Т.П., Шелухина А.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – ассистент Шелухина А.Н.

Данная тема является весьма актуальной, поскольку хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает особое место в развивающихся на современном этапе заболеваниях дыхательной системы [1] ХОБЛ – одна из важнейших причин нарушения здоровья людей и смерти от осложнений, в частности, от дыхательной недостаточности [2] Причем эта патология несет помимо существенного медицинского значения и социальное значение, так как ведет к неуклонной инвалидизации больных. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 г. ХОБЛ будет занимать 5-е место по заболеваемости и 3-е в структуре смертности и станет причиной около 5 млн. смертей в год [3]

Основной целью данной работы является изучение изменений показателей функции внешнего дыхания (ФВД): жизненной ёмкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ) и объем форсированного выдоха ($ОФВ_1$) у мужчин и женщин, имеющих диагноз «хроническая обструктивная болезнь легких».

Материалы и методы. Для анализа были изучены показатели ФВД 20 мужчин и 20 женщин, проходящих курс терапии на базе НУЗ "Отделенческая больница на станции Курск «ОАО «РЖД». Возраст больных составил от 29 до 86 лет. Показатели изучались в динамике: при поступления в стационар и после проведенной терапии.

Результаты и их обсуждения. В таблице 1 представлены средние показатели функции внешнего дыхания в момент поступления (ЖЕЛ 1, ФЖЕЛ 1, $ОФВ_1$ 1) и после лечения (ЖЕЛ 2, ФЖЕЛ 2, $ОФВ_1$ 2) у мужчин и женщин.

Таблица 1. Средние показатели ФВД в динамике у мужчин и женщин.

Показатели	Мужчины (n =20)	Женщины (n=20)
ЖЕЛ 1	68,19	60,9
ЖЕЛ 2	81,1	61,8
ФЖЕЛ 1	63,9	58,4
ФЖЕЛ 2	74,4	63,3
$ОФВ_1$ 1	62,2	59,06
$ОФВ_1$ 2	69,3	63

Из таблицы 1 видно, что и женщины и мужчины в среднем имеют положительную динамику.

Увеличение показателей ФВД напрямую связано с назначенной медикаментозной терапией. В большинстве случаев больным были назначены муколитики, бронхолитики и ингаляционные кортикостероиды.

Для наглядности динамики лечения ниже приведены диаграммы соответственно для женщин и мужчин.

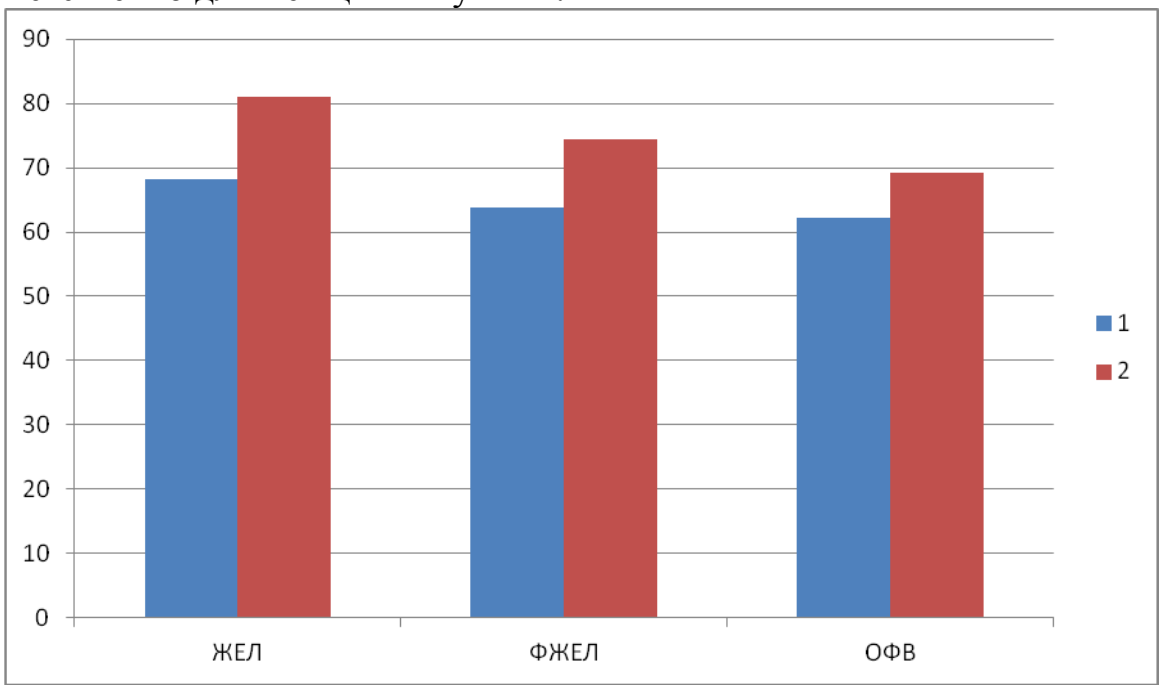


Диаграмма 1. Динамика показателей после лечения у мужчин

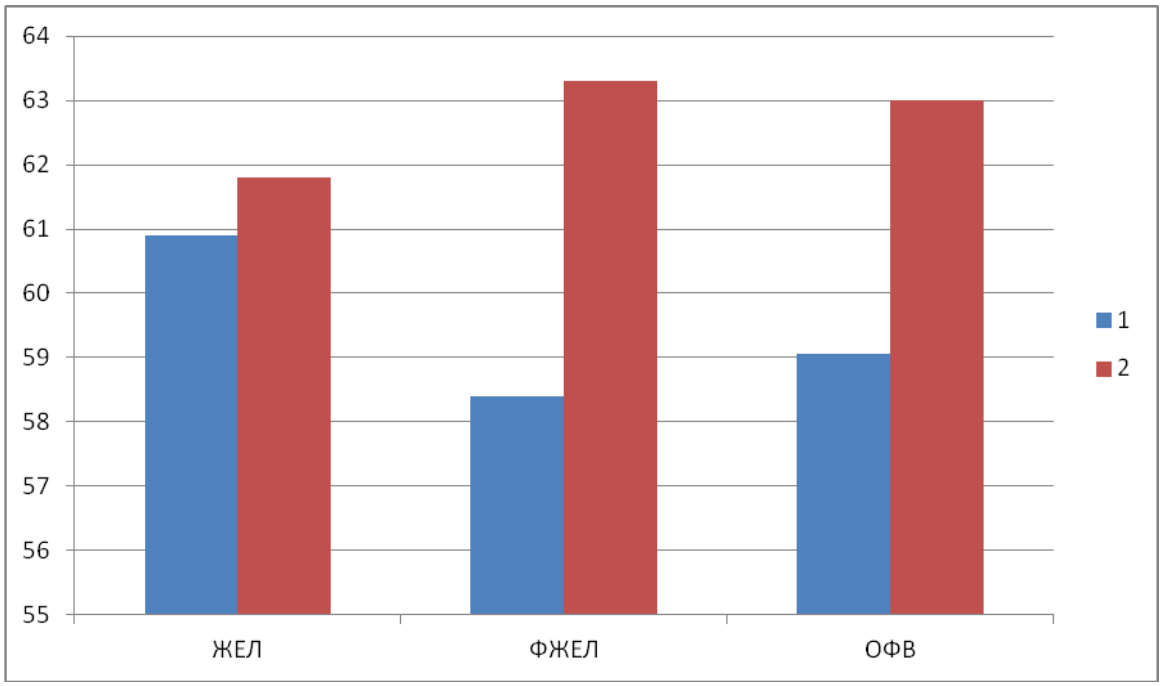


Диаграмма 2. Динамика показателей после лечения у женщин

По данным, представленных в диаграммах видно, что показатели ФВД у мужчин изменились следующим образом:

1. ЖЕЛ повысилась на 12,91 (16%);
2. ФЖЕЛ повысилась на 10,5 (14%);

3. $ОФВ_1$ повысился на 7,1 (10%).

У женщин эти же изменения составили:

1. 1.ЖЕЛ повысилась на 0,9 (1,5%);
2. ФЖЕЛ повысилась на 4,9 (8%);
3. $ОФВ_1$ повысился на 3,94 (6%).

Исходя из полученных результатов видно, что у женщин показатели выздоровления ниже, чем у мужчин соответственно ЖЕЛ – в 10,7 раз, ФЖЕЛ – в 1,75 раз, $ОФВ_1$ – в 1,7 раз.

Выводы. Можно сделать заключение о том, что у женщин выздоровление проходит хуже, чем у мужчин. Об том также может свидетельствовать тот факт, что среди женщин чаще встречались случаи с отрицательной динамикой лечения. В большей степени это связно с несостоятельностью по сравнению с мужчинами иммунной системой, с менее развитой дыхательной мускулатурой, меньшим объемом легких и относительно меньшими показателями ФВД в норме [1].

Список литературы.

1. Ахминеева А.Х., Полунина О.С., Севостьянова И.В. Нарушения гомеостаза при хронической обструктивной болезни легких. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016; (4).- С. 34-39.
2. Горяйнов И.И., Таволжанская Т.В., Князева Л.И., Алтунин А.В. Провоспалительная цитокиемия у больных с различной тяжестью ХОБЛ. Электронный научный журнал «INNOVA», 2010.
3. Клыкова О.Н., Сыропоршнева Т.Б.Некоторые аспекты медицинской экспертизы больных ХОБЛ. Бюллетень Северного государсвенного медицинского университета. 2009. № 2 (23). С. 65-66.

СРАНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6» ЗА 2018 И 2019 ГОДА

Дронова М.О., Кузьмин А.В., Дорофеева С.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лесная Н.П.

Актуальность исследования состоит в том, что результаты изучения мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи отражают позитивные и негативные тенденции в стационаре, помогают выявить факторы, снижающие удовлетворенность медицинским обслуживанием [1]. Это является весомым критерием для комплексной оценки работы стационара, служит достаточным основанием для принятия решений руководством и помогает вовремя применять корректирующие меры [2].

Целью исследования является изучение мнения пациентов о качестве медицинского обслуживания в стационаре ОБУЗ «Курская городская больница № 6», а также проведение сравнительного анализа, основанного на данных, полученных в 2018 году.

Материалы и методы. Объектом исследования являются пациенты, находившиеся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6». Использованы следующие методы исследования: метод срединных величин, группировка, ранжирование списков, сравнительный анализ и социологический опрос. Для сбора статистического материала был применен метод анкетирования. За основу была взята использованная в исследовании 2018 г. Кузьминым А.В. специальная анкета «Изучение мнения пациентов об удовлетворенности медицинскими услугами», которая была дополнена новыми вопросами [3,4]. На основе полученных в процессе анкетирования данных составлены таблицы, и проведен сравнительный анализ с результатами, полученными ранее в 2018 году. В ходе исследования собрано и обработано 30 анкет. Пациентам предлагалось ответить на вопросы, касающиеся следующих проблем: отношение со стороны врачей и медицинских сестер, уровень квалифицированности врачей и их внешний вид, доступность объяснения методов и способов лечения, санитарно-гигиенические условия в больнице и так далее.

Результаты и обсуждения. Согласно полученным результатам, было выявлено незначительное преобладание в опрашиваемом контингенте лиц женского пола (55%). Проведение анализа возрастной структуры показало, что лица в возрасте до 25 лет составляют 5% опрошенных, 35-45 лет – 15%, 45-60 лет – 35%, старше 60 лет – 45%. Большинство опрошенных пациентов являются пенсионерами (30%) и инвалидами (28%) и на данный момент не работают (65%). Анализ материального положения позволил судить о том, что ежемесячный доход большинства анкетируемых людей составляет 10-25 тысяч рублей (50%), хотя доля людей с ежемесячным доходом менее 10 тысяч рублей (35%) остается достаточно высокой. Среди проанализированных анкет 50% респондентов сказали, что имеют хронические заболевания и лишь 30% оценили себя, как здоровых людей. Большая часть опрошенных пациентов поступила в стационар вследствие плановой госпитализации (80%), остальные же из-за обострения у них хронических заболеваний или обнаружения острых болезней, которые требуют срочной госпитализации (20%).

Проведение анкетирования позволило выявить, что абсолютно все пациенты полностью удовлетворены отношением к ним медицинского персонала и внешним видом врачей. Пациенты отмечают, что медицинский персонал с вниманием и участием относится ко всем госпитализированным пациентам и всегда готов оказать помощь или откликнуться на просьбу, если таковая имеется. Анализ полученных результатов показал, что мнение пациентов относительно таких критериев, как удовлетворенность уровнем квалификации врачей, временем проведения осмотра и доступностью объяснения тактики лечения, является полностью удовлетворительным, и лишь 10% опрошенных выбрали такой вариант ответа, как «больше удовлетворен,

чем нет». При исследовании обеспеченности пациентов лекарственными препаратами обнаружено, что все имеют необходимые лекарства в достаточном количестве, и ничего дополнительно покупать не приходилось. Соблюдение режима дня в лечебном учреждении было подчеркнуто всеми пациентами. При проведении анализа организационных критериев установлено, что санитарно-гигиеническими условиями пребывания в стационаре удовлетворены 94% опрошенных в то время, как качество питания полностью удовлетворяет 65% пациентов, больше удовлетворяет, чем нет – 25%, удовлетворяет не в полной мере – 10%. Полученные результаты отражают разделение мнения пациентов относительно наличия в больнице современного оборудования: 55% считают, что оно имеется, 40%, что недостаточное количество, и 5% указывают на его отсутствие. В конце анкетирования респондентам предлагалось оценить качество оказания медицинской помощи в стационаре и свою удовлетворенность ею. Пациенты отмечают, что медицинская помощь в стационаре ОБУЗ «КГБ № 6» является хорошей и доступной. Большая часть опрошенных (90%) удовлетворены качеством оказания медицинских услуг в лечебном учреждении полностью, в то время, как 10% удовлетворены частично.

Сравнивая полученные результаты с данными, приведенными в работе Кузьмина А.В., которая была проведена в феврале 2018 года, хочется отметить положительную тенденцию увеличения многих показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи в стационаре. Установлено, что удовлетворенность уровнем квалификации врачей повысилась за прошедший год на 40%, отношение медицинского персонала теперь полностью удовлетворяет всех пациентов, хотя в 2018 году она составляла всего лишь 40%. Стоит отметить, что, по мнению опрошенных пациентов, санитарно-гигиенические условия в больнице улучшились, медицинская помощь стала намного доступнее и лучше. Оценивая общую удовлетворенность пациентов медицинской помощью, выявлено значительный подъем данного показателя по сравнению с прошлым годом – на 20% (диаграмма 1).

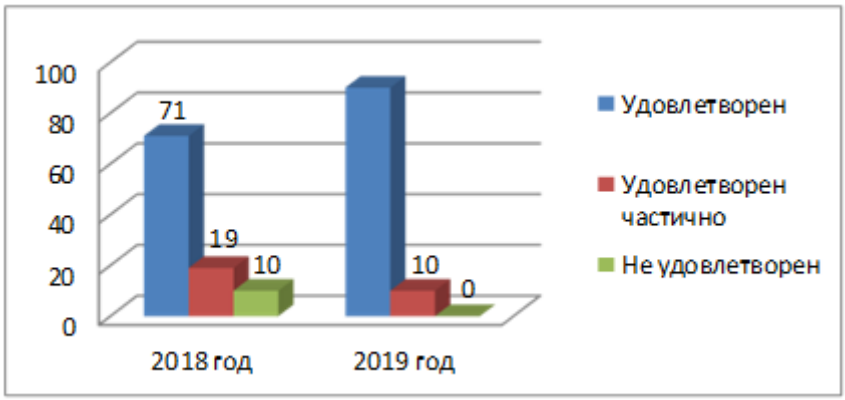


Диаграмма 1. Удовлетворенность медицинской помощью

Выводы. Исследования, проведенные нами, показали, что большая часть пациентов удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в стационаре ОБУЗ «Курская городская больница № 6». Респонденты отмечают

прекрасное отношение к ним персонала, профессионализм врачей и хорошие условия пребывания в стационаре. Отдельного внимания заслуживает тот факт, что все пациенты полностью обеспечены необходимыми лекарствами, ведь такая ситуация, к сожалению, наблюдается не во всех больницах. А проведение исследования в динамике, сравнивая этот и прошедший года, показало, что работа стационара значительно улучшилась, и возросло количество удовлетворенных пациентов. Однако главной проблемой, на которую стоит обратить внимание, является недостаточное количество современного оборудования. Необходимо проведение дополнительных программ финансирования, которые бы смогли решить возникшие трудности.

Список литературы.

1. Железняк Е.С. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице/Е.С.Железняк//Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - № 5. – С. 39-41.
2. Серегина И.Ф. Информационные методы и средства повышения доступности и качества медицинской помощи. / И.Ф. Серегина // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2013. – № 8. – С. 4–7.
4. Удовлетворенность населения качеством оказания медицинских услуг в стационаре ОБУЗ «Курская городская больница № 6» [Текст] / А.В.Кузьмин // Материалы 83-ей Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежная наука и современность», посвященной 83-летию КГМУ и 85-летию со дня рождения члена-корреспондента РАМН, профессора А.В.Завьялова. – Курск: Изд-во КГМУ, 2018. – С.324.
5. Шулаев А.В., Спиридонов А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 4.

БОРТЕЗОМИБ-СОДЕРЖАЩИЕ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Дубинина А.В., Васильева А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., доцент Степченко М.А.

Актуальность исследования состоит в наблюдающейся полирезистентности к цитостатической терапии у больных множественной миеломой (ММ), которая является препятствием на пути возможного излечения от заболевания. История изучения ММ имеет начало в 19 веке, однако до настоящего времени продолжительность жизни больных при наличии

факторов риска не превышает 29 месяцев. После открытия роли протеасом в формировании резистентности опухоли, стали исследоваться возможности ингибирования её активности. Бортезомиб – модифицированная борная кислота, является высокоселективным обратимым ингибитором активности протеасомы 26S, способным подавлять её химотрипсиноподобное действие, вызывая торможение протеолиза, и приводит к апоптозу (миеломные клетки примерно в 1000 раз чувствительнее к апоптозу, чем нормальные клетки) [2]. Общая эффективность использования мхем, содержащих бортезомиб, составляет 59%, полная ремиссия – 29% [3]. Поэтому безусловный интерес представляет изучение бортезомиб-содержащих программ в лечении больных множественной миеломой.

Целью исследования является изучение использования бортезомибсодержащих схем в лечении больных множественной миеломой в условиях гематологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» за период с 2015 по 2017 годы.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 309 историй болезней пациентов, проходивших курс ПХТ с включением бортезомиба в гематологическом отделении БМУ КОКБ в период с 2015 по 2017 год. Средний возраст исследуемых составил 61,25±2,18 года, среди изучаемого контингента было 187 женщин (60,52%) и 122 мужчины (39,48%). Все пациенты были разделены на 3 группы: первую группу составили 90 человек, проходивших курс ПХТ в 2015 году, вторую группу – 95 пациентов, проходивших курс ПХТ с включением бортезомиба в 2016 году, третья группа представлена 124 больными ММ, проходивших лечение по поводу ММ в 2017 году.

Результаты и обсуждения. Исходя из проведенных исследований, можно сделать выводы о том, что в первой группе пациентов преобладали лица женского пола, число женщин было в 1,57 раза больше, чем мужчин, которым был верифицирован диагноз ММ. Преобладающее число составили пациенты в возрасте от 60 до 69 лет; средний возраст исследуемых составил 62,7±0,83 года; средний возраст на момент постановки диагноза - 60,9±8,44 года. Длительность заболевания множественной миеломой у преобладающего числа пациентов первой группы не превышала двух лет. Наиболее назначаемой бортезомиб-содержащей программой для лечения пациентов в первой группе были: схемы VCD (бортезомиб, циклофосфан, дексаметазон) (43 пациента), VMP (бортезомиб, мелфалан, преднизолон) (15 человек), причем первая в 2,8 раз чаще; схемы VD (бортезомиб, дексаметазон), PAD (бортезомиб, адриабластин, дексаметазон), VCP (бортезомиб, циклофосфан, преднизалон) использовались у одинакового числа пациентов (у 8 пациентов соответственно); стандартная схема М2, без использования бортезомиба, оказалась наименее используемой у исследуемых первой группы.

Вторую группу пациентов, страдающих множественной миеломой, составили 95 человек, среди которых количество лиц женского пола преобладало над лицами мужского пола в 1,3 раза. Подавляющие число лиц в данной группе были в возрасте от 50 до 59 лет и от 60 до 69 лет; средний

возраст пациентов составил 59,7±2,3 лет. Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза ММ – 57,9±8,47 лет. Во второй группе наибольшее количество пациентов с множественной миеломой имели длительность заболевания от одного до двух лет (59 человек), наименьшее (10 больных ММ) от четырех до восьми лет. Для лечения пациентов второй группы наиболее часто использовались схемы VMP (у 23 пациентов), VCD (у 43 исследуемых), причем вторая в 1,87 раз чаще; с меньшей частотой назначались схемы CVD (циклофосфан, бортезомиб, дексаметазон), VMD (бортезомиб, мелфалан, дексаметазон) (для лечения 3 человек).

Третью группы исследуемых составили 124 пациента, среди которых соотношение женщин к мужчинам было 1,7/1,0; наибольшее число составили пациенты, страдающие ММ, в возрасте от 60 до 69 лет, средний возраст которых – 61,4 ± 4,1 года. Средний возраст на момент постановки диагноза – 59,3±7,83 года. Длительность заболевания множественной миеломой колебалась от одного (у 28 людей) до девяти лет (1 пациент). Ретроспективный анализ историй болезней показал, что для лечения пациентов третьей группы наиболее часто использовались схемы VCD (для 61 пациента), VMP (у 28 больных ММ), причем первая в 2,18 раз чаще; с меньшей частотой назначались схемы RVD (леналидомиб, бортезомиб, дексаметазон), VMD (каждая для лечения 1 человека).

Выводы. Среди больных ММ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ КОКБ за период с 2015 по 2017 годы, преобладали лица женского пола. Средний возраст пациентов колебался от 60 до 69 лет. Наиболее предпочтительным в лечении пациентов, страдающим ММ, бортезомиб - содержащими схемами являются VCD, VMP.

Список литературы.

1. Артюхина, З.Е. Кроветворная ткань и стромальное микроокружение больных множественной миеломой// Вестник гематологии. 2017. № 1. С. 15-18

2. Бессмельцев, С.С. Множественная миелома (лечение рецидивов и рефрактерных форм): обзор литературы и собственные данные. Часть III// Клиническая онкогематология. 2014, Т.7. № 2.С.137-174

3. Гальцева, И.В. Роль и место проточной цитометрии в диагностике и мониторинге минимальной остаточной болезни при множественной миеломе // Онкогематология. – 2017. № 2. С.80-94

4. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний/ ред. Акад. И.В. Поддубной, акад. В.Г. Савченко. Москва. 2018. 356 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХБП

Епишева А.Ю., Берлизов В.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Корнеева С.И.

В настоящее время болезни почек занимают важное место в общей структуре хронических неинфекционных заболеваний ввиду большой распространенности, большого влияния на качество жизни и высокой смертности пациентов. По современным статистическим данным заболевания почек по частоте встречаемости в мире сопоставимы с такими эпидемическими проблемами как метаболический синдром и артериальная гипертензия. Мировая статистика по хронической болезни почек (ХБП) гласит о том, что 10% среди всего населения планеты страдают данной патологией [1, 2]. Нефрогенная анемия является частым и грозным осложнением ХБП и встречается практически у половины больных. Патогенез развития анемического синдрома при заболеваниях почек сложен и многокомпонентен, но, как правило, в клинике анемия у нефрологических больных носит характер гипорегенераторной, нормохромной и нормоцитарной и сопровождается снижением числа ретикулоцитов [3, 4].

В литературных источниках нами найдено ограниченное количество статей, посвященных изучению индивидуальных характеристик больных с анемическим синдромом на фоне ХБП. Известно, что заболеваемость ХБП среди женщин выше, чем среди мужчин (12,6% и 9,7%). Имеется информация о том, что в нозологической структуре больных с анемией на фоне диабетической нефропатией преобладают лица женского пола (82% vs 18% соответственно), а при хроническом гломерулонефрите 30,2% пациентов составляют женщины [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение гендерных особенностей пациентов с анемическим синдромом, развившимся на фоне ХБП.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 413 медицинских карт стационарного больного пациентов, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» в течение 2018 года. Средний возраст больных составил 54±7,5 года. Анемический синдром был диагностирован у 50% больных (206 пациентов). Для статистической обработки полученных данных использована программа MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов с анемией на фоне ХБП большая часть (57%) была представлена женщинами, что согласуется с ранее полученными исследовательскими данными. Средний возраст пациентов существенно не отличался: у лиц мужского пола составил 56,3±6,8 года, женского – 57,2±5,6 года. При анализе основных заболеваний, явившихся причиной развития ХБП, нами была составлена структура, представленная на рисунок 1.

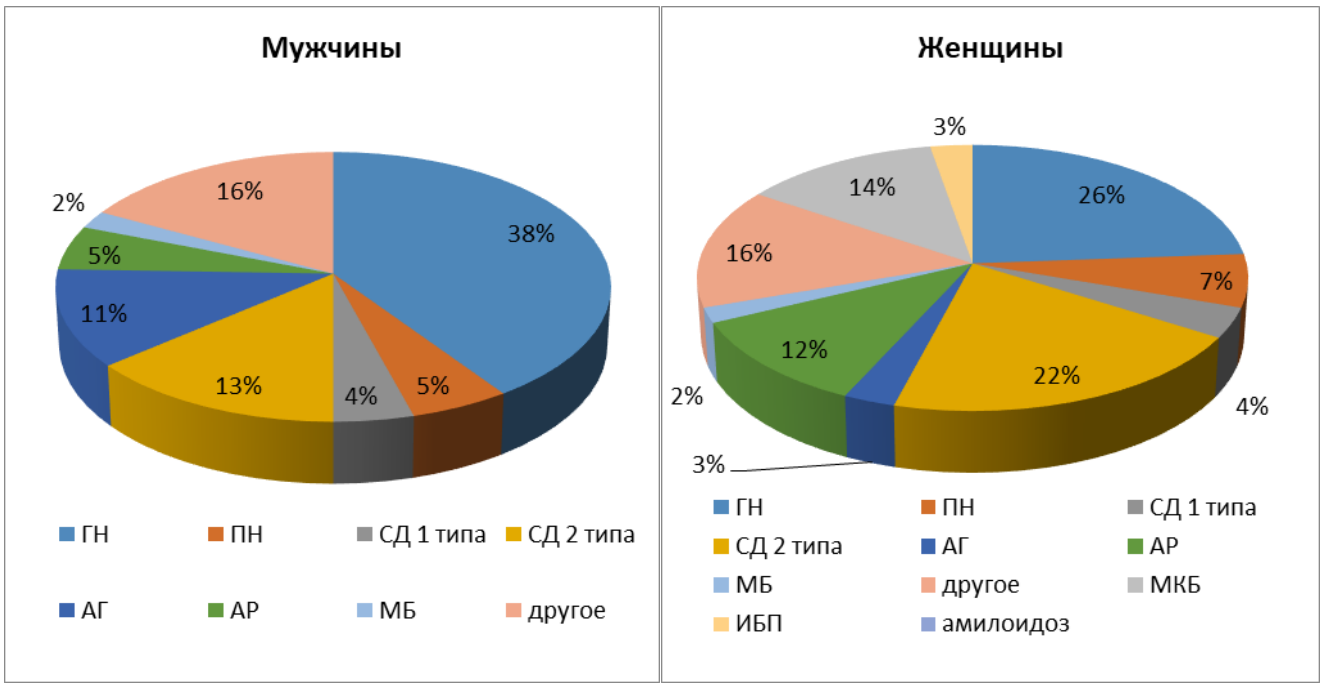


Рисунок 1. Структура основных заболеваний

Примечания: ГН – гломерулонефрит, ПН – пиелонефрит, СД – сахарный диабет, АГ – артериальная гипертензия, АР – аномалии развития мочевыделительной системы, МБ – миеломная болезнь, МКБ – моче–каменная болезнь, ИБП – ишемическая болезнь почек.

Структура заболеваний, приведших к развитию ХБП, у женщин отличается большим разнообразием. У данной категории лиц лидирующие позиции занимают гломерулонефриты (26%) и сахарный диабет 2 типа (22%). При гендерном сравнении обращает на себя внимание преобладание среди женщин пациенток с аномалиями развития моче–выделительной системы (12% vs 5% у мужчин). Также следует отметить значительно больший вклад в формирование анемического синдрома при ХБП у мужчин артериальной гипертензии (11% vs 3% у женщин). Существенно отличаются доли пациентов с сахарным диабетом 2 типа: у мужчин – 13%, у женщин – 22%, что отражает существующую в настоящее время тенденцию превалирования метаболических нарушений в женской популяции.

В соответствии с литературными данными частота встречаемости и тяжесть анемического синдрома нарастают по мере прогрессирования ХБП. В настоящем исследовании была проведена оценка гендерных особенностей пациентов на разных стадиях ХБП. Выявленные отличия могут указывать на более тяжелое течение ХБП с анемическим синдромом в женской популяции. Так у пациентов с 3А стадией ХБП на долю женщин приходилось 68%, с 3Б стадией – 80%. К стадии терминальной хронической почечной недостаточности соотношение пациентов разных полов относительно уравновешивается: 45% – мужчин и 55% – женщин.

Анализ частоты встречаемости анемического синдрома по тяжести указывает на явную предрасположенность к тяжелому течению у лиц женского пола (рисунок 2)

Рисунок 2. Структура тяжести анемии

Как было сказано выше, патогенез анемического синдрома при ХБП включает множество механизмов. Следует отметить, что у женщин вообще анемия выявляется значительно чаще, а потеря железа у них в 2 раза выше, чем у мужчин. Кроме того следует отметить, что средний возраст включенных в исследование пациенток соответствовал постклимактерическому периоду, сопровождающемуся значительными гормональными и метаболическими изменениями в женском организме. Эти факторы должны быть учтены при динамическом наблюдении и определении сроков начала и тактики противоанемической терапии.

Выводы. Проведенный анализ гендерных особенностей пациентов выявил большую предрасположенность лиц женского пола к раннему развитию и более тяжелому течению анемического синдрома, развивающегося на фоне патологии мочевыделительной системы.

Список литературы.

1. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н., Ременец С.С. Эпидемиология хронических болезней почек и организация медицинской помощи больным при хронической почечной недостаточности (обзор литературы). Южно-Уральский медицинский журнал. 2016; 4: 4 – 9.

2. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. Lancet. 2013; 382 (9888): 260 – 272.

3. Park H., Liu X., Henry L. et al. Trends in anemia care in non-dialysis-dependent chronic kidney disease (CKD) patients in the United States (2006 - 2015). BMC Nephrology. 2018; 19 (318): 1 – 15.

4. Шилов Е.М., Добронравов В.А., Земченков А.Ю. и др. Российские национальные рекомендации по диагностике и лечению анемии при хронической болезни почек. Нефрология и диализ. 2016; 1: 19 – 34.

5. Лагонская В.Н. Влияние анемии на биохимические показатели при заболеваниях печени и почек. Медицинский альманах. 2011; 6 (19): 269 – 272.

МР-СЕМИОТИКА ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Жарков Н.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов И.С.

Злокачественные новообразования мягких тканей головы и шеи относятся к относительно редким видам онкологической патологии. В США рак головы и шеи развивается почти у 60 000 человек ежегодно. За исключением рака кожи и щитовидной железы, более 90% раковых опухолей головы и шеи являются плоскоклеточными (эпидермоидными) карциномами; большая часть остальных – аденокарциномами, саркомами и лимфомами [1]. Зачастую они проявляют агрессивный рост и рано дают метастазы, что зависит от их гистологического строения и расположения. Например, рабдо– и лейомиосаркомы, злокачественная фиброзная гистиоцитома при локализации в челюстно-лицевой области отличаются быстрым, инфильтрирующим окружающие ткани ростом и частым регионарным и отдаленным метастазированием – от 25 до 66% всех случаев поражения данными новообразованиями [2].

МРТ органов и мягких тканей, находящихся в области шеи и головы, позволяет изучить строение щитовидной и слюнных желез, гортани, глотки, лимфоузлов, мышц и фасциальных пространств, находящихся превертебрально, т.е. перед позвоночным столбом при неопластических процессах данной зоны, а также для оценки эффективности лечения [1].

В случаях новообразований МР томография помогает определить границы, размеры опухоли, а также помогает выявить отсевы онкологического процесса за пределы ткани пораженного органа, в частности, в шейные лимфатические узлы или соседние органы. Для дифференциальной диагностики опухолей часто используют контрастное усиление, помогающее предположить наличие злокачественных новообразований, которые имеют более развитую сосудистую сеть, следовательно, быстрее накапливают и отдают контрастное вещество [3].

В 2016 году Комитет по отчетности в области изображений и данных для рака головы и шеи (The Neck Imaging Reporting and Data System – NI-RADS), которое сформировало критерии оценки вероятности возникновения рецидива опухолевого поражения, который был первоначально разработан для наблюдения пациентов с помощью компьютерной томографии с контрастным усилением (CECT) с или без использования позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) на основе фокусного поглощения фтор-18-2-фтор-2-дезокси-D-глюкозы (ФДГ) или накопления контрастного препарата. Но данный шаблон легко адаптируется к другим модальностям, таким как магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако до сих пор не сформированы критерии для оценки вероятности наличия злокачественного новообразования при первичном выявлении (категория X по NI-RADS) [4].

Целью исследования была оценка МР критериев первичных

злокачественных новообразований злокачественных новообразований мягких тканей головы и шеи.

Для достижения поставленной цели был проведён анализ результатов клинического, рентгенологического и магнитно-резонансного обследований 4 пациентов (1 женщина, 3 мужчины, средний возраст – 65 лет), проходивших обследование в ЛДЦ МИБС с января по февраль 2019 года. У всех больных на основании клинико-лабораторных данных и результатов лучевого обследования были диагностированы злокачественные опухолевые образования мягких тканей головы и шеи, подтверждённые результатами гистологического исследования.

Результаты: Всем пациентам с новообразованиями мягких тканей околоушной области, языка, миндалины и альвеолярного отростка было проведено МРТ мягких тканей шеи с расширением от нижней стенки глазниц до уровня яремной вырезки в режимах Т1, Т2 ВИ, с подавлением сигнала от жировой ткани, свободной жидкости, диффузионно-взвешенных изображений с построением ADC-карты и контрастным усилением. На МР-томограммах данные участки имели неоднородную (n=3) и однородную (n=1) солидную структуру, изо- и гипоинтенсивный сигнал на Т1-взвешенных изображениях, слабо гиперинтенсивный сигнал на Т2-взвешенных изображениях с неровными четкими (n=2) и нечеткими (n=2) контурами. Размеры образований варьировали от 1,3х0,9х1,9 см до 5,9х4,2х4,0 см. Отмечалось выраженное или умеренное повышение сигнала от данных участков на диффузионно-взвешенных изображениях и ADC-картах. При выполнении серии МР-исследований с внутривенным введением контрастного препарата определялось небольшое усиление МР-сигнала от данных образований (по данным субтракции). В 3 случаях отмечалось патологическое увеличение лимфоузлов, в двух из которых отмечалось наличие лимфатических узлов с неоднородной структурой и повышением сигнала на DWI с высоким фактором диффузии, понижении сигнала на ADC-картах (ИКД = 1,2±0,4х10^{-3} мм^2/с); при введении контраста МР сигнал от них не усиливался или повышался слабо.

Клинический пример. Пациентка Б., 61 г. обратилась к онкологу по поводу образования, обтурирующего левый наружный слуховой проход. Была направлена онкологом на МРТ головы и шеи для уточнения распространенности процесса.

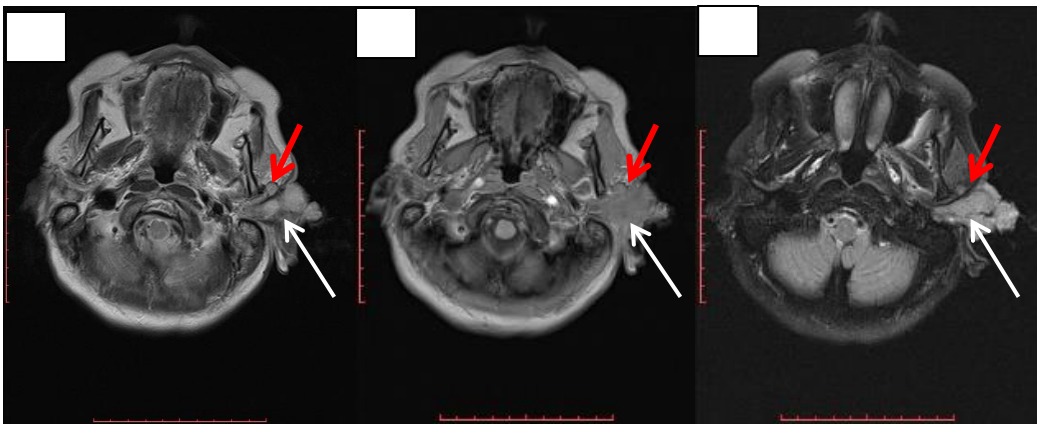


Рисунок 1 а,б,в. МРТ головы пациентки Б, 71 года с диагнозом: «сквамозно-клеточная карцинома наружного слухового прохода»: на аксиальных срезах при стандартных последовательностях (а –T2 tra, б – T1 tra, в – T2 FLAIR tra FS) определяется объёмное образование в области левого слухового прохода (большая стрелка) и увеличенные околоушные лимфоузлы (маленькая стрелка)

Рисунок 2, а,б,в. На постконтрастном снимке (б – T1 CE sag), визуализируется умеренное неравномерное усиление МР сигнала опухолевым компонентом, преимущественно по периферии (большая стрелка), незначительное – лимфатическими узлами (маленькая стрелка) по сравнению с преконтрастным снимком (а – T1 sag), что подтверждается на реконструкции (в – Subtraction sag)

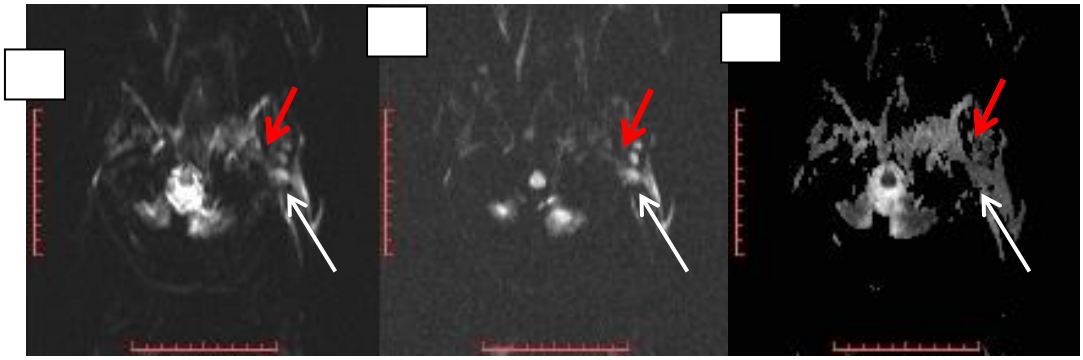


Рисунок 3. а,б,в. На диффузно-взвешенных изображениях определяется умеренно гиперинтенсивный сигнал от опухолевого компонента (большая стрелка) на изображениях с низким фактором диффузии (а – DWI (d=0)), который возрастает при увеличении факторов диффузии (б – DWI (d=1000)), изо-гипоинтенсивный при картировании (в – ADC-карта), а так же от лимфатических узлов (сигнал более выраженный, по сравнению с новообразованием) (маленькая стрелка)

Заключение: МР картина объемного образования мягких тканей области наружного уха слева. Левосторонняя лимфаденопатия околоушной группы.

Выводы. С помощью МРТ удалось определить достаточно точные размеры опухоли, установить наличие компрессии окружающих тканей и признаков инвазии в окружающие структуры, определить изменения лимфатических узлов данной области. Новообразования данной области были наиболее заметны на программах DWI с высоким фактором диффузии, в то время как использование контрастного усиления у данных пациентов имело меньшую диагностическую значимость. Таким образом, использование DWI и ADC-карт позволяет улучшить диагностику злокачественных новообразований шеи и вторичное поражение лимфатических узлов и рекомендуется при исследовании пациентов с подозрением на злокачественные новообразования данной области.

Список литературы.

1. Лучевая диагностика. Голова и шея / У. Мёддер, М. Конен, К.Андерсен, и др.; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 304 с.

2. Кропотов, М.А. Неэпителиальные злокачественные опухоли челюстей. Особенности клинического течения, лечение, прогноз. / М.А. Кропотов // Материалы XIII Российского онкологического конгресса. – М.: Издательская группа ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2009. – с. 32-36.

3. Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи: руководство / Под ред. Т.Н. Трофимовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 888 с.

4. Бубнова, Е.В. Возможности лучевой визуализации образований головы и шеи в свете NI-RADS / Е.В. Бубнова // Конгресс Российского общества рентгенологов и радиологов – СПб.: «Человек и его здоровье», 2018. – с. 19-20.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ПРИЧИН ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ КГБ № 6

Жеребцова В.Д., Ваганова Е.В., Соловец Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лесная Н.П.

Актуальность. Тяжелая трудноконтролируемая бронхиальная астма существенно снижает качество жизни пациентов. Как правило, такие больные часто обращаются за помощью и их госпитализируют. Они входят в группу повышенного риска летального исхода [1]

Цель исследования. Выявить причины госпитализации больных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Среди пациентов пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница № 6» было проведено анкетирование и на его основе сделан статистический анализ.

Результаты и их обсуждения. С октября 2018 года по февраль 2019 года в пульмонологическое отделение поступили 20 больных бронхиальной астмой, женщин - 13 (65%), мужчин –7 (35%). Таким образом, женщин было в 1,9 раз больше, чем мужчин.

Средний возраст больных составил 56,5 лет. По возрастной периодизации больше обращений со стороны граждан среднего возраста, от 22 до 60 лет, их 11 человек (55%), чуть меньше пожилого возраста, от 61 до 75 лет,- 9 человек (45%).

По анамнезу в результате опроса оказалось, что приступы беспокоили больных в разные времена года, но наиболее часто весной и осенью, что является одной из причин госпитализации больных в весенне-осенний период. На диаграмме 1 приведены результаты.

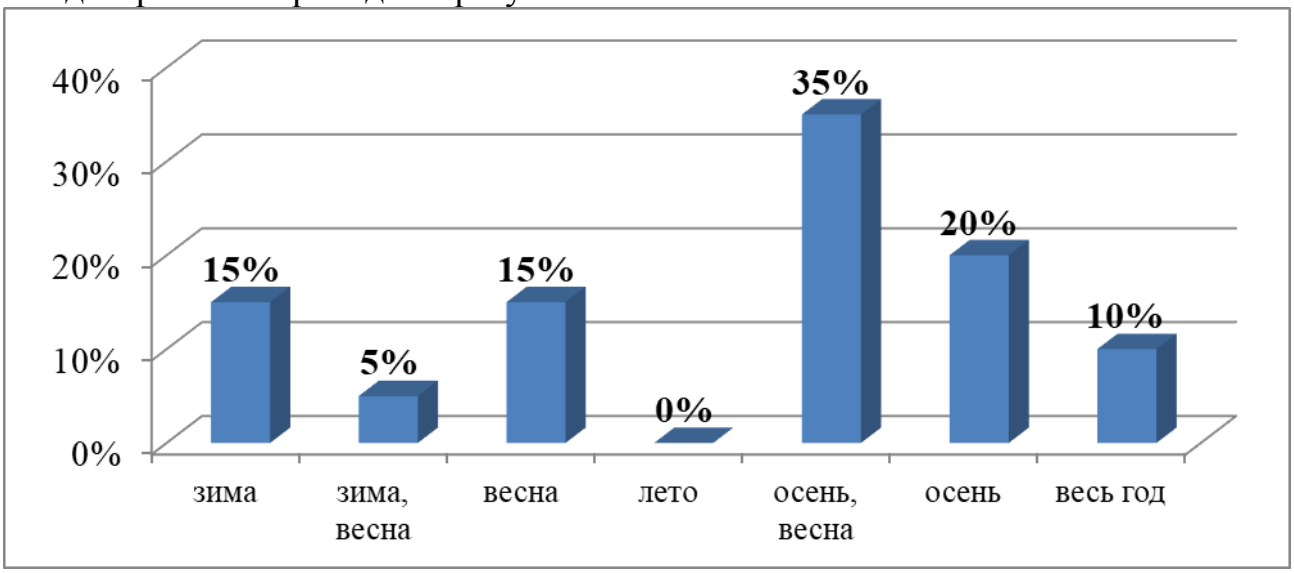


Диаграмма 1. Время года, в которое происходит обострение заболевания

Время суток, в которое чаще возникали приступы удушья за неделю до госпитализации - вечер и ночь, меньше – утром и днем. В таблице 1 приведены полученные результаты опроса.

Таблица 1. Частота проявления симптомов астмы в разное время сутокза неделю до госпитализации

Время приступов астмы	Опрошенные	
	Количество	%
Вечер	5	25
День	2	10
Ночь	5	25
Утро, ночь	2	10
Вечер, ночь	1	5
Утро, вечер	1	5
Утро, вечер, ночь	1	5

Утро, день, вечер, ночь	3	15

В покое за последнюю неделю до госпитализации 14 больных испытывали приступы астмы часто, 3-4 раза в неделю, 6 больных – редко, до 2 раз в неделю, но нет, ни одного из опрошенных, у кого бы совсем не было приступов. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. Частота приступов астмы в покое за неделю до госпитализации

Частота приступов	Опрошенные	
	Количество	%
Нет	0	0
Редко	6	30
Часто	14	70

Большинство больных, 16 человек, испытывали интенсивные приступы бронхиальной астмы за неделю до госпитализации, 4 человека – малоинтенсивные, неинтенсивных приступов не было ни у одного. В таблице 3 приведены результаты опроса.

Таблица 3. Интенсивность приступов бронхиальной астмы

Интенсивность	Опрошенные	
	Количество	%
Неинтенсивные	0	0
Малоинтенсивные	4	20
Интенсивные	16	80

За неделю до госпитализации часть больных, 10 человек (50%), испытывали приступы удушья при небольшой физической нагрузке, и часть, 10 человек (50%) - при психоэмоциональномном напряжении.

Установлено, что 11 (55%) больных за неделю до госпитализации полностью были ограничены в своей деятельности, 7 (35%)-немного ограничены. Это еще одна причина госпитализации больных. 1 человек (10%)-совсем не ограничен.

В виду всего выше сказанного можно сделать вывод, что чаще за помощью обращаются лица среднего возраста в весенне-осенний период, когда приступы удушья усиливаются и становятся слишком частыми, в среднем 3-4 раза в неделю, больные испытывают недомогание при психоэмоциональном стрессе, при физической нагрузке, а также, и в покое. Больным с данным видом патологии, безусловно, нужна не только медицинская помощь, им так же нужна профилактика, которая заключается в устранении аллергенов из среды обитания больных, борьба с профессиональными вредностями, курением [2,3]

Список литературы.

1. Громов А.Л., Губин М.А., Иванов С.В., Будаев А.П., Тишков Д.С. Особенности гемодинамики, гомеостаза и эффективность терапии у больных с местной формой одонтогенной инфекцией на фоне хронической патологии органов дыхания. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018.- № 4.- С. 31-36.
2. Овчаренко С.И. Бронхиальная астма.- РМЖ.-2002.-Т10, № 17.-С. 918-921.
3. Прибылов С.А., Самосудова Л.В., Прибылова Н.Н., Мухова О.Ю. Фенотипическая гетерогенность тяжелой бронхиальной астмы и анализ ее лечение в Курской области. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016.- № 3.- С. 33-38.

СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПО ДАННЫМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ КОКБ)

Зайцева А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м н., профессор Горяйнов И.И.

Актуальность проблемы болезни Крона определяется значительным ростом заболеваемости в последние время [2,4]. Социальное значение имеет тот факт, что это заболевание поражает лиц молодого, трудоспособного, детородного возраста. Ранняя диагностика и терапия этой патологии способствуют достижению длительной ремиссии заболевания, положительно влияют на прогноз и помогают предотвратить инвалидизацию пациентов [1,3,5].

Целью исследования являлось изучение особенностей проявления внекишечных признаков болезни Крона у больной ревматологического отделения.

Материалы и методы: больная П., госпитализирована в КОКБ с жалобами на резь в глазах, покраснение глаз, боль при движении глазных яблок, наличие множественных болезненных узлов в области голени, бедер, повышение температуры тела до 38^{o}С, общую слабость, скованность в поясничном отделе позвоночника, склонность к диареи, боли, припухание коленных суставов. В анамнезе оперативное лечение по поводу парапроктита, после чего отметила появление жидкого стула с примесью слизи, иногда крови. Обследовалась и лечилась у гастроэнтеролога по поводу болезни Крона, принимала месакол, метронидазол, линекс в качестве поддерживающей лекарственной терапии. В течение последнего года, отметила появление болей воспалительного характера в позвоночнике, затем присоединились артриты коленных суставов, лихорадка, поражение глаз, узловатая эритема. С предполагаемым диагнозом

ангилозирующего спондилита, в связи с высокой активностью заболевания, была госпитализирована в ревматологическое отделение.

В ходе комплексного обследования выявлены: множественные округлые плотные болезненные высыпания на коже бедер, голени - узловатая эритема (рисунок 1, 2).

Рисунок 1,2. Узловатая эритема в области бедер и голеней

Подкожно-жировой слой развит слабо. Общая мышечная атрофия. Отеков нет. Пальпация, перкуссия позвонков болезненна в поясничном отделе. Активные движения ограничены и болезненны. Хруст в коленных суставах. Глаза: склеры гиперемированы, паралимбально - наличие узелков.

По данным лабораторно инструментальных исследований: Общий анализ крови: Hb – 97 г/л; эритроциты – 4,2; ЦП – 0,7; тромбоциты – 525; лейкоциты – 13,5; нейтрофилы палочкоядерные – 5; нейтрофилы сегментоядерные – 72; лимфоциты – 20; моноциты – 3; СОЭ – 32 мм/ч. Общий анализ мочи: количество – 100 мл; цвет светло-желтый; прозрачность – мутная; относительная плотность – 1003; реакция – кислая; белок – 0; эпителий – плоский 4-8 в поле зрения; лейкоциты – 1-3 в поле зрения, бактерии – незначительное количество Биохимический анализ крови: общий белок – 74,2 г/л; мочевина – 4,24 ммоль/л; креатинин – 85,25 мкмоль/л; мочевая кислота – 244,8 мкмоль/л; билирубин общий- 8.6 мкмоль/л; билирубин прямой – 2,3 мкмоль/л; билирубин непрямой – 6,3 мкмоль/л; хлор – 106 ммоль/л; калий – 4,94 ммоль/л; натрий – 145 ммоль/л; АСТ – 14,8 Ед/л; АЛТ – 12,1 Ед/л; железо – 6,76 ммоль/л; глюкоза крови – 4,6 ммоль/л. МРТ: признаки сакроилеита. ФГДС: хронический рефлюкс – гастрит. Хронический дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

Осмотр офтальмолога выявил паралимбально – узелки, глазное яблоко гиперемировано. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка не изменена. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены. Диагноз: эписклерит. Ангиопатия сетчатки

Учитывая клиническую картину и диагностические критерии заболевания, а именно: наличие лихорадки неясного генеза, диареи, анемии, парапроктита, внекишечных симптомов (поражение глаз, суставов, кожи), был выставлен диагноз: серонегативная спондилоартпатия, ассоциированная с воспалительным заболеванием кишечника (болезнь Крона), активность III, спондилит поясничного отдела позвоночника с двусторонним сакроилеитом (по данным МРТ) с внекишечными проявлениями: генерализованный

амиотрофический склероз, узловатая эритема. Проводилось патогенетическое лечение следующими препаратами: цитостатики – азатиоприн 0,05 внутрь – 1 раз в день, глюкокортикостероиды – преднизолон 0,005 внутрь: 2 таблетки – 1. утром в 9 часов, 2. в 13:00 после еды, с постепенным снижением на ¼ таблетки, антисекреторные лекарственные вещества – омепразол 0,02 внутрь по 1 капсуле 2 раз в день до еды за 30 минут.

В результате проведенной терапии удалось подавить активность данного заболевания, больная была выписана с положительной динамикой.

В связи с недостаточной осведомлённостью об этиологии болезни Крона, предотвратить развитие данного заболевания не предоставляется возможным [4]. Клиническая картина болезни Крона может отличаться от «классических» описаний, поэтому данный клинический случай заслуживает особого внимания. Могут возникать трудности в диагностике данного заболевания, так как возможно отсутствие специфических кишечных признаков и наличие внекишечных проявлений.

Список литературы.

1. Горгун Ю.В., Портянко А.С., Жарская О.М. Медикаментозная терапия болезни Крона: рекомендации европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. - 2014. - № 5. - С. 22-28.

2. Свистунов А.А., Осадчук М.А. Болезни кишечника. - М.: Лаборатория знаний, 2016. - 288 с.

3. Цуркан С. И. Факторы риска часто рецидивирующего язвенного колита // Казанский медицинский журнал. - 2013. – Т.94.-№ 1. - С. 128-130.

4. Шелыгина Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 528 с.

5. Щукина О.Б. Дифференциально-диагностические и прогностические критерии клинических форм болезни Крона: автореф. дис. на соискание учетной степени д-р. мед. наук: 14.01.04. - СПб., 2017. - 37 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Зайцева А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Весельева Н.В.

Актуальность проблемы заключается в росте госпитализации больных с фибрилляцией предсердий (ФП) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), обусловленной неправильным назначением или отсутствием антикоагулянтов в лечении, неэффективном диспансерном учете

[2,4]. Социальное значение имеет тот факт, что распространенность данного заболевания растет непрерывно с возрастом пациентов и ведет к инвалидизации населения [1,3,5].

Целью исследования является анализ амбулаторных карт больных диспансерного наблюдения с диагнозом ФП и ОНМК для оценки эффективности назначенного лечения, расчета факторов риска, проведенных дополнительных исследований в одном из медицинских учреждений города Курска.

Материалы и методы. Ретроспективно было исследовано 31 амбулаторная карта пациентов, стоящих на диспансерном учете по поводу ФП, некоторые впоследствии перенесшие ОНМК. Из них 18 (58%) мужчин и 13 (42%) женщин. Средний возраст пациентов составил 64 ± 1,5 лет.

Одним из направлений в тактике ведения больных с фибрилляцией предсердий является профилактика тромбоэмболических осложнений. Для расчета риска возникновения тромбоэмболических осложнений и назначения терапии антикоагулянтами использовали шкалу CHA2DS2-VASc. Терапия пероральными антикоагулянтами для профилактики тромбоэмболических событий рекомендуется лицам: мужского пола с фибрилляцией предсердий - 2 баллами и более, женского пола с фибрилляцией предсердий - 3 баллами и более по шкале.

В ходе длительного применения и большого клинического опыта в лечении варфарином были определены его нежелательные эффекты. Лечение этим препаратом требует постоянного лабораторного контроля, что не всегда возможно осуществить. В последнее время ведется работа по улучшению антитромботической терапии с помощью новых оральных антикоагулянтов (НОАК), которые не требуют постоянного лабораторного контроля.

Результаты и обсуждение. По данным ретроспективного анализа историй болезней у 3 (9,6%) пациентов из 31 был рассчитан риск развития инсульта.

14 (45%) человек с фибрилляцией предсердий перенесли ОНМК или транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Из них 4 (12,9%) получали антикоагулянтную терапию до ОНМК. Лица, получающие оральные антикоагулянты (ОАК) до сосудистых событий, переносили ОНМК в легкой форме, либо ТИА, быстрее восстанавливались при амбулаторном этапе реабилитации.

В соответствии с клиническими рекомендациями антикоагулянтную терапию принимали 9 (29%) пациентов с ФП.

Из них 8 (25,8%) получали новые оральные антикоагулянты, такие как прадакса (дабигатран этексилат) – 5 (16,1%), ксарелто (ривароксабан) – 3 (9,6%). Геморрагических осложнений на фоне приема антикоагулянтов зарегистрировано не было (таблица1).

Таблица 1. Особенности назначения антикоагулянтной терапии в выборке

Больные с ФП, которым назначена антикоагулянтная терапия до ОНМК		Больные с ФП, которым назначена антикоагулянтная терапия после ОНМК	
4 (28,6%)		10 (71,4%)	
Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
2 (14,3%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)	2 (14,3%)

В нарушение действующих рекомендаций по ведению больных с фибрилляцией предсердий 19 (61%) человек получали дезагрегантную терапию, в том числе, ацетилсалициловая кислота – 16 (51,6%), клопидогрел – 2 (6,5%), ацетилсалициловая кислота и клопидогрел одновременно – 1 человек (3,2%). 12 (38,7%) больных не принимали ни один из антитромботических препаратов.

Среди больных, принимающих варфарин 1 (3,1%) человек, у которого отсутствовал должный лабораторно-инструментальный контроль (международное нормализованное отношение), не проводилась ФГДС.

Дополнительным анализом установлено, что существует две группы факторов, влияющих на назначение антикоагулянтной терапии. Во-первых, полиморбидное состояние пациента, способствующие высокому риску кровотечения. Во-вторых, высокая стоимость препарата, делающее невозможным регулярное использование ОАК, в данной ситуации оправдана возможность комбинации антиагрегантов до 2-х и 3-х компонентной схемы.

Выводы. Большинство пациентов с фибрилляцией имели риск тромбоэмболических осложнений, который по данным амбулаторных карт был рассчитан только у 3 (9,7%) пациентов. В результате исследования выявлен очень низкий процент больных, получающих антикоагулянтную терапию, таким образом, существует проблема профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП. У 14 (45%) человек с ФП развилось ОНМК, из них в 10 (71,4%) случаев была назначена антикоагулянтная терапия. Использование НОАК (дабигатран этексилат, ривароксабан) и варфарина наблюдалось с частотой, отраженной в пропорции: 8:1.

Необходимо отметить, что внедрение ОАК в амбулаторную практику врача-терапевта участкового/врача общей практики облегчает ведение пациентов с ФП (отсутствие систематического контроля лабораторных показателей, необходимости соблюдения диеты и ограничения их совместного применения с рядом лекарственных препаратов), что приводит в данной группе пациентов к уменьшению тяжести ОНМК, быстрому их восстановлению и даже предотвращению сосудистых событий. Тем не менее, часто выявляется использование варфарина в случае финансовых ограничений пациентов, не имеющих прав на льготное приобретение ЛС. Более широкое использование ОАК и комплексной дезагрегантной терапии ожидаемо повлекло бы

уменьшение частоты ОНМК, снижение инвалидности и смертности от сосудистых катастроф (в частности, от инсультов).

Список литературы.

1. Аритмии сердца. Расстройства сердечного ритма и нарушения производимости. Руководство для врачей / Кушаковский М. С., Гришкин Ю. Н. - М.: Фолиант, 2014. - 720 с.
2. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов / Ганс Банкл - СПб.: Книга по требованию, 2012. - 311 с.
3. Галимжанов А.М. Комментарии к европейским рекомендациям по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий 2016 года: новейшие аспекты для практикующего врача. Наука и здравоохранение. 2017. № 1. С. 74–85.
4. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ, Российский Кардиологический журнал. – 2013. – № 4. – С. 3.
5. Клинические рекомендации фибрилляция и трепетание предсердий / под ред. Л.А. Бокерия - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- 55с.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ХАРАКТЕРА ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КУРСКА

Злобина П.С., Монастырева Д.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кафедра эндокринологии
Научный руководитель – ассистент Ерохина Т.С.;
к.м.н., доцент Андреева Н.С.

Актуальность исследования обусловлена значительным влиянием тиреопатий на развитие нарушений интеллектуального и физического развития, репродуктивной дисфункции, сердечно-сосудистой патологии [4,5]. Это ставит тиреоидную патологию по медико-социальной значимости в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет и болезни сердца. Это связано с тем, что суммарная частота различных форм этой патологии даже вне зон зобной эндемии составляет не менее 20% общей заболеваемости в мире. В эндемичных регионах, где проживает примерно 1/3 человеческой популяции, эта цифра нередко превышает 50% [4]. Ликвидация противозобных диспансеров в 80-х годах прошлого столетия, глубокий социально-экономический кризис 90-х годов и авария на Чернобыльской АЭС привели к обострению проблемы йодного дефицита практически на всей территории России, росту распространенности заболеваний щитовидной железы [1]. В г. Курске, где выявлена легкая степень йодной недостаточности, изучение распространенности и структуры заболеваний щитовидной железы не проводилось [3].

Целью исследования является изучение динамики и характера заболеваемости тиреоидной патологией среди взрослого населения г. Курска с 1997 по 2017 годы.

Материалы и методы: в работе применен сплошной метод наблюдения за пациентами с заболеваниями щитовидной железы. Исследованием были охвачены обратившиеся за амбулаторно-поликлинической помощью больные с тиреоидными заболеваниями, госпитализированные в эндокринологическое отделение МУЗ КГКБ СМП. Объектом исследования были пациенты с различными тиреоидными заболеваниями.

Результаты и обсуждения. Уровень заболеваемости по обращаемости взрослого городского населения по поводу тиреоидной патологии возрос с 490,8 в 1997 до 901,8 случая на 100 тысяч взрослого населения в 2017 году ($p<0,05$). Скорость погодового прироста составила 23,1 на 100 тысяч взрослого населения в год.

При изучении структуры тиреоидных заболеваний нами выявлено, что наиболее частыми причинами обращений пациентов за медицинской помощью явились узловой зоб (37,9%), гипотиреоз (23,4%) и аутоиммунный тиреоидит (17,0%).

Установлено, что показатель заболеваемости по обращаемости по причине гипотиреоза изменялся с 86,8 случаев на 100 тысяч взрослого населения в 1997 году до 262,0 – в 2007, в дальнейшем отмечалось устойчивое снижение показателя, и в 2017 он составил 171,5 случаев ($p<0,01$). Динамика впервые выявленной заболеваемости гипотиреозом имела следующий характер изменений: число случаев впервые выявленного гипотиреоза увеличилось с 15,0 случаев на 100 тысяч взрослого населения в 1997 г до 35,0 – в 2001 ($p<0,05$), а с 2003 стала уменьшаться, и в 2011 году составила 19,2 случая. Затем показатель оставался стабильным. В структуре гипотиреоза за весь исследуемый период преобладает послеоперационная форма заболевания.

Изменения заболеваемости по обращаемости аутоиммунным тиреодитом происходили следующим образом: рост показателя с 1997 до 2006 года, затем с 2007 снижение с 138,0 случаев на 100 тысяч взрослого населения до 39,9 – в 2011, после чего показатель оставался стабильным до 2017 года.Динамика впервые выявленной заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом имела аналогичный характер изменений. Данный характер изменений обусловлен уточнением критериев диагностики данной нозологии.

В условиях ухудшившейся послеаварии на ЧАЭС экологической обстановки и наличия йодного дефицита легкой степени на территории города научно-практический интерес представляет наблюдавшаяся постоянная тенденция увеличения узловых форм зоба. Впервые выявленная заболеваемость узловым зобом постоянно увеличивалась за весь исследуемый период с 15,7 случаев на 100 тысяч взрослого населения в 1997 году до 57,8, 6 – в 2017 году ($p<0,05$).

Уровень заболеваемости по обращаемости подострым тиреодитом имел разнонаправленные колебания. Но в целом оставался стабильным.

Заболеваемость по обращаемости тиреотоксикозом изменялась с 112,6 обращений по 100 тысяч взрослого населения в 1997 году до 125,1 – в 2017. В целом за последние 5 лет показатель оставался стабильным. Впервые выявленная заболеваемость тиреотоксикозом изменялась аналогичным образом.

Проведенный анализ скорости погодового прироста заболеваемости различной патологией щитовидной железы показал, что наиболее быстрыми темпами росла обращаемость по поводу узлового зоба – 9,9 случая на 100 тысяч взрослого населения. Данный показатель у больных с гипотиреозом составил 7,6 случая, аутоиммунным тиреодитом – 5,4 случая на 100 тысяч взрослого населения.

Выводы. За период с 1997 по 2017 годы заболеваемость по обращаемости патологией щитовидной железы среди взрослого населения г. Курска выросла в 1,8 раза ($p<0,05$); узловой зоб (37,9%), гипотиреоз (23,4%) и аутоиммунный тиреоидит (17,0%).В структуре гипотиреоза за весь исследуемый период преобладает послеоперационная форма заболевания.

Наиболее быстрыми темпами росла обращаемость по поводу узлового зоба – 9,9 случая на 100 тысяч взрослого населения.

Заболеваемость подострым тиреоидитом и тиреотоксикозом оставалась стабильной.

Практические рекомендации. С целью повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи больным с различной патологией щитовидной железы целесообразна разработка и реализация муниципальной целевой программы «Ликвидация йоддефицитных заболеваний в городе Курске», а также организация поликлинической и стационарной службы.

Список литературы

1. Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания. Диагностика, методы профилактики и лечения (обзор) // Тер. архив. 1997. Т.69. № 10. С.17-19.

2. Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Свириденко Н.Ю. и др. Йоддефицитные заболевания в России. Простое решение сложной проблемы // М.: Адамантъ, 2002. 167 с.

3. Жукова, Л.А., Лебедев Т.Ю. Распространенность зоба в промышленно-развитом городе региона Курской магнитной аномалии // Всерос. научно-практич. конф., посвященная 80-летию со дня рождения профессора Д.Я. Шурыгина «Клиническая эндокринология – достижения и перспективы» (17-18 апр. 2003, Санкт-Петербург). Санкт-Петербург, 2003. С.174-175.

4. Щеплягина Л.А. Медико-социальные последствия роста напряженности зобной эндемии для детей и подростков // Тироид Россия. 1997. С.41-42.

5. Helfand M. Clinical guideline. Screening for thyroid disease: an update // Annals of Internal Medicine. 1998. Vol.129. P. 144-158.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Зубкова Ю.А., Павлюченко В.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель - к.м.н., доцент Мансимова О.В.

Проблема хронической обструктивной болезни легких (далее – ХОБЛ) занимает особое место в мировой медицине и является чрезвычайно актуальной. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, на 2018 год, ХОБЛ занимает второе место по распространенности, среди неинфекционных заболеваний. Ежегодно от данной патологии умирает около 2,8 млн. человек, это составляет 5% от всего количества смертей. Среди факторов риска выделяют: частые респираторные инфекции нижних дыхательных путей, перенесенные в детском возрасте, осложненные сопутствующей бронхолегочной патологией, особое место занимают производственные вредности (10-15%), (в сфере горнодобывающей, текстильной промышленности, машиностроения), ухудшение экологической обстановки и прочее. Однако, главным фактором риска, выступает табакокурение (80-95% случаев). У курильщиков в несколько раз быстрее развивается одышка (приблизительно к 40 годам, в то время как у некурящих людей на 15-17 лет позже) и, как следствие, обструкция дыхательных путей. Отметим, что распространенность табакокурения в нашей стране очень высока и согласно данным ВОЗ, Россия находится на 4 месте по числу выкуриваемых в год сигарет, уступая лидерство лишь, Китаю, Японии и США [1].

Все вышеперечисленные факторы риска приводят к хроническому воспалительному поражению внутренней оболочки бронхов, которое приводит к нарушению работы местного бронхиального иммунитета. В связи с этим, происходит увеличение выработки бронхиальной слизи, повышение ее вязкости, как следствие, создаются благоприятные условия для размножения бактерий, нарушения проходимости бронхов, изменения легочной ткани и альвеол. Прогрессирование хронической обструктивной болезни легких ведет к отеку слизистой оболочки бронхов, спазму гладкой мускулатуры и увеличению необратимых изменений, приводящих к развитию перибронхиального фиброза и эмфиземы. К прогрессирующей дыхательной недостаточности при ХОБЛ могут присоединяться бактериальные осложнения, приводящие к рецидивам легочных инфекций [2]. Отметим, что течение ХОБЛ усугубляется расстройством газообмена, это проявляется снижением O2 и задержкой CO2 в артериальной крови, а так же повышением давления в русле легочной артерии что приводит к формированию легочного сердца. Хроническое легочное сердце вызывает недостаточность кровообращения и летальный исход у 30% пациентов с ХОБЛ.

Среди основных симптомов, ведущими являются хронический длительный кашель, с выделением мокроты и одышка (усиливающаяся при физической нагрузке). Обратим внимание на то, что по гендерному признаку

заболеваемость неравномерна. Процент страдающих от ХОБЛ мужчин (59%) значительно выше по сравнению с женщинами (24%). Но в настоящее время в развитых странах распространённость среди женщин стала резко возрастать, этот показатель вырос на 60%, а смертность среди женщин увеличилась в 16 раз.

Целью нашего исследования является изучение гендерных особенностей хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы исследования: в ходе проведенного исследования было проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов, поступивших в терапевтическое отделение НУЗ ОБ ст. Курск ОАО «РЖД» с сентября 2018 по февраль 2019 года. Нами применялись следующие методы: описательный, аналитический, метод статистической обработки данных с привлечением программы «Statistica», матричный анализ данных.

По полу пациенты были разделены на 2 группы: I группа (женщины) – 19 человек, II группа (мужчины) – 11 человек (см. диаграмму 1).

Диаграмма 1. Распределение пациентов по гендерному признаку

Исходя из полученных статистических данных, представленных на диаграмме, можем сделать вывод, что количество женщин превалирует над количеством мужчин, что подтверждает высказанный ранее вывод о неравномерности распространения заболевания в настоящее время.

Возраст пациентов варьируется в промежутке от 40 до 90 лет (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

Возраст	Группы	
	Группа I (женщины)	Группа II (мужчины)
40-53 лет	9 (47,4%)	2 (18,2%)
54-66 лет	2 (10,5%)	7 (63,6%)
67-80 лет	3 (15,8%)	1 (9,1%)
81-90 лет	5 (26,3%)	1 (9,1%)
Всего (чел):	19	11

Таким образом, анализируя данные, приведенные в таблице, можно констатировать, что данное заболевание чаще проявляется у женщин в возрасте 40-53 лет (47.4%), а у мужчин 54-66 (63.6%) лет. При этом наименьшее количество зарегистрированных случаев ХОБЛ среди женщин в группе с возрастом от 54 до 66 лет (10.5%), у мужчин наименьший показатель обнаружен в двух группах 67-80 и 81-90 лет (9.1%).

Кроме того, пациенты, были разделены нами по показателю тяжести диагноза. Сводные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. Распределение пациентов по стадиям ХОБЛ

Стадии ХОБЛ	Группы	
	Группа I (женщины)	Группа II (мужчины)
I	6 (31.5%)	1 (9%)
II	3 (15.8%)	2 (18%)
III	7 (36.9%)	5 (45.4%)
IV	3 (15.8%)	3 (27.6%)
Всего (чел):	19	11

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что у мужчин и у женщин чаще диагностируется ХОБЛ III стадии.

Выводы. Таким образом, наблюдается, возрастающая заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких среди женщин (заболеваемость выше, чем у мужчин на 46%). Это соответствует современным литературным данным, в которых отмечается повышение заболеваемости ХОБЛ среди пациентов женского пола. Можем предположить, что это связано с увеличением числа курящих женщин, расширением спектра рабочих специальностей, и, как следствие – увеличение воздействия профессиональных вредностей. К сожалению, тревожным остается тот аспект, что 72-93% больных ХОБЛ не подозревают о своем заболевании. Отметим, что ранее данная патология считалась неизлечимой, но современный уровень медицины позволил минимизировать ущерб для здоровья человека при данном заболевании. Отказ от табакокурения, иммунопрофилактика респираторных инфекций, профилактические мероприятия для работников вредных производств, дыхательная гимнастика, в комплексе с медикаментозной терапией существенно снизят риск развития, процент летальных исходов и «омоложения» хронической обструктивной болезни легких в будущем.

Список литературы.

1. Авдеев С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / // Пульмонология, № 2. С. 104-116.

2. Аксенова Т. А. Перекисное окисление липидов при гипертонической болезни в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких // Клиническая лабораторная диагностика, № 8. С. 17-19.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ПОДАГРЕ

Иванисов Д.В., Благова Н.В., Андросов И.А. Мудали Рашми
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Князева Л.И.

Актуальность исследования заключается в том, что интерстициальное поражение легких широко распространено у людей старше 45 лет и является одной из важных причин инвалидизации населения [4,2,5]. Наиболее важными и частыми причинами интерстициального поражения легких (до 90% случаев) являются: саркоидоз, идиопатический фиброз, пневмокониоз, интерстициальная пневмония [1,3], однако в литературе пока не описано системное поражение лёгких у больных подагрой, в связи с чем наше исследование имеет особую актуальность.

Целью данного исследования является представление особенностей клинической картины системного проявления подагры у больного в возрасте 57 лет.

Материалы и методы: на БМУ КОКБ проведено описание истории болезни пациента с интерстициальным поражением легких на фоне подагры.

Результаты исследования: Больной Д. 57 лет, госпитализирован в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на боли и припухлость суставов кистей, стоп, коленных и г/стопных суставов, скованность, длящуюся около 60 минут, ограничение объема движение в суставах, одышку в покое, чувство нехватки воздуха и боли за грудиной при обычной физ нагруз, купирующиеся покоем, повышение температуры тела до 37.5.

Больной страдает подагрой около 11 лет. Заболевание протекало с частыми обострениями и персистированием. Для контроля уровня мочевой кислоты были рекомендованы терапия аллопуринолом и гипопуриновая диета. Диету не соблюдал, терапию не получал. Около года пациент стал замечать одышку и кашель при физической активности. За медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение состояния связано с прогрессированием одышки, усилением кашля, рецидивироваем суставного синдрома. С вышеперечисленными жалобами госпитализирован в ревматологическое отделение с целью проведения обследования и коррекции лечения.

В анамнезе: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь.

Объективно: Общее состояние здоровья больного средней степени тяжести, дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы, ЧДД 24, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 140/70 мм.рт.ст.

При осмотре суставов отмечается деформация, припухлость, утолщение и болезненность в лучезапястных, пястно-фаланговых, межфаланговых суставах обеих кистей, а также голеностопных и плюснефаланговых суставов 1 пальца обеих ног, предплюсне-плюсневых суставов левой ноги. Ограничение кистевого хвата до 90%. Сгибательно-разгибательная Контрактура

лучезапястных и голеностопных суставов. Суставы кистей ИБ – 2.0, СИ – 2.0, ИП - 2,0, голеностопные и коленные ИБ – 1.0, СИ – 1.0, ИП – 1.0. Активные и пассивные движения в суставах ограничены и болезненны.

Лабораторно-инструментальное обследование. Биохимический анализ крови: креатинин 543 мкмоль/л, мочевина 10,8 мкмоль/л, мочевая кислота 478,2 мкмоль/л. На ЭхоКГ обнаруживается уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Умеренно выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация полостей левого и правого предсердий. Легочная гипертензия 3ст (давление в ЛА 45 мм.рт.ст). На УЗИ определяются диффузные изменения в почках, с признаками нефросклероза.На компьютерной томографии легких воздушность обоих легких неравномерная за счет массивно утолщенного и уплотненного междолькового и внутридолькового интерстиция, на фоне которого визуализируются расширенные периферические просветы бронхов. Органные и сосудистые структуры средостения дифференцируются отчетливо. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены. Основной ствол легочной артерии расширен до 45 мм, правая легочная артерия до 34 мм, левая до 39 мм. Полученные данные могут соответствовать интерстициальным изменениям обоих легких, КТ-признакам легочной гипертензии.

Учитывая клиническую картину и полученные результаты дополнительных методов исследования пациенту был выставлен диагноз: Подагра, хронический подагрический артрит, с поражением суставов кистей, стоп, коленных и г/стопных суставов, болевой синдром. Гиперурикемия, ФК 3-4. Подагрическая нефропатия, с развитием нефросклероза и формированием ХБП 2 ст. ИБС, стабильная стенокардия напряжения 3 ФК, Гипертоническая болезнь 3 ст., ГМЛЖ. Хроническая сердечная недостаточность с формированием интерстициального фиброза легких, высокой легочной гипертензией 3 ст., ДН 3ст.

Выводы. Учитывая системный характер заболевания, повышенную частоту сопутствующей патологии и трудность в ранней диагностике, каждый клинический случай интерстициального поражения легких при подагре заслуживает особого внимания.

Список литературы.

1. Karakatsani A, Papakosta D, Rapti A, et al. Epidemiology of interstitial lung diseases in Greece. Respir Med 2009.
2. Kornum JB, Christensen S, Grijota M, et al. The incidence of interstitial lung disease 1995–2005: a Danish nationwide population-based study. BMC Pulmon Med 2008.
3. Костюченко М.В. Современные методы рентгенодиагностики хронических неспецифических заболеваний лёгких у детей // Росс Вестник перинатологии и педиатрии. 2002.
4. Интерстициальные болезни лёгких: Практическое руководство. Е.А. Коган, Б.М. Корнев, Е.Н. Попова, В.В. Фомин и др. / Под ред. Н.А.Мухина. М.: Литерра, 2007; 432. (Серия «Практическое руководство»).
5. Визель А.А., Визель И.Ю. // Практическая медицина.2013.№ 5 (74).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ И КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ

Ивих К.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хардикова Е.М.

Актуальность исследования состоит в том, что распространенность трепетания предсердий (ТП) и тяжесть связанных с ней осложнений является одной из ведущих проблем современной кардиологии.

Распространенность ТП в среднем составляет 88 на 100 тыс. населения, причем в возрасте до 50 лет - 5 случаев на 100 тыс., а в возрасте старше 70 лет – 600 случаев на 100 тыс. Трепетание предсердий отмечается в 15 случаях из 100 больных с нарушением ритма сердца [1,3].

Высокая частота сердечных сокращений при ТП приводит к систолической и диастолической дисфункции левого желудочка, что влечет за собой формирование сердечной недостаточности и развитие тромбоэмболических осложнений. Это лежит в основе клинической картины и определяет прогноз у данной категории больных [2]. Существует две принципиальные различные стратегии ликвидации данной патогенетической цепи: медикаментозная кардиоверсия и катетерная аблация. В настоящее время в тактике ведения пациентов с ТП одним из основных является консервативный подход [4]. Однако по мнению ряда авторов, радиочастотная аблация (РЧА) является наиболее эффективным вариантом лечения ТП, вследствие снижения частоты рецидивов ТП [2]. Таким образом, вопросы по поводу выбора метода лечения ТП остаются неоднозначными.

Целью исследования является сравнительный анализ эффективности катетерной аблации и медикаментозной кардиоверсии у пациентов с ТП.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 101 историй болезни пациентов с диагнозом ТП, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БМУ «КОКБ» в период с 2015-2017 гг.

Все больные были разделены в зависимости стратегии лечения ТП на две группы. В первой группе (n=59) была проведена медикаментозная кардиоверсия кордароном в дозе от 750 до 1500 мг/сут в течении 4-7 дней с последующим снижением дозы до поддерживающей: от 50 до 200 мг/сут, пациентам второй группы (n=42) выполнена РЧА кавотрикуспидального перешейка, который расположен между устьем нижней полой вены и периметром трехстворчатого клапана.

Критериями включения в исследование были:

1) пациенты, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом ТП с ЧСС 60 в 1 мин. и более;

2) ТП с регулярными Р-волнами;

3) отсутствие ФП при поступлении.

Критерии исключения из исследования:

Пациенты с острым коронарным синдромом, острым миокардитом, декомпенсация сердечной и дыхательной недостаточности.

Результаты исследования обрабатывались с помощью пакетов программ статистического анализа MS Excel 2013 и STATISTICA 10,0. Для оценки статистической значимости различий между сравниваемыми показателями использовали t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Среди обследованных в первой группе было 19 (32,2%) женщин и 40 (67,8%) мужчин, во второй группе – 14 (33,3%) женщин и 28 (66,7%) мужчин. Средний возраст первой группы составил 62,2±5,6 лет, второй – 50,2±3,8 лет ($p < 0,05$).

Пароксизмальное течение ТП наблюдалось у 15 (25,4%) пациентов первой группы и 29 (69,1%) второй, персистирующее течение - 12 (20,3%) и 10 (23,8%), хроническое течение – 32 (54,3%) и 3 (7,1%) соответственно ($p < 0,05$).

Идиопатическая форма аритмии была диагностирована у 5 (8,5%) пациентов первой группы и у 14 (33,3%) второй ($p < 0,05$), у остальных имелись заболевания, которые могли служить причиной развития ТП. Структура сопутствующей сердечно-сосудистой патологии представлена на рисунке 1.

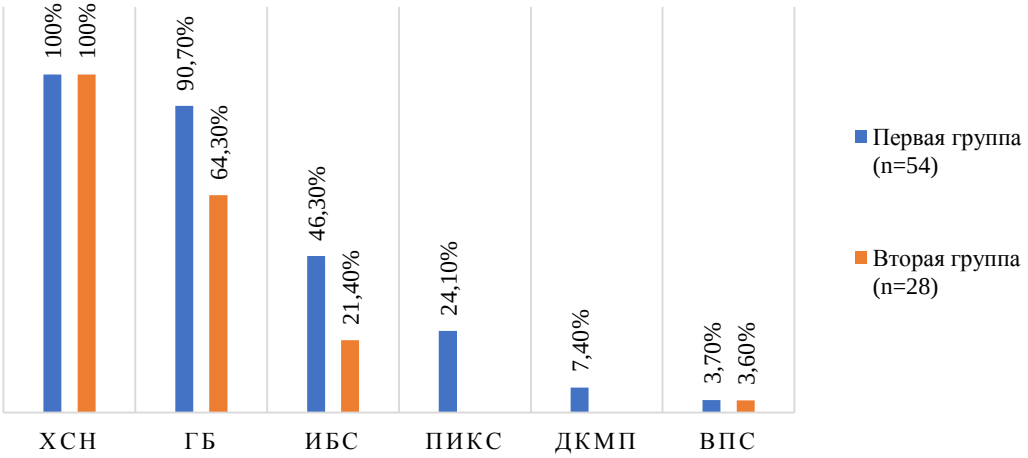


Рисунок 1. Структура сопутствующей сердечно-сосудистой патологии

Распределение в зависимости от частоты ритма желудочков в группах представлено на рисунке 2.

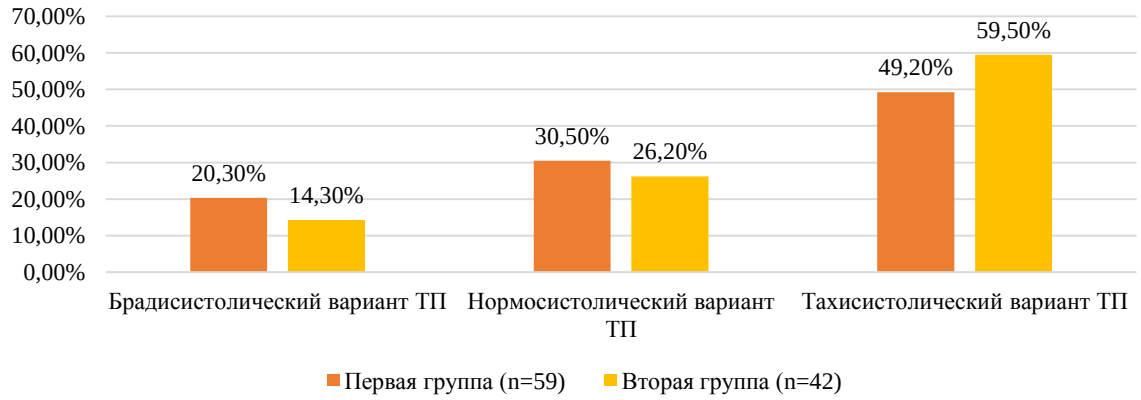


Рисунок 2. Варианты ТП в зависимости от частоты ритма желудочков

Сравнение эффективности медикаментозной кардиоверсии кордароном и РЧА представлено в таблица1.

Таблица 1. Сравнительный анализ эффективности медикаментозной кардиоверсии и РЧА

Число пациентов	Результат лечения	
	Восстановление синусового ритма	Сохранение ТП
Первая группа (n=59)	43 (72,9%)	16 (27,1%)
Вторая группа (n=42)	38 (90,5%)	4 (9,5%)

Выводы. В результате проведенного исследования было выявлено, что радиочастотная аблация является более эффективным методом лечения ТП, по сравнению с медикаментозной кардиоверсией кордароном ($p < 0,05$). Значимыми критериями эффективности лечения ТП являются возраст пациентов и наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ГБ, ИБС, ПИКС, ДКМП и др.).

Список литературы

1. Ардашев А.В., Желяков Е.Г., Шаваров А.А. и др. Типичное трепетание предсердий: классификация, клинические проявления, диагностика, лечение // Кардиология. 2010. Т.50. № 4. С.57-65.

2. Богачевский А.Н., Богачевская С.А., Бондарь В.Ю. и др. Эффективность применения внутрисердечной эхокардиографии при радиочастотной катетерной аблации рецидивного трепетания предсердий // Вестник аритмологии. 2017. № 90. С.19-23.

3. Меликулов А.Х., Сапарбаев А.А. Структурное и функциональное ремоднлирование сердца при типичном трепетании предсердий // Анналы аритмологии. 2017. Т.14. № 2. С.103-113.

4. Паршина К.В. Сравнительная характеристика медикаментозной и электрической кардиоверсий при фибрилляции и трепетании предсердий // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2013. № 3. С.36.

5. Нечепуренко А.А., Илов Н.Н., Абдулкадыров А.А. и др. Радиочастотная аблация кавотрикуспидального перешейка: важна ли клиническая форма трепетания предсердий // Вестник аритмологии. 2014. № 75. С.35-40.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Изотова И.С., Федяева И.В., Воронцова В.Л.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Корнеева С.И.

Нефрогенная анемия является грозным осложнением хронической болезни почек (ХБП), ухудшая прогноз пациентов, и наносит значительный социально–экономический ущерб. Анемический синдром, зачастую появляясь уже на первых стадиях ХБП, по мере прогрессирования основного заболевания выявляется более чем у половины пациентов. По современным статистическим данным частота встречаемости анемии у пациентов с 1 стадией ХБП составляет 8,4%, увеличиваясь до 53,4% при терминальной почечной недостаточности [1].

При всем многообразии патогенетических механизмов развития анемии при ХБП, безусловно ведущая роль принадлежит дефициту выработки эндогенного эритропоэтина в почках. Однако достаточно часто у нефрологических пациентов диагностируется и непосредственный дефицит железа. В условиях уремии уменьшается срок жизни эритроцитов, что также способствует напряжению и быстрому истощению адаптационных механизмов кроветворения. Пациенты с ХБП, особенно с тяжелыми стадиями, как правило, коморбидны, что необходимо учитывать при оценке состояния больных и выборе адекватной фармакотерапии [2].

В современных литературных источниках достаточно подробно освещены вопросы коррекции анемии у больных, получающих заместительную почечную терапию, в то время как на ранних стадиях ХБП этот вопрос недостаточно изучен. Современная антианемическая терапия подразумевает комплексный подход, включающий воздействия, направленные на снижение уровня уремических токсинов и воспаления, восполнение дефицита железа и использование эритропоэзстимулирующих препаратов (ЭСП) [3, 4].

Целью настоящего исследования явился анализ реальных клинических назначений антианемической терапии в условиях специализированного стационара.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ врачебных назначений антианемической терапии пациентам, находившимся на лечении в нефрологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница». Всего изучено 413 карт стационарного больного за период январь-ноябрь 2018 года. Средний возраст больных составил 54±7,5 года, с некоторым преобладанием лиц женского пола (57%). Анемический синдром был выявлен у 206 пациентов, по медицинским данным которых проведен дальнейший анализ. По критериям скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по стадиям ХБП больные распределились следующим образом: 1 стадия (С1) – 1%; 2 стадия (С2) – 2%; 3А стадия (С3А) – 3%; 3Б стадия (С3Б) – 5%; 4 стадия (С4) – 9%; 5 стадия (С5) – 78%. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждение. У подавляющего большинства пациентов по показателям гемограммы была выявлена анемия легкой степени (67%), треть больных соответствовала критериям средней степени тяжести, лишь в 6 случаях (3%) имел место тяжелый анемический синдром. Далее мы проанализировали представленность стадий ХБП среди пациентов в зависимости от тяжести анемии. Среди всех пациентов с ХБП наиболее часто встречалась анемия легкой степени (139 больных), тогда как анемия средней степени выявлена у 61 больного, а тяжелой степени – у 6 больных. Все случаи тяжелой анемии зарегистрированы у пациентов, имевших терминальную почечную недостаточность (ХБП С5). Оценка доли пациентов различных стадий ХБП проведена в группах больных с легкой анемией и анемией средней степени тяжести. Среди больных с анемическим синдромом легкой степени были представлены все стадии ХБП, причем в структуре прослеживается четкая тенденция нарастания доли пациентов по мере прогрессирования ХБП: С1 – 1%, С2 – 4%, С3А – 5%, С3Б – 6%, С4 – 9%, С5 – 75%, что вполне закономерно и соответствует имеющимся литературным данным [1]. Среднетяжелая анемия выявлена преимущественно у больных ХБП С5 (85%), при С3Б и С4 – 5% и 10% соответственно.

Из всех пациентов, имевших лабораторные критерии анемии, антианемическую фармакотерапию получали 139 человек (67% от общего числа больных с анемией). О назначении соответствующего лечения в остальных случаях указаний в медицинской документации не было. В 17 случаях (12%) проводилась монотерапия препаратами железы, 6 пациентов (4%) получали только эритропоэтины. У подавляющего большинства больных использовалась комбинированная терапия препаратами железа и эритропоэтинами. Непосредственный выбор антианемических средств не отличался большим разнообразием. Среди препаратов железа чаще применялся пероральный препарат Мальтофер, инъекционный Венофер получали лишь 63 пациента (38%), хотя в современных клинических рекомендациях для коррекции анемии у нефрологических больных отдается предпочтение именно инъекционным формам [3]. Из группы эритропоэтинов всем больным (71 человек) вводил Эпоэтин альфа, представленный двумя препаратами разных производителей – Эральфон и Эпрекс.

На фоне проводимой антианемической терапии по усредненным показателям лишь у пациентов ХБП С1 удалось достичь полной компенсации (таблица 1).

Таблица 1. Показатели гемограммы у больных с анемией в зависимости от стадии ХБП

Показатели	ХБП С1	ХБП С2	ХБП С3А	ХБП С3Б	ХБП С4	ХБП С5
Эр (M±SD)×10^{12}/л	3,9±0,07	3,6±0,8	3,7±0,4	3,6±0,3	3,4±0,5	3,3±0,6
Hb (M±SD), г/л	114,0±1,4	104,3±21,8	107±8,7	105,4±13	99,5±11,6	96,9±12,8
MCV (M±SD), фл	83,2±8,2	84,9±7,9	86,2±7	88,8±5,7	87,5±4,9	90,9±5,7

МСНС (M±SD), г/л	32,1±0,7	32,9±2	32,5±1,6	32±2,6	32,2±1,4	32,4±3,1
МСН (M±SD), пг	26,7±3,2	28,1±4	28,4±3,4	27,4±5,8	28±2,5	29,5±3,1
Ht (M±SD),%	35±1,4	36,2±4,1	33,1±2,8	32,4±3,1	30,6±4	30,1±6

Примечание: Эр – число эритроцитов, Hb – уровень гемоглобина, Ht – гематокрит, МСН – среднее содержание гемоглобина в эритроците, МСНС – средняя концентрация гемоглобина в эритроците, MCV – средний объем эритроцитов; M±SD – среднее значение со стандартным отклонением.

Наиболее сложно коррекции поддавалась анемия у больных терминальных стадий ХБП, вероятно, за счет наиболее выраженных изначальных нарушений. Однако следует заметить, что показатели гемограммы на фоне проводимой антианемической терапии не столь существенно отличались от рекомендованных значений: средний минимальный уровень гемоглобина в группе больных ХБП С5 составил 96,9±12,8 г/л.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ реальной антианемической терапии в условиях нефрологического стационара у больных с анемией на фоне ХБП продемонстрировал недостаточность медикаментозного вмешательства у данной категории пациентов с запаздыванием сроков начала показанного лечения. Необходимо заметить, что для снижения скорости прогрессирования ХБП, уменьшения развития осложнений и степени тяжести анемического синдрома следует начинать терапию на самых ранних стадиях заболевания.

Список литературы.

1. Мартынов С.А., Шестакова М.В., Шилов Е.М. и др. Распространенность анемии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа с поражением почек. Сахарный диабет. 2017; 20 (5): 318 – 328.

2. Милованов Ю.С. Особенности лечения анемии на преддиализных стадиях хронической болезни почек.Consilium medicum.2008; 77-81.

3. Ряснянский В., Шостка Г. Нефрогенная анемия – индивидуальный подход к лечению. Врач.2012; (23);23-26.

4. Факторы риска развития анемии на ранних стадиях хронической болезни почек / Ю.С. Милованов, Л.В. Козловская, Л.Ю. Милованова, М.М. Маркина, В.В. Козлов, М.В. Таранова, В.В.Фомин // Научно-практический журнал. Терапевтический архив.2017;41-47.

ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПЭТ/КТ С 18F-ФДГ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ОТВЕТОМ НА ЛЕЧЕНИЕ

Ковалева Е.В., Бобрышев С.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов И.С.

Актуальность темы. Заболеваемость раком легкого продолжает расти ежегодно и является одной из лидирующих причин смертности в структуре онкологических заболеваний. Своевременное обнаружение патологии на ранних стадиях увеличивает продолжительность жизни. Но, к сожалению, в основном рак легких обнаруживается на поздних стадиях [3]. Поэтому важно иметь достоверный и надежный метод лучевой диагностики для оценки эффективности проведенной противоопухолевой терапии и подтверждения состояния ремиссии у пациентов с раком легкого.

Цель исследования: изучение семиотики ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ у пациентов с раком легкого с положительным ответом на лечение в зависимости от распространения и гистологического строения опухоли.

Материалы и методы: проведен анализ результатов 160 исследований ПЭТ/КТ у 60 пациентов, прошедших данный вид диагностики с целью оценки эффективности проведенного лечения. Все исследования проведены на аппарате ПЭТ/КТ Optima 560 фирмы GE с соблюдением стандартного протокола. Были отобраны 19 пациентов, у которых наблюдался полный или частичный метаболический ответ на проведенное лечение относительно предыдущих данных, то есть положительная динамика (уменьшение активности и биологических размеров образования и пораженных лимфоузлов) [2, 4]. Все пациенты были распределены по классификации TNM, исходя из которой были поставлены стадии рака легкого [1].

Результаты. Распределение в этой группе пациентов по полу составило: 14 мужчин (77,8%) и 4 женщины (22,2%). Возраст пациентов в диапазоне от 54 до 79 лет. Соотношение пациентов в зависимости от проведенного лечения было следующим: 7 (38,9%) пациентам проведено оперативное лечение; 3 (16,7%) – химиотерапия (ХТ); один (5,5%) получил оперативное лечение и ХТ; 3 (16,7%) – ХТ и лучевую терапию (ЛТ); один (5,5%) – оперативное и ЛТ; 3 (16,7%) – оперативное+ХТ+ЛТ. Распределение в зависимости от гистологического строения опухоли: у 10 (55,6%) пациентов были обнаружены плоскоклеточные формы рака (ороговевающий, неороговевающий); у 2 (11,1%) – аденокарциномы; у 2 (11,1%) – мелкоклеточный рак; у 4 (22,2%) пациентов нет данных о гистологическом строении опухоли.

У всех пациентов, получивших лучевое лечение, определялись зоны постлучевого фиброза с малой диффузной активностью радиофармпрепарата (РФП), либо без таковой. Полный метаболический ответ наблюдался

у 14 (77,8%) больных, и у 4 (22,2%) частичный метаболический ответ. По классификации TNM распределение больных представлено в таблице 1.

Таблица 1 Распределение 18 пациентов с раком легкого по классификации TNM (n=18)

T	Всего	N	Всего	M	Всего
T1	8 (44,4%)	N0 N1 N2 N3	5 (27,6%) 1 (5,6%) 1 (5,6%) 1 (5,6%)	M0	8 (44,4%)
T2	7 (38,9%)	N0 N1 N2	1 (5.6%) 3 (16.6%) 3 (16.6%)	M0	7 (38.9%)
T3	1 (5,6%)	N2	1 (5.6%)	M0	1 (5.6%)
T4	2 (11,1%)	N2 N3	1 (5.6%) 1 (5.6%)	M0	2 (11.1%)
Итого:	18 (100%)		18 (100%)		18 (100%)

Как видно из таблицы 1, у всех пациентов не было обнаружено отдаленных метастазов, 83,3% опухолей имели размеры от 30 до 50 мм, у 33,2% не было обнаружено метастазов в лимфоузлах, у 27,8% обнаружены в ипсилатеральных медиастинальных и/или субкаринальных лимфатических узлах. Исходя из TNM классификации поставлены следующие стадии: I (Ia и Ib) в 6 (33,3%) случаях, II (IIa и IIb) – 4 (22,2%), III (IIIa и IIIb) – 7 (38,9%), IV – один (5,6%). SUVmax опухолевой ткани не обнаружился в последующих исследованиях после проведенного лечения у 16 (88,9%) пациентов, и снизился на 30% и более у 2 (11,1%) пациентов. Метаболическая активность в лимфоузлах при повторных исследованиях не появилась у 6 пациентов (33,3%), не обнаружилась у 8 (44,5%) больных и снизилась на 30% и более у 4 (22,2%).

Исходя из полученных результатов пациенты с полным метаболическим ответом находятся на динамическом наблюдении, а пациенты с частичным метаболическим ответом продолжают начатое лечение.

Выводы. Таким образом ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ является эффективным методом лучевой диагностики в оценке эффективности противоопухолевого лечения у пациентов с раком легкого, в связи с чем данный метод должен обязательно включаться в алгоритм обследования. Важно проводить промежуточные исследования во время лечения пациентов – не ранее, чем через 4 месяца после оперативного лечения, 2 месяца после окончания лучевой терапии и 10-14 суток по окончании химиотерапии, при необходимости с последующей коррекцией проводимой терапии. И также необходимо отслеживать наступление полного метаболического ответа.

Список литературы

1. Рак легкого: Клинические рекомендации / А.К. Аллахвердиев, С.Г. Багрова, В.В. Бредер [и др.] // Ассоциация онкологов России. – МЗ РФ, 2017. – 42 с.
2. Современные критерии лучевой диагностики в оценке эффективности специального противоопухолевого лечения / П.В. Гележе, С.П. Морозов, Ю.Э. Мандельблат, Е.И. Либсон // Российский онкологический журнал. – 2014. -№ 3. –С. 39-46.
3. Melissa L. Rosado-de-Christenson. Лучевая диагностика. Опухоли органов грудной клетки / MelissaL. Rosado-de-Christenson, Brett W. Carter. – М.: Издательство Панфилова, 2018. – 608 с.
4. Therapy response evaluation with FDG-PET/CT in small cell lung cancer: a prognostic and comparison study of the PERCIST and EORTC criteria / D. Ziai, T. Wagner, A. El Badaoui, [etc.] // Cancer Imaging, – 2013. – 13 (1). – P. 73–80.

ПЭТ/КТ С 18F-ФДГ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКОГО

Ковалева Е.В., Злобина П.С., Винокурова Ю.В., Смоляков М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов И.С.

Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем распространенности злокачественных новообразований легких среди населения индустриально развитых стран. С начала XX века рак легких занимает лидирующие места в структуре онкологической заболеваемости [3]. За последнее десятилетие было отмечено некоторое снижение частоты встречаемости рака легких, тем не менее, показатели смертности по данному заболеванию по-прежнему остаются на значительном уровне [2]. Проблема высокой летальности сопряжена с трудностями при поиске и дифференциальной диагностике новообразований легких [1]. Назначение эффективной терапии и снижение показателей смертности невозможно без качественной диагностики, позволяющей не только выявить первичный очаг, но и оценить распространенность злокачественного процесса.

Целью исследования является изучение особенностей ПЭТ/КТ-семиотики рака легкого.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 исследований пациентов с подозреваемым, либо подтвержденным раком легкого, обратившихся в Центр ядерной медицины «ПЭТ-Технолоджи» г. Курска в 2018 году. Всем пациентам была выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией. В качестве радиофармацевтического препарата использовалась 18F-фтордезоксиглюкоза. Результаты исследований были описаны по стандартному протоколу.

Результаты и обсуждения. Из 30 обследованных пациентов у 5 (16,7%) человек не подтвердилось наличие злокачественных новообразований легких. Среди 25 больных раком легких наблюдалось следующее распределение по полу: 84% (21 пациент) составили мужчины и 16% (4 пациента) – женщины.

Были определены наиболее молодой и наиболее старший возраст заболевших раком легких в исследуемой группе. Возраст мужчин был в диапазоне от 54 до 70 лет, а женщин – от 53 до 80 лет. Максимальный пик заболеваемости раком легкого у мужчин отмечался в период 56-65 лет, у женщин – 61-65 лет.

В 13 (52%) случаях было выявлено поражение правого легкого, в 12 (48%) онкологическим процессом было затронуто левое легкое. Центральный рак отмечался в 6 (24%) случаях, периферический рак – в 19 (76%) случаев. Причем у 5 (26%) больных из 19 с периферическим раком легкого была обнаружена его централизация.

Среди больных периферическим раком наиболее часто встречалось поражение верхних и нижних долей – 47,37% (9 случаев) и 42,1% (8 случаев) соответственно. Поражение средней доли обнаружилось у одного (5,26%) человека (5,26%). Также у одного (5,26%) из больных было выявлено сочетанное поражение верхней и нижней долей.

Центральный рак был представлен двумя формами: эндобронхиальной, которая наблюдалась у 5 (83,33%) пациентов и перибронхиальной – у одного (16,67%) пациента. Поражение главного бронха выявилось у одного (16,7%) пациента, нижнедолевого (НДБ) и верхнедолевого бронхов (ВДБ) также по одному (33,2%) пациенту, сочетанное поражение ВДБ и среднедолевого бронха (СДБ) определялось в одном (16,7%) случае, промежуточного бронха (ПБ) с переходом в СДБ – в одном (16,7%) и ПБ с переходом в СДБ и НДБ также в одном (16,7%) исследовании.

В 17 (68%) случаев злокачественные новообразования легких сопровождались медиастинальной и бронхопульмональной лимфаденопатией. У 4 (16%) пациентов было отмечено поражение надключичных лимфоузлов.

У 7 (32%) обследованных были выявлены отдаленные метастазы. Наиболее часто встречалось метастатическое поражение надпочечников – 4 (16%) случая. В 2 (8%) обнаружились метастазы в костях, по одному (4%) случаю пришлось на метастазы в плевру и желудок.

Были рассчитаны коэффициенты SUVmax, отражающие максимальное накопление радиофармпрепарата в опухолевых очагах (таблица 1).

Таблица 1. Коэффициент SUVmax в зависимости от локализации очага

Локализация очага	SUVmax		
	M±m	Min	Max
Легкие (первичный очаг)	8,48±7,27	1,13	32,21
Регионарные лимфоузлы	5,42±3,12	2,1	14,52
Отдаленные метастазы	5,23±2,04	2,18	8,43

Помимо основного заболевания, исследование позволило обнаружить сопутствующую патологию. Наиболее часто диагностировались: эмфизема (8 случаев – 32%), ателектаз (7 случаев – 28%) и пневмофиброз (6 случаев – 24%). Помимо этого, у 3 (12%) пациентов был выявлен гидроторакс, по 2 (8%) случая пришлось на гидроперикард и обтурационный пульмонит, один (4%) случай – на обтурационный бронхиолит.

Выводы. Периферический рак выявлялся в 76% случаев, причем 26% этой формы имели тенденцию к централизации. 24% случаев пришлось на центральный рак. Среди больных периферическим раком легкого поражение верхних и нижних долей составило 89,5%.

Первичные очаги легких имели наибольшие показатели SUVmax. Минимальные значения составили 1,13, максимальные – 32,21 и среднеквадратичное отклонение – 8,48±7,27. В лимфоузлах активность была ниже, минимальные значения – 2,1, максимальные – 14,52, среднеквадратичное отклонение – 5,42±3,12.

Отдаленные метастазы имели наименьшие значения SUVmax и составили показатели от 2,18 до 8,43, а среднеквадратичное отклонение – 5,23±2,04.

Список литературы.

1. Арсеньев, А.И. Рентгеновская и эмиссионная компьютерная томография в диагностике рака легкого / А.И. Арсеньев [и др.] // Вопросы онкологии, 2013. Т.59, № 1. – С. 18-24.

2. Нечаева, О.Б. Злокачественные новообразования в Российской Федерации: заболеваемость и смертность / О.Б. Нечаева // Медицинский алфавит, 2014. – Т.1-2, № 8. – С. 5-11.

3. Трахтенберг, А.Х. Рак легкого / А.Х. Трахтенберг, К.И. Колбанов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология, 2008. – № 4. – С. 3-9.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНЕМИЙ: МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ В ГОРОДЕ КУРСКЕ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кондрашова Е.А., Данчина К.А., Синдеева И.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Степченко М.А.

Актуальность темы состоит в том, что анемия – наиболее часто встречающаяся в медицинской практике патология системы крови, которая разнообразна по своему генезу, и зачастую имеющая смешанный патогенез. По данным ВОЗ, анемиями страдает 1987300000 жителей планеты, т.е. на Земле это одна из частых групп заболеваний. Распространенность анемий увеличивается с возрастом, и у лиц старше 65 лет составляет 90,3 случая на 1000 мужчин и 69,1 – на 1000 женщин [2]. Анемия – это понижение

концентрации гемоглобина, которое сопровождается уменьшением числа эритроцитов, в единице объема крови. По данным ВОЗ, анемию у взрослых выявляют, если уровень гемоглобина ниже 130 г/л. По рекомендации Американского общества гематологов анемия у мужчин выявляется при снижении уровня гемоглобина менее 130 г/л, у женщин – менее 120 г/л.

Если не лечить, то анемия любого вида несет непоправимые последствия. При этом заболевании поражаются все органы и системы органов, как правило, из-за недостаточного поступления кислорода в ткани. Признаки и симптомы анемии не являются характерными. Вследствие этого у большего числа заболевших, причем имеющих различные хронические заболевания, она остается невыявленной, так как скрыта другой симптоматикой заболеваний. Анемия явно отягощает течение сосудистых и опухолевых, аутоиммунных и других заболеваний. Быстрота нормализации состояния больного чаще всего характеризуется эффективным восстановлением показателей крови, работоспособности всего организма, а также приводит к успешному лечению основного заболевания. Анемия представляет собой скрытую эпидемию и без лечения может иметь серьезные последствия. Различные виды такой патологии проявляются почти у 10-20% населения, чаще у лиц женского пола. Частотны анемии, которые связанны с недостатком железа в организме (почти 90% всех анемий), редкими они являются при хронических заболеваниях, еще меньше – связанные с дефицитом витамина B_{12} или фолиевой кислоты (мегалобластные), гемолитические и апластические [1,3,4].

Целью исследования является ретроспективный анализ структуры заболеваемостианемиями населения Курска и Курской области по данным гематологического отделения БМУ КОКБ за 2017 год.

Материалы и методы: в качестве основного материала исследования использовались истории болезни пациентов, с подтвержденными клиническими диагнозамианемий и проходивших стационарное лечение в гематологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» (БМУ КОКБ) в 2017 году. При исследовании архивных данных изучаемой проблемы принимались во внимание следующие критерии: пол, возраст, диагностические данные, проводимое в условиях стационара лечение. При исследовании использовался метод ретроспективного анализа документации, а также методы статистической обработки.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования полученные данные были интерпретированы в виде экстенсивных показателей. Всего за исследуемый промежуток времени было зарегистрировано 146 случаев с диагнозом анемий, пребывавших на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ КОКБ. При дифференцировке общего количества случаев железодефицитных анемий выявлено 50 случаев (34,3%), из которых 23 (46%) женщины и 27 (54%) мужчин, средний возраст – 58,53 лет. Витамин В12 дефицитных анемий – 28 случаев (19,2%), из которых 15 (53,6%) женщин и 13 (46,4%) мужчин, средний возраст – 62,08 года. Апластических анемий – 62 случая (42,5%), из которых 23 (37,1%) женщины и 39 (62,9%) мужчин, средний возраст – 64,42 года. Наследственная гемолитическая анемия представлена 2

случаями (1,4%), из которых 1 (50%) женщина и 1 (50%) мужчина, средний возраст 49 лет. Аутоиммунной гемолитической анемии – 4 случая (4,3%), из которых 2 (50%) женщины и 2 (50%) мужчин, средний возраст 60,67 лет. Наименьший возраст в выборке составил 18 лет, наибольший – 88 лет. 92 человека (63%), из обратившихся, проживают в городе Курске. Основными критериями диагностики являются: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови и пункционное исследование костного мозга. При исследовании листков назначений у 45% пациентов была предписана гемотрансфузия эритроцитарной массы, что говорит о тяжелой степени анемий. В остальных случаях была назначена терапия в стандартной дозе, характерная для данного вида анемий.

Выводы. Таким образом, в 2017 году в гематологическом отделении БМУ КОКБ было зарегистрировано 146 случаев анемий. Средний возраст больных составил 60,87 лет. Среди пациентов было 64 (43,8%) женщины и 82 (56,6%) мужчины.

Список литературы

1. Алексеев, Н. А. Анемии. М.: Наука, 2009. 512 с.
2. Демидова, А.В. Анемии. М.: Оверлей, 2010. 771 с.
3. Рукавицына, О.А. Анемии. М.: Детство-Пресс, 2011. 548 с.
4. Клиника, диагностика и лечение заболевание внутренних органов: учебное пособие для подготовки к практическим занятиям студентов 5 курса лечебного факультета по дисциплине «Госпитальная терапия»/ под ред. Л.И. Князевой. Курск: КГМУ, 2018. С. 267-289

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (АМК)

Косик Д.Ю.
Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Романова И.С.

Актуальность исследования состоит в том, что аномальные маточные кровотечения (АМК) являются одним из ведущих симптомом многих заболеваний женской репродуктивной системы. Частота АМК, по данным ряда авторов, в пубертатном периоде составляет 3,5-4,0%, в репродуктивном возрасте колеблется от 10 до 30%, а в перименопаузальном – до 70% [1].

АМК являются причиной значительного количества пропущенных рабочих дней, оказывают негативное влияние на качество жизни женщины, ассоциированы со злостью, немотивированной тревогой и агрессией. Учитывая, что чаще АМК регистрируются в трудоспособном возрасте, стоит отметить и

проблему экономических затрат, связанных с оказанием скорой или неотложной медицинской помощи [2].

Целью исследования является оценка тактики ведения женщин в различные возрастные периоды жизни с установленным клиническим диагнозом «Аномальное маточное кровотечение» (N92 по МКБ-10).

Материалы и методы. Исследование проведено методом сплошного ретроспективного мониторинга медицинской документации (форма № 033/у-07 «Медицинская карта стационарного больного») 44 пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение клинической базы кафедры клинической фармакологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» с диагнозом «Аномальное маточное кровотечение» (N92 по МКБ-10) в период с августа 2016 г. по ноябрь 2018 г. Использованы методы «выкопировки» данных, расчёт средних и относительных показателей. Определено соответствие тактики ведения пациенток с АМК Клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» № 17 от 19.02.2018 г.

Результаты и обсуждения. Проанализированы 44 «Медицинские карты стационарного больного» гинекологического отделения с диагнозом «Аномальное маточное кровотечение» (N92 по МКБ-10). Средний возраст всех пациенток, прошедших стационарное лечение, 45 ± 9 лет. Большинство составили женщины репродуктивного периода (18-45 лет) – 18 (40,9%), перименопаузального (46-49 лет) – 13 (29,6%), менопаузального (50-51 год) – 4 (9,1%) и 9 (20,4%) женщин постменопаузального периода (старше 51 года). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 8 ± 2,4 дней. Основные жалобы при поступлении были связаны с обильными кровяными выделениями из половых путей у пациенток репродуктивного и пременопаузального периодов (70,5% от общего числа госпитализируемых), у женщин периода менопаузы и постменопаузального периода (29,5%) чаще отмечались нерегулярные длительные скудные кровяные выделения.

В структуре гинекологической патологии наиболее часто в репродуктивном и пременопаузальном периодах встречалась киста левого/правого яичников (22,6%), миома матки (25,8%); реже – ВЗОМТ (воспалительные заболевания органов малого таза) – 9,7% и эндометриоз (9,7%). В остальных возрастных группах (менопаузальный и постменопаузальный периоды) достоверно чаще отмечались киста левого/правого яичников и эндометриоз (23,1% и 15,4% соответственно), ВЗОМТ (23,1%).

Согласно Клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 17 от 19.02.2018 г. лечение АМК является многоэтапным процессом. Первый этап направлен на остановку кровотечения путём хирургического или медикаментозного гемостаза. На данном этапе используются инъекционные формы этамзилата 2,0-4,0 мл внутривенно или внутримышечно; окситоцина 5 МЕ внутримышечно курсом не менее 5 дней. Выбор метода лечения определяется степенью анемизации, клиническими и

этиологическими факторами, а также возрастом пациентки. Второй этап предусматривает противорецидивную терапию АМК (корригирующая циклическая гормональная терапия), которая проводится в амбулаторных условиях.

Среди 44 «Медицинских карт стационарного больного» в 20 (45,5%) случаях пациенткам было проведено раздельное диагностическое выскабливание (РДВ), РДВ с кульдоцентезом – в 10 (22,7%) случаях, РДВ с гистерорезектоскопией проведено 3 (6,8%) пациенткам, одной женщине (2,3%) была выполнена гистерорезектоскопия и одной (2,3%) – РДВ с кульдоцентезом и гистерорезектоскопией.

Гемостатическая терапия с использованием окситоцина 5 МЕ через 12 часов была назначена 28 (63,6%) пациенткам, при этом большинство из них составили женщины репродуктивного и пременопаузального периодов. Длительность назначения в среднем составила 4,8 дня. Назначение этамзилата 2,0-4,0 мл отмечено у 30 (68,2%) пациенток. Кратность назначения составила 1-2 раза в сутки, длительность лечения – 4,9 дня. К тому же, у двух пациенток отмечено снижение дозы этамзилата с 4,0 мл до 2,0 мл после двух дней внутривенного введения лекарственного средства.

Одним из пунктов Клинического протокола МЗ РБ № 17 от 19.02.2018 г. является коррекция постгеморрагической анемии (по показаниям). У 4 (9,1%) из 44 женщин, госпитализируемых в гинекологическое отделение, отмечалось снижение уровня гемоглобина ниже 110 г/л. При этом 2 пациентки по назначению врача принимали препараты железа («Феррум лек» 2,0 мл внутримышечно; «Ферронал» 2 таблетки перорально), одной – приём железосодержащих лекарственных средств был рекомендован при выписке без уточнения наименования лекарственного препарата. Кроме того, 2 женщинам была назначена фолиевая кислота 1,0 мг перорально в течение 8 дней.

Второй этап: корригирующая циклическая гормональная терапия, предусматривает преемственность в работе врача акушера-гинеколога стационара и женской консультации. Для гормонального гемостаза применяют КОК с содержанием этинилэстрадиола (0,03 мг) и прогестагена. В первый день назначают по 1 таблетке 3-4 раза в день в зависимости от интенсивности кровотечения, затем снижают дозу по 1 таблетке в 3 дня до 1 таблетки в сутки, после чего продолжают применение КОК до 21 дня и более.

Среди 44 пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение, противорецидивная гормональная терапия при выписке была рекомендована лишь 5 (11,4%) женщинам. Одна из них находилась в периоде пременопаузы, остальные репродуктивного возраста. В каждом из случаев лекарственный препарат назначался от 3 до 6 месяцев согласно схеме. Были рекомендованы: «Визанна» (диеногест), «Клайра» (диеногест + эстрадиола валерат), «Новинет» (этинилэстрадиол + дезогестрел), «Белара» (хлормадинон + этинилэстрадиол), ВМС «Мирена» (левоноргестрел).

Выводы. Тактика ведения пациенток с диагнозом «Аномальное маточное кровотечение» (N92 по МКБ-10) соответствует Клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Медицинское

наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» № 17 от 19.02.2018 г. На первом этапе остановки кровотечения используются утеротонические препараты (окситоцин 5 МЕ через 12 часов внутримышечно), негормональная гемостатическая терапия (этамзилат 2,0-4,0 мл 1-2 раза в сутки внутривенно/внутримышечно), противоанемическая терапия представляет назначение препаратов трёхвалентного железа, железа глюконата. Корригирующая циклическая гормональная терапия назначается в малом проценте случаев (11,4%).

Список литературы.

1. Зайдиева, Я.З. Дисфункциональные маточные кровотечения в возрастном аспекте / Я.З. Зайдиева // Медицинский совет. – 2012. – № 3. – С. 78-83.

2. Особенности ведения женщин различных возрастных групп с аномальными маточными кровотечениями / А.Р. Тен, Т.А. Обоскалова, И.В. Лаврентьев и др. // Пермский медицинский журнал. – 2016. – № 5. – С. 32-37.

3. Клинический протокол Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» № 17 от 19.02.2018 г. – Минск: Республика Беларусь, 2018. – 202 с.

МОЧЕВОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Косоголов М.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Школьникова С.А.

Актуальность: врачу любой специальности важно не только разбираться в этиологии и патогенезе конкретной болезни, но и иметь представление о возможных связях между различными нозологическими группами. Заболевания органов дыхания занимают ведущее положение в структуре заболеваемости и смертности как в Российской Федерации, так и в мире. В России острый и хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма (БА), ХОБЛ и др. входят в число 5 групп болезней, являющихся причиной смертности населения [1]. Особое место принадлежит хронической обструктивной болезни легких, которая чаще всего выявляется уже на поздних стадиях и наносит колоссальный ущерб обществу [2]. Болезни органов дыхания (БОД) характеризуются полиэтиологичностью, частыми осложнениями, тяжестью течения и находятся в тесной взаимосвязи со многими часто встречающимися заболеваниями, одним из которых является мочевой синдром, как проявление начальных стадий хронической почечной болезни. Среди механизмов, лежащих в основе системных проявлений, важное место занимают гипоксемия,

системное воспаление, эндотелиальная дисфункция. Высокая частота сопутствующей патологии мочеполовой системы у больных с заболеваниями органов дыхания, с учетом общности некоторых этиологических и патогенетических звеньев, не исключает влияние системных эффектов на поражение почек. Поэтому необходимо уточнять данные обо всех возможных взаимосвязях и вовремя выявлять группы риска по развитию осложнений со стороны мочевыделительной системы.

Целью исследования является изучение возможных проявлений со стороны мочеполовой системы при болезнях органов дыхания и установление взаимосвязи между наличием дыхательной патологии и изменениями со стороны почек.

Материалы и методы**:** проведен анализ 200 историй болезни пациентов пульмонологического отделения, лечащихся по поводу дыхательной патологии в ОБУЗ КГБ № 6 за октябрь, ноябрь и декабрь 2018 года без ранее выявленной патологии почек. Больные были разделены на три группы: в первую группу вошли пациенты с внебольничной бактериальной пневмонией различной локализации, во вторую группу с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и в третью с другими заболеваниями (Бронхиальная астма, бронхит, плеврит и тд.).

Таблица 1. Распределение больных по полу

Пол	1 группа		2 группа		3 группа	
	Абс. кол-во	(%)	Абс. кол-во	(%)	Абс. кол-во	(%)
Мужской	54	58	48	59	10	37
Женский	38	42	33	41	17	63
Всего	92	46	81	41	27	13

Из таблицы 1 видно, что преобладают больные с пневмонией и ХОБЛ 87% из всех исследованных пациентов. Также заметно, что в первой и во второй группах превалируют мужчины (58% и 59% соответственно)

Результаты и обсуждение. В ходе исследования была выявлена корреляция между наличием у больных дыхательной патологии и проявлениями мочевого синдрома, связанного с дисфункцией почек. Из 200 проанализированных историй болезней за октябрь, ноябрь и декабрь 2018 года у больных в анализе мочи в 53,5% случаев отмечается наличие мочевого осадка в виде уратов, оксалатов, фосфатов или другого кристаллического осадка. Кроме того, более чем в половине анализов заметно увеличение числа лейкоцитов, эритроцитов и плоского эпителия, что также свидетельствует о нарушении функции почек.

Таблица 2. Соли в анализе мочи

Соли	1 группа	2 группа	3 группа
Оксалаты	29	23	14
Аморфные фосфаты	7	14	2

Ураты	10	6	1
Другой осадок	3	7	0
Всего	49	50	17

Из таблицы 2 видно, что во всех группах в осадке превалируют оксалаты, также заметно, что у больных с пневмонией и у больных с хронической обструктивной болезнью легких наблюдаются примерно равное общее изменение осадка.

Наличие уратов в мочевом осадке свидетельствует о гиповолемии, приеме цитостатиков, а также о тяжелой патологии дыхательной системы. Кислые оксалаты аммония в моче являются признаком воспалительных процессов мочевыводящих путей инфекционной природы. Фосфаты кальция свидетельствуют о подозрении на гипохромную анемию и ревматические болезни.

Соли в моче у больных с патологией дыхательной системы, при отсутствии жалоб на работу почек, являются показателем проявления эндотелиальной дисфункции, возникшей как осложнение при течении основного заболевания [3].

Вывод. Таким образом, проведенные исследования показали, что заболевания органов дыхания оказывают влияние не только на состояние и функционирование дыхательной системы, но и на работу других систем органов, в частности на работу почек.

Список литературы.

1. Омарова М.Н., Кенжебаева А.Т., Жумагулова А.Н., Аспетов Д.Р., Жуматова Б.Х. Распространенность болезней органов дыхания среди населения крупного промышленного города // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 12-5. – С. 828-831

2. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. – 2008. – № 2. – С. 5–14.

3. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 104–116.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Кращенко А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хардикова Е.М.

Актуальность исследования состоит в том что, нарушения ритма сердца являются одним из грозных и распространенных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний среди населения [3].

В мире ежегодно имплантируется в среднем 250000 электрокардиостимуляторов (ЭКС). По данным Американской ассоциации кардиологов, аритмии сердца ежегодно уносят от 300 до 600 тыс. жизней людей. Организация медицинской помощи пациентам с нарушением ритма сердца является одной из важных задач здравоохранения. Единственным методом спасения жизни больного может быть имплантация ЭКС, поэтому основной задачей является оценка нуждаемости населения в хирургической коррекции нарушений ритма сердца. Имплантация ЭКС позволяет снизить смертность больных со сложными нарушениями ритма и проводимости, а также облегчить послеоперационную реабилитацию и улучшить качество жизни [1,2].

Целью исследования является изучение клинико-эпидемиологической характеристики пациентов, нуждающихся в имплантации кардиостимулятора.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 101 стационарной карты пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении РСЦ кардиологии на базе БМУ КОКБ в период с 2015г. по 2017г. В ходе исследования оценивались такие параметры, как возраст, клинические и социальные особенности пациентов, данные соматического анамнеза, а так же определение показаний к имплантации кардиостимулятора на основе результатов электрокардиографии и холтеровского мониторирования.

Статистический анализ полученных результатов, представленных как среднее арифметическое и его стандартная ошибка, проведен с помощью параметрических методов описательной статистики программы MS Excel 2013 и STATISTICA 10,0.

Критерии включения в исследование:

- пациенты, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом СССУ;
- пациенты, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом АВ-блокада II-III степени, сопровождающаяся выраженной брадикардией (ЧСС <40) и приступами Морганьи-Эдамса-Стокса (МЭС);
- паузы асистолии >3 секунд (по данным холтеровского мониторирования ЧСС).

Критерии исключения из исследования:

- пациенты без нарушения ритма сердечных сокращений.

Результаты и обсуждения. В изучаемую выборку вошли 62 (61,4%) мужчин в возрасте от 51 до 83 лет (средний возраст 64,5±8,3 лет) и 39 (38,6%) женщин в возрасте от 47 до 79 лет (средний возраст 67,1±7,9 лет).

Оценивая сопутствующую патологию было выявлено, что 68 (67,3%) пациента имели патологию со стороны других органов и систем (рисунок 1).

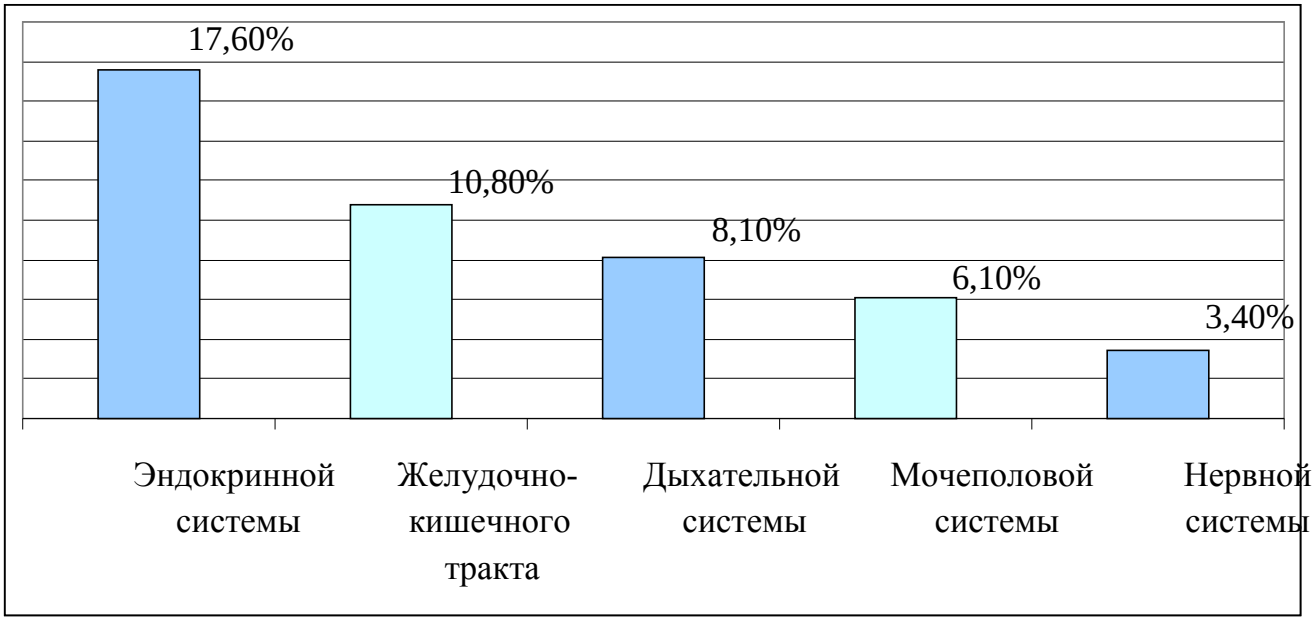


Рисунок 1. Структура соматической патологии

Со стороны сердечно-сосудистой системы у 52 (51,5%) пациентов был диагностирован острый ИМ, повторный ИМ у 19 (18,8%), прогрессирующая стенокардия у 27 (26,7%) больных, дилатационная кардиомиопатия у 3 (2,9%) пациентов. При оценке результатов ЭКГ ИМ передней стенки был диагностирован у 21 (29,6%) пациента, переднее-перегородочной локализации у 19 (26,7%), нижнее-боковой – 13 (18,3%), задней стенки у 11 (15,5%) и нижней стенки у 7 (9,9%) госпитализированных пациентов.

При анализе результатов инструментальных методов диагностики нарушения ритма сердечных сокращений АВ-блокада II степени была выявлена у 13 (12,9%) пациентов, АВ-блокада III степени у 47 (46,5%), СССУ у 40 (39,6%), из них приступы МЭС были зарегистрированы в 57,5% случаев.

Отмечено, что всем пациентам (100%) с нарушениями сердечного ритма было проведено хирургическое лечение – имплантация ЭКС. 87 (86,1%) пациентам проведена первичная имплантация ЭКС и соответственно 14 (13,9%) – повторная имплантация ЭКС. Временная кардиостимуляция наблюдалась у 63 (62,4%) пациентов отделения РСЦ кардиологии с диагнозом ИМ, постоянная – у 38 (37,6%) пациентов отделения плановой кардиологии. Преобладающим типом ЭКС является VVI устройства (73,3%). Оптимальную частоту искусственного ритма сердца определяли с помощью допплерэхокардиографии, которая у разных больных составила от 60 до 90 в минуту. Серьезных осложнений послеоперационного периода при имплантации ЭКС не наблюдалось. У 3 (2,9%) пациентов отмечались преходящие проявления

пейсмекерного синдрома, купированные уменьшением частоты стимуляции и 2 (1,9%) больным потребовалась репозиция желудочкового электрода.

Выводы. Контингент больных, подвергающихся имплантации ЭКС, преимущественно состоял из мужчин средний возраст, которых составил 64,5±8,3 лет. По данным БМУ КОКБ отделения РСЦ кардиологии в период с 2015г. по 2017г. в большинстве случаев имплантации ЭКС подвергались больные с нарушением ритма на фоне ИМ, а в отделении плановой кардиологии случаи имплантации ЭКС связаны с наличием у больных СССУ и АВ-блокады III степени.

Список литературы.

1. Пономаренко В.Б., Жданов А.М. Результаты лечения больных с атриовентрикулярной блокадой // Кардиология. 2011. № 21. С.5-11.
2. Коровин В.Н. Анализ кардиостимулятора и его применение в современной кардиологии // Клиническая медицина. 2015. № 12. С.44-47.
3. Титов А.В., Щербенев В.М. Опыт применения имплантируемых кардиостимуляторов// Вестник аритмологии. 2004. № 1. С.75–77.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ (ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ КАРДИОЛОГИИ БМУ «КУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

Ластовская К.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хардикова Е.М.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на успехи в терапии и кардиохирургии в лечении, профилактики, проблема инфекционного эндокардита не решена. За последние 20 лет частота первичных и вторичных форм заболевания возросла в 2 раза [3, 4]. Инфекционный эндокардит (ИЭ) является социальной проблемой, поскольку повысилась временная и стойкая нетрудоспособность в основном у лиц молодого возраста. Сохраняется и высокая летальность при данной патологии от септических и иммунных проявлений: инфекционно-токсический шок, деструкция клапанов сердца, тромбоэмболические осложнения, застойная сердечная недостаточность; разрыв аневризм вследствие иммунных артериитов, хроническая почечная недостаточность.

Заболеваемость инфекционным эндокардитом регистрируется во всех странах мира. В РФ составляет более 10000 человек в год, из которых около 2500 нуждаются в хирургическом вмешательстве. Мужчины заболевают в 1,5-3 раза чаще, чем женщины. Чаще заболевают лица трудоспособного

возраста (20 – 50 лет), 25% всех случаев фиксируется в возрастной группе от 60 лет и старше. Частота первичного ИЭ составляет 41,1– 69,7% [3].

Следует отметить, что рост заболеваемости инфекционным эндокардитом связывают с широким использованием инвазивной инструментальной техники; частыми оперативными вмешательствами на сердце, ростом наркомании и числа лиц с иммунодефицитными состояниями [4].

Целью исследования является оценка клинико-эпидемиологических особенностей инфекционного эндокардита среди жителей Курска и Курской области за 2015-2017 года.

Материалы и методы: на базе отделения плановой кардиологии БМУ «Курская областная клиническая больница» был проведён ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного (форма 0,33/у) 61 пациента с диагнозом «инфекционный эндокардит». Диагноз поставлен на основании модифицированных критериев для ИЭ 2015 года ESC (Европейское общество кардиологов) [1].

ЭхоКГ играет ключевую роль при верификации заболевания, ведении и контроле состояния пациентов с ИЭ, а также полезна для оценки динамики лечения и после хирургического вмешательства [2].

Результаты и обсуждения. Среди больных ИЭ 46 мужчин (75,4%) и 15 женщин (24,6%). Возраст мужчин и женщин колебался от 22 до 85 лет. Средний возраст больных составил 53,5±2,18 лет. При анализе сравнительного распределения по возрастным группам мужчин и женщин с ИЭ можно отметить, что пик заболеваемости инфекционным эндокардитом приходится на возраст 40-49 лет у мужчин, а у женщин – 30-39 лет.

При анализе анамнеза болезни и данных клинико-лабораторного обследования пациентов установлено, что доля первичного инфекционного эндокардита составляет – 41%, а вторичного – 59%.

Число случаев заболеваемости первичным ИЭ у мужчин составило 18 (29,5%), у женщин – 7 (11,5%). Пик заболеваемости первичным инфекционным эндокардитом приходится на возраст 30-39 лет одинаково как у мужчин, так и у женщин.

На долю вторичного ИЭ пришлось 59% (36 случаев). Число мужчин составило 28 человек (45,9%), женщин - 8 (13,1%). Пик заболеваемости вторичным инфекционным эндокардитом приходится на возраст 40-49 лет у мужчин, у женщин – 60-69 лет.

При анализе данных ЭхоКГ у больных с первичным и вторичным инфекционным эндокардитом установлено, что чаще всего при данных формах заболевания поражаются трикуспидальный и аортальный клапаны сердца соответственно (таблица 1).

Таблица 1. Частота поражения клапанов сердца при первичной и вторичной формах инфекционного эндокардита

Клапаны сердца	Первичный ИЭ	Вторичный ИЭ
Аортальный	8 (13,1%)	18 (29,5%)
Митральный	6 (9,8%)	13 (21,3%)
Аортальный/митральный	1 (1,6%)	3 (4,9%)

Трикуспидальный	9 (14,8%)	1 (1,6%)
Митральный/трикуспидальный	1 (1,6%)	1 (1,6%)

При анализе результатов бактериального посева крови у больных с первичной и вторичной формами инфекционного эндокардита выявлено, что наиболее частым возбудителем первичного ИЭ является Staphylococcus aureus, вторичного – Staphylococcus epidermidis (таблица 2).

Таблица 2. Частота выявляемых при бактериальном посеве крови микроорганизмов, являющихся возбудителями первичного и вторичного инфекционного эндокардита

Микроорганизмы	Первичный ИЭ	Вторичный ИЭ
Staphylococcus aureus	10 (16,4%)	8 (13,1%)
Staphylococcus epidermidis	8 (13,1%)	16 (26,2%)
Streptococcus viridans	4 (6,6%)	6 (9,8%)
Enterococcus faecalis	3 (4,9%)	5 (8,2%)
Acinobacter spp.	–	1 (1,6%)

Выводы. В результате анализа историй болезни больных инфекционным эндокардитом на базе отделения плановой кардиологии БМУ «Курская областная клиническая больница» за 2015-2017 года выявлено, что за данный период времени число мужчин, прошедших лечение, было в 3 раза больше, чем число женщин, лечившихся по поводу данного заболевания. Наибольшее число случаев ИЭ у мужчин приходится на возрастную группу 40-49 лет. Наибольшее число больных женщин наблюдается в группе 30-39 лет. Вторичный ИЭ встречается в 1,4 раза чаще, чем первичный.

Первичный инфекционный эндокардит преобладает у лиц мужского пола. Пик заболеваемости данным заболеванием приходится на возраст 30-39 лет как у мужчин, так и у женщин.

Среди больных вторичным ИЭ преобладают мужчины в возрасте 40-49 лет. Наибольшее число больных женщин наблюдается в группе 60-69 лет.

По данным ЭхоКГ наиболее часто поражаемым клапаном при первичном инфекционном эндокардите является трикуспидальный. Это обусловлено наибольшей встречаемостью патологии у инъекционных наркоманов.

При оценке результатов ЭхоКГ удалось установить, что при вторичном инфекционном эндокардите чаще всего поражается аортальный клапан.

У больных первичным инфекционным эндокардитом наиболее распространённым возбудителем заболевания является Staphylococcus aureus (по данным бактериального посева крови).

Возбудителем вторичного ИЭ, в большинстве случаев, является Staphylococcus epidermidis.

Список литературы.

1. Абиб Ж., Ланцелотти П, Антунес М.Ж. и др. Рекомендации ESC по ведению больных с инфекционным эндокардитом // Российский кардиологический журнал. № 5 (133). С. 65-116
2. Благоразумова Е.О., Михайленко Е.М., Спета И.Г. и др. Использование современных методик эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита // Вестник молодого учёного. 2013. Т.4, № 2. С. 61-63.
3. Николаевский Е.Н. Инфекционный эндокардит как медико-социальная проблема современной России // Новая наука: стратегии и векторы развития. 2016. № 6-3 (88). С. 26-29.
4. Николаевский Е.Н., Сухова Е.В. Инфекционный эндокардит: современное состояние проблемы // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Специальный выпуск. 15 декабря 2016. С. 113-114.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Левыкина Е.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., профессор Конопля Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что, несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, артериальная гипертензия вРоссийской Федерацииостается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 50% взрослого населения Российской Федерации имеет повышенный уровень артериального давления), так и тем, что артериальная гипертензия является важнейшим факторомриска основных сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в нашей стране [3].

Целью исследования является оценка качества жизни больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: анкетирование, метод количественного и качественного анализа, теоретический анализ,статистический метод.

Результаты и обсуждение. На базе ОБУЗ «Курская городская больница № 6» былопроведено анкетирование 20 больных гипертонической болезнью («Анкета оценки качества жизни» SF-36). Данная анкета содержит вопросы, касающиеся взглядов людей на своё здоровье. Полученная информация помогает следить за тем, как чувствует себя больной, насколько хорошо справляется со своими обычными нагрузками, а также насколько сильно мешает его состояние в

повседневной жизни. Мной были обработаны все полученные данные и проанализированы ответы больных.

Гипертоническая болезнь широко распространена и встречается одинаково часто и у мужчин, и у женщин, особенно после 40 лет. Большая часть опрошенных пациентов (80%) в целом оценила состояние своего здоровья как «посредственное», а оставшиеся (20%) – вовсе как «плохое». Никто из больных не мог дать своему здоровью «отличную» или «хорошую» оценку. При этом, оценивая своё здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад, большинство больных считают, что их здоровье стало несколько хуже, чем год назад (75%), 15% посчитали, что их здоровье не изменилось и ответили, что чувствуют себя примерно так же, как год назад, и 10% всех опрошенных оценили своё здоровье сейчас гораздо хуже, чем год назад, так как у них появились более серьёзные последствия данного заболевания [1].

Следующая группа вопросов касалась физических нагрузок, с которыми больной мог сталкиваться в течение дня. Опрашиваемым был задан вопрос: «Ограничивает ли вас состояние вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных физических нагрузок? Если да, то в какой степени?» Никто из больных не ответил, что ни одна из видов нагрузок не ограничена в выполнении в связи с его заболеванием. Тяжёлые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта значительно ограничены из-за гипертонической болезни у 100% больных. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды немного ограничены у 45% опрошенных, значительно ограничены у 40%, и совсем не ограничены лишь у 15% всех анкетируемых. Поднять и нести сумку с продуктами не могут в связи с заболеванием 15% больных, так как оно их значительно ограничивает, 35% ответили, что немного ограничивает и 50% могут спокойно выполнять данную нагрузку, так как заболевание их в этом совсем не ограничивает. Гипертоническая болезнь у всех больных (100%) значительно ограничивает такие виды нагрузок, как подняться пешком по лестнице на несколько пролётов, пройти расстояние в 2-3 квартала или более одного километра. При этом 50% опрошенных немного ограничены, но всё же могут пройти расстояние в один квартал и подняться пешком по лестнице на один пролёт. Самостоятельно вымыться и одеться могут практически все больные (90%), гипертоническая болезнь совсем не ограничивает их в этом, лишь 10% немного ограничены в выполнении таких простых повседневных процедур.

Далее пациенту задавались вопросы о том, как его физическое и эмоциональное состояние за последние 4 недели повлияло на выполнение его работы или его обычной повседневной деятельности. Из-за физического состояния пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу 90% больным, а из-за эмоционального – 80% пациентов. Физическое состояние повлияло на то, чтобы пациент выполнил меньше, чем хотел у 100% опрашиваемых людей, а из-за своего эмоционального состояния выполнили меньше необходимой работы 80% больных. Выполнили свою работу или

другие дела не так аккуратно, как обычно 75% анкетируемых из-за физического и эмоционального состояния, связанного с гипертонической болезнью. Также плохое состояние мешало пациентам проводить время с семьёй, друзьями, соседями, в коллективе: «сильно» 15% опрашиваемым, «очень сильно» - 5%, «умеренно» - 80% больным. Большую часть времени такие неудобства в связи с состоянием испытывают 85% пациентов, а «иногда» – 15%. Больных, которым их физическое или эмоциональное состояние не мешает не оказалось.

За последние 4 недели умеренную боль в груди испытывали 15% больных, очень слабую – 10%, а оставшиеся 75% испытывали слабую физическую боль. Боль мешала заниматься больным их нормальной работой, включая работу вне дома и по дому: «умеренно» мешала 85% опрошенных, «немного» - 10%, и «совсем не мешала» - 5% больных.

Следующая группа вопросов касается того, как чувствовал себя больной и каким было его настроение в течение последних 4 недель. Из всех проанкетированных людей бодрым за это время чувствовали себя «редко» 70%, «иногда» - 25%, а 5% опрошенных ни разу не чувствовали себя бодрым за последние 4 недели. Большую часть времени нервничали 20% больных, «часто» находились в нервном состоянии 40% пациентов, «иногда» - 35% и «редко» нервничал всего 5% больных. Полными сил и энергии чувствовали себя «редко» 55% пациентов, «иногда» - 10%, а 35% опрашиваемых ни разу не чувствовали себя так за последние 4 недели. Большинство больных (65%) большую часть времени чувствуют себя измученными и практически всё время уставшими, а вот счастливыми, спокойными и умиротворёнными чувствуют себя «редко» 75% отвечавших на вопросы.

Выводы. Таким образом, исходя из результатов, полученных в ходе исследования, можно сделать вывод, что гипертоническая болезнь является одним из наиболее социально значимых заболеваний. Данное заболевание в значительной степени ограничивает людей в выполнении какой-либо работы, а также влияет на их психоэмоциональное состояние, в результате чего больные практически всё время находятся в состоянии стресса, что может ещё более пагубно сказаться на физическом состоянии. У человека с гипертонической болезнью образ жизни должен отличаться от образа жизни здорового человека, больные должны выполнять психологическую разгрузку, заниматься лечебной физкультурой, дыхательной гимнастикой и многим другим, что поможет улучшить качество жизни при гипертонической болезни [2].

Список литературы.

1. Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Корнилов А.А. Состояние психоэмоционального статуса и качество жизни у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией в условиях реальной клинической практики// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». -2013. - № 4. –С. 55-57.

2. Налётова О.С., Титиевский С.В., Белевцова Э.Л. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных

гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса //Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». -2018. -№ 3. –С. 4-9.

3. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечения артериальной гипертензии // Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. – 2010. – № 3. – С. 5-6.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010 И 2018 ГОДА

Леонова М.А., Скрипкина А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии
Научный руководитель - к.м.н., доцент Левашова О.В.

Согласно имеющимся данным, не менее 80-90% женщин принимают различные лекарственные средства (ЛС) во время беременности [1,3].

Показанием к назначению лекарств являются хронические заболевания, появление осложнений беременности, а иногда и нарушений состояния плода. Лечение беременной женщины медикаментозными препаратами фактически является также лечением и ее не родившегося плода, даже если он и не требует этого лечения [4]. Влияние ЛС на течение и исходы беременности на сегодняшний день остается одной из наименее изученных областей клинической фармакологии [2].

Как показывает статистика, существуют ситуации, когда беременные женщины либо принимают лекарственные препараты в порядке самолечения, или отказываются принимать лекарственные средства даже по назначению врача. В современном мире приверженность к лечению является актуальной проблемой, как среди беременных женщин, так и среди других категорий населения.

Цель исследования – провести сравнительный анализ приверженности к лечению беременных женщин в Курской области за 2010 и 2018г.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось путем анонимного анкетирования 60 беременных женщин, наблюдающихся в женских консультациях города Курска. Полученные результаты за 2018 год сравнивались с результатами анкетирования за 2010год.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам анкетирования было выявлено, что в 2018 году большинство опрошенных женщин (43,33%) находились в возрастной категории от 24 до 30 лет. В 2010 году превалирующее количество беременных женщин находилось в возрасте от 17 до 23 лет (53%).

При оценке уровня образования опрашиваемых установлено, что в 2010 году большая часть беременных женщин (52%) имели законченное высшее

образование, 18% – среднее образование, 17% – незаконченное высшее образование. По данным на 2018 год большинство опрошенных женщин имели высшее (66,67%) и среднее образование (26,66%).

Стоит отметить тот факт, что по данным на 2010 и 2018 годы, для большинства женщин беременность являлась первой (77% и 61,67% соответственно). Вторую беременность в 2010 году имели 17% опрошенных женщин, в 2018 году – 25%. Среди опрошенных в 2010 году, 34% женщин находились в первом триместре беременности, 28% - во втором и 38% - в третьем. В 2018 год у 25% анкетируемых был первый триместр беременности– у 30% - второй, у 45% - третий.

За прошедшие 8 лет, среди беременных женщин изменилось отношение к лекарственным препаратам, назначаемым и рекомендуемым лечащим врачом. Если в 2010 году лишь 73,5% беременных женщин принимали лекарственные средства, которые назначил врач, то в 2018 году это значение выросло до 100%. Важно отметить, что в 2010 году лечащему врачу доверяли лишь 86,5% опрошенных женщин, тогда как в 2018 году этот показатель вырос до 100%.

В причинах отказа от лекарственных препаратов, назначенных врачом, в 2010 году беременные женщины указывали: боязнь за влияние лекарственных средств на плод; нежелание принимать слишком много препаратов; наличие возможной аллергии на препарат; не считают нужным применение данных лекарственных препаратов; нежелание принимать лекарственные средства, безопасность применения которых при беременности не доказана. В 2018 году ни одна беременная не отказалась от приема препаратов, назначенных врачом, что свидетельствует о высокой степени доверия.

Результаты анкетирования показали, что в 2018 году 46,67% опрошенных женщин имели хронические заболевания. В 2010 году этот показатель составлял 60%. Среди наиболее встречающихся хронических заболеваний имели место тонзиллит, гастрит, пиелонефрит, аллергические реакции и вегето-сосудистая дистония, по поводу чего беременные получали плановую терапию, рекомендованную специалистом.

При анализе ассортимента ЛС, назначаемых беременным женщинам с профилактической целью в 2018 году было выявлено, что выбор витаминов и микроэлементов значительно увеличился. В эту категорию вошли такие препараты, как Витрум Пренатал, Магне-В6, фолиевая кислота, Йодомарин, Фемибион, Компливит, Калия йодид, Сидерал, Витамин Е, Мальтофер, Кальцемин.

Увеличился перечень препаратов, кратковременно применяемых беременными женщинами за последнее время.

Приверженность к самолечению у пациенток в 2018г низкая, однако, иногда самостоятельно эпизодически принимали жаропонижающие препараты, комбинированные жаропонижающие средства, спазмолитики, анальгетики, многие из которых запрещены к применению у беременных.

Биологические активные добавки (БАДы) и травы во время беременности принимать не рекомендуют, так как их безопасность применения не установлена. В 2010 году практически половина опрошенных женщин (38%)

принимали биологически активные добавки и травы во время беременности без назначения врача. В 2018 году этот процент резко снизился до 6,67%.

Выводы. Установлено, что беременные женщины имеют высокий уровень приверженности к лечению. БАДы и травы в настоящее время беременные практически не принимают без совета с врачом. Ассортимент витаминно-минеральных комплексов, назначаемых беременным значимо увеличился в 2018г. Приверженность к самолечению низкая. Возросла степень доверия беременных женщин к своим лечащим врачам.

Список литературы.

1. Андреева М.В. Медикализация беременности / М.В. Андреева, А.В. Мызгин, Е.П. Шевцова, Ю.А.Шатилова // Мать и дитя в Кузбассе.- 2014.- № 3.- С.12-15.
2. Куандыков Е.У. Беременность и лекарства / Е.У. Куандыков, Р.Т. Джумашева, С.К. Альмухамбетова, М.Ж. Жумагул // Вестник КазГМУ.- 2018.- № 1.- С.462-468.
3. Первое всероссийское фармакоэпидемиологическое исследование «Эпидемиология использования лекарственных средств у беременных»: основные результаты / О.Н.Ткачева, А.Ю.Бевз, Е.А.Ушкалова, Н.А. Чухарева // Акушерство и гинекология.- 2011.- № 4.- С.112-117.
4. Решетько О.В. Фармакологическая безопасность при беременности: систематический обзор применения потенциально тератогенных лекарственных средств / О.В. Решетько, К.А. Луцевич, И.И. Санина // Педиатрическая фармакология.- 2017.- № 2.- С. 127-141.

О РОЛИ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Леонтьева Т.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Махова О.Ю.

Актуальность нашего исследования заключается в поисках причин низкой приверженности пациентов к гипотензивной терапии. Известно, что даже самое современное лечение не позволит эффективно контролировать уровень артериального давления (АД), если пациент регулярно нарушает рекомендации врача. Отсутствие комплаентности к гипотензивной терапии ассоциируется с повышением риска развития инфаркта миокарда на 15%, увеличением риска инсульта на 22% [3]. Одним из факторов, в значительной мере определяющих приверженность больных к длительной терапии, является врач [2].

Цель исследования: установить в какой мере в реальной амбулаторной практике используются механизмы влияния врача на формирование

приверженности пациентов с артериальной гипертензией к гипотензивной терапии.

Материалы и методы: на кафедре внутренних болезней ФПО КГМУ нами была разработана анкета, направленная на выявление комплаентности пациентов и врачей в процессе лечения артериальной гипертензии (АГ). В феврале 2019 г. проведено анкетирование пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и проведен опрос врачей по специальности «терапия» и «кардиология». Анкеты предназначались для выяснения мнения врачей и пациентов по одним и тем же вопросам.

В опросе участвовало – 35 пациентов, страдающих ГБ в возрасте от 35 до 70 лет, средний возраст составил 55,5±6,7 лет. Распределение по возрасту (классификация ВОЗ): молодой возраст – 11,4%, средний возраст – 57,1%, пожилой возраст – 31,5%. Мужчины – 46,6% и женщин – 53,4%. Пенсионеры составили 54,3% опрошенных, работающие - 34,4%, безработные - 11,4%.

В исследовании участвовали врачи - 47 человек, из них 76,6% терапевты, 23,4% кардиологи; в амбулаторной службе работали 74,5% докторов, в стационаре - 25,5%. Распределение по стажу работы: до 10 лет – 40,4%, 11-20 лет – 29,8%, 21-30 лет – 12,8%, 31-40 лет – 17,0%. Средний возраст участвовавших в опросе врачей – 59,5±3,8 лет.

Результаты и обсуждения. Роль врача в ведении пациента с АГ не заканчивается назначением терапии, соответствующей современным рекомендациям. В соответствии с рекомендациями ESC врач должен оказывать информационную, психологическую поддержку, проводить обучение по оказанию самопомощи [3]. В связи с этим выделяют некомплаентность преднамеренную, когда больной знает, что от него ждет врач, но не выполняет рекомендации врача и непреднамеренную – когда пациент не следует рекомендациям потому, что не понимает, чего от него ожидают вследствие неэффективного взаимодействия с врачом.

Формирование приверженности начинается с мотивации больного и целеполагания. По результатам анкетирования врачи рассказали, что информируют своих пациентов, назначая гипотензивные средства, о пользе снижения АД (72,3%); и лишь 8,5% считают, что не обязательно это делать, т.к. недостаточно времени. Тот же вопрос, направленный к пациенту, позволил выяснить, что 20% пациентов не знают цели приема лекарств, и врач не говорил им об этом.

Данные программы АРГУС-2 показали, что врачи и больные с АГ по-разному воспринимают проблемы, связанные с болезнью: врачи считают, что для пациентов наиболее значим экономический аспект, в то время как самих пациентов в большей степени беспокоит возможность осложнений, связанных с лекарственной терапией, а экономические проблемы занимают лишь пятое место [1].

По нашим данным 87,2% врачей информируют пациентов о возможных побочных эффектах лекарств, о том, как нужно принимать препарат и длительности его действия (97,9%). В то же время 22,8% пациентов заявили, что врач не информировал о возможности побочных явлений. 17,1% больным

врач никогда не объяснял, когда и как нужно принимать лекарство и как долго оно действует. Каждого пятого больного информировали технике применения препаратов «иногда».

Важным фактором, влияющим на формирование приверженности пациентов с АГ к гипотензивной терапии, является режим терапии, приемлемый для него лично. По данным анкетирования выясняют предпочтения пациентов о кратности приема лекарственных средств – 85% врачей, узнают о предпочтениях пациента по количеству таблеток – 76,6%.

На вопрос «Спрашивал ли Вас врач, сколько раз в день Вы можете (хотите) принимать лекарства от давления?» 28,6% пациентов ответили «нет», еще 22,8% ответили «иногда». 34,3% респондентов заявили, что врачи никогда не интересовались их предпочтениями по количеству принимаемых таблеток. Между тем 28,6% пациентов отметили, что для них важно, чтобы можно было принимать 1 раз в день 1 таблетку для лечения АГ. Еще 31,4% опрошенных хотели бы принимать 1 таблетку 1 раз в день, но для них «это не очень важно». 2,8% больных заметили, что важно принимать 1 раз в день, а сколько таблеток не имеет значения. Не имели предпочтения 1 или 2 раза в день принимать таблетки 37,1% респондентов.

Таким образом, около 2/3 больных предпочли бы 1-кратный прием гипотензивных средств. В реалии 60% этих пациентов принимает таблетки два раза в день, что создает дополнительную напряженность пациенту и увеличивает риск пропусков приема. Сами же врачи считают, что практически всегда стремятся уменьшить как количество приписываемых таблеток, так и кратность их приема.

О проблемах обратной связи говорит тот факт, что на вопрос «Спрашивает ли врач, удается ли Вам соблюдать режим приема препарата (принимать таблетки вовремя и каждый день)?» 11,4% пациентов ответили «нет» и еще 34,3% оценили ситуацию как «иногда». Врачи же считают, что контролируют соблюдение режима терапии «всегда» 61,7% коллег, еще 31,9% «чаще всего» выясняют, удается ли пациенту следовать предписаниям.

Результатом этих несоответствий можно считать тот факт, что даже среди пациентов, активно стремящихся улучшить состояние своего здоровья (получающих госпитальное лечение, посещающих поликлинику) пропускают прием таблеток 2 раза в неделю 11,4%, 3 раза в неделю - 8,6%, 4 -5 раз в неделю - еще 8,6% и как минимум пропускают 1 раз в неделю прием лекарств 22,8% пациентов.

Обсуждение сомнений и разрешение имеющихся вопросов у пациента – важный аспект деятельности врача, влияющей на приверженность к терапии. Традиционно одной из главных проблем больного является «что нужно делать, если внезапно сильно повысилось артериальное давление?». Мы задали вопрос пациентам, информировал ли Вас врач об этом? Получены следующие варианты ответов: да, детально рассказал и написал (31,4%), да, детально рассказал (40%), да, но только назвал препарат, не уточняя как пользоваться (14,3%), нет (5,7%).

Выводы. При опросе врачей установлена высокая их информированность о современных Европейских и Национальных рекомендаций по лечению АГ, о преимуществах препаратов в виде фиксированных комбинаций. Однако больше половины опрошенных пациентов, страдающих ГБ, по-прежнему, продолжают принимать препараты средней продолжительности действия, дважды в день, несмотря на то, что для 43% больных важно принимать препараты один раз в сутки. Далеко не все пациенты информированы о режиме приема препарата, побочных явлениях, о действиях при возникновении гипертонического криза, о пользе гипотензивной терапии, и это сказывается на их приверженности к лечению АГ. Таким образом, стоит признать недостаточным уровень коммуникации врача с пациентом с АГ в условиях жесткого дефицита времени работы врача, характерного для современных условий.

Список литературы.

1. Кобалава Ж.Д. Приверженность пациентов антигипертензивной терапии и препятствия к ее улучшению. Результаты российской научно-практической программы АРГУС-2 / Ж.Д. Кобалава, Е.Г. Старостина // Терапевтический архив.- 2008.-Т.80, № 3.- С. 76-82.

2. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) / О.В. Мачильская // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.- 2016. - № 3.- С.55-65. doi:10.17116/kardio20169355-65

3. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension / B. Williams, G. Mancia, W. Spiering [et al.] // Eur Heart J. – 2018. – Vol. 39, № 33. – P. 3021–3104

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Лу Шу Ксин, Премкумар Шаммуга
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Борисова Н.А.

Актуальность исследования состоит в том, что хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним в числе самых распространенных заболеваний. Она располагается на лидирующих позициях среди заболеваний, которые ограничивают трудоспособность пациентов, приводит к инвалидизации и смерти. Именно поэтому ХОБЛ является группой болезней, которые интересуют врачей самых разнообразных специальностей. В основном с данными пациентами чаще контактируют пульмонологи и врачи общей практики, существенную роль в ведении пациентов играют отоларинологи, так как хроническая патология верхних дыхательных путей

очень часто встречается у этой группы пациентов. Следует отметить значительную роль психоневрологов и реабилитологов в ведении таких пациентов, так как психика любого соматического больного, который страдает хроническим заболеванием, поневоле приобретает неврологические черты.

Целью настоящего исследования явилось изучение личностной и реактивной тревожности больных ХОБЛ при среднетяжелой и тяжелой степени течения данной патологии.

Материалы и методы: Было проведено обследование 37 больных мужчин, страдающий ХОБЛ среднетяжёлой и тяжёлой степени. Возраст пациентов составил 49-67 лет (49,34 ± 3,1 года). Следуя собранному анамнезу, от появления первых симптомов бронхиальной обструкции составляла 4-20 лет (в среднем 10,02 ± 1,5 лет), в то же время по амбулаторным картам, с момента установления диагноза ХОБЛ, составлял 4,7 ± 2,1 года. По результатам спирометрии все пациенты были ближе к тяжёлой степени ХОБЛ, и на момент проводимого обследования, как осложнение основного заболевания, имели дыхательную недостаточность II степени всего 15 человек (38,46%), III степени – 24 человека (61,54%).

Всем испытуемым проводилось полное клинико-функциональное исследование. Личностную тревожность (ЛТ) у испытуемых изучали с помощью опросника Тейлор, реактивную тревожность (РТ) – опросником Спилбергера Ханина.

Результаты исследования. По результатам исследования показатель ЛТ в контрольной группе варьировал от 8 до 32 и был распределен равномерно по всем классам. В группе лиц с тяжелым течением ХОБЛ этот показатель расположился в средних и высоких классах (IV-VII) и составил 89, 61%. Среднее значение показателя по этой группе составило 27,8%. У лиц со среднетяжелым течением данной патологии показатель ЛТ располагался в III-V классах (средних). Необходимо подчеркнуть, что группа испытуемых характеризуется выраженной личностной тревожностью ($p<0,001$).

При этом показатель РТ у больных составили от 42 до 54 (высокие и средние классы) и от 38 до 48 (средние классы) соответственно ($p<0,05$). Основная группа пациентов с ХОБЛ испытывала ощущение тревоги, нервозности, беспокойства. При этом отмечались снижение активного образа жизни: пропадает интерес к выполнению различных физических нагрузок, как дома, так и на работе, становится невозможным снижается выполнять привычную работу, возникают препятствия при общении в социуме: коллективе на работе или дома.

Выводы.

1. Пациентов, имеющих тяжелое течение ХОБЛ, характеризует высокий уровень тревожности, внутренней напряженности, они концентрируется на своих переживаниях. Трудности, возникающие при выполнении обычных нагрузок, приводит к дезадаптации в социуме.

2. Для больных тяжелой формой ХОБЛ характерен высокий риск развития депрессии, что проявляется в формировании и доминировании

тревожно-депрессивного состояния, что нередко затрудняет реабилитацию пациентов.

Список литературы

1. Ахмедова О.С., Щелкова О.Ю. Зоны наибольшей социальной фрустрированности и качество жизни больных соматическими заболеваниями с различной динамикой течения//Психосоматические и соматопсихические расстройства в общемедицинской практике: Материалы конференции, СПб, апрель 2007г. - Вып. 5/под общ. ред. В.И. Мазурова - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2007. С. 6-12.

2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. http://goldcopd.org/global-strategydiagnosis-management-prevention-copd-2016/ Accessed March, 23, 2017.

3. GOLD 2017. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/ Accessed March, 23. 2017.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУКАРДА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Лукутцова Е.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – д.м.н., профессор Михин В.П.

В развитых странах сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смертности и одной из основных причин инвалидности среди взрослого населения [2]. Поэтому проблема профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний неизменно сохраняет свою важность [5].

Нарушение функции эндотелия является одним из универсальных звеньев патогенеза ССЗ. Эндотелиальная дисфункция – это нарушение баланса между вазоконстрикторными и вазодилатирующими факторами, между факторами роста и их ингибиторами, нарушение регуляции гемостаза, воспалительных реакций. Сосудистую стенку выстилает один слой эндотелиальных клеток, которые являются важным эндокринным органом, выполняющим множество жизненно важных функций (провоспалительная и противовоспалительная активность, тромбогенная и антитромбогенная, регуляция адгезии лейкоцитов и тромбоцитов, регуляция тонуса сосудов). Эндотелий играет ключевую роль в формировании атеросклеротических процессов в сосудистой стенке, а нарушение нормального функционирования эндотелия приводит к эндотелиальной дисфункции [1, 6].

Также важную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний играет атеросклероз. Основными модифицируемыми факторами риска атеросклероза являются артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, сахарный диабет. Для атеросклероза коронарных артерий ведущим фактором риска служит холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). По данным исследования EUROASPIRE III, в России у 65% больных ИБС выявляется гиперхолестеринемия (ХС ЛПНП – более 3 ммоль/л). В соответствии с данными многочисленных крупных рандомизированных исследований и метаанализов имеются доказательства пользы снижения ХС ЛПНП в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений с помощью статинов как основного класса гиполипидемических препаратов, одним из которых является препарат Розукард (розувастатин) [4].

На сегодняшний день розувастатин привлекает свое внимание как одно из наиболее мощных средств для изменения неблагоприятных сдвигов липидного спектра в организме больного с гиперлипидемией. Он обладает достаточным гиполипидемическим эффектом, что выражается в снижении концентрации общего холестерина (ОХС), ХС ЛПНП и повышении уровня липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). По результатам больших международных рандомизированных клинических исследований было установлено, что при приеме 10-40 мг розувастатина отмечалось снижение уровня ХС ЛПНП у 82-89% больных, что превосходило соответствующий показатель при терапии другими статинами. Статины обладают рядом дополнительных плейотропных эффектов, помимо способности снижать уровень липидов плазмы, например, противовоспалительным, который способствует повышению эффективности статинов в первичной и вторичной профилактике ССЗ [3].

Цель исследования: оценка уровня липидов в крови у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска до начала лечения статинами и через год; определение функциональной активности эндотелия у тех же пациентов в результате годичной терапии Розукардом.

Материалы и методы: нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. Выборку исследования составили 90 больных, получавших лечение Розукардом в дозировке 10 мг/сут в амбулаторных условиях в течение года. Критерием включения в исследование было наличие высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска и отсутствие целевых уровней ХС и его фракций в крови. Уровень ХС и его фракций (ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП) определялись путем биохимического анализа крови. В эти же сроки для оценки степени дисфункции сосудистого эндотелия проводилась манжеточная проба, позволяющая оценить состояние функциональной активности сосудистого эндотелия по степени эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии с использованием ультразвукового сосудистого датчика (7 МГц) на аппарате «Vivid S5» («General Electric»). Рассчитывался коэффициент эндотелиальной дисфункции (К). K= ((D0 - D2)/D0)/ ((V0D0 - V2D2)/ V0D0), где D0 - D2 и V0 - V2, соответственно, –

изменения диаметра плечевой артерии и скорости кровотока в процессе реактивной гиперемии. Статистическая обработка результатов проводилась по программе «Statistica 6,0» с использованием метода Стьюдента и Вилкоксона (при ненормальном распределении).

Результаты и обсуждения. Данные динамики липидного спектра представлены в таблице 1.

Таблица1. Динамика показателей липидного спектра

Показатель	Исходные значения	Через 12 месяцев применения Розукарда
ОХС, ммоль/л	6,78±0,36	3,91±0,16
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,59±0,21	1,64±0,08
ХС ЛПОНП, ммоль/л	1,07±0,05	0,74±0,03
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,94±0,05	1,26±0,05

В сравнении с исходными данными уровень ОХС снизился через год на 24%, уровень ХС ЛПНП на 54%, ХС ЛПОНП снизился на 8%, а уровень ХС ЛПВП увеличился спустя год на 23%.

Функциональная активность сосудистого эндотелия определялась методом манжеточной пробы. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Динамика показателей коэффициента эндотелиальной дисфункции

Показатель	Исходные значения	Через 12 месяцев применения Розукарда
К, усл.ед.	0,947±0,029	1,312±0,041

У больных показатель коэффициент эндотелиальной дисфункции увеличился на 19% через 12 месяцев применения Розукарда по сравнению с исходными данными.

Выводы. Исследование показало, что прием Розукарда в дозе 10 мг/сут позволяет достичь целевого уровня ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска при длительном применении в течение одного года.

Прием Розукарда (10 мг/сут) в течение 12 месяцев у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска сопровождался улучшением функции сосудистого эндотелия, в частности повышением коэффициента эндотелиальной дисфункции.

Список литературы.

1. Афонасьева Т.М. Эндотелиальная дисфункция. Возможности ранней диагностики // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 11. С. 101-104.

2. Воробьева Е.Н., Воробьев Р.И., Шарлаева Е.А., Фомичева М.Л., Соколова Г.Г., Казызаева А.С., Батанина И.А. Дисфункция эндотелия при

сердечно-сосудистых заболеваниях: факторы риска, методы диагностики и коррекции // Acta Biologica Sibirica. 2016. № 2 (1). С. 21-33.

3. Горнякова Н.Б., Сумароков А.Б., Прус Ю.А., Сергиенко И.В. Современная позиция розувастатина в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Атеросклероз и дислипидемии. 2017. № 3 (28). С. 46-55.

4. Ежов М.В. Последние достижения в ведении атеросклероза и гиперлипидемии // Медицинский совет. 2017. № 7. С. 5-10.

5. Курята А.В., Гречаник М.М. Функциональное состояния эндотелия сосудов у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени в зависимости от массы тела и влияния статинотерапии // Запорожский медицинский журнал. 2015. № 1 (88). С. 14-19.

6. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Лутай Я.М., Степура А.А., Кушнир С.П., Белый Д.А. Эндотелиальная дисфункция у больных с острым инфарктом миокарда: связь с течением заболевания // Медицина неотложных состояний. 2016. № 1 (72). С. 131-136.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЗА 2018 ГОД В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6»

Лукьянченко А.Ю., Блудова Е.С.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель – д.м.н., профессор Конопля Е.Н.

Болезни органов дыхания являются одной из основных причин заболеваемости и смертности во все мире. Внебольничная пневмония (ВП) по-прежнему входит в число самых распространенных причин смерти во всем мире. Несмотря на то, что пневмонию принято относить к управляемым инфекционным заболеваниям, ежегодно фиксируется летальность, занимающая первые места среди инфекционных заболеваний. Распространенность ВП среди взрослого населения России составляет 5-8 на 1000 человек. Наиболее высокая заболеваемость пневмонией среди взрослых отмечена в Уральском и Дальневосточном федеральных округах, наименьшая – в Центральном федеральном округе.

В структуре смертности от болезней органов дыхания в РФ в 2015 году на долю пневмоний приходилось 49,9%; смертность в 2016 году составила 21 на 100 тысяч населения.

Но официальные данные, по сравнению с действительностью, часто разнятся. По некоторым подсчетам общее число больных в РФ ежегодно превышает 1,5 млн человек.

Целью исследования является анализ заболеваемости внебольничной пневмонией за 2018 год в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6».

Материалы и методы. В исследовании было использовано 386 историй болезни пациентов в возрасте от 21 до 89 лет (средний возраст 42±6 лет) с диагнозом внебольничная пневмония (сплошная выборка), находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6» в период с января по декабрь 2018 года. Основными методами исследования при выполнении работы были статистический и аналитический. Для статистического анализа полученных результатов использовалась программы Microsoft Excel и Stastica 7.0.

Результаты. Основной пик заболеваемости внебольничной пневмонией – март (10% от всех пациентов) и октябрь (9%), что связано со всеобщим снижением иммунитета в эти периоды времени у людей. 72% больных с диагнозом ВП были доставлены экстренно.

В структуре заболеваний органов дыхания у пациентов пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница № 6» пневмония занимает 51-58%. Чаще внебольничной пневмонией заболевали лица мужского пола (58-60%). Курящие пациенты составили 33% от числа всех госпитализированных с ВП. Доля работающих пациентов, госпитализированных с диагнозом ВП, – 43%, что указывает на социально-экономическую значимость внебольничной пневмонии. Немаловажно отметить, что лица БОМЖ, а также неработающие пациенты трудоспособного возраста составляли 22%.

Степени тяжести болезни определяли согласно критериям тяжести ВП, изложенными в клинических рекомендациях по ВП Министерства здравоохранения РФ. По результатам анализа историй болезни пациентов 104 пациентам была диагностирована пневмония тяжелой степени, при этом 29 больным потребовалась интенсивная терапия в условиях ОРИТ.

Известно, что под затяжным течением пневмонии понимают отсутствие рентгенологического разрешения пневмонии к исходу 4-й недели лечения на фоне улучшения клинической картины. В анализируемых историях болезни в диагнозе редко встречалось указание на затяжной характер течения пневмонии. В связи с этим были проанализированы истории болезни пациентов, длительность пребывания в стационаре которых превышала 28 дней. Группу составили 26 пациентов, средний возраст которых составляет 49 лет. У 50% из них – пневмония тяжелой формы. У 23 пациентов имелись данные о сопутствующей патологии: доминировали хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), бронхиальная астма и хронический бронхит, сахарный диабет.

Результаты микробиологического исследования мокроты были получены в 53% случаев, у 46% пациентов оно не проводилось совсем, что связано с отсутствием продуктивного кашля в период от момента поступления до начала антибиотикотерапии. Основными возбудителями ВП являлись Str. viridans (14,1%), грибы рода Candida (8,5%), Klebsiella pneumoniae (7,78%).

Среди проанализированных историй болезни число летальных исходов составило 26 случаев (6,7%). Средний возраст умерших пациентов 65,6±12,5 лет. Во всех случаях пневмонии были двусторонними полисегментарными или долевыми, а также односторонними тотальными с явлениями деструкции в ткани лёгкого. В 4 случаях имел место сепсис, сопровождаемый септическим шоком и полиорганной недостаточностью. Алкогольная болезнь как сопутствующая патология отмечалась в 10 случаях (38%), последствия обширного нарушения мозгового кровообращения – у 7 пациентов, онкопатология – у 5. Досуточная летальность составила 2,8% (11 пациентов).

Список литературы.

1. Березняков И.Г. Внебольничные пневмонии. Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2009. 60 с.
2. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония. Ред. Совет: А.Г. Чучалин [и др.]. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 90 с.
3. Крылов А.А., Шацкая Е.Г. Анализ летальных исходов и пути улучшения диагностики и лечения острых пневмоний // Клиническая медицина. 1995. № 2. С. 26-29.
4. Etiologies and treatment outcomes in patients hospitalized with community-acquired pneumonia at Sprinagarind Hospital / W. Reechaipichitrul, V. Lulitanond, P. Tanti-wong, et al. // Southeast Asian J. Trop. Med. Public. Health. 2005. Vol. 36, № 1. P. 156-161.
5. Gilbert K. Assessing prognosis and predicting patient outcomes in community-acquired pneumonia // Seminars in respiratory infection. 2004. Vol. 9 (3). P. 140-152.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лыкова А.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хлебодарова Е.В.

Актуальность исследования состоит в том, что инфаркт миокарда во всем мире лидирует в структуре смертности населения и является ведущей причиной нетрудоспособности. В Российской Федерации, судя по данным Росстата, уровень смертности от инфарктов миокарда с 2012 по 2017 год снизился на 12% по общему количеству случаев, а относительный показатель – количество таких случаев в расчете на каждые 100 тысяч жителей страны, снизился на 14% [2].

Модернизация и внедрение современных подходов к лечению, выполнение госпитальных стандартов медикаментозного сопровождения существенно сократило показатели госпитальной летальности. Инфаркт

миокарда в 3-4 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин в возрасте до 60 лет, но в возрастной группе старше 75 лет – чаще встречается у женщин. В отличие от мужчин, женщины позже обращаются за медицинской помощью. Достаточно низкая приверженность пациентов к принципам вторичной профилактики является одной из главных причин неудовлетворительных результатов лечения [1].

Нарушение липидного обмена – один из основных факторов развития инфаркта миокарда. Морфологическим субстратом инфаркта является поражение атеросклерозом коронарных артерий. Аккумуляция холестерина в стенках сосудов приводит к образованию атеросклеротических бляшек, которые могут перекрывать просвет сосуда и препятствовать нормальному кровотоку. Кардиологи всего мира придерживаются мнения, что каждый человек старше 20 лет должен знать свой уровень общего холестерина в крови [3].

Данное заболевание, в настоящее время, является актуальной проблемой современности, и используется как окончательный критерий в клинических и наблюдательных исследованиях, и как показатель качества работы системы здравоохранения.

Целью исследования является изучить состояние липидного обмена у больных инфарктом миокарда, по данным регионального сосудистого центра.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 225 (100%) больных, которые находились на лечении в отделении неотложной кардиологии РСЦ БМУ «КОКБ», за период с 2017 по 2018 год. Из них 70 (31%) женщин и 155 (69%) мужчин, которые были распределены на три возрастные группы: 27-40 лет (12%), 41-60 лет (40%), 61-87 лет (48%). Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0 for Windows». Результаты представлены в виде M+m.

Результаты и обсуждение. При сравнении показателя общего холестерина в крови у больных инфарктом миокарда, в зависимости от пола, выявлено, что у мужчин показатель (6,09 ±0,10 ммоль/л) выше, чем у женщин – 5,57± 1,24 ммоль/л.

Среднее значение концентрации триглицеридов в крови у женщин ниже, чем у мужчин (1,78 ±0,07 ммоль/л), и составляет – 1,59 ± 0,12 ммоль/л.

В результате анализа различных возрастных групп пациентов выявлено, что максимальные показатели общего холестерина имеют пациенты в возрасте от 41 до 60 лет (7,02± 0,14 ммоль/л), уровень холестерина колебалась в пределах от 5,12 до 9,88 ммоль/л. Минимальный средний показатель общего холестерина имеют пациенты в возрасте 61-87 лет (5,26 ± 0,12 ммоль/л), показатель колебался в пределах 2,49-8,7 ммоль/л. На 2 месте, с концентрацией общего холестерина–6,14±0,15 ммоль/л, больные в возрасте от 27 до 40 лет, сывороточное содержание общего холестерина в пределах от 4,74 до 7,71 ммоль/л (диаграмма 1).

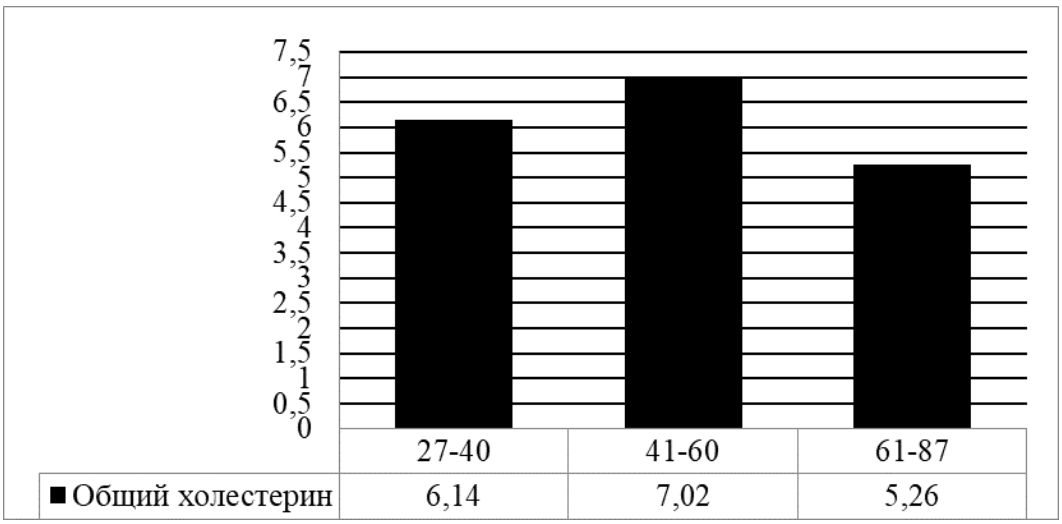


Диаграмма 1. Сравнение показателей общего холестерина в крови, в зависимости от возраста

При изучении показателя триглицеридов в крови у пациентов с острым инфарктом миокарда отмечается, что в возрастной группе от 41 до 60 лет показатель максимальный и составляет– 1,92±0,09 ммоль/л, по сравнению с другими группами, и превышает пределы нормы, уровень триглицеридов колебался в пределах от 0,66 до 2,9 ммоль/л. Минимальный средний показатель триглицеридов имеют пациенты в возрасте 61-87 лет (1,51± 0,07 ммоль/л), является нормой (0,4-3,42 ммоль/л).

На 2 месте, при сравнении показателей триглицеридов в крови, больные в возрасте от 27 до 40 лет (1,62±0,13 ммоль/л), уровень триглицеридов – 0,66-2,9 ммоль/л (диаграмма 2).

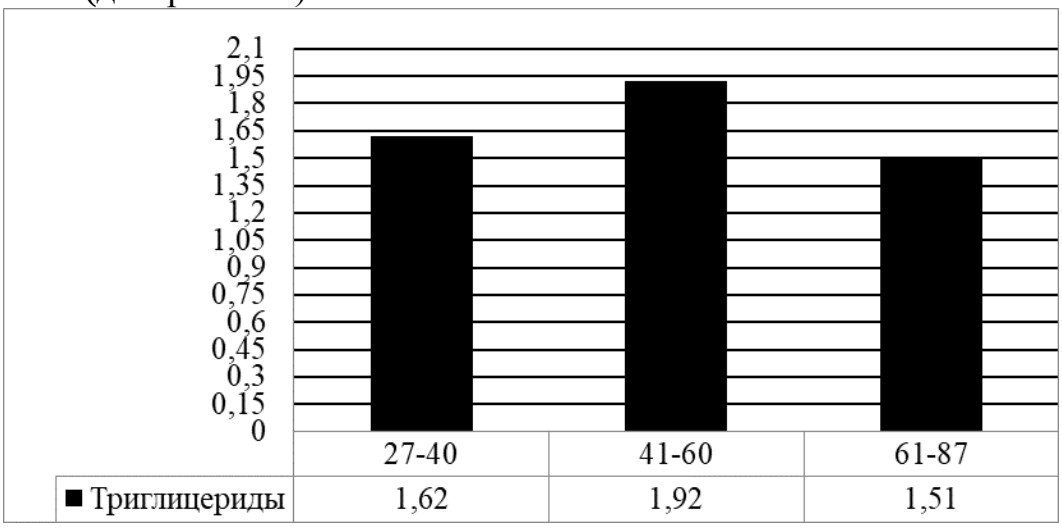


Диаграмма 2. Сравнение показателей триглицеридов в крови у пациентов, в зависимости от возраста

Выводы. В большей степени (по данным отделения неотложной кардиологии РСЦ БМУ «Курская областная клиническая больница») риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанному с нарушением липидного обмена, подвергнуты мужчины (69%). У больных инфарктом миокарда, входящих в возрастную группу от 41 до 60 лет (40%) выявлен

максимальный уровень общего холестерина и триглицеридов в крови. Минимальный средний показатель общего холестерина и триглицеридов имеют пациенты в возрасте от 61 до 87 лет (48%). Больные инфарктом миокарда в возрасте 27-40 лет (12%), при сравнении с другими группами, занимает второе месте по концентрации общего холестерина и триглицеридов в крови.

Список литературы.

1. Барбараш, О.Л., Кашталап, В.В. Контроль липидов у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда – эффективный инструмент управления сердечно-сосудистым риском/ О.Л. Барбараш, В.В. Кашталап // Атеротромбоз.– 2017. – № 1. – С.94-104

2. Гинзбург М. Л. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения больных острым инфарктом миокарда в рамках регистра: дис. на соиск. учен. степ. д.м.н.–М.–2016.–211с.

3. Хоролец, Е.В., Хаишева, Л.А. Показатели липидного обмена у пациентов с острым инфарктом миокарда / Е.В. Хоролец, Л.А. Хаишева// Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.– 2017.– № 4.–С.15-18

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лысанская К.В., Качунина А.Ю., Калугин А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – ассистент Калугин А.А.

Актуальность исследования состоит в том, что гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) на сегодняшний день считается одним из самых распространенных заболеваний XXI в. По литературным данным изжогу испытывают от 7 до 11% взрослого населения, не менее раза в неделю – 12%, не менее раза в месяц – 40–50% [2]. В то же время врачи и пациенты мало информированы о таком внепищеводном проявлении ГЭРБ, как стоматологический синдром. Согласно исследованиям, частота поражений ротовой полости при ГЭРБ варьирует от 5 до 69,4% [3]. В качестве проявлений стоматологического синдрома у больных ГЭРБ может диагностироваться кариес, халитоз, дентальные эрозии, появление которых обусловлено воздействием агрессивного желудочного содержимого. В редких случаях развивается афтозный стоматит [1].

Цель исследования изучить частоту проявления стоматологического синдрома у пациентов с диагнозом ГЭРБ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 человек, обратившихся за медицинской помощью в стоматологический кабинет по поводу заболеваний полости рта. Обследование пациентов на предмет наличия

ГЭРБ проводилось с помощью международного стандартизированного опросника Gerd-Q (AstraZeneka), стоматологический диагноз устанавливался стоматологом.

Результаты и обсуждения. С помощью опросника GERDQ было обследовано 100 пациентов, обратившихся к стоматологу по поводу заболеваний полости рта.

У 15 человек (15%) по результатам анкетирования была выявлена гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (сумма баллов 8 и более), в среднем 10 баллов. Средний возраст пациентов с ГЭРБ составил42 года. Основным диагнозом, у данных пациентов, являлось кариозное поражение зубов. Чаще всего отмечалось кариозное поражение моляровверхней челюсти № 26 (85,7%), № 16 (43%). Зубы нижней челюсти поражались значительно реже. Хронический пульпит моляра нижней челюсти (№ 46) был диагностирован у 1 пациента.

Хронический периодонтит в стадии обострения был выявлен у 2 пациентов. Случаев халитоза, афтозного стоматита зарегистрировано не было.

Впервые данная связь с ГЭРБ была озвучена в докладах Bodecker, Bargen и Austin, Holst и Lange, а ряд статей, как национальных, так и отечественных, предположили прямую связь между эрозиями зубов и гастроэзофагеальными нарушениями. Так авторы Watanabe M, Nakatani E, Yoshikawa H при проведении своего исследования, пришли к выводу о том, что эрозии зубов – одно из наиболее тяжелых патологий полости рта и один из основных экстрапищеводных симптомов ГЭРБ [4].

Если рассматривать патогенез стоматологического синдрома при ГЭРБ, то можно выделить основные аспекты: поступление желудочного содержимого в ротовую полость приводит к нарушению кислотно-щелочного равновесия с развитием ацидоза (в норме pH слюны – 6,5–7,5). При pH 6,2–6,0 слюна приобретает деминерализующие свойства. Происходит частичная очаговая деминерализация эмали зубов с образованием в них полостей (кариеса), а также с образованием эрозий твердых тканей зубов – эмали и дентина [2]. В 32,5% случаев поражаются верхние и нижние резцы. Процесс начинается на небных поверхностях верхнечелюстных зубов, которые относительно отдалены от крупных слюнных желез. На ранних стадиях нижние зубы не вовлекаются в процесс, так как язык обеспечивает некоторую защиту [3]. У больных ГЭРБ возможен кариес, развитие халитоза, дентальных эрозий. В редких случаях развивается афтозный стоматит [1].

Вследствие изменений физико-химических свойств слюны при ГЭРБ снижается колонизационная резистентность слизистой оболочки полости рта, что стимулирует рост ацидофильных Streptococcusmutans, котрый вносит значительный вклад в возникновение кариеса [3].

Выводы.

1. Чаще всего кариесом у пациентов с ГЭРБ поражались моляры верхней челюсти.
2. Кариозное поражение зубов, в особенности моляров верхней челюсти, может указывать врачу на наличие ГЭРБ.

3. Применение врачом-стоматологом опросника Gerd-Q способствует выявлению пациентов, нуждающихся в консультации гастроэнтеролога.

4. Лечение стоматологического синдрома требует междисциплинароного взаимодействия стоматолога и гастроэнтеролога с учетом всех факторов, обуславливающих его проявление.

Список литературы.

1. Ивашкин В.Т, Маев И.В, Трухманов А.С. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 2017 № 27

2. Костюкевич О.И. ’ Рылова А.К. ’ Рылова Н.В. и др. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский медицинский журнал. Гастроэнтерология. 2018 № 7. С 78-81.

3. Ersin NK, Onçağ O, Tümgör G, Aydoğdu S, HilmioğluS.Oral and Dental Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease in Children: A Preliminary Study // Pediatr Dent. 2006 № 28 (3).P. 279-84.

4. Watanabe M, Nakatani E, Yoshikawa H. Oral soft tissue disorders are associated with gastroesophageal reflux disease: retrospective study // BMC Gastroenterol. 2017№ ;17 (1):92. doi: 10.1186/s12876-017-0650-5.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Малахова А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней № 1

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мещерина Н.С.

Ревматоидный артрит (РА) является иммуновоспалительным заболеванием, широко распространенным в популяции, приводящим к выраженной утрате трудоспособности, ранней инвалидизации пациентов.

В последнее время особое внимание уделяется развитию коморбидной патологии, в особенности кардиоваскулярным осложнениям, таким как быстропрогрессирующее атеросклеротическое повреждение эндотелия сосудов, наличие которого позиционируется как прогностический фактор неблагоприятного прогноза у данной категории больных. Исходя из этого, актуальность исследования заключается в важности проведения дальнейших исследований иммуновоспалительного компонента механизма формирования эндотелиальной дисфункции для профилактики и своевременной коррекции кардиоваскулярного риска [1,3]

Целью данного исследования является проведение комплексной оценки функционального состояния эндотелия у пациентов с РА без кардиоваскулярных нарушений, а так же состояния сосудистой реактивности у

больных серопозитивным по РФ/АЦЦП РА, определение связей между особенностями течения РА и характеристиками эндотелиальной функции.

Материалы и методы исследования**:** работа проведена на основе результатов исследований, выполненных на клинической базе кафедры внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава Российской Федерации. В настоящем исследовании принимали участие 53 пациента РА, без коморбидной кардиоваскулярной патологии, в соответствии с классификационными критериям ACR/EULAR (2010), с продолжительностью заболевания от 6 месяцев до 5 лет, предоставившие письменное добровольное информированное согласие.

Из числа обследованных – 38 женщин и 17 мужчин, средний возраст которых составил 40 лет, средняя продолжительность заболевания – 26 месяцев. Активность заболевания по DAS28 была умеренной у 11, и высокой у 42 человек. Группу контроля составили 30 здоровых лиц, средний возраст которых составил 41 год (21 женщина и 9 мужчин).

Комплексная оценка эндотелиальной функции содержала проведение пробы с реактивной гиперемией на аппарате «Ангиоскан-01» согласно условиям по подготовке тестируемого и процедуре проведения исследований. Содержание исследования: производился анализ индекса окклюзии по амплитуде и сдвига фаз по каналам.

Результаты. При выполнении комплексной оценки вазомоторной функции эндотелия на микроциркуляторном и макроциркуляторном уровнях у больных ревматоидным артритом при отсутствии сопутствующих кардиоваскулярных осложнений, выявлены следующие данные. При проведении пробы с реактивной гиперемией у больных РА без кардиоваскулярной патологии, была определена приблизительно равная частота снижения постокклюзионной амплитуды сигнала (ПАС) в пределах 1,5-2,0 во всех когортах обследованных пациентов. Наиболее выраженное увеличение доли больных с ПАС менее 1,5 наблюдалось при РФ/АЦЦП-серопозитивным РА (47%) в сравнении с РФ/АЦЦП-серонегативным РА (17%).

Полученные результаты подтверждают наличие у больных РА вазомоторной эндотелиальной дисфункции, как в системе мелких резистивных сосудов (снижение индекса окклюзии по амплитуде), так и в более крупных мышечных артериях (уменьшение величины сдвига фаз между каналами) уже при начальных стадиях формирования заболевания, причем наиболее выраженные изменения наблюдались при длительном анамнезе РФ/АЦЦП-серопозитивного РА.

При проведении корреляционного анализа определены взаимосвязи между длительностью РА, индексом окклюзии по амплитуде ($r=-0,53$, $p=0,01$) и показателем сдвига фаз между каналами ($r=-0,42$, $p=0,022$); так же обратные зависимости между индексом окклюзии по амплитуде и DAS28 ($r=-0,68$, $p=0,01$), между величиной сдвига фаз между каналам и уровнем РФ ($r=-0,52$, $p=0,01$).

Подводя итог, необходимо отметить, что комплексная оценка функционального состояния эндотелия на микрососудистом и макрососудистом

уровнях, а так же структрурно-функциональных характеристик магистральных артерий в различных сосудистых бассейнах у больных РА важна не только с позиций исследования патогенеза развития кардиоваскулярных осложнений, но и в качестве инструмента регулирования эффективности терапии.

Выводы. Цель исследования – проведение комплексной оценки функционального состояния эндотелия у больных РА без кардиоваскулярных нарушений, определение связей между особенностями течения РА и характеристиками эндотелиальной дисфункции – была достигнута. У пациентов с ревматоидным артритом определяется вазомоторная дисфункция эндотелия в системе мелких резистивных сосудов (снижение индекса окклюзии по амплитуде) и в крупных мышечных артериях (уменьшение величины сдвига фаз между каналами), максимально выраженная при продолжительном течении РФ/АЦЦП- серопозитивного субтипа заболевания. При ревматоидном артрите в процессах индукции микрососудистой и макрососудистой дисфункции эндотелия патогенетическое значение имеет длительность и активность заболевания, серопозитивность по РФ/АЦЦП.

Пациентам с ревматоидным артритом без кардиоваскулярной патологии, начиная с первых стадий болезни (продолжительность менее 2-х лет), рекомендован обязательный комплексный анализ функционального состояния эндотелия с целью обнаружения доклинического повреждения сосудов. Применение в клинической практике АПК «Ангиоскан-01» является несложным неинвазивным методом оценки функционального состояния эндотелия, дающим возможность субклинически диагностировать атеросклеротические повреждения сосудистой стенки у лиц с РА [2,3].

Список литературы.

1. Арабидзе, Г.Г. Клиническая иммунология атеросклероза – от теории к практике / Г.Г. Арабидзе // Атеросклероз и дислипидемии. – 2013. – № 1. – С. 5-21.

2. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012 г.) // Рос. кардиол. журн. – 2013. – № 3, прил. 2. – 79 с.

3. Иммунные механизмы эндотелиальной дисфункции у больных кардиоваскулярной патологией, возможности фармакологической коррекции / под ред. Л.И. Князевой. – Курск, 2008. – 156 с.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА В НЕФРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Маркина Е.В., Аду Долапо Рут
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Безгин А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что интерстициальный нефрит (ИН) или тубулоинтерстициальный нефрит – гетерогенная группа неспецифических поражений канальцев и итерстиция почек с последующим распространение воспалительного процесса на все структуры почечной ткани инфекционного, аллергического и токсического генеза, характеризуется острым или хроническим течением. ИН чаще характеризуется транзиторным течением, обусловленным, прежде всего поражением тубулоинтерстициальной ткани вследствие гипоксии или отека интерстиция.

Однако у некоторых больных заболевание может иметь затяжной характер с уменьшением массы функционирующих канальцев и возникновением очагов склероза, некроза и развитием хронической почечной недостаточности. Общая частота ИН 0,7 на 100 000 населения. По статистическим данным пункционной нефробиопсии острый тубулоинтерстициальный нефрит (ОТИН) встречается в 2,3-9% случаях, а хронический тубулоинтерстициальный нефрит в 1,8-2,5% случаях.

Целью исследования является анализ распространенности ИН в нефрологическом стационаре БМУ «КОКБ», а также определение этиологических причин развития заболевания и его исходы.

Материалы и методы: Анализ историй болезней пациентов интерстициальным нефритом находившимися в нефрологическом отделении БМУ «КОКБ» в 2016-2017 гг. Критериями для анализа были выбраны: возраст, пол, этиологические факторы, форма заболевания и наличие почечной недостаточности (ПН). Анализ и обработка данных производились с помощью пакетов программ MS Excel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. Диагноз интерстициальный нефрит был верифицирован у 94 пациентов (46 в 2017г; 48 в 2016г.). Возраст больных составлял 56,37±1,21 года. Женщин было – 58 (61,70%), мужчин – 36 (38,30%).

Анализ формы заболевания показал, что острый интерстициальный нефрит встречается намного чаще (64,89%), нежели хронический (34,02%). Анализ этиологических факторов возникновения интерстициального нефрита за 2017 год показал, что острый интерстициальный нефрит возник в результате действия таких факторов, как токсико-аллергическое действие антибактериальных лекарственных препаратов группы аминогликозидов, цефалоспоринов, фторхинолонов (23 пациента, 41,18%), вследствие токсико-аллергического действия нестероидных противовоспалительных средств (16 пациентов 38,24%), после отравления алкоголем (7 пациентов, 20,59%) (рисунок 1). В свою очередь хронический интерстициальный нефрит был

вызван в 70,0% токсическим воздействием нестероидных противовоспалительных средств, и в 30% случаев вызван сахарным диабетом.

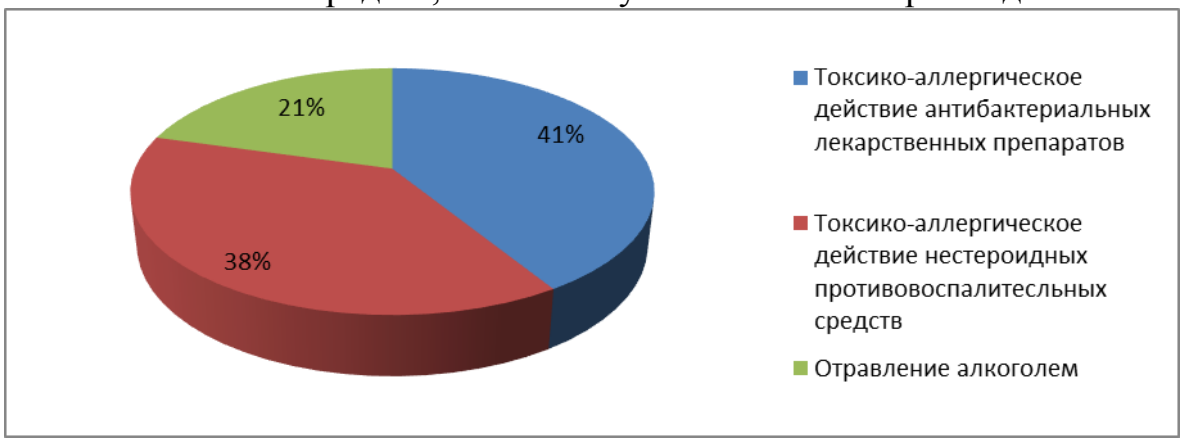


Рисунок 1. Этиологические факторы причин возникновения острого интерстициального нефрита

Исходом острого интерстициального нефрита за 2017 год у 29 больных, была полная клинико-лабораторная ремиссия с выздоровлением. В меньших случаях (11 пациентов) заболевание приобрело хроническое течение, показатели СКФ оставались в пределах 60-90 мл/мин/1,73 м^2, наблюдались стабильные изменения в моче и в 2 случаях железодефицитная анемия. В случае остальных 7 пациентов, функциональная способность почек не восстановилась, СКФ равнялось 37±5,4 мл/мин/1,73 м^2 и заболевание приобрело прогрессирующих характер, что в 3 случаях потребовало применения программного гемодиализа (рисунок 2).

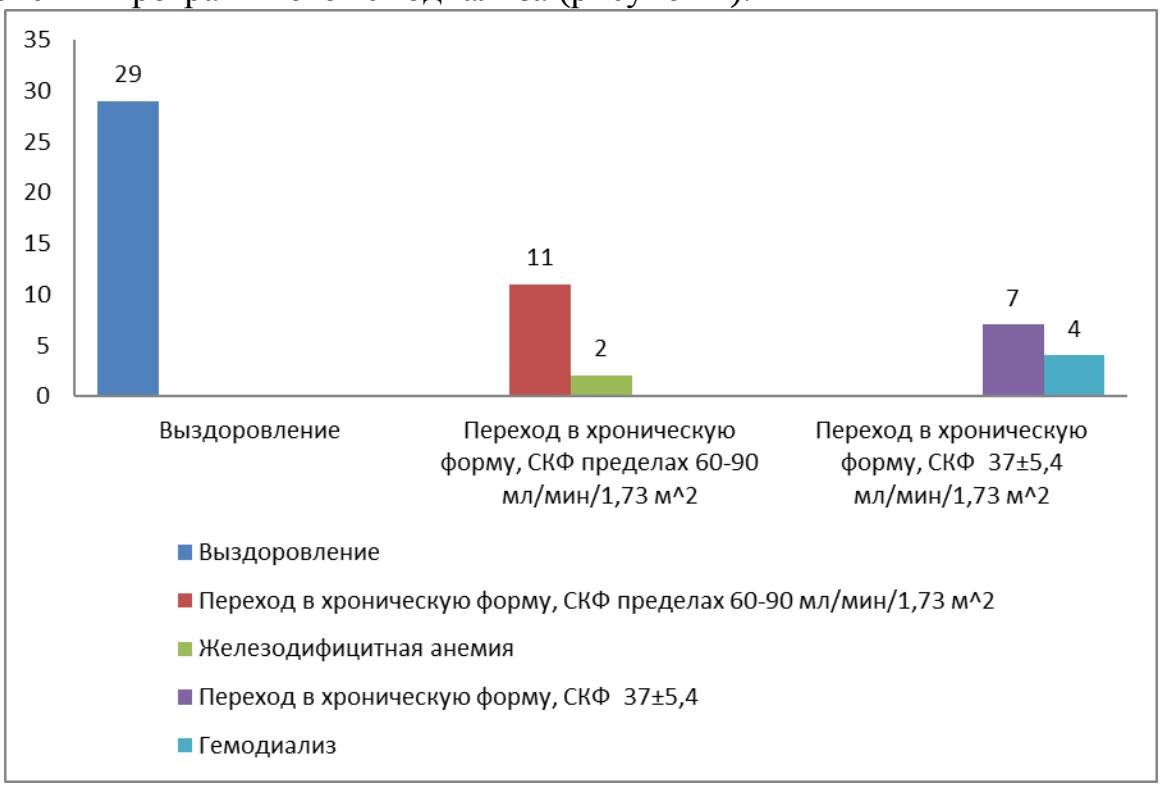


Рисунок 2. Исходы острого интерстициального нефрита

Выводы. По данным показателям можно сделать вывод, что женщины болеют ИН чаще мужчин независимо от возраста. Проанализировав течение заболевания было выяснено, что ИН является серьезным заболеванием, которое развивается во многих случаях вследствие токсико-аллергического действия антибактериальных препаратов, в случае для острого интерстициального нефрита, и нестероидных противовоспалительных средств в случае для хронического интерстициального нефрита. Заболевание имеет разнообразное течение, а у 35% больных формируется хроническое заболевания.

Список литературы.

1. Батюшин М.М., Дмитриева О., Терентьев В.П. Роль анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии интерстициальных поражений почек // Нефрология и диализ. 2006. № 3. С. 239-244.

2. Батюшин М.М., Мационис А.Э., Повилайтите П.Е. и соавт. Клиникоморфологический анализ лекарственных поражений почек при терапиинестероидными противовоспалительными препаратами // Нефрология и диализ. 2009. № 1. С. 44-49.

3. Сигитова О.Н., Архипов Е.В. Тубулоинтерстициальный нефрит // Вестник современной клинической медицины. 2010. № 3. С. 45-49.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Мелихова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней № 1

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Яковенко Л.В.

Актуальность исследования заключается в высоком уровне негативного влияния спондилоартритов на качество жизни заболевших людей. Это поражающие почти все возрастные группы, хронические, постепенно прогрессирующие заболевания, с выраженной функциональной недостаточностью, приводящей к ранней инвалидизации в связи с поздней диагностикой, а, соответственно, и поздним началом терапии [2,3]. Спондилоартриты – группа системных воспалительных заболеваний, для которых характерно вовлечение в воспалительный процесс крестцово-подвздошных сочленений, позвоночника, наличие периферического моно- или олигоартрита, развитие энтезитов, серонегативность по ревматоидному фактору, семейные случаи заболевания, ассоциация с HLA B27-антигеном [1].

Целью исследования является анализ распространённости и выявление нозологической структуры спондилоартритов.

Методы и материалы исследования: проведён анализ 2271 истории болезни ревматологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» за период 2016-2018 года.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распространённость и нозологическая структура спондилоартритов

	2016		2017		2018	
	Абсолют. Число	Относит. число,%	Абсолют. число	Относит. число,%	Абсолют. число	Относит. число,%
Общее количество историй болезни ревма-тологичес-кого отде-ления	753		780		738	
Историй бо-лезни со спондилоар-тритом:	159	21	193	24,7	190	25,7
мужчин	92	57,9	99	51,2	97	51
женщин	67	42,1	94	48,8	93	49
до 40 лет	63	39,6	74	38,3	71	37,4
от 41 года	96	59,4	119	61,7	119	62,6
Историй бо-лезни с ан-килозирую-щим спон-дилитом:	130	81,8	162	83,9	161	84,7
до 40 лет	53	40,8	63	39	62	38,5
от 41 года	77	59,2	99	61	99	61,5
Историй бо-лезни с псориати-ческим артритом:	29	18,2	31	16,1	29	15,3
до 40 лет	10	34,5	11	35,5	9	30,1

от 41 года	19	65,5	20	64,5	20	69,9

По данным таблицы, отмечается тенденция роста спондилоартритов (в 2016 году – 21%, в 2017 – 24,7%, в 2018 – 25,7%). Заболевают чаще лица старше 40 лет (2016 год – 59,4%, 2017 – 61,7%, 2018 – 62,6%), мужского пола (2016 год – 57,9%, 2017 – 51,2%, 2018 – 51%) (диаграмма 1). Также обнаружено, что распространённость анкилозирующего спондилоартрита выше, чем псориатического артрита почти в 4 раза (диаграмма 2).

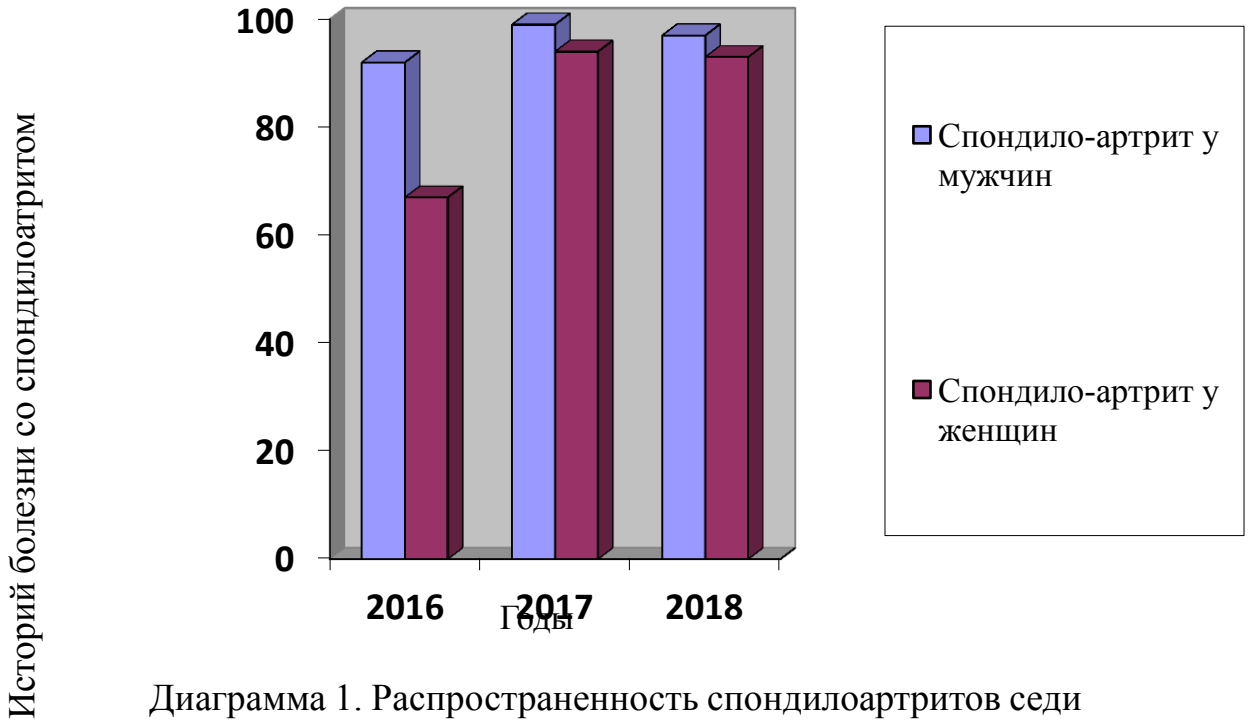


Диаграмма 1. Распространенность спондилоартритов седи мужчин и женщин

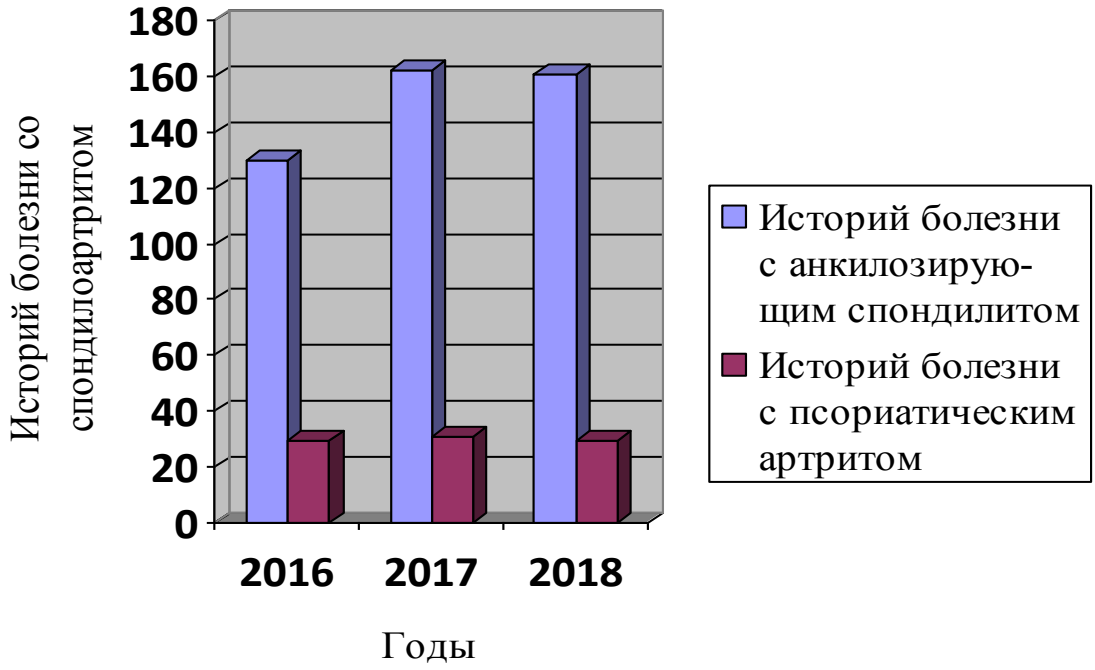


Диаграмма 2. Структура спондилоартритов

Выводы. В результате проведенного анализа был выявлен рост спондилоартритов, что связано с совершенствованием методов диагностики, позволяющих выявить заболевание на раннем этапе, назначить своевременное лечение, а, соответственно, отсрочить раннюю инвалидизацию и сохранить удовлетворительное качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Злобина, Т.И., Колягин, А.Н. Ранняя диагностика спондилоартритов/ Т.И. Злобина, А.Н. Колягин// Сибирский медицинский журнал. 2016. № 7. С.47-51.

2. Беневоленская, Л.И., Бржезовский, М.М. Эпидемиология ревматических болезней/ Л.И.Беневоленская, М.М.Бржезов-ский// Медицина. М. 2017. 238 с.

3. Карлова, О.Г. Факторы риска развития и прогрессирования спондилоартрита/ О.Г. Карлова//Научно-практическая ревматология. 2017. № 4. С.14-16.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Милицкая М.А., Белых А.Л.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мансимова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что заболевания сердечно-сосудистой системы в современном мире занимают лидирующее положение по данным Всемирной Организации Здравоохранения именно болезни органов кровообращения, а именно осложнения от ИБС – инфаркт миокарда – является главной причиной смерти населения [2]. Патологии ССС имеют множество осложнений. В частности, в данной работе идет речь о таком осложнении мерцательной аритмии, как кровотечение. Весомое количество факторов может привести данному осложнению, которое в свою очередь без своевременной помощи может привести к гибели пациента [1]. При мерцательной аритмии снижается толерантность к физической нагрузке, нарастает сердечная недостаточность, в 5-7 раз увеличивается риск тромбоэмболических осложнений, частота которых достигает 4,2-7,2%, которые в свою очередь могут привести к возникновению инсульта. В данном случае назначаются антикоагулятны, которые в свою очередь и могут увеличить риск к возникновения кровотечения. Такое осложнение мерцательной аритмии, как кровотечение, в частности в головной мозг, встречается более 5% у пациентов в первый год от начала антикоагулянтной терапии. Профилактикой повышенной кровоточивости является регулярный контроль МНО (не менее раза в месяц) со своевременной коррекцией дозы антикоагулянта. Общая смертность у больных МА составляет от 2,9% до 4,2% [3].

Целью данной работы является изучение причин, увеличивающих риск возникновения кровотечений, у больных с мерцательной аритмией, находящихся на стационарном лечении НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»».

Материалы и методы: по анкете со шкалой HAS-BLED был проведен опрос больных с диагнозом мерцательная аритмия терапевтического отделений НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»».

Результаты и обсуждение. Шкала HAS-BLED – это простой и надежный клинический инструмент для оценки риска большого кровотечения в течение 1 года. Под большим кровотечением подразумевается: любое интракраниальное кровоизлияние, кровотечение, требующее госпитализации, или сопровождающееся снижением гемоглобина >2 г/л, или требующее гемотрансфузии. По данной шкале, если пациент имеет сумму баллов равную 3 и больше 3, то регистрируется риск возникновения кровотечения. Больные с высоким риском кровотечения должны проходить регулярное клиническое обследование после начала пероральной антикоагулянтной терапии.

В анкетировании приняли участие 30 пациентов. После проведения анализа анкет были получены следующие результаты [4]

Таблица 1. Распределение пациентов по полу

	Абсолютное число	Относительное число
Мужчины	19	63%
Женщины	11	37%
Всего	30	100%

Проанализировав данные таблиц можно сделать ряд выводов. Из данных таблицы 1 следует, что из выборки в 30 человек 63% мужчин, можно сделать вывод, что мерцательной аритмией чаще страдают именно мужчины, нежели женщины.

Таблица 2. Распределение мужчин и женщин по возрастным группам

Возрастные промежутки	Число			
	Мужчины		Женщины	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
29-40	2	11%	–	–
41-50	2	11%	–	–
51-60	6	31%	–	–
61-70	2	11%	6	55%
71-80	5	25%	3	27%
81-90	2	11%	2	18%
Всего	19	100%	11	100%

Из таблицы 2 можно сделать вывод что данным заболеванием чаще страдают лица в возрасте от 61 до 81 года. А если данный показатель рассматривать со стороны пола, то среди мужчин чаще страдают мерцательной аритмией в возрасте от 51 до 60 лет, чуть меньше от 71 до 80. Однако если рассматривать женщин, то данное заболевание чаще всего встречаются в возрасте от 61 до 70 лет.

Таблица 3. Количество человек с определенным баллом в своей возрастной категории

Возрастные промежутки	< 3 балло		3 и > баллов	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Мужчины	10	33%	9	30%
Женщины	5	16,7%	6	20%

Итак, по шкале HAS-BLED риск кровотечения при мерцательной аритмии регистрируется при сумме баллов равной 3 или выше. Из 30 опрошенных пациентов оказалось, что риск возникновения кровотечения имеют 15 больных, то есть 50%. Среди них в возрастном промежутке от 29 лет до 90 лет было обнаружено 9 пациентов сумма баллов которых была равна 3- среди них 5 мужчин, 4 женщины ; 3 пациента с суммой баллов -4 – среди них 3 мужчины, 1 женщина; 2 пациента – с 5 баллами – среди них 1 мужчина и 1 женщина; 1 с суммой баллов 6 – он является мужчиной. Если же рассматривать

по возрастным группам, то среди мужчин чаще болеют лица в промежутке от 51 до 60 лет, а женщины от 61 до 70 лет. Можно сделать вывод, что риском кровотечения в большей степени обладают лица мужского пола, находящиеся в возрастной рамке от 50 лет до 80. Женщины менее склонны к такому осложнению мерцательной аритмии как кровотечение. Пациенты до 50 и старше 90 лет имеют меньший риск возникновения кровотечения.

Список литературы

1. Белялов Ф.И. Аритмии сердца. М.: медицинская литература, 2015. 250 с.
2. Колбин А.С., Татарский Б.А., Бисерова И.Н. и др. Социально-экономическое бремя мерцательной аритмии в Российской Федерации // Клиническая фармакология и терапия. 2010. № 19 (4).С. 68-70.
3. Оксенойт Г.К., Никитина, Агеева Л.И., и др. Здравоохранение в России/ М.: медицина, 2018.170 с.
4. Шкала HAS- BLED [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.cardioneurology.ru (дата обращения 03.03.2019).

СТАДИРОВАНИЕ РАКА ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ КТ

Минакова И.Г., Головачева А.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов И.С.

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что рак легкого является важной научной и социальной проблемой. Смертность от злокачественных новообразований стоит на II месте по частоте причин летальности в РФ. В структуре смертности от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов и легких (17,3%). За 2017 г. в Российской Федерации выявлено 617 177 первичных случаев онкологических патологий. Прирост данного показателя по сравнению с 2016 г. составил 3,0%. Рак легкого занимает третье место (10,1%) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями [2].

Целью исследования явился анализ структуры заболеваемости раком легкого по данным КТ.

Материалы и методы: проанализированы результаты КТ-исследований 30 пациентов, проходивших обследование в ОБУЗ «Медвенская ЦРБ» в 2018 году. Возраст пациентов составил от 45 до 89 лет, что демонстрирует и раннюю, и позднюю манифестацию опухолевого процесса. В исследование было включено: 21 (70%) пациент мужского пола и 9 (30%) пациентов женского пола. У всех пациентов оценивался следующий ряд критериев: локализация первичной опухоли, её размеры и отношение к бронхам, регионарная лимфаденопатия, наличие или отсутствие отдалённых метастазов, которые

позволили определить стадию ракового процесса. Стадирование рака легкого производилось по международной системе TNM [1,3].

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования было выявлено, что наибольшее распространение в исследуемой группе получила IA стадия (T_{1a} N_0 M_0, T_{1b} N_0 M_0) опухолевого процесса, означающая наличие только первичной опухоли размером не более 3 см – 13 человек – (43,3%); IV стадия ($T_{\text{любая}}$ $N_{\text{любая}}$ $M_{1a,b}$) – 7 (23,3%); IIA (T_{1a} N_1 M_0, T_{2a} N_1 M_0) – 4 (13,3%); IIB (T_{2b} N_1 M_0) стадия – 2 (6,67%), T_x $N_{0\text{-}1}M_0$ – 2 (6,67%), IB– 1 человек-3,3%; IIIA –1 человек– 3,3%. Результаты исследования представлены в диаграмме 1.

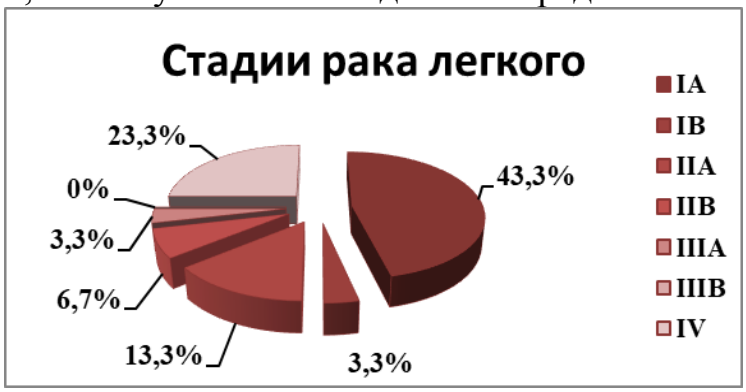


Диаграмма 1. Структура стадирования рака легкого по системе TNM (n=30)

Согласно клинико-морфологической классификации было выявлено, что периферический рак встречался чаще центрального и диагностирован у 22 человек (73,3%), у 5 человек (16,7%) – центральный рак легкого, у 3 (10%) имели место метастатические процессы в легких, без достаточного количества данных для оценки первичной опухоли.

Наиболее часто раковый процесс поражал правое легкое 20 пациентов (66,7%), реже левое 10 (33,3%), из них у 2 человек (10%) отмечалось одновременное поражение обоих легких, которое носило диссеминированный характер очаговых изменений.

Было выявлено, что онкологический процесс чаще поражал верхнюю 17 человек долю (56%), реже нижнюю долю 10 человек (33,3%).

В 12 случаях (40%) отмечалась внутригрудная лимфаденопатия. Чаще всего поражались паратрахеальные, бифуркационные, трахеобронхиальные, бронхопульмональные лимфатические узлы. Реагируя на протекающий первичный опухолевый процесс, лимфатические узлы могут увеличиваться до самых разных размеров. В 10 случаях (83,33%) лимфоузлы достигали размера до 15 мм, лишь у 2 человек (16,67%) пациентов наблюдалось увеличение до 20-25 мм.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что наиболее часто рак легкого выявлялся на ранней стадии заболевания (IA стадия, 43,3%). Однако доля позднего выявления опухолевого поражения также остаётся высокой (IV стадия, 23,3%). Исходя из этого, проблемы ранней диагностики рака легкого остаются актуальными и требуют проведения

дальнейших исследований, направленных на оптимизацию алгоритмов и технологий скрининга первичной опухоли.

Список литературы.

1. Виттекинд, Ч. TNM атлас: Иллюстрированное руководство по TNM классификации злокачественных новообразований / Ч. Виттекинд, Х. Асамура, Л.Х. Собин. – М.: Издательство Панфилова, 2017. – 389 с.

2. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. – 250 с.

3. Клинические рекомендации "Рак легкого" [электронный ресурс] / М. : Ассоциация онкологов России, 2017. – 42 с. – Режим доступа: http://oncology-association.ru/docs/clinical-guidelines-new/rak_legkogo.pdf

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Миненков Н.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н, ассистент Хлебодарова Е.В.

Будучи открытой Ж.Крувелье еще в 1856 году, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки по сей день привлекает внимание исследователей гастроэнтерологических патологий. Актуальность изучения экзогенных факторов риска развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обусловлена её патогенетической гетерогенностью и сохраняющейся на высоком уровне частотой и распространённостью среди населения всего мира [4, 7]. Так, например, язвенной болезнью по данным мировой статистики страдает около 10-12% взрослого трудоспособного населения в возрасте от 20 до 50 лет, что делает данную проблему ещё и социально значимой. Заболеваемость язвенной болезнью в Курской области в 2017 году составила 1,144% (12846 больных на 1 122 893 населения) [1].

Целью данного исследования является изучение экзогенных факторов риска, которые могут выступать в роли триггеров для возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди населения Курской области.

Материалы и методы: были проанализированы истории болезни 30 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в Курской областной клинической больнице с января по декабрь 2018 года. Были взяты во внимание следующие этиологические факторы возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: H.Pylori, нервно-психическое перенапряжение, алиментарные факторы,

табакокурение, злоупотребление алкоголем, применение ульцерогенных лекарственных средств, производственные вредности, травмы и заболевания головного мозга. Для обработки полученных данных был использован Microsoft Office Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В исследуемую группу были включены 21 мужчина (70%) и 9 женщин (30%).Из 30 больных, у 20 (66,6%) была обнаружена Helicobacter pylori-ассоциированная язвенная болезнь, среди них 14 мужчин (70%) и 6 женщин (30%).

При анализе данных на наличие нервно-психического перенапряжения был получен результат у 16 больных из 30 (53,3%), данный фактор риска присутствовал у 9 мужчин (56,25%) и у 7 женщин (43,75%).

Среди исследуемых было выявлено 23 пациента (76,6%): 17 мужчин (73,9%), 6 женщин (26,1%) с алиментарными факторами риска развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Табакокурение было выявлено у 16 исследуемых (53,3%): 15мужчин (93,75%) и 1 женщины (6,25%).

Злоупотребляют алкоголем 8 больных мужского пола (26,6%). Употребление ульцерогенных лекарственных препаратов (НПВС ассоциированная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) было выявлено у 10 больных (33,3%): 6 мужчин (60%) и 4 женщины (40%). Распространённость производственных вредностей среди исследуемых составила 6 человек мужского пола (20%). Среди больных травмы и заболевания головного мозга отмечались у 10мужчин (33,3%).

Анализ пациентов показал, что полученные данные полностью согласуются с ведущими тенденциями, характерными для эпидемиологической картины язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [4]. В связи с чем можно сделать следующие Выводы. на основании сравнительного анализа полученных данных можно сделать вывод о том, что заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки выше у мужчин (70%),чем у женщин (30%); к преобладающим факторам риска стоит отнести: алиментарные (76,6%), Helicobacter pylori (66,88%),нервно-психическое перенапряжение (53,3%),табакокурение (53,3%); к второстепенным факторам развития язвенной болезни относятся: применение ульцерогенных лекарственных средств (33,3%), травмы, заболевания головного мозга (33,3%),злоупотребление алкоголем (26,6%), производственные вредности (20%).

Список литературы.

1. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. 2018 : Статистические материалы / Ред. колл.: А.В.Поликарпов, Г.А.Александрова и др. – М. : Минздрав РФ, 2018. – 103 с.

2. Бакумов П. А., Зернюкова Е. А., Козыренко Ю. В., Ковальская Е. Н., Кочетова Е. И. Влияние профессионально-производственных факторов на органы пищеварения // Лекарственный вестник. – 2017. - № 2. – С. 40-51.

3. Джарбусынова Б. Б. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии // Вестник КазНМУ. – 2014. - № 4. – С. 112-118.

4. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А. С., Лапина Т. Л., Бурков С.Г., Калинин А.В., Ткачев А.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 26 (6):40-54 DOI: 10.22416/1382-4376-2016-6-32-39.

5. Краевский Е. В. Язвенная болезнь : Учебное пособие. – СПб. : Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, 2015. – 50 с.

6. Трухан Д. И. Гастроэнтерология : Учебное пособие для студентов медицинских вузов / Д.И. Трухан, И.А. Викторова. – СПб. : «СпецЛит», 2012. - 280 с. – (Внутренние болезни (СпецЛит)).

7. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения // Клиническая медицина. – 2012. -№ 8. – С. 11-18.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЁМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ АУТОИММУНОГО ТИРЕОИДИТА

Мироненко Е. С.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., доцент Калинин А.Л.;
Васюхина И.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время гипотиреоз занимает одно из главенствующих мест среди самых распространенных заболеваний щитовидной железы. При данной патологии наблюдается дефицит тиреоидных гормонов, который в результате приводит к угнетению метаболизма с вовлечением в патологический процесс всего организма, в том числе нервной системы с развитием неврологических и когнитивных нарушений.

Аутоиммунный тиреоидит является одним из освновых предрасполагающих факторов к появлению гипотиреоза.

В своем развитии аутоиммунный тиреоидит проходит следующие фазы:

1. Эутиреоидная фаза заболевания. Может продолжаться длительно. Эта фаза протекает без нарушения функции щитовидной железы

2. Субклиническая фаза. В случае прогрессирования заболевания, массовая агрессия Т–лимфоцитов приводит к разрушению клеток щитовидной железы и снижению количества тиреоидных гормонов. За счет увеличения

продукции тиреотропного гормона (ТТГ), который избыточно стимулирует щитовидную железу, организму удается сохранить в норме выработку Т4.

3. Тиреотоксическая фаза. В результате нарастания агрессии Т-лимфоцитов и повреждения клеток щитовидной железы происходит освобождение в кровь имеющихся тиреоидных гормонов и развитие тиреотоксикоза. Кроме того, в кровяное русло попадает разрушенные части внутренних структур фолликулярных клеток, которые провоцируют дальнейшую выработку антител к клеткам щитовидной железы.

4. Гипотиреоидная фаза. Продолжается около года, после чего обычно происходит восстановление функции щитовидной железы. Иногда гипотиреоз остается стойким [1].

В основе консервативного лечения гипотиреоза лежит заместительная гормонотерапия, которая включает в себя назначение тироксина, трийодтиронина, тиреоидина в виде лекарственных препаратов.

Целью исследования является изучение динамки объема щитовидной железы во время длительного консервативного лечения.

Материалы и методы: для данного исследования использовались УЗИ из медицинских карт 22 стационарных пациентов ГУЗ "Республиканского научно-практическом центра радиационной медицины и экологии человека", которые были избраны методом случайной выборки. В анамнезе данных пациентов был поставлен диагноз аутоиммунного тиреоидита с гипотиреозом. По итогу исследования была произведена статистическая обработка и сравнительный анализ данных.

Результаты и обсуждения. В результате интерпретации полученных данных было выявлено, что вся выборка, состоящая из 22 человек, представлена женским полом на 100%. Средний возраст пациенток составил 42,2 года.

У всей выборки пациентов при первичном обращении к врачу-эндокринологу было выявлено значительное отклонение в содержании тиреотропного гормона (ТТГ) от нормы в сторону повышения. Нормальное значение содержания ТТГ в крови для данной лаборатории составляет 0,35-4,94 мЕд/л. В среднем значения ТТГ были равны 14,28 мЕд/л.

Также все жаловались на: выпадение волос, увеличение массы тела при сниженном аппетите, снижение работоспособности и быстрая утомляемость, холодные руки и ноги, бледность кожных покровов, отеки ног, изменение голоса.

Всем пациенткам была назначена заместительная терапия в виде лекарственного препарата: «Эутирокс». В среднем, по прошествии 6-ти месяцев показатели содержания ТТГ в крови уменьшились и стабилизировались в пределах нормального диапазона, что представлено в рисунке 1. Жалобы, которые беспокоили женщин до начала курса лечения либо снизились, либо вовсе отсутствовали.

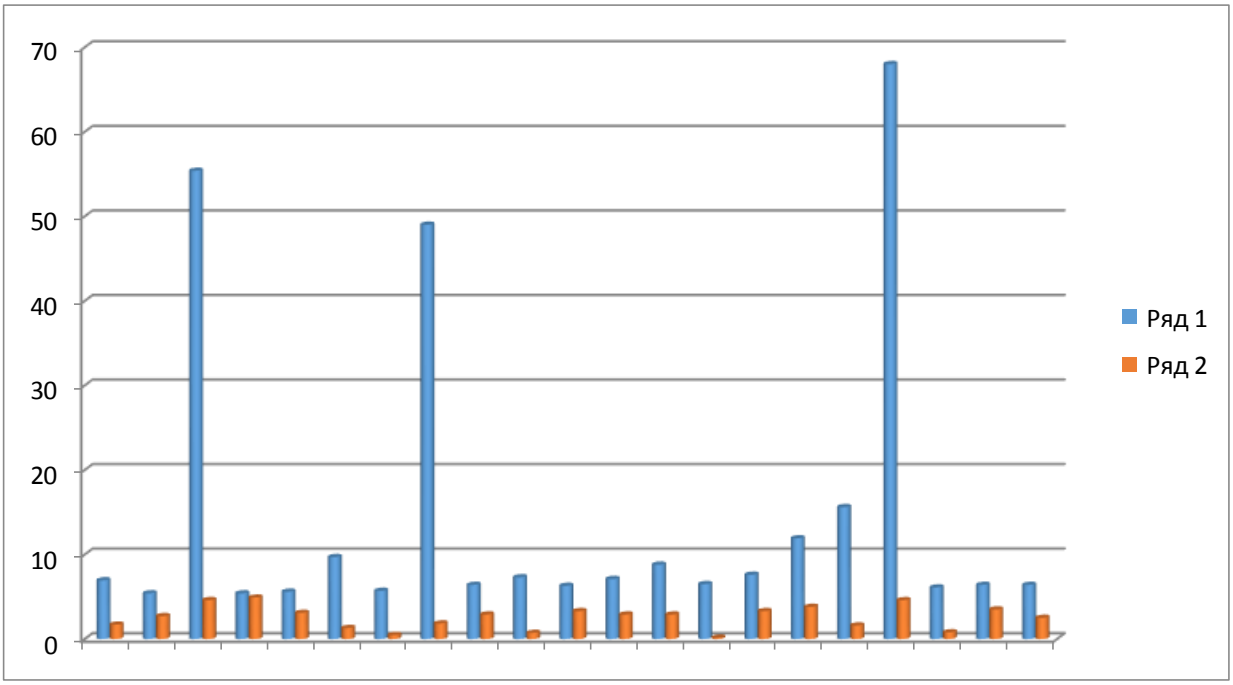


Рисунок 1. Результат заместительной терапии «Эутироксом»

Анализ динамики объема щитовидной железы на УЗИ был произведен за период с 2014 по 2019 гг. По результатам данного исследования выявлено, что у выборки в 100% случаев наблюдается постепенная атрофия щитовидной железы (рисунок номер 2). Нормальными показателями объёма ЩЖ является 7,88 – 16,00 см^3. В среднем за 5 лет объём щитовидной железы уменьшился на 68,3%.

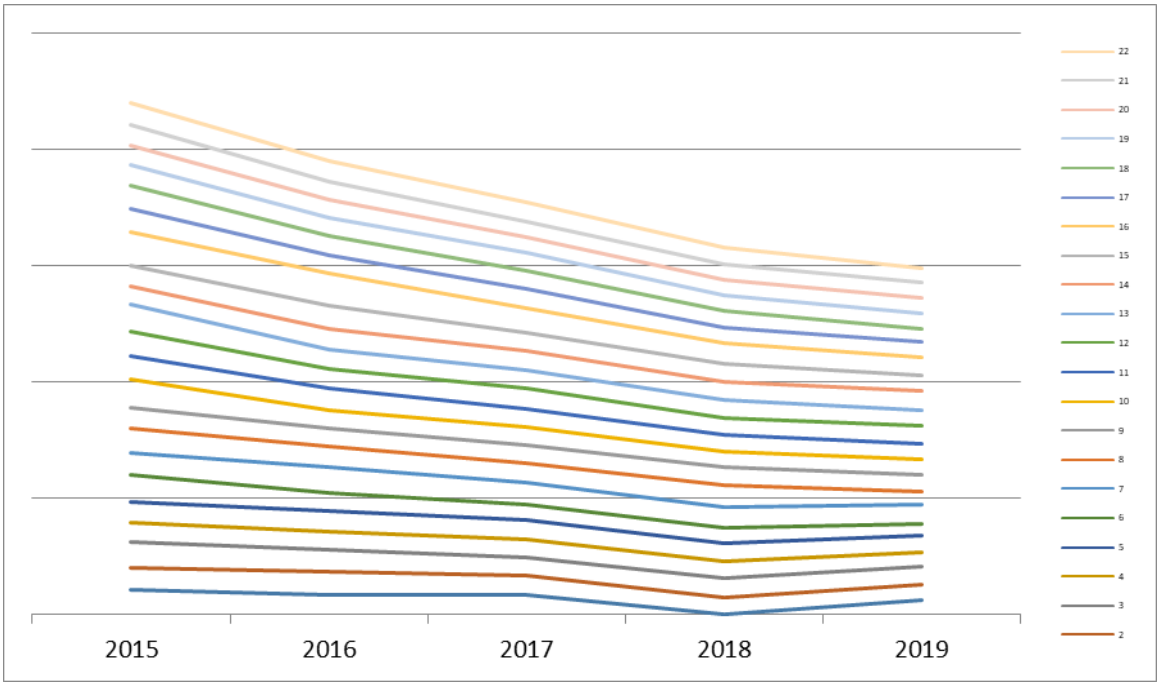


Рисунок 2. Регрессия объёма ЩЖ за период 2012-2019 года по данным УЗИ

Выводы. По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что заместительная гормональная терапия в качестве подхода к лечению гипотиреоза существенно помогает улучшить качество жизни пациента благодаря стабилизации количества гормонов в пределах нормы, однако при таком лечении щитовидная железа уменьшается в размерах и атрофируется. Что приводит к снижению её функциональных возможностей.

Список литературы.

1. Дедов И.И. /Клиническая эндокринология / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев.// М.: Медицина. – 2007. – с.
2. Холодова Е.А. /Клиническая эндокринология / Холодова Е.А.// М.: Медицина. – 2011. – 123-133с.
3. Потемкин В.В. / Эндокринология / В.В. Потемкин // М.: Медицина. – 1999. – С. 160

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Миронова М.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Степченко М.А.

Актуальность исследования определяется тем, что сердечно - сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти лиц, как трудоспособного возраста, так и лиц пожилого и старческого возраста во многих странах мира, включая Европу, Америку и Россию. Это особенно касается стабильной ишемической болезни сердца. По данным некоторых исследований, 20% смертей в Европе и 29% в России были следствием развития и прогрессирования этого заболевания. Стабильная стенокардия напряжения – одна из самых частых форм ишемической болезни сердца [1,2,3]. Поэтому, согласно последним рекомендациям ЕОК, перед врачом наряду с лечением этого заболевания, ставится задача повышения качества жизни больных, что будет способствовать улучшению прогноза и предупреждению развития осложнений.

Цели исследования. Изучить качество жизни пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и определить факторы, влияющие на него.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 50 больных со стабильной формой ишемической болезни сердца, проходивших лечение в кардиологическом отделении Бюджетного медицинского учреждения «Курской областной клинической больницы» с декабря 2018 года по февраль 2019 года, имевших стабильную стенокардию напряжения I - IV ФК, подтвержденную клинически и инструментально. Средний возраст исследуемых составил 61±18 лет.

Информация о качестве жизни больных собиралась с использованием специального опросника HeartQol при непосредственном общении с пациентами. Оценивались следующие показатели: непосредственно само качество жизни, связанное со здоровьем, а также физическое и эмоциональное состояние больных. Результаты были обработаны с помощью программы Microsoft Excel 2010. Различия трактовались как достоверные при $p<0,05$.

Результаты. При проведении анализа данных было установлено, что в группе исследуемых 68% имеют средний уровень качества жизни, 56% обладают хорошим физическим состоянием, а эмоциональный фон у 44% больных является стабильно положительным.

В группе больных со стабильной ишемической болезнью сердца, имевших инфаркт миокарда в анамнезе, высокое значение КЖ имеют 50% исследуемых, однако уровень эмоционального и физического состояния является средним (50% и 75% соответственно). В группе больных с проведенной реваскуляризацией миокарда уровень КЖ является средним (58%), как и физическое состояние (50%). Однако примечательно то, что здесь нет пациентов с низким КЖ и эмоциональным фоном.

При обработке данных с учетом возраста пациентов было получено, что в самой многочисленной возрастной группе 45-65 лет из числа всех исследуемых (58%) уровень КЖ является средним, как и физическое состояние (55% и 48% соответственно), но показатель эмоциональной удовлетворенности больных является высоким (38%). Однако здесь обращает на себя внимание равное количество пациентов с низким и стабильно положительным эмоциональным фоном (31%). В возрасте 66-75 лет большинство имеет среднее значение КЖ и физического состояния (60% и 70% соответственно), однако 50% исследуемых обладают высоким уровнем эмоциональной составляющей качества жизни, а 50% - средним (здесь нет низкого значения). У пациентов в возрасте 76-81 год, 82% имеют среднее значение КЖ и 12% - высокое, низкий показатель физического состояния присутствует у 64% исследуемых, только 9% обладают высоким и 27% - средним. Эмоциональное состояние в этой группе находится на среднем уровне среди 73% больных, 18% - имеют высокое значение, а 9% - низкое.

Выводы. таким образом, в результате исследования было обнаружено, что качество жизни больных со стабильной ишемической болезнью сердца зависит от возраста и находится на хорошем среднем уровне.

Список литературы.

1. Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Соколова Ю.Н. и др. Новый европейский опросник HeartQol для оценки качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. 2016. № 8. С.66-72.

2. Скворцов Ю.И., Скворцов В.В., Тумаренко А.В. и др. Актуальные вопросы диагностики и медикаментозной терапии стабильной стенокардии напряжения // Русский медицинский журнал. 2009. № 18. С.1101-1110.

3. Oldridge N., Höfer S., McGee H. on behalf of the study participants. The HeartQol: Part II. Validation of a new core health - related quality of life

questionnaire for patients with is chemical heart disease // European Journal of Preventive Cardiology. 2014. Vol. 21 (1): 98-106.

КОМПЛАЕНС К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Мосенкова А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель- к.м.н., ассистент Мальцева Г.И.

Проблема качественного лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по сей день остается актуальной. Фибрилляция предсердий (ФП) является самой частой формой тахиаритмий и встречается у 1-2% взрослых [1,2]. ФП является одной из ведущих причин смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которая требует к себе пристального внимания и скрупулезного отношения, как со стороны врача, так и со стороны пациента. Из этого следует, что тщательно подобранное лечение является гарантом благоприятного исхода заболевания и высокого качества жизни больного.

Цель исследования: оценить приверженность (комплаенс) к антикоагулянтной терапии, предшествовавшей госпитализации и определить наиболее значимые факторы приверженности у пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение с диагнозом «фибрилляция предсердий».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте от 30 до 99 лет (63,2±10,2), находившиеся на лечении в кардиологическом отделении БМУ КОКБ, в октябре-декабре 2018 года. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли больные, принимавшие антикоагулянтную терапию (АКТ) (n=28). Во вторую группу были включены пациенты, не принимающие АКТ (n=32). Для изучения комплаенса пациентов к АКТ использовали тест Мориски-Грина [3,4], состоящий из четырех вопросов (шкала комплаентности). Также был проведен сбор клинико-анамнестических данных для определения наиболее существенных факторов приверженности. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было установлено, что по результатам опросника Мориски-Грина больше половины пациентов (n=32, 53,3%) оказались не привержены к АКТ (набрали 0-1 балл). У 28 пациентов (46,7%), из участвовавших в исследовании, приверженность к данному виду терапии была удовлетворительная (2-3 балла по результатам теста). Ни один из пациентов в данной выборке по данным опросника не показал результат соотносимый с хорошим (4 балла).

При более детальном рассмотрении первой группы пациентов, 28 человек (100%) ответили, что придерживаются медикаментозной терапии в соответствии с врачебными рекомендациями.

При ретроспективном сборе данных, в частности, изучении амбулаторных карт больных, выяснилось, что всем пациентам была назначена АКТ. Однако, все представители второй исследуемой группы (n=32) заявили об избегании данных лекарственных препаратов по ряду причин.

Пациентам были заданы вопросы о возможных условиях плохой приверженности к АКТ. Среди наиболее распространенных были такие ответы, как высокая стоимость медикаментов (n=22), в основном это касается новых оральных антикоагулянтов (НОАК), забывчивость (пропуск приема препарата) (n=14), отсутствие видимого эффекта от АКТ (n=10), страх побочных эффектов и осложнений (n=10), боязнь полипрагмазии (n=4). (таблица1.)

Таблица 1. Факторы плохой приверженности к АКТ, по мнению опрошенных пациентов (n=60).

Факторы плохой приверженности	Количество пациентов (n)
Высокая стоимость медикаментов	22
Забывчивость	14
Отсутствие видимого эффекта от АКТ	10
Страх побочных эффектов и осложнений	10
Боязнь полипрагмазии	4

Выводы. Результаты проведенного нами исследования, продемонстрировали, что большинство пациентов с ФП (53,3%), госпитализированных в кардиологическое отделение, имеют неудовлетворительный комплаенс к АКТ, а 46,7%, по данным теста Мориски-Грина, показали удовлетворительную приверженность к данной терапии. Также согласно опросу, все врачебные рекомендации соблюдали 28 человек. Были выяснены факторы плохой приверженности к АКТ: высокая стоимость медикаментов, забывчивость, боязнь полипрагмазии, отсутствие видимого эффекта от АКТ, страх побочных эффектов и осложнений. Отсюда можно сделать заключение, что при личной уверенности пациентов в полном соблюдении всех рекомендаций, хороший комплаенс к АКТ отсутствует, что указывает на низкий стимул к лечению.

Список литературы

1. Кропачева Е.С. Панченко Е.П. Основы терапии антагонистами витамина К для практикующих врачей // Рус. мед.журн. – 2009. – Т.17.-№ 8. – С. 507–513.

2. Лукина, Ю.В. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации у пациентов с острым коронарным синдромом/ Ю.В. Лукина, М.Л. Гинзбург, В.П. Смирнов//Клиницист.-2012.-№ 2-С.41-49.

3. Хорев, Н.Г. Новые оральные антикоагулянты/Н.Г. Хорев, А.П. Момот, Д.А. Залозный// Тромбоз, гемостаз и реология.-2010.-№ 4.-С.31-47.
4. . Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence Med Care.- 1986.-№ 24.-С.67–74.

РЕТРОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Озеров А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Хардикова Е.М.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время одной из главных причин смертности работоспособного населения является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ишемическая болезнь сердца, по определению комиссии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представляет собой острую или хроническую дисфункцию, возникающую в результате абсолютного или относительного уменьшения снабжения миокарда артериальной кровью. Данная дисфункция чаще всего связана с патологическим процессом в системе коронарных артерий. Главным этиологическим фактором развития ИБС является стеноз коронарных артерий (КА) [1]. С возрастом частота данного заболевания увеличивается. Повышению качества и продолжительности жизни пациентов способствуют современные методы диагностики и лечения [2].

Целью исследования является ретроспективный анализ результатов коронароангиографии (КАГ) у больных со СИБС (по данным отделения плановой кардиологии БМУ КОКБ за 2018 год).

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 154 истории болезни пациентов с СИБС, госпитализированных в отделение плановой кардиологии БМУ КОКБ для проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств. Среди исследуемых больных мужчин 98 (%), женщин 56 (%). Средний возраст больных составил 57,3 ± 2,5 лет. Всем пациентам было проведено исследование биохимического анализа крови (липидный спектр, определялся уровень креатинина, мочевины). Из инструментальных методов исследования - ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрия. При проведении КАГ определялась степень облитерации просвета сосуда в процентах и отмечалась локализация стеноза относительно сегментов трёх магистральных артерий системы кровоснабжения миокарда. Результаты КАГ каждого пациента представляли в трех вариантах, соответствующих критериям гемодинамической значимости коронарного стеноза: менее 50%, 50-70% и

более 70% внутреннего диаметра артерии. Количество и тип поражения коронарных сосудов классифицировали по ACC/AHA.

Из 154 обследованных пациентов по результатам КАГ гемодинамически значимый стеноз коронарных артерий (сужение не менее 70% диаметра артерии) диагностирован у 113 человек (73,3%); стеноз коронарных артерий с обстукцией от 50 до 70% диаметра артерий – у 26 пациентов (16,8%); и отсутствие изменений в коронарных сосудах или стеноз менее 50% диаметра – у 15 обследуемых (9,9%).

В зависимости от распространенности поражения коронарного русла пациенты распределились следующим образом: однососудистое поражение – 61 человек (39,6%), двухсосудистое – 69 (44,8%), поражение трех эпикардиальных артерий – 24 (15,6%).

Таблица 1. Частота обнаружения гемодинамически значимых изменений в венечных артериях (%)

Поражаемая венечная артерия	ПКА	ПМЖ	ОВ
Частота (%)	72,7	64,9	34,4

Наиболее часто гемодинамически значимые стенозы возникали в правой коронарной артерии (112 обследуемых), причем наиболее распространенная локализация обструкции - средняя треть артерии (рисунок1).

Рисунок 1. Стеноз правой коронарной артерии

Ретроспективный анализ показал, что дислипидемия определилась у всех пациентов. В анамнезе у 1/3 обследуемых пациентов (43 больных) верифицированный сахарный диабет 2 типа и постинфарктный кардиосклероз (по данным ЭКГ) зарегистрирован у 94 человек (61%). Причем, наиболее часто рубцовые изменения верифицировались в нижней стенке у 57 человек (60,6%), передней и передне-перегородочной стенки у 22 человек (23%), нижне-боковой стенки у 15 человек (15,9%). Полученные данные ЭКГ сопоставимы с данными полученными при проведении КАГ.

Выводы. Ведущее место по частоте атеросклеротической окклюзии коронарных артерий у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца занимает правая коронарная артерия (ПКА), второе место – передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии (ПМЖ), третье место –

огибающая ветвь системы левой коронарной артерии (ОВ). Предрасполагающими факторами являются дислипидемия, сахарный диабет. У большинства пациентов выявлен двухсосудистый коронарный атеросклероз.

Список литературы

1. Аронов Д. М., Лупанов В. П. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца // М.: Триада – Х. 2013. С. 248.
2. Braunwald E. // Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine, 2017.

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В АПТЕКАХ Г. КУРСКА

Орехова Л.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Корнилов А.А.

Актуальность исследования состоит в том, что гипертония одно из наиболее широко распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Гипертоническая болезнь поражает людей в наиболее работоспособном возрасте, отличается длительным и упорным течением, развитием тяжелых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сердечная и почечная недостаточность), сопровождается снижением трудоспособности вплоть до инвалидности. Как и любое хроническое заболевание, гипертония поддается коррекции лишь при условии постоянной и грамотной терапии, а также требует от больного осознанного изменения образа жизни [1].

Распространенность гипертонической болезни среди женщин и мужчин приблизительно одинаковая, чаще заболевание развивается в возрасте после 40 лет, хотя гипертония нередко встречается даже у подростков [2]

Цель: анализ потребления сердечно-сосудистых лекарственных средств в аптеках г. Курска.

Задачи, которые необходимо решить для достижения поставленной цели:

- рассмотреть современный фармацевтический рынок России;
- изучить особенности рынка антигипертензивных ЛС;
- провести анкетирование работников аптек г. Курска;
- провести анализ потребления антигипертензивных ЛС.

Предмет курсовой работы – группы антигипертензивных препаратов.

Объектами работы являются анкеты, периодические издания, научные журналы. Метод исследования – статистический анализ.

Для анализа потребления антигипертензивных лекарственных средств в аптеках г. Курска были проанкетированы работники 90 аптек г. Курска.

Антигипертензивные лекарственные средства представлены 7 группами препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), β-

адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, блокаторы рецепторов к ангиотензину II, комбинированные препараты и прочие. По полученным данным была рассчитана структура потребления антигипертензивных лекарственных средств в каждой группе.

Анализ структуры потребления иАПФ показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат эналаприл (32,2%), на втором месте – лизиноприл (16,8%), на третьем – каптоприл (15,6%). Реже покупают препараты периндоприл (13,8%), рамиприл (8,7%), фозиноприл (7,4%), зофеноприл (3,7%), берлиприл (1,8%).

Далее был проведен анализ потребления сартанов, который показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат лозартан (43%), на втором месте – валсартан (35,5%), на третьем – телмисартан (9,9%). Реже покупают препараты ирбесартан (5,2%), азилсартан (2,3%), кандесартан (1,7%), олмесартан (1,7%).

Анализ структуры потребления β-адреноблокаторов показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат бисопролол (37,8%), на втором месте – метопролол (25,6%), на третьем – атенолол (13,8%), небиволол (8,1%). Редко покупают препараты бетаксокол (4,5%), карведилол (4,1%), пропранолол (4,1%) и соталол (2,0%).

Так же был проведен анализ структуры потребления блокаторов кальциевых каналов показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат амлодипин (30,2%), на втором месте – нифедипин (25,6%), на третьем – верапамил (20,3%). Редко покупают препарат дилтиазем (15,1%), фелодипин (2,3%), нормодипин (1,7%), амиодарон (1,2%), лекранидипин (1,2%), левамлодипин (1,2%), ацетазоламид (0,6%).

Анализ структуры потребления диуретиков показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат индапамид (26,6%), на втором месте – фуросемид (21,3%), на третьем месте препараты спиронолактон (18,2%) и торасемид (18,2%).

Анализ структуры потребления комбинированных лекарственных препаратов показал, что наибольшей популярностью пользуются препараты: тенорик (14,1%), престанс (12,7%), на втором месте препарат лориста Н (8,3%) и энап Н (8,3%).

В результате анализа потребления антигипертензивных лекарственных средств в аптеках г. Курска, можно сделать следующий вывод: лидером продаж в группе иАПФ является препарат эналаприл (32,2%); в группе сартанов – препарат лозартан (43%), в группе β-адреноблокаторов – препарат бисопролол (37,8%); в группе блокаторов кальциевых каналов – препарат амлодипин (30,2%); в группе диуретиков – препарат индапамид (26,6%); в группе комбинированных ЛС – препарат тенорик (14,1%), в группе прочих – препарат моксонидин (50,0%).

Список литературы

1. Беркинбаев С. Ф. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение Актобе, 2000.

2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии 2010; 3: 5–26
3. Клиническая фармакология. Под ред. В.Г. Кукеса, издание 4, М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. С. 321–396, 458–479.
4. Кукес В.Г., Остроумова О.Д., Стародубцев А.К. Антагонисты кальция: современные аспекты применения в кардиологии. Consilium medicum, 2006; Том 8 (№ 11): 113–117.
5. Фармацевтический рынок России [Электронный ресурс] Режим доступа: http://dsm.ru/docs/analytics/Annual_Report_2017_rus.pdf (дата обращения: 04.12.2018)
6. Фармацевтический рынок России. Выпуск: январь 2018 года [Электронный ресурс] Режим доступа: http://dsm.ru/docs/analytics/january_2018_pharmacy_analysis.pdf
7. Фармакологический рынок России в 2018 году [Электронный ресурс] Режим доступа: http://medictionary.ru/farmakologicheskiy-rynok-rossii-v-2018-godu/ (дата обращения: 04.12.2018)
8. Филатова Ю.М. Современное состояние мирового фармацевтического рынка // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. 2016. № 1

СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Пасько К.Э.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Князева Л.И.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Социальную значимость ЯК и БК определяет тот факт, что эти заболевания характерны лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста. Своевременная диагностика и терапия этой патологии способствуют достижению длительной ремиссии заболевания, положительно влияют на прогноз [2].

Целью исследования являлось представление особенностей клинического течения системных проявлений воспалительного заболевания кишечника (болезнь Крона) у больной в возрасте 28 лет.

Пациентка П. считает себя больной с ноября 2017г., когда после оперативного лечения по поводу неполного внутреннего свища прямой кишки, анальной бахромки стала периодический отмечать появление жидкого стула с примесью слизи, иногда - крови. В июне обследовалась. Была проведена видеосигмоскопия: в перианальной области обнаружен свищ без сообщения с прямой кишкой, в прямой и сигмовидной кишке - острые эрозии диаметром 1-3

мм с фибрином, внутрислизистые кровоизлияния, выше в сигме – язвы разнокалиберные, с приподнятыми краями, диаметр 6-12 мм, некоторые с налетом гемосидерина, выполнена биопсия. При биопсийном исследовании образования - фрагмент слизистой толстой кишки с очаговой лимфоидной инфильтрацией. При ИФА кала обнаружен кальпротектин – 1634,4 мкг/г. На основании результатов обследования был поставлен диагноз болезнь Крона. Наблюдалась и лечилась у гастроэнтеролога. Принимала месакол в качестве базисной терапии. В течение последнего года отметила появление болей воспалительного характера в позвоночнике, затем присоединились артриты коленных суставов, лихорадка, поражение глаз, узловатая эритема. В связи с высокой активностью заболевания в ноябре 2018г. госпитализирована в ревматологическое отделение. В ходе комплексного обследования в отделении были получены следующие результаты: в ОАК – железодефицитная анемия, умеренный лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение СОЭ. Посев крови на стерильность показал бактериемию. IgG-АЦЦП – 25,5 Ед/мл. МРТ - крестцово-подвздошные сочленения симметричны, прослеживаются на всём протяжении, контуры сочленений на отдельных участках нечеткие. Изменения сигналов по ходу сочленений не выявлено. Жировая клетчатка не изменена, региональные л/у в пределах нормы. В полости малого таза, заднем Дугласовом пространстве жидкость. Данные соответствуют признакам сакроилеита. ФГДС – пищевод эластичен, проходим, слизистая обычного вида, кардия смыкается. Желудок обычных размеров, в просвете желчь, слизистая очагово гиперемирована, без дефектов. Луковица ДПК не деформирована. Постбульбарные отделы с картиной хронического воспаления. Заключение: хронический рефлюкс-гастрит, хронический дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс. Осмотр офтальмолога: паралимбально узелки, глазное яблоко гиперемировано. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка не изменена. Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены. Заключение: Эписклерит. Ангиопатия сетчатки. Осмотр проктолога: перианальная область не гиперемирована, тонус сфинктера в норме, на 6 часах имеется послеоперационный разрез, эпителизированная рана анального канала, на 11 часах – увеличенный наружный геморроидальный узел. Заключение: острый тромбоз наружного геморроидального узла [3].

На основании диагностических критериев был поставлен диагноз: серонегативная спондилоартропатия, ассоциированная с воспалительным заболеванием кишечника (болезнь Крона), активность III, спондилит поясничного отдела позвоночника, двухсторонний сакроилеит (по данным МРТ) с внеаксиальными проявлениями: генерализованный амиотрофичекий синдром, эписклерит, ангиопатия сетчатки, узловатая эритема, лихорадка, анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, артриты ФК III, острый тромбоз наружного геморроидального узла.

Назначена терапия: преднизолон внутрь 5 мг х 2р/сутки 2 таб утром, 1 таб в обед, омез внутрь 20 мг 2р/сутки, солу-медрол 250 мг в/в капельно на физ. растворе 1р/сут. На фоне проведенного лечения достигнута положительная клинико-лабораторная динамика: лихорадки, артритов нет, регрессировала

полностью узловатая эритема, купирован синдром кишечной диспепсии, снизилось СОЭ, уровень лейкоцитов, тромбоцитов. Пациентка выписана 14.12.18, продолжает лечение амбулаторно [1, 3].

Заключение: воспалительные заболевания кишечника, к которым относят болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, должны рассматриваться как системные заболевания с преимущественным поражением органов желудочно-кишечного тракта. Наиболее частыми внекишечными проявлениями являются поражения кожи, суставов и глаз. В связи с тем, что вовлекаются в процесс практически все органов и систем, возникает необходимость в своевременной диагностике воспалительных заболеваний кишечника и адекватном их лечении.

Список литературы.

1. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер ; пер. с нем. – М. : Гэотар-Мед, 2001. – С. 83-115.

2. Воробьев, Г.И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. – М. : Миклош, 2008. – С. 8–17.

3. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. – 2 изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Пирогова С.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мещерина Н.С.

Сложную задачу в терапевтической практике представляет собой плевральный выпот, встречающийся при разнообразной гетерогенной группе воспалительных, застойных и опухолевых процессов [2,3]. Трудности дифференциальной диагностики оказывают влияние на лечение и прогноз, так как синдром плеврального выпота может являться маркером осложненного течения основного заболевания, ввиду чего требует усиления объёма проводимой терапии или изменения стратегии лечения [1], что определяет актуальность выполнения настоящего исследования.

Цель исследования – изучение причин и клинико-эпидемиологических особенностей плеврального выпота у госпитализированных больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное сплошное клинико-эпидемиологическое исследование больных с плевральным выпотом, проходивших стационарное лечение в кардиологическом и пульмонологическом отделениях БМУ «КОКБ» в период с 01.01.2017 по 31.12.2018.

Критерии включения больных в исследование: заболевание, осложнённое плевральным выпотом, наличие точных данных методов диагностической визуализации и сведений о проводимых методах лечения, возраст старше 18 лет.

Критерии исключения больных из исследования: вторичный плевральный выпот вследствие общего тяжёлого состояния, первичный сепсис.

В ходе исследования были отобраны 130 историй болезни пациентов, удовлетворяющие критериям включения и исключения, которые были проанализированы в соответствии с разработанным формализованным протоколом, включавшем: демографические данные пациентов; результаты лабораторного (бактериологического посева плевральной жидкости) и инструментального (рентгенография, УЗИ, КТ) обследования. Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel, во всех процедурах статистического анализа за критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. За анализируемый период в кардиологическом отделении находилось 38 человек, основное заболевание которых было осложнено плевральным выпотом, что составило 29% от числа всех госпитализированных. При распределении по полу выявлена приблизительно одинаковая частота встречаемости у мужчин и женщин, которая составила 55% (n=21) и 45% (n=18) соответственно. Случаев госпитализации лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), осложненными плевральным выпотом в возрасте до 20 лет зарегистрировано не было. Преобладающей группой в возрастной структуре являлись больные 50-59 лет (n=14), что составило 37% от общего числа кардиологических больных с выпотом в плевральную полость. Установлено, что у всех больных кардиологического профиля причиной скопления жидкости в плевральной полости явилась ХСН. Так, в 66% случаях причиной ХСН служила фибрилляция предсердий (ФП) (n=25), в 13% – постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в анамнезе давностью от 1 до 3 лет) (n=5). Стабильная стенокардия имела место у 3 больных с ХСН, что составило 8% от зарегистрированных в 2017-2018 гг. в кардиологии больных с плевральным выпотом. Еще 13% в структуре ХСН составила разрозненная группа сердечно-сосудистых заболеваний: первичный инфекционный эндокардит (n=1), миокардит (n=1), сочетанный стеноз митрального и трикуспидального клапанов (n=1) и неустановленная этиология (n=2). При анализе распределения классов ХСН по нозологиям достоверной закономерности выявлено не было. Установлено следующее распределение по стадиям и ФК ХСН, явившейся причиной плеврального выпота: IIА, III ФК у 58% (n=22), IIБ, III ФК у 29% (n=11) и IIБ, IV ФК у 13% (n=5) ($p < 0,05$).

Во всех случаях ХСН при постоянной ФП, тахисистолической формы (n=11) наблюдался двусторонний плевральный выпот «малого» объема (до 500 мл). У больных с ХСН, в основе которой лежала ишемическая болезнь сердца (постинфарктный кардиосклероз и стабильная стенокардия), имела место двусторонняя локализация процесса «малого» (n=5) и «среднего» (n=3) объёма

(от 500 до 1500 мл). Односторонняя локализация выпота выявлена среди больных с диагнозом ФП, постоянной нормосистолической (n=7) или пароксизмальной нормосистолической (n=2) или тахисистолической формами (n=5), среди них в 57% случаев – левосторонняя (n=8) и у 43% пациентов – правосторонняя локализация (n=6). В разрозненной группе кардиологических заболеваний в 2 случаях локализация выпота была правосторонней, в 3 случаях – левосторонней, преимущественно малого объёма.

Частота плеврального выпота среди всех госпитализированных в пульмонологическое отделение больных за изучаемый период составила 3,9%, с преобладанием в структуре мужчин (n=64). В 97% основным нозологическим диагнозом была внебольничная пневмония (n=89), в 2% – инфаркт легкого на фоне ТЭЛА, у 1 пациента имело место обострение ХОБЛ смешанного фенотипа. Следует отметить, что в 56 случаях при микробиологическом исследовании роста микрофлоры выявлено не было, у остальных больных доминирующими возбудителями являлись Streptococcus pyogenes, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa (таблица 1). Наибольшее количество больных зарегистрировано в группе от 50 до 59 лет, что составило 24,7% (n=23) от всех случаев пневмонии, осложненной плевритом. Наименьшая распространенность (11%) наблюдалась в группе лиц от 18 до 29 лет (n=10).

Таблица 1. Частота распределения возбудителей пневмонии, осложненной плевральным выпотом.

Возбудитель	Число	Частота, %
Возбудитель не выявлен	56	61
Streptococcus pyogenes	9	10
Klebsiella pneumoniae	8	9
Pseudomonas aeruginosa	7	8
Staphylococcus haemolyticus	4	4
Enterococcus faecalis	2	2
Исследование не выполнялось	5	5

При анализе локализации плеврального выпота правосторонняя локализация выпота выявлена у 44 пациентов (48%), что в 91% случаев соответствовало правосторонней пневмонии и у 4 больных – двустороннему воспалительному процессу. Левосторонний выпот наблюдался в 31% случаев (n=29), причиной которого у 27 человек явилась левосторонняя, а у 2 пациентов – двусторонняя пневмония. Двусторонний плеврит имел место у 19 больных пульмонологического отделения, из них только в 58% случаев на фоне двустороннего воспалительного процесса. При исследовании объема жидкость в плевральных полостях выявлено преобладание «малого» выпота – 88% (n=81), «средний» выпот встречается в 11% случаев, «выраженный» (более 1500 мл) имел место только у 1 пациента.

Выводы. Причиной жидкости в плевральной полости в кардиологическом отделении явилась ХСН IIА и IIБ, III и IV ФК классов. Наиболее частые

сердечно-сосудистые заболевания, осложненные ХСН с плевральным выпотом: ФП, состояние постинфарктного кардиосклероза, стабильная стенокардия. В отделении пульмонологии основной нозологией, течение которой сопровождается плевритом, является пневмония, чаще встречающаяся среди мужчин, совпадающая по локализации с топографией выпота. В большинстве случаев среди больных, как кардиологического, так и пульмонологического отделений, преобладает плевральный выпот «малого» объема, что определяет перспективность персонализированного применения методов визуализации.

Список литературы.

1. Организация врачебной помощи при болезнях плевры /А. А. Варин [и др.] // Вестник современной клинической медицины. 2015. С. 18.
2. Плевральный выпот как междисциплинарная проблема: опыт оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Ю. Н. Фокин [и др.] // Военно-медицинский журнал. - 2018. - Т. 339, № 6. - С. 29-37.
3. Трудности дифференциальной диагностики плеврита. Клинический пример / Н. Г. Шамсутдинова [и др.] // ПМ. 2015. № 4-2 (89). С. 171.

ТЕХНОЛОГИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ВЗГЛЯД ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Плеханова Е.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., доцент Барбашина Т.А.

Увеличение приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в настоящее время рассматривается как ключевой метод повышения эффективности терапии гипертонической болезни (ГБ), как один из важнейших инструментов снижения сердечно-сосудистой смертности и инвалидности населения [3]. Это обусловлено жёсткой зависимостью между уровнем артериального давления (АД), достигнутого на фоне терапии, и результативностью лечения.

В современных рекомендациях стало уделяться больше внимания самостоятельному контролю артериального давления (СКАД) в амбулаторных условиях. В ряде исследований было доказано, что уровень АД в амбулаторных условиях более тесно коррелируют с вероятностью сердечно-сосудистых событий, в том числе смертностью [5, 7]. Продемонстрировано, что СКАД формирует лучшую приверженность к лечению и чаще способствует достижению целевого уровня АД [1, 2, 4, 6]. СКАД по соотношению стоимость/эффективность существенно выигрывает у суточного

мониторирования АД и не имеет ограничений по доступности. Таким образом, СКАД в настоящее время рассматривается как доказанный, простой, экономически доступный метод контроля АД и как инструмент улучшения качества гипотензивной терапии.

Целью исследования является изучение востребованности СКАД в реальной практике амбулаторной службы и установление причин, влияющих на неё.

Материалы и методы. Нами была разработана анкета для пациентов и врачей на предмет ведения дневника самоконтроля АД. Анкеты предназначались для выяснения мнения врачей и пациентов по одним и тем же вопросам, касающимися СКАД.

В опросе приняли участие 45 пациентов, лица женского (55,6%) и мужского пола (44,4%), в возрасте от 36 до 73 лет, средний возраст опрошенных составил 56,4±4,3 лет, среди них пенсионеры - 51,1%.

Было проанализировано 47 анкет врачей по специальности «терапия»; женщины (87%) и мужчины (13%). Средний возраст – 49,5±3,8 лет.

Результаты и обсуждения. Востребование того или иного метода диагностики и лечения в реальной клинической практике определяется многими факторами, главными из которых являются целесообразность, результативность, простота и удобство.

Инициатором СКАД всегда является врач. Первый вопрос анкеты был направлен на изучение сформировавшегося отношения к использованию СКАД в своей практике. В нашем случае респонденты-врачи отметили, что система СКАД с регистрацией результатов в виде дневника влияет на работу самого доктора. 39% опрошенных отметили, что дневник экономит время за счёт укорочения опроса пациента. 78% врачей анализ результатов облегчает подбор препаратов и доз. 58,5% врачей рассматривают СКАД с ведением дневника как инструмент, повышающий приверженность пациентов к лечению, что в свою очередь также облегчает труд доктора и улучшает его результаты. В то же время, врачи отмечают, что СКАД может привести к дополнительным проблемам. 4,9% врачей считают, что у ряда пациентов возникают дополнительные переживания по поводу цифр АД. 4,9% врачей считают, что возможно ухудшение результатов лечения в связи с тем, что пациент начинает сам менять дозы препаратов.

Таким образом, у врачей амбулаторной практики в целом можно ожидать позитивное отношение к СКАД.

Второй вопрос анкеты был направлен на выяснение реализации готовности к использованию СКАД.

Практически всем своим пациентам рекомендуют вести дневник 61% опрошенных врачей; 17,1% врачей советуют применять СКАД не менее 70% своим пациентов. Только 7,3% врачей не используют или крайне редко используют этот инструмент в своей работе с пациентами с АГ.

Как и следовало ожидать, далеко не все пациенты следуют советам врача. По ожиданиям 44% врачей лишь 10-30% их пациентов ведут дневник СКАД. У 24,4% врачей применяют СКАД 40-60% пациентов и только у 24,4% врачей

большинство (70 - 90%) пациентов ведут дневник СКАД. Опрос пациентов по востребованности СКАД продемонстрировал более пессимистичные результаты. 41,7% не ведут дневник, ещё 19,4% ведут иногда. Следовательно, стоит ожидать, что как минимум в 60% случаях врач потенциально будет лишён информации о достигнутых уровнях АД в условиях естественной жизнедеятельности пациента. Готовность врачей к реализации технологии СКАД в своей практической деятельности подтверждают пациенты, 77% которых заявили, что о необходимости самостоятельно контролировать АД и регистрировать результаты в дневнике, их информировали врачи.

В соответствии с рекомендациями СКАД - инструмент работы врача и должен им оцениваться.

Мы выяснили у врачей и пациентов информацию о вероятности использования дневника в период приёма у врача. На вопрос «Какой процент (часть) Ваших пациентов приносит дневник СКАД для осмотра 27% врачей заявило, что это менее, чем 1 из 10 больных». Сами же пациенты заявили, что 52,8% не предоставляют дневник СКАД врачу; «иногда» это делают ещё 22,2% больных.

Ряд вопросов анкет был направлен на изучение причин такой низкой востребованности СКАД. Выяснилось, что 19,4% пациентам врач не предлагает проводить СКАД и регистрировать результаты, а каждого четвёртого пациента не просит предоставить дневник для анализа в период приёма. Учитывая эти данные, становится понятно, почему пациенты испытывают затруднение в ответе на вопрос «Как Вы используете информацию дневника СКАД?». Ответ дали только 58,3% пациентов, которые вели дневник. Причём, 14,3% опрошенных больных ответили, что делают это для врача, дневник им не нужен. 33,3% больных хотят, чтобы врач увидел, какое у них давление. К сожалению, 23,8% пациентов «Сразу меняет дозу лекарства в зависимости от цифр давления», что вряд ли можно считать позитивным последствием использования технологии СКАД и требует вмешательства врача. Ярким критерием, характеризующим взаимодействие врача и пациента, можно считать ответ на вопрос: «Помогает ли дневник СКАД Вам лучше контролировать АД?» Ответ дали только 58,3% пациентов, из которых 9,8% больных ответили «Нет», ещё 47,6% «Не знают ответа».

Таким образом, у врачей, работающих с пациентами с АГ в основном имеется готовность к применению СКАД. Однако, нередко СКАД реализуется с допущением ошибок, что приводит к тому, что не менее чем у половины пациентов с АГ технология СКАД не используется. Повышение приверженности врачей к использованию технологии СКАД - реальный резерв улучшения качества лечения больных с ГБ.

Список литературы.

1. Агеев Ф.Т. Измерение АД на амбулаторном приеме, в стационаре и в домашних условиях: правила, проблемы и способы их решения / Ф.Т. Агеев, М.Д. Смирнова // РМЖ. – 2016. – № 19. – С. 1257-1262.

2. Ратова Л.Г. Самоконтроль артериального давления / Л.Г. Ратова, И.Е. Чазова // Consilium Medicum. – 2007. – № 11. – С. 45-48.

3. Чазова И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертонии: Клинические рекомендации / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова. – М., 2013. – 63 с.

4. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring / G. Parati, G.S. Stergiou, R. Asmarde [et al.] // J Hypertens. – 2008. – Vol. 26. – P. 1505–1526.

5. Home-measured blood pressure is a stronger predictor of cardiovascular risk than office blood pressure: the Finn-Home study / T.J. Niiranen, M.R. Hanninen, J. Johansson, A. Reunanen, A.M. Jula // Hypertension. – 2010. – Vol. 55. – P. 1346–1351.

6. Home blood pressure measurements associated with better blood pressure control: the J-HOME study / T. Obara, T. Ohkubo, K. Asayama [et al]. // J Hum Hypertens. – 2008. – Vol. 22. – P. 197–204.

7. Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study / R. Sega, R. Facchetti, M. Bombelli, G. Cesana // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – P. 1777–1783.

8. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension / B. Williams, G. Mancia, W. Spiering [et al.] // Eur Heart J. – 2018. – Vol. 39, № 33. – P. 3021–3104.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ВНЕЛАБОРАТОРНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ

Полосухина А.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Поляков Д.В.

Актуальность исследования заключается в том, что определение функционального состояние организма при помощи нагрузочных тестов является необходимой частью оценки не только больных с острыми или хроническими заболеваниями внутренних органов, но и здоровых лиц.

Основной целью данной работы является определение простоты и эффективности нагрузочных тестов в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование включено 30 человек (18 женщин и 12 мужчин) различных возрастных групп. При проведении тестирования было произведено распределение исследуемых по полу и возрасту на три группы. 1 группа – 19-22 года, 2 группа – 38-43 года и 3 группа – 58-65 лет. Результат представлен в таблице 1.

Таблица 1. Распределение обследуемых по полу и возрасту

Возраст	мужской	женский
1 группа (19-22)	10	12
2 группа (38-43)	1	3
3 группа (58-65)	1	3
Всего	12	18

Проведен анализ простоты выполнения и эффективности интерпретации следующих внелабораторных нагрузочных тестов: с постоянной физической нагрузкой (6-минутный тест с ходьбой, пешеходный тест) и с возрастающей нагрузкой (тест встать-пойти, тест сесть-встать и тест с подъемом по лестнице) [1]. Тесты с постоянной нагрузкой направлены на изучение способности исследуемого выполнять длительную нагрузку, а тесты с возрастающей нагрузкой в свою очередь отражают физическую работоспособность и адаптационную способность организма. До и после тестирования мы оцениваем общее состояние исследуемого, ЧСС и АД [2]. По завершению выполнения нагрузочных тестов исследуемые заполняли анкету (таблица 2), с целью выявления достоинств и недостатков каждого метода.

Таблица 2. Анкета для обследуемых

Вопрос	Ответ
Легко ли вам далось выполнение всех нагрузочных тестов?	
Сколько времени в общей сложности вы потратили на их выполнение?	
Какой тест был наиболее сложный для Вас?	
Какой тест был наиболее простой для Вас?	

Результаты и обсуждения. Тесты с ходьбой - это функциональные нагрузочные тесты, определяющие способность исследуемого переносить повседневные физические нагрузки, поскольку ходьба – это нагрузка, выполняемая ежедневно всеми людьми, кроме людей ограниченных в этой возможности. Разработаны различные виды тестов с ходьбой: с медленной и быстрой ходьбой, с постоянной скоростью и с ускорением в определенные промежутки времени, с фиксированным расстоянием и нет и др. В результате проведенного анкетирования выяснено, что тесты с ходьбой являются наиболее простыми для понимания и выполнения, но наименее информативными, так как подобные физические нагрузки исследуемые выполняют каждый день в повседневной жизни.

Большая продолжительность выполнения теста сесть-встать может негативно повлиять на результат, так как пациенты могут испытывать беспокойство в связи с необходимостью выполнять такого рода физическую нагрузку. С другой стороны более продолжительное исследование может улучшить выявление снижения физической толерантности. В ходе проведенного исследования по данному тесту отмечено, что у 1ой группы не возникло никаких проблем при выполнении заданий, 2ой группе дался этот

тест намного сложнее, а 3ей группе задания выполнить в полной мере вовсе не удалось из-за чрезмерной физической нагрузки. Характеризуя этот тест мы можем сказать, что он является более информативным чем предыдущий, поскольку возможно выявить преждевременное угасание физических возможностей у исследуемых.

Тест с подъемом по лестнице является одними из наиболее безопасных и удобных нагрузочных тестов при исследовании пациентов и оценки у них аэробного порога. Он удобен тем, что требует минимум пространства, оборудования и энергетических затрат. Недостатком теста с подъемом по лестнице является непривычность такого рода нагрузки для многих пациентов, особенно с патологией сердечно-сосудистой системы или опорно-двигательного аппарата, которая может влиять на выполнение задания и результат данного исследования. После проведения исследования удалось выяснить, что как и в нагрузочных тестах сесть-встать наибольшее затруднение в выполнении теста возникли у 3ей группы исследуемых, а наименьшие у 1ой группы. По информативности он не уступает предыдущим методам. В данном нагрузочном тесте мы изучаем не только преждевременное угасание физических возможностей, но и выносливость организма в общем.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой информативности нагрузочных тестов сесть-встать и тестов с подъем по лестнице. Единственным недостатком данных методик являются возрастные и морфологические ограничения.

Список литературы

1. Давидовская, Е.И. Спирометрия сегодня: как использовать новые возможности и избежать старых ошибок. – 2003. - № 3. – С.83-84.
2. Чучалина, А.Г. Респираторная медицина - 2007. – С.800-802.

РОЛЬ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ДОСТИЖЕНИЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Полянская Е.А., Горягина М.С., Очаковский А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра эндокринологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Жукова Л.А.

Актуальность исследования обусловлена возрастающим уровнем распространенности сахарного диабета и его многочисленных осложнений, являющихся основной причиной инвалидизации и смертности таких пациентов [1, 4].

В настоящее время большое количество больных СД 2 типа, длительно оставаясь без инсулинотерапии, находится в состоянии декомпенсации. Помимо этого, на состояние неудовлетворительной компенсации углеводного

обмена влияет и целый ряд других причин. Поэтому изучение факторов, способствующих компенсации углеводного обмена у больных СД является актуальным и практически значимым [3].

Все факторы, влияющие на компенсацию, могут быть разделены на две группы: субъективные, связанные с пациентом (наличие или отсутствие мотивации и возможностей для соблюдения рекомендаций и т. д.), связанные с лечащим врачом (правильная тактика лечения, адекватное обследование, контроль гликемии и т. д.) и объективные (наличие острых воспалительных заболеваний, декомпенсация хронической сопутствующей патологии) [2].

Целью исследования является анализ субъективных и объективных факторов, влияющих на компенсацию углеводного обмена у больных СД 2 типа на основе комплексного медико-демографического и клинического исследования.

Материалы и методы исследования: для достижения результатов цели исследования было обследовано 70 пациентов с СД 2 типа, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении МУЗ ГБ СМП г. Курска в ноябре 2017 – марте 2018 гг. Мы проанализировали ряд факторов, определяющих качество оказания медицинской помощи пациентам с СД 2 типа. Сбор информации был проведен анкетным методом. Обработка материалов проводилась на персональном компьютере. В ходе анализа данных были использованы методы: исторический, статистический, экспертный, организационного моделирования, графический.

Изучение структуры субъективных факторов, приводящих к дестабилизации состояния, со стороны пациента, выявило, что отсутствие мотивации и возможности проводить самоконтроль гликемии являлось причиной хронической декомпенсации в 13,70% случаев; отсутствие мотивации и несоблюдение пациентом диеты в 12,15% случаев; отсутствие необходимых знаний, нежелание или невозможность посещать «Школу СД» - 11,17%; нежелание или невозможность посещения диабетолога/эндокринолога с необходимой частотой – 7,61%; отказ пациентов от изменения схемы лечения – 1,05%; наличие психических заболеваний, выраженной энцефалопатии и другой патологии, приводящей к ограничению способностей – 1,54% причин.

Изучение структуры ошибок со стороны врача поликлиники выявило, что такие явления, как сведение приема только к выписке льготных препаратов без адекватного обследования и контроля гликемии, поддерживали пациентов в состоянии хронической декомпенсации в 12,68% случаев. Отсутствие обучения пациента относительно диеты, самоконтроля, режима физической нагрузки и отсутствие направления в «Школу СД» – 12,18%; неверная тактика при выборе терапии – 1,02%; несоответствующее качество обучения пациентов в «Школе СД» в 0,52% случаев.

Изучение структуры объективных причин, препятствующих компенсации углеводного обмена в поликлинических условиях, показало, что невозможность соблюдения рекомендаций по диете из-за неблагополучного социально-экономического статуса являлось причиной хронической декомпенсации в 11,19% случаев, сокращение времени приема пациентов и

снижения качества их обслуживания – 12,68%; воспалительные заболевания, поддерживающие декомпенсацию – 5,06%; невозможность создания условий для компенсации углеводного обмена у пациентов с ограниченными способностями – 0,51%.

Далее было проведено исследование причин недостижения полной компенсации углеводного обмена в стационаре. Анализ выявил, что нарушения со стороны пациента являются более частыми причинами (56,49%, $p<0,05$). На долю объективных причин, препятствующих компенсации, и ошибок со стороны лечащего врача приходилось, соответственно, 21,87% и 21,64% причин ($p>0,05$).

Также было проведено сравнение структуры причин хронической декомпенсации в поликлинике и стационаре. Согласно полученным данным, среди причин недостижения компенсации в стационаре по сравнению с поликлиникой был больше удельный вес нарушений со стороны пациента (56,4% против 46,15%; $p<0,05$) и меньше доля объективных причин (21,87% против 29,45%; $p<0,05$). Удельный вес пациентов, не достигших компенсации по причинам со стороны лечащего врача был примерно одинаковым в поликлинике и стационаре (24,40% и 21,64%, соответственно, $p>0,05$). Удельный вес пациентов, не достигших компенсации в поликлинике был значительно выше, чем в стационаре (100,00% и 45,00%, соответственно; $p<0,05$).

На основании полученных результатов были сделаны следующие Выводы.

- среди причин недостижения компенсации в стационаре по сравнению с поликлиникой был больше удельный вес нарушений со стороны пациента и меньше доля объективных причин. Количество пациентов, не достигших компенсации по причинам со стороны лечащего врача был примерно одинаковым в поликлинике и в стационаре.

- в связи с тем, что ведущими в недостижении компенсации углеводного обмена являются причины, связанные с пациентом, необходимо направить работу эндокринологической службы на создание мотивации у пациентов к соблюдению рекомендаций врача и здорового образа жизни.

Список литературы.

1. Балаболкин М.И. Диабетология. Москва: Медицина, 2014. 158 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология: учебник. Москва: Медицина, 2017. 532 с.
4. Дедов И.И., Максимова М.А., Шестакова М.В. Федеральная целевая программа «сахарный диабет»: методические рекомендации. М., 2015. 15 с.
5. Северьяова Л.А. Основные аспекты патофизиологии эндокринной системы: учебное пособие для студентов медицинского университета. Курск: КГМУ, 2016. 102 с.
6. Watkins P.G. Endocrinological diseases. London: BMT, 2014. p. 108.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Попова Е.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мальцева Г.И.

Актуальность исследования состоит в том, что фибрилляция предсердий является одним из самых распространенных нарушений ритма. Распространенность ФП в общей популяции составляет 0,4%, а среди лиц старше 80 лет – около 10% [2, 3]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что сахарный диабет 2 типа связан с ФП, предрасполагая к ее возникновению [1]. Кроме того, ФП в сочетании с сахарным диабетом 2 типа является основным фактором риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе возрастает риск ОНМК.

Целью исследования явилось выявление удельного веса больных с фибрилляцией предсердий, страдающих сахарным диабетом 2 типа, проведение сравнительной оценки факторов риска, лабораторных, инструментальных показателей, вероятности частоты осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа с фибрилляцией предсердий и больных с сахарным диабетом 2 типа без фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Ретроспективно в случайной выборке было исследовано 200 историй болезни пациентов кардиологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» с ишемической болезнью сердца, поступивших в2017-2018 гг. Из них выбраны 82 истории болезни с фибрилляцией предсердий. Средний возраст пациентов составил 69,2±1,2 лет.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные сахарным диабетом 2 типа и фибрилляцией предсердий (n-41), 2-я группа – больные с сахарным диабетом 2 типа без фибрилляции предсердий (n-41). Группы были изучены на наличие осложнений, которые возникали со стороны сердечно-сосудистой патологии. Проведен анализ риска развития инсульта и тромбоэмболических состояний, частота встречаемости артериальной гипертензии, повышение индекса массы тела, концентрация глюкозы и уроень гликозированного гемоглобина капиллярной крови.

С помощью эхокардиографии (Эхо КГ), электрокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ были определены размеры левого желудочка, фракция выброса, форма и вариант фибрилляции предсердий. Также было учтено наличие сопутствующей патологии по данным анамнеза и ЭКГ: наличие инфаркта миокарда, стабильной ишемической болезни сердца.

Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждение: исследуемые пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания.

По данным ретроспективного анализа историй болезни у 41 (20,5%) больного, помимо сахарного диабета 2 типа, был установлен диагноз фибрилляции предсердий. Из этой группы мужчин было 11 (27,0%), женщин – 30 (73,0%) (таблица1).

Таблица 1. Распространенность СД 2 с ФП.

СД 2 с ФП		СД 2 без ФП	
20,5%		79,5%	
Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
73%	27%	81,1%	18,9%

По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у всех пациентов диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий и 35 (85,3%) обследуемых имели тахисистолический вариант. В среднем уровень гликозированного гемоглобина капиллярной крови у больных с сахарным диабетом 2 типа и фибрилляцией предсердий был 8,63%. В группе пациентов без фибрилляции предсердий этот уровень составил 8,17%, что несколько ниже, чем у больных из первой группы. Глюкоза крови натощак до 6,5 ммоль/л была выявлена у 3 (7,2%) пациентов, от 6,5 до 7,5 ммоль/л – у 7 (17,1%) больных, более 7,5 ммоль/л – у 31 (75,7%) пациента. Средний уровень глюкозы в крови у пациентов в первой группе был выше и составил 11,2 ммоль/л. Повышенный индекс массы тела выявлен в 30 (80,4%) случаях (таблица2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика факторов риска у пациетов в двух группах

	СД 2 с ФП	СД 2 без ФП
Уровень HbA1C,%	8,63%	8,17%
Уровень глюкозы	11,2 ммоль/л	10,1 ммоль/л
Повышенный индекс массы тела	80,4%	79,2%

Артериальная гипертензия 3 степени встречалась у 35 (85,2%) больных (чаще, чем у пациентов из первой группы), у 5 (12,1%) пациентов была артериальная гипертензия 2 степени, у 1 (2,7%) пациента – артериальная гипертензия 1 степени. При этом во второй группе у пациентов с сахарным диабетом без фибрилляции предсердий соотношение показателей было примерно на том же уровне (таблица3).

Таблица 3. Структура артериальной гипертензии в исследуемых группах

СД с ФП			СД без ФП		
АГ 1 степени	АГ 2 степени	АГ 3 степени	АГ 1 степени	АГ 2 степени	АГ 3 степени
2,7%	12,1%	85,2%	2,5%	18,3%	79,2%

Стабильная ишемическая болезнь сердца (СИБС) отмечалась у 30 (72,9%) пациентов с сахарным диабетом 2 типа и фибрилляцией предсердий, у 24 (58,5%) обследуемых отмечался постинфарктный кардиосклероз. Во второй группе также чаще встречалась СИБС – у 28 (68,3%) пациентов, постинфарктный кардиосклероз был выявлен в 21 (51,2%) случае (таблица4). Оценка риска развития инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA2DS2-VASc у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и фибрилляцией предсердий составила 6,19, у пациентов без фибрилляции предсердий– 4,8. При проведении Эхо КГ было установлено, что дилатация полости левого желудочка имелась у 23 (56,0%) больных сахарным диабетом 2 типа и фибрилляцией предсердий, у 18 (44%) пациентов размеры левого желудочка были в пределах нормы. У больных без фибрилляции предсердий в 13 (31,6%) случаях была выявлена дилатация ЛЖ, а у 28 (68,4%) больных ее не было. У пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа и фибрилляцией предсердий, отмечено большее снижение функции миокарда левого желудочка: средняя фракция выброса в 1 группе составила 68%, а во 2 группе – 55%.

Таблица 4. Сравнительная характеристика развития сердечно-сосудистых осложнений

	СД 2 с ФП	СД 2 без ФП
СИБС	72,9%	68,3%
Постинфарктный кардиосклероз	58,5%	51,2%

Выводы. По результатам исследования было выявлено, что фибрилляция предсердий в сочетании с сахарным диабетом 2 типа встречается практически у четверти пациентов согласно проанализированным историям болезни кардиологического стационара. У этих пациентов более высокая концентрация глюкозы и гликозированного гемоглобина в капиллярной крови, чаще встречается избыточная масса тела, артериальная гипертензия 3 степени; функция миокарда меньше, чем у пациентов без сахарного диабета 2 типа. Наличие сопутствующего сахарного диабета 2 типа ухудшает прогноз с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений, в том числе возрастает риск инсультов и тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий.

Список литературы.

1. Александров А. А., Ядрихинская М. Н. Мерцательная аритмия: новый лик сахарного диабета в 21 веке. Сахарный диабет.:1/2017, С. 48-50.

2. Баллюзек М. Ф., Александрова Л. Н., Семёнова И. Г. Фибрилляция предсердий в аспекте возраста: факторы, определяющий ее возникновение и течение.:2/2014, С. 7-9.

3. Онучина Е. Л., Соловьёв О. В., Онучин С. Г. Гендерные особенности развития фибрилляции предсердий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.:1/2015, С. 51-54.

РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА НОЯБРЬ И ДЕКАБРЬ 2018 ГОД

Потолова А.В., Веденьев К.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Серикова Л.Н.

Профессиональные болезни являются важной социальной проблемой, поскольку представляют собой одну из самых многочисленных групп заболеваний, которые являются причиной не только самой высокой инвалидизации людей, но и одной из частых причин смертности работоспособного населения на Земле.

Статистический учет заболеваемости населения является актуальной задачей на протяжении многих лет. Он позволяет судить о степени эффективности лечения, качестве профилактики и жизни населения. Профессиональная заболеваемость – базовый показатель условий труда и качества здоровья работников «вредных» производств [1,3].

Целью исследования является анализ структуры заболеваемости в центре профессиональных болезней за ноябрь и декабрь 2018 года, на базе ОБУЗ “Курская городская больница № 6”.

Материалы и методы: объектом исследования стали пациенты центра профпатологии в возрасте от 30 до 80 лет, госпитализированные в стационар в ноябре и декабре 2018 года. Анализ данных осуществлялся на основании проведенного анкетирования. Вопросы анкет включали следующие пункты: пол; возраст; профессия пациентов; основное профзаболевание и его давность; стаж работы на момент установления профзаболевания.

За указанный период в центр профпатологии поступило 20 человек, из них 11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%). Было выявлено, что среди госпитализированных пациентов граждан в возрасте от 61 до 70 лет – 52%, 24% от всех обращений - пациенты 51-60 лет, всего 14% пациенты от 41 до 50 лет и по 5% больные в возрасте от 30 до 40 и от 71 до 80 лет.

Основными профессиями работников, у которых были зарегистрированы заболевания являлись: тракторист-механизатор (20%-4 больных), доярки (20%-4 больных), водитель-машинист (15%-3 пациентов), водитель погрузчика (10%-2),сборщики свинцовых аккумуляторов (10%-2), обрубщики (5%-1),слесари механосборочных работ (5%-1), поклейщица (5%-1), литейщик изделий из свинцовых сплавов (5%-1), машинист компрессорных установок (5%-1). На диаграмме 1 приведены результаты опроса.

У 68% (13 человек) опрошенных профессиональные заболевания впервые были выявлены в возрасте 41-50 лет. Ранжирование по стажу дали следующие результаты: на долю работников, имеющих стаж работы в контакте с вредным фактором 21-30 лет, приходится 40-49% всех зарегистрированных больных профессиональными заболеваниями, 11-20 лет – 28-39%.

В изучаемой группе первое место занимают профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата, что составляет 55% опрошенных пациентов, на втором месте пациенты с интоксикацией свинцом -20%, вибрационная болезнь занимает третье место (15%) и на 4 месте пациенты с профессиональными заболеваниями органов дыхания, среди которых наиболее распространенными нозологиями были профессиональная бронхиальная астмы (5%) и силикоз (5%).

Диаграмма 1. Основные профессии работников,
у которых зарегистрированы профзаболевания

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют сделать следующие Выводы. профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата, интоксикации свинцом, вибрационная болезнь являются наиболее распространенными патологиями среди работающего контингента промышленных и сельскохозяйственных предприятий города Курска и области. Больший процент пациентов, проходивших лечение в профцентре, находился в возрастной группе от 61 до 70 лет со стажем работы в контакте с вредными производственными факторами свыше 20 лет, среди госпитализированных преобладали лица мужского пола. Повышение среднего возраста проходящих лечение в отделении неизбежно связано с влиянием возрастных иволютивных изменений и накапливающихся сопутствующих заболеваний на течение профессиональной патологии, что влияет на выбор лечебно-реабилитационных мероприятий [2,4].

Список литературы.

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Курской области в 2009 году» /Управление Роспотребнадзора по Курской области. Курск, 2010. 274 с.

2. Измеров Н.Ф. Здоровье трудоспособного населения России / Н.Ф. Измеров // Медицина труда. – 2005. – № 11. – С. 3–9.

4. Измеров Н.Ф., Монаенкова А.М., Артамонова В.Г. Профессиональные болезни /Под ред. Н.Ф. Измерова. М.: Медицина, 1996. В 2-х томах. Т. 2. 480 с.

5. Махонько М.Н., Шелехова Т.В., Курносов С.В. Анализ профессиональной заболеваемости и оказания профпатологической помощи в клинике профпатологии // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5-2. – С. 224-225.

ДИНАМИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Прокофьева А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., профессор Конопля Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что распространённость такого заболевания как пневмония в современном мире повсеместно высока. при этом уровень смертности составляет (по данным ВОЗ и ЮНИСЕФ 2013 г.) 20% от всех случаев детской смертности. У взрослых показатель смертности от воспаления легких колеблется от 5 до 40% [1]. При возникновении пневмонии важным является ранняя диагностика, а именно: обнаружение клинических признаков и рентгенография органов грудной клетки (ОГК). Рентген легких при пневмонии с целью подтверждения заболевания является обязательным, без него диагноз нельзя считать достоверным. Рентгенография при воспалении легких помогает не только установить диагноз и исключить другую патологию со сходными симптомами, но и проконтролировать лечение, своевременно выявить возможные осложнения, установить эффективность терапии. Обязательным является проведение исследования в двух проекциях (прямой и боковой). Необходимо помнить, что изменения, выявленные при рентгенографии, отстают по времени от клинических проявлений. Описание снимка максимально отображает разгар заболевания с воспалительными изменениями в легочной ткани и заполнением жидкостью альвеол [2].

Цель исследования: изучить динамику рентгенологических показателей у больных с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: в исследовании было использовано 386 историй болезней пациентов в возрасте от 21 до 89 лет (средний возраст 42±6 лет) с диагнозом внебольничная пневмония, находившихся на лечении в ОБУЗ КГБ № 6 города Курска в пульмонологическом отделении в период с января по декабрь 2018 года. Основными методами исследования при выполнении работы были: статистический и аналитический.Результаты и обсуждения. При анализе заключений врачей рентгенологов рентгеновские признаки пневмонии в

большинстве случаев определялись на 3-й день заболевания. Ранее отмечалось только усиление легочного рисунка. При экссудативном характере воспаления на 3-й день болезни на рентгенограммах выявлялись различного размера инфильтрации с размытыми наружными контурами, расширение корня и близлежащей плевры, что характерно для пневмококковой пневмонии. При стафилококковой или стрептококковой пневмониях в зоне инфильтрации быстро появлялись очаги распада легочной ткани с образованием полостей. При преимущественно интерстициальной пневмонии зона воспаления проявлялась усилением легочного рисунка вследствие перибронхиальных интерстициальных уплотнений.

Динамика клинической картины выздоровления и рентгенологическая картина легких, как правило, не совпадают. Нормализация, восстановление структуры легочной ткани наступают в срок от 3 недель до 3 месяцев и более. В начале рассасывается инфильтрация. Причем, рассасывание идет от корня легкого к периферии. В процессе рассасывания интенсивность инфильтрации уменьшалась, появлялось изображение сосудов, более четко определялись просветы бронхов, были участки буллезного вздутия легочной ткани.

Локализация процесса инфильтрации и тяжесть течения пневмонии весьма различны. Основные варианты развития внебольничной пневмонии на основе данных, полученных из историй болезней за исследуемый период, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели инфильтрации при рентгенографии ОГК

Показатели инфильтрации при рентгенографии ОГК		Тяжесть	Абсолютное кол-во	Относительное кол-во
Одностороннее поражение	Левое легкое		122	31,6%
	Правое легкое		142	32,1%
Объем инфильтрации лёгочной ткани	Сегментарная	Лёгкое течение	29	7,5%
	Полисегментарная	Средней тяжести	102	26,4%
	Долевая		98	25,4%
	Всего	Тяжёлое течение	35	9,1%
Двустороннее поражение	Сегментарная		18	4,7%
	Полисегментарная		53	13,7%
	Долевая		39	10,1%
	Всего		12	3,1%

При бронхопневмонии или дольковой, очаговой пневмонии воспалительный фокус, как правило, ограничивается одной долькой. Возможно возникновение множественных фокусов в разное время. Характерно наличие двусторонних очаговых теней размером до 1 – 1,5 см, соответствующим величине легочных долек. Количество очагов увеличивается по направлению книзу. Очертания очагов нечеткие, интенсивность тени небольшая. Верхушки в большинстве случаев не поражаются. Легочной рисунок усиливается на всем протяжении легочных полей вследствие гиперемии. Тени корней лёгких

расширены, структура их однородная. Отмечается реакция плевры. Подвижность диафрагмы в большинстве случаев ограничена. Быстрая динамика рентгенологической картины при бронхопневмонии позволяет, с большой степенью вероятности, поставить правильный диагноз и провести дифференциальную диагностику с другими процессами, сопровождающимися синдромом очаговой диссеминации. Динамические рентгенологические наблюдения показали, что бронхопневмонические очаги иногда уже через 3–5 дней могут полностью исчезнуть, оставив после себя только усиленный тяжистый легочный рисунок.

При крупозной пневмонии можно проследить с учётом теневой картины изменения и отобразить их динамическими периодами. Стадия прилива характеризуется усилением и обогащением легочного рисунка вследствие гиперемии; расширением тени корня на стороне поражения, с потерей его обычной структуры и последующей гомогенизацией; прозрачность легочной ткани обычная, в некоторых случаях нежное снижение прозрачности; более высокое, чем в норме, положение купола диафрагмы, со стороны поражения. В стадию красного и серого опеченения наблюдается: интенсивное снижение прозрачности легочной ткани, прилежащая плевра утолщена, тень корня расширена, гомогенизирована; корень лёгкого, на стороне поражения расширен, тень его гомогенизирована; более высокое, чем в норме, положение купола диафрагмы, со стороны поражения. Стадия разрешения: уменьшение интенсивности тени пораженного участка, неоднородность структуры затемнения; фрагментация массива тени, и уменьшение её в размерах; тень корня расширена, не структурная, гомогенизированная; легочной рисунок усилен, обогащен, на месте, ранее существовавшего снижения прозрачности легочной ткани. Есть и остаточные изменения, которые определяются в течение 4 недель после «клинического выздоровления». К ним относится: усиление и обогащение легочного рисунка; расширение и частичная гомогенизация тени корня лёгкого.

По данным полученным при анализе заключений на основе рентгенограмм ОГК и по клинической картине было установлено, что в возрасте до 50 лет изменения рентгенологических показателей в сторону улучшения или полного выздоровления в 90% случаев происходит за период от 2 до 4 недель; у возрастной группы старше 50 лет улучшения за этот же промежуток времени наблюдаются только у 30% пациентов, в остальных же 70% восстановление нормального легочного рисунка, прозрачности легочный полей, а также нормальных размеров корня легкого, наступало значительно позже. Оказывало влияние на динамику рентгенологических признаков наличие сопутствующих патологий: замедленное и своевременное разрешение; тяжесть пневмонии – среднетяжелое (3-4 недели) и тяжелое (10 недель), а также вид возбудителя, например, при заражении S. pneumoniae (без бактериемии), хламидиями, микоплазмами заболевание длится 1-3 недели, после рентгенограмма переставала иметь патологические признаки, а при возникновении заболевания из-за S. pneumoniae (с бактериемией), легионеллами и S. aureus – через 3-5 недель.

Выводы. динамика рентгенологических показателей у больных с внебольничными пневмониями зависит от вида пневмонии (бронхопневмония или крупозная пневмония); восстановление нормального рентгеновского снимка ОГК при бронхопневмонии занимает 3-5 дней, а при крупозной пневмонии затягивается вплоть до нескольких месяцев; на ровне с видом пневмонии влияет возраст пациента, тяжесть пневмонии, а также вид возбудителя.

Список литературы.

1. Ерохина А. В., Горбунов, М.В., Дегтярева Е.В. и др. Особенности интерпретации рентгенограмм грудной клетки при патологии органов дыхания // Вопросы практической педиатрии. 2012. № 4. С. 50-56.
2. Ланге С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки Radiology of chest diseases: руководство // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. 432 с.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К СТАТИНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Прохорцева О.С., Суковатая С.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научные руководители – к.м.н., доцент Харченко А.В.;
к.м.н., доцент Замяткина О.В.

Гиперхолестеринемия занимает 2 место в РФ среди факторов, влияющих на преждевременную смертность, уступая лишь АГ, и относится к факторам риска развития инсульта и инфаркта миокарда [1]. По данным результатов эпидемиологического исследования ЭССЕ, распространённость гиперхолестеринемии среди населения РФ за 2012-2013 гг. составила 62% [2]. Статины уже несколько десятилетий занимают ключевые позиции в международных клинических и российских рекомендациях и являются основными препаратами выбора с доказанной эффективностью в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений [3]. Однако, имеются данные, что приверженность к статинотерапии в России остаётся низкой [4].

Целью данного исследования являлось изучение приверженности к лечению статинами пациентов с дислипидемией.

Исследование проводилось на базе стационара кардиологического отделения МУЗ КГКБ СМП. Пациентам, обратившимся в стационар по поводу острых и хронических форм ИБС в сочетании с дислипидемией, была назначена комплексная терапия, включавшая статины. Проводился опрос 106 больных в возрасте от 29 до 89 лет по разработанным анкетам, в которых уточнялись основной диагноз, пол, возраст, сопутствующие заболевания и кардиологический анамнез, назначенные препараты, длительность их приёма и

регулярность, а также причины отказа от статинотерапии. Был изучен липидный профиль крови по историям болезни опрошенных пациентов.

Анкетируемые больные были разделены на 4 возрастные группы по классификации, принятой ВОЗ. Большинство опрошенных составили мужчины – 65 человек, женщин – 41. Возрастной фактор риска ССЗ зарегистрирован у 92,5% обследованных. Большинство в клиническом диагнозе имеют инфаркт миокарда (34%) и стенокардию (29%). Статины были назначены подавляющему большинству пациентов (95%), а среди назначаемых препаратов лидирует аторвастатин – его принимает 70% обследованных, на втором месте – розувастатин (15%), малая доля назначений приходится на омакор, симвастатин и их сочетания с аторвастатином. Было определено, что из больных стенокардией, сочетанной с дислипидемией (32,3% мужчин и 29,3% женщин), и не перенёсших в анамнезе ОИМ, регулярно принимают статины лишь 24% пациентов с данной нозологической формой заболевания – 19,1% среди мужчин и 33,3% среди женщин; нерегулярно – 42,9% больных: 38,1% среди мужчин и 8,3% среди женщин. Из перенёсших же ОИМ с тем же диагнозом постоянный приём статинов осуществляют 21,2% больных, из которых большинством являются женщины (25% от женщин с данной патологией); непостоянный приём – так же 21,2%, но большинство составляют мужчины: 23,9% больных среди мужчин и 16,6% - среди женщин. (Таблица 1).

Аналогичные результаты были получены при изучении группы пациентов с ОИМ, имевшим дислипидемию. Большая доля систематично принимающих статины приходится на пациентов, перенёсших ранее ОИМ (32,4%): 46,2% - среди женщин, 25% - среди мужчин. В группе с данным заболеванием более половины мужчин (54,2%) отметили нерегулярность лечения статинами, среди женщин же этот показатель составил 15,4%. Очень малая доля опрошенных, поступивших с ИМ и не имеющих в анамнезе ОИМ, соблюдает регулярное лечение – 2,7% пациентов, среди которых только женщины. Непостоянность приёма препаратов в этой группе более свойственна мужчинам (12,5%) и менее – женщинам (7,7%). Закономерности динамики рассматриваемого критерия по возрастным группам не выявлено. (Таблица 2).

Таблица 1. Регулярность статинотерапии
у больных стенокардией и дислипидемией

Анамнез	Пол	Возраст. группы	Принимают регул. статины	Принимают нерег. статины	Не принимают по причине «дорого»	Не принимают по причине «доктор не назначил»	Не принимают по причине «боюсь побочных эффектов»
Не перенёсшие ОИМ	Мужчины	18 – 44		9,5%			
		45 – 59	9,5%	14,3%			
		60 – 74	4,8%	14,3%			
		74 – 90	4,8%				

	Женщины	18 – 44	8,3%				
		45 – 59	8,3%	8,3%			
		60 – 74					
		74 – 90	16,7%				
Перенёсшие ОИМ	Мужчины	18 – 44		4,8			
		45 – 59	4,8%				
		60 – 74	4,8%	14,3%			
		74 – 90	9,5%	4,8%			
	Женщины	18 – 44					
		45 – 59	8,3%				
		60 – 74		8,3%	8,3%		8,3%
		75 – 90	16,7%	8,3%			

Таблица 2. Регулярность статинотерапии у больных с ИМ и дислипидемией

Анамнез	Пол	Возрастные группы	Принимают регулярно статины	Принимают нерегулярно статины	Не принимают по причине «дорого»	Не принимают по причине «доктор не назначил»	Не принимают по причине «боюсь побочных эффектов»
Не перенёсшие ОИМ	Мужчины	18 – 44					
		45 – 59		4,2%		8,3%	
		60 – 74		8,3%			
		74 – 90					
	Женщины	18 – 44					
		45 – 59					
		60 – 74		7,7%			
		74 – 90	7,7%			7,7%	
Перенёсшие ОИМ	Мужчины	18 – 44	4,2%	16,7%			
		45 – 59	8,3%	20,8%			
		60 – 74	12,5%	12,5%			
		74 – 90		4,2%			
	Женщины	18 – 44	7,7%				
		45 – 59	7,7%	7,7%	7,7%		
		60 – 74	30,8%	7,7%			
		75 – 90				7,7%	

Выводы. Таким образом, приверженность к терапии статинами в ряду пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказалась низкой. Наиболее выраженно данное явление в группах, не имеющих ранее в анамнезе ОИМ, а

также у пациентов мужского пола, что проявило себя во всех анализируемых случаях. Необходимо привлечение дополнительных возможностей улучшения прогноза у данных пациентов и приверженности их к терапии.

Список литературы.

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские Рекомендации. VI пересмотр. Режим доступа: https://noatero.ru/ru/noa/jurnal/2017g-no3-28. (дата обращения 10.03.2019);
2. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. – 2014. № 6. – С. 4-11;
3. Рекомендации ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016. Режим доступа: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC-2016-dyslipidemiya-5_rkj_17.pdf. (дата обращения 10.03.2019);
4. Зыков М.В., Бернс С.А., Кашталап В.В., Барбараш О.Л. Приверженность к гиполипидемической терапии в течение 3х лет после ОКС // Атеросклероз и дислипидемии. 2017. № 2 (27). – С. 58-67.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Сандриго Рената, Альвес Де Оливейра Марсело
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Борисова Н.А.

Актуальность исследования состоит в том, что ревматоидный артрит (РА) является системным воспалительным аутоиммунным заболеванием неизвестной этиологии и характеризуется хроническим воспалением синовиальной оболочки суставов, прогрессирующей деструкцией хрящевой и костной ткани. Ежегодно число пациентов с РА возрастает на 3-4%, а с учетом старения населения доля, страдающих РА неуклонно растет. Пациенты с РА ограничены в своей способности эффективно работать, выдерживать нормальную продолжительность рабочего дня, теряя 2/3 трудоспособности в течение первого года заболевания [2]. При этом психо-эмоциональная сфера является важным аспектом РА, которая до настоящего времени остается мало изученной и требует пристального внимания медицинского персонала и окружающих [1]. Такие факторы как длительное общее недомогание, боли в суставах, как следствие, ограничение двигательной активности, ограничение жизненного пространства, ранняя инвалидизация, повышенная невротизация и астенизация, постоянное ощущение тревожности и эмоционального дискомфорта являются причиной дезорганизации жизни пациентов [1, 3].

Целью настоящего исследования является оценка качество жизни (КЖ) пациентов с ревматоидным артритом на фоне приема метотрексата (МТ).

Материал и методы. В обследование был включен 39 больных с РА. РА устанавливался по общепринятым критериям (EULAR, 2010). Средний возраст больных составил 41,5 ± 9,1 года, длительность болезни - 9,2+4,9 лет. ФН I была у 3 (7,69%); II – 27 (69,23%); III -9 (23,08%) больных. Все обследованные были сопоставимы по возрастному и половому составу. КЖ оценивали с использованием опросника SF-36 до начала терапии и через 1, 3 и 6 месяцев терапии метотрексатом.

Результаты и обсуждения. При анализе результатов, полученных при обработке опросников, в сравниваемых группах выявлено значимое снижение всех показателей КЖ. Исходное определение до начала лечения показателей физического (PF, RF, BP и GH) и психического здоровья (VT, SF, RE и MH) выявило более низкое их значение ($p<0,01$ и $p<0,05$). Динамическое наблюдение показало изменение в положительную сторону всех восьми характеристик качества КЖ, начиная с первого месяца терапии. Следует отметить, что у наблюдаемых нами пациентов уже через 3 месяца в группе МТ было получено нарастание показателей PF, RF, BP и GH ($p<0,001$). При этом четко выражено уменьшение интенсивности болевого синдрома и его влияния на возможность активного занятия физическими упражнениями, улучшение физического и ролевого функционирования, появились желание и возможность выполнять различные нагрузки, повысился уровень социальной активности: PF - 45,3±3,21, RF – 35,7±4,07, BP - 39,7±5,65 и GH – 61,3±6,01 ($p<0,05$), психического - VT – 55,9±3,76, SF – 56,4±2,96, RE – 59,3±3,99, MH - 56,54±4,57 ($p<0,01$ и $p< 0,001$), что отражает положительные изменения КЖ этих пациентов. Во второй группе пациентов достоверных изменений исследуемых показателей, за исключением периода на фоне терапии метотрексатом получено не было. Влияние терапии на КЖ этих пациентов было получено только после 3-х месяцев ($p< 0,05$ и $p < 0,01$).

В 1 группе пациентов с ФН I ст. сохранена психологическая адаптация. Ухудшение функции суставов сопровождалось повышением уровня тревожности, преобладания в актуальном состоянии негативных эмоций и заинтересованностью пациентов в помощи окружающих.

Таким образом, применение МТ оказывает положительное влияние на динамику всех показателей КЖ больных РА уже после первого месяца использования препарата и характеризуется значимым эффектом, что проявляется в улучшении КЖ.

Выводы. Ограничение двигательной активности пациентов и неспособность к адекватному самообслуживанию определяет увеличение у них тревожности, снижает мотивацию к терапии. Терапия метотрексатом, согласно современным клиническим рекомендациям, улучшает качественные показатели жизни больных.

Список литературы

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Научно-практич. ревматол. 2003. № 2. С. 72-81.
2. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М., Горячев Д.В. с соавт. Валидация русско-язычной версии Health assessment questionare (HAQ). Научнопрактич. ревматол. 2004. № 2. С. 59-64.
3. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Имаметдинова Г.Р. Методы оценки поражения суставов, активности заболевания и функционального состояния больных ревматоидным артритом. Методич. пособ. для врачей. М. 2003. 32 с.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В 2018 ГОДУ НА БАЗЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3»

Ромашкина Д.С., Абросимова Н.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Горетая М.О.

Актуальность данного исследования заключается в том, что несмотря на успехи в лечении и диагностике заболеваний печени, цирроз является одной из важных медицинских, социальных и экономических проблем, и это требует особого внимания. По данным некоторых авторов, цирроз печени является одной из шести ведущих причин смерти пациентов 35-60 лет, а частота его составляет от 14 до 30 случаев на 100 000 населения [3]. Многообразие этиологии, серьезные осложнения, материальные затраты, высокая летальность во многом усложняют лечение [1]. Немаловажной проблемой является также то, что в большинстве случаев цирроз диагностируется уже при далеко зашедших стадиях поражения печени [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры заболеваемости циррозом печени у пациентов гастроэнтерологического отделения ОБУЗ КГБ № 3 за 2018 год, выявление клинико-морфологических особенностей заболевания в зависимости от пола, возраста и других показателей.

Материалы и методы: в качестве материалов исследования были использованы истории болезни пациентов гастроэнтерологического отделения ОБУЗ КГБ № 3, страдающих циррозом печени.

Задачи исследования. Определение доли цирроза печени в структуре общей заболеваемости пациентов гастроэнтерологического отделения ОБУЗ КГБ № 3 за 2018 год. Распределение пациентов по группам в соответствии с их половой принадлежностью, возрастом, этиологией, осложнениями, диагнозом (основной или сопутствующий).

Был проведен статистический анализ полученных данных.

Результаты и обсуждения: общая заболеваемость в гастроэнтерологическом отделении ОБУЗ КГБ № 3 за 2018 год составила 642 человека, среди них 106 (17%) пациентов с диагнозом цирроз печени. Из них 47 (44,3%) женщин и 59 (55,7%) мужчин в возрасте от 19 до 81 года. При этом значительно чаще заболевание встречалось в возрасте 51-60 лет – 39 (36,8%) случаев. При изучении этиологии было выяснено, что случаи токсико-алиментарного цирроза встречаются у 69 (65,1%) пациентов, вирусного – у 13 (12,3%) больных. Криптогенный цирроз обнаружен у 10 (9,4%) обратившихся больных, а цирроз смешанной этиологии – у 21 (19,8%) пациента (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по этиологии цирроза печени

Месяц	Токсико-алиментарный	Вирусный	Криптогенный	Смешанный
Январь	3	1	1	2
Февраль	4	0	1	3
Март	7	3	0	0
Апрель	6	2	0	1
Май	7	0	7	0
Июнь	5	1	0	2
Июль	8	0	0	4
Август	5	2	1	2
Сентябрь	5	2	0	1
Октябрь	10	1	0	2
Ноябрь	5	1	0	2
Декабрь	4	0	0	2
Всего	69	13	10	21

Среди причин цирроза вирусной этиологии гепатит В встречается у 5 (4,7%) пациентов, а гепатит С – у 28 (26,4%) больных. Дальнейший анализ показал, что синдром портальной гипертензии в стадии компенсации встречается у 23 (21,7%) пациентов, в стадии субкомпенсации у 32 (21,7%) пациентов, а в стадии декомпенсации – у 51 (48,1%) пациента. У 38 (35,8%) больных отмечается наличие печеночно-клеточной недостаточности, а у 60 (56,6%) пациентов - наличие гиперспленизма. Основной диагноз поставлен в 78 (79,6%) случаях, а 28 (26,4%) как сопутствующий.

Выводы. Таким образом, при изучении структуры заболеваемости циррозом печени в гастроэнтерологическом отделении ОБУЗ ГКБ № 3 было выяснено, что в 2018 году чаще госпитализировались лица мужского пола. Пик заболеваемости пришелся на возрастную группу 51-60 лет. Чаще цирроз печени являлся основным диагнозом. В ходе исследования выяснилось, что среди причин цирроза печени лидирует токсико-алиментарная природа заболевания, а среди цирроза вирусной этиологии – гепатит С. Среди синдрома портальной гипертензии чаще встречается заболевание в стадии декомпенсации, что может свидетельствовать о позднем обращении пациентов за медицинской помощью.

Список литературы.
1. Гендерные особенности цирроза печени / Е. Н. Божко, Д. А. Хомич, М. Ю. Сурмач, Н. И. Прокопчик // Журнал ГрГМУ. - 2013. - № 3 (43). - С. 36-38
2. Некоторые аспекты развиития инфекционно-аллергического и токсического гепатита и цирроза печени / Л. А. Алимова, С. А. Бегманов, Н. Н. Нигматов, Н. А. Абидова //Вестник НГПУ. – 2015. - № 1 (23). - С. 80-87
3. Цирроз печени / А. И. Дядык, А. Э. Багрий, И. И. Вишнивецкий, В. Б. Гнилицкая, М. В. Хоменко // Новости медицины и фармации. - 2013. - № 5. - С. 24-31

СОСТОЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Рыбачек А.В., Соломатина А.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кафедра эндокринологии
Научные руководители–ассистент Ерохина Т.С.;
к.м.н., доцент Андреева Н.С.

Актуальность исследования состояния инсулинорезистентности в рамках метаболического синдрома обусловлена значительно возросшим интересом множества ученых к изучению взаимосвязи между метаболическими нарушениями и ожирением с ростом сердечно-сосудистой патологии. Ожирение и сахарный диабет 2 типа признаются ВОЗ эпидемиями современного времени, это обусловлено их распространенностью, высоким риском в развитии сердечно - сосудистых патологий, ранней инвалидизацией больных и преждевременной смертностью.

По данным ВОЗ более 35% жителей планеты страдают избыточным весом, в том числе 18,9% женщин и 15,4% мужчин. Число ожиревших людей беспрерывно растет и в среднем увеличивается каждые 10 лет на 10% [1,2,3]. В настоящее время прогнозируется неуклонный рост числа людей страдающих ожирением и предполагается, что к 2025 г. данной проблемой будут страдать уже 45% мужчин и 55% женщин [4].

До настоящего момента нет единого представления о первопричинах развития метаболического синдрома. Тем не менее, по мнению большинства авторов, главным инициирующим фактором в возникновении метаболического синдрома является инсулинорезистентность. Наиболее важным представляется определение степени выраженности нарушения толерантности тканей к инсулину в сопоставлении с выраженностью абдоминального ожирения, нарушений углеводного и липидного обмена, дисфункции эндотелия и гипертонической болезни у больных метаболическим синдромом, что часто приводит к смерти и инвалидизации.

Целью исследования является: на основе комплексного медико-демографического и клинического исследования группы больных, страдающих нарушенной толерантностью к глюкозе, артериальной гипертензией и ожирением, дать оценку состояния инсулинорезистентности в рамках метаболического синдрома.

Материалы и методы: на базе ОБУЗ «Курская Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» был проведен клинико-экспертный анализ 31 истории болезни и проведено анкетирование 31 больного.

В исследование не были включены пациенты с вторичной артериальной гипертензией, с другими сердечно – сосудистыми заболеваниями, клапанными поражениями сердца, а также больных с сахарным диабетом и другой патологией эндокринной системы.Для выявления нарушенной толерантности к глюкозе применялся пероральный глюкозотолерантный тест. Оценка наличия ожирения проводилась с использованием показателя индекса массы тела (ИМТ) =масса (кг)/рост ($м^2$).Тип ожирения был определен измерением окружности талии и отношения ОТ/ОБ. В соответствии с Рекомендациями по диагностике метаболического сердечно – сосудистого синдрома Национального института здоровья США (2000 год) абдоминальному типу ожирения соответствует величина индекса: для женщин ОТ/ОБ > 0,88, для мужчин ОТ/ОБ > 0,92.

Корреляционный анализ был проведен с использованием коэффициента Гамма, непараметрического метода, позволяющего оценить взаимосвязь двух качественных или качественных и количественных признаков, когда в данных имеется большое количество повторяющихся значений. Использовалась следующая классификация силы корреляции в зависимости от значения коэффициента корреляции:$G \leq 0,25$- слабая корреляция, $0,25 < G < 0,75$- умеренная корреляция,$G \geq 0,75$- сильная корреляция. Факторный анализ для оценки значимости факторов, показывающих среднюю и сильную силу корреляционной связи, проводили с помощью критерия каменистой осыпи и критерия Стьюдента. Статистический анализ осуществлялся с использованием программ Statistica 6.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования было выявлено, что подавляющее большинство обследуемых (64,51%; $p<0,05$) составили женщины. При распределении больных по возрасту удельный вес составили пациенты в возрасте 51 – 60 лет, а число пациентов в возрастных группе 31 – 40 лет было наименьшим – 4,96%. Средний возраст пациентов при НТГ варьировал в пределах от 56,8±7,14.При определении массы телы больных были получены следующие результаты: масса тела колебалась от 70 кг до 125 кг, а среднее значение составило 98,52± 4,56 кг ($p<0,05$). Средний вес у пациентов составил 93,31± 5,82 кг ($p<0,05$). При оценке индекса массы тела (ИМТ) получены следующие результаты: ИМТ изменялся от 30,4 до 45,4 кг/$м^2$, среднее значение составило 33,64±4,66 кг/$м^2$ ($p<0,05$). При изучении распределения характера веса по полу выявлены следующие закономерности: у больных с НТГ 1 степень ожирения преобладала у мужчин ($p<0,05$). Объем талии при НТГ варьировал от 92 см до 125 см, а среднее значение составило

105,88±3,30 см (p<0,05). Средний объем талии составил 107,07±6,07 см (p<0,05).У всех пациентов был абдоминальной (висцеральный) тип ожирения. При изучении распределения пациентов по степени артериальной гипертензии получены следующие результаты : наибольший удельный вес составили пациенты с 3 степенью артериальной гипертензии, а число пациентов с нормальными цифрами артериального давления было наименьшим (p< 0,05). Показатели уровня триглицеридов также повышены, это около одной трети пациентов – 41,93% (p < 0,05). Нами определена прямая тесная корреляционная взаимосвязь между уровнем артериального давления и изменением уровня триглицеридов r = 0,73 (p < 0,05) у пациентов с НТГ, корреляционная взаимосвязь с уровнем холестерина плазмы менее выражена
r= 0,55 (p < 0,05), однако также значима.

Выводы. Среднее значение ИМТ у больных с НТГ составляло 33,64±4,66 кг/м^2 (p<0,05), преобладала 1 степень ожирения, при этом средний индекс массы тела составил 33,68± 5,52 кг/м^2 (p>0,05). У всех пациентов вне зависимости от нарушения углеводного обмена, как при избыточной массе тела, так и при ожирении был абдоминальной (висцеральный) тип ожирения. Выявлена положительная корреляция между индексом HOMA-IR и массой тела. При изучении распределения пациентов по степени выраженности артериальной гипертензии выявлено, что при всех нарушениях углеводного обмена лидировала 3 степень артериальной гипертензии. Обнаружена корреляционная взаимосвязь между уровнем артериального давления и изменением уровня триглицеридов и холестерина.

Список литературы.

1. Бутрова С. А. Метаболический синдром: патогенез, диагностика, подход к лечению. // Русский медицинский журнал. - 2003. - № 4. – С. 57 – 60.
2. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета // Consilium medicum. – 2005. Т.6, № 8. С. 534 – 539.
4. Гинзбург М. М., Крюков Н. М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. - 2004 г. – С. 39 – 47.
5. Bray G.A. Obesity: a time bomb to be defused. // Lancet. - 1999. - № 17. – P. 151 – 152.

ОЦЕНКА РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Саломатина А.В., Шматько И.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мансимова О.В.

Актуальность исследования. Совокупное число случаев мерцательной аритмии в Российской Федерации - около 2,5 млн (по статистическим данным

на 2010 год) [1]. Мерцательная аритмия достаточно сильно снижает качество и продолжительность жизни больных из-за развития различных осложнений, самыми частыми из которых являются тромбоэмболические осложнения. Почти 20% ишемических инсультов так же являются осложнениями при мерцательной аритмии. Частота развития ишемических инсультов при мерцательной аритмии, не связанных с ревматизмом, у больных, не получающих антитромботической терапии, составляет в среднем 4,5% в год. Это почти в два раза выше, чем у больных без мерцательной аритмии [2] Самым распространенным осложнением мерцательной аритмии является ишемический инсульт, частота которого среди всех тромбоэмболий составляет 91%. По данным четырёх эпидемиологических исследований, организованных в США, Японии, Исландии и Англии (Framingham, Shibata, Reykjavik, Whitehall), относительный риск ишемического инсульта при наличии мерцательной аритмии без поражения клапанного аппарата сердца возрастает в среднем в шесть раз. У больных с мерцательной аритмией, возникшей на фоне митрального стеноза, риск ишемического инсульта возрастает в 17 раз. Основной причиной тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии без поражения клапанов сердца в большей части случаев является тромбоз левого предсердия, а чаще ушка левого предсердия [3].

Цель исследования: изучение причин, повышающих риск возникновения тромбоэмболии у больных с мерцательной аритмией, находящихся на стационарном лечении НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»».

Материалы и методы: по анкете со шкалой CHA2DS2-VASc был проведен опрос 30 пациентов в возрасте от 58 до 82 лет с диагнозом мерцательная аритмия кардиологического и терапевтического отделений НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»».

Результаты и их обсуждение: шкала CHA2DS2-VASc позволяет просто и достоверно оценить риски возникновения тромбоэмболических осложнений у ряда пациентов в течение 1 года и рационально провести антитромботическую терапию. В зависимости от суммы баллов, полученных в результате анкетирования, определяется ожидаемая частота инсультов за год, которая варьируется от 0 до 15,2% и соответствует 0-9 баллов по данной шкале.

В анкетировании приняли участие 30 пациентов. После проведения анализа анкет были получены следующие результаты

Распределение по полу и возрасту приведено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возрастные Промежутки	Число	
	Муж	Жен
29-40	-	-
41-50	-	-
51-60	-	1 (3,3%)
61-70	6 (20%)	8 (26,7%)

70-79	2 (6,7%)	11 (36,7%)
81-90	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Всего	9 (30%)	21 (70%)

Из таблицы видно, что из выборки у 30 человек (70% опрошенных) – женщины. Среди возрастных групп большинство мужчин относились к группе пожилого возраста – 6 человек (20%), среди женщин большинство относилось к пожилому - 8 человек (26,7%) и к старческому возрасту – 11 человек (36,7%).

Распределение по сумме баллов по шкале в зависимости от возрастной категории и пола представлено в таблице 2.

Таблица 2. Количество человек с суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc в зависимости от пола

Сумма баллов	Мужчины	Женщины	Ожидаемая частота инсультов за год
0	-	-	0%
1	-	-	1,3%
2	-	-	2,2%
3	2 (6,7%)	1 (3,3%)	3,2%
4	3 (10%)	5 (17%)	4,0%
5	2 (6,7%)	9 (30%)	6,7%
6	1 (3,3%)	2 (6,7%)	9,8%
7	1 (3,3%)	2 (6,7%)	9,6%
8	-	2 (6,7%)	6,7%
9	-	-	15,2%

Итак, по шкале CHA2DS2-VASc риск развития тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии отмечается при сумме баллов равной 3 или выше. Из 30 опрошенных пациентов в возрастном промежутке от 29 лет до 90 лет было выявлено 3 пациента, сумма баллов которых была равна 3- среди них 2 мужчины, 1 женщина ; 8 пациентов с суммой баллов 4 – среди них 3 мужчины, 5 женщин; 11 пациентов с 5 баллами – среди них 2 мужчины и 9 женщин; по 3 пациента в обеих группах с суммой баллов 6 и 7 – среди них 1 мужчина, 2женщины; 2 пациента с суммой баллов 8 были женщины.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшим риском развития тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии обладали лица женского пола в возрастной категории от 60 до 80 лет.

Список литературы.

1. Колбин А.С., Татарский Б.А и др. Социально-экономическое бремя мерцательной аритмии в Российской Федерации // Клиническая фармакология и терапия. 2010. № 19. С.68-70.

2. Зотова И.В., Исаева М.Ю. и др. Оценка риска тромбоэмболий при мерцательной аритмии: современное состояние проблемы // Атеротромбоз. 2013. № 1. С. 21-32.
3. Панченко Е.П. Профилактика кардиоэмболического инсульта у больных мерцательной аритмией // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.2003. № 2.С. 64-69.
4. Шкала CHA2DS2-VASc [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.cardioneurology.ru/cha2ds2vasc/ (дата обращения 10.03.2019).

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ РСЦ КАРДИОЛОГИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Сафонов А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хлебодарова Е.В.

Актуальность исследования состоит в том, что заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место в причине смертности населения в экономически развитых странах. Так же являются самой распространенной причиной инвалидизации населения. По данным Министерства здравоохранения Российской федерации за период 2017 года зарегистрировано 1077215 больных с диагнозом - ишемическая болезнь сердца, установленным впервые в жизни, это на 50 тысяч больше,8 чем в 2016 году [1]. Сохранение высокого уровня заболеваемости и смертности в России от сердечно-сосудистых заболеваний во многом обусловлено недостаточным влиянием на основные факторы риска ИБС и инфаркта миокарда, которыми являются: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность и психосоматические факторы риска, артериальная гипертония (АГ), нарушения углеводного обмена, в том числе сахарный диабет (СД), а также нарушения липидного обмена и ожирение [2]. Анализ факторов риска позволяет выявить группы риска при проведении профосмотров, диспансеризации, первичном терапевтическом осмотре для дальнейшего применения дифференцированного и индивидуального подхода к профилактике ИМ [3].

Целью исследования является изучения роли различных факторов риска в возникновении инфаркта миокарда по данным отделения РСЦ кардиология Курской областной клинической больницы

Материалы и методы исследования: было проанализировано 30 историй болезни пациентов с инфарктом миокарда на базе отделения РСЦ кардиология Курской областной клинической больницы. Были оценены клинические, анамнестические данные, наличие вредных привычек (курения), сахарного диабета, артериальной гипертензии, гиподинамии, ожирения, отягощенного

наследственного фактора, гиперлипидемии (за счет повышения уровня липопротеинов низкой плотности, триглицеридов). Возраст больных колебался в пределах 25 – 65 лет, из них мужчин было 23 (77%), а женщин 7 (23%).

Оценка факторов риска и риска развития сердечно-сосудистой патологии в ближайшие 10 лет, оценивалась по шкале SCORE.

Результаты и обсуждения. В результате анализа историй болезни было выявлено, что 77% больных были мужчины. У всех пациентов с инфарктом миокарда (100%) наблюдалась гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия была выявлена у 87%. Немаловажным критерием было и наличие вредных привычек, одной из них было курение. Процент курящих составил 67%. Избыточная масса тела и абдоминальное ожирение были диагностированы в 50% случаев. Наследственный фактор, возраст и гиподинамический критерий играли меньшее значение и составляли соответственно 30%, 30%, 33%. Данные, полученные в ходе исследования представлены в диаграмме 1, диаграмме 2, таблице 1.

Диаграмма 1. Возраст пациентов

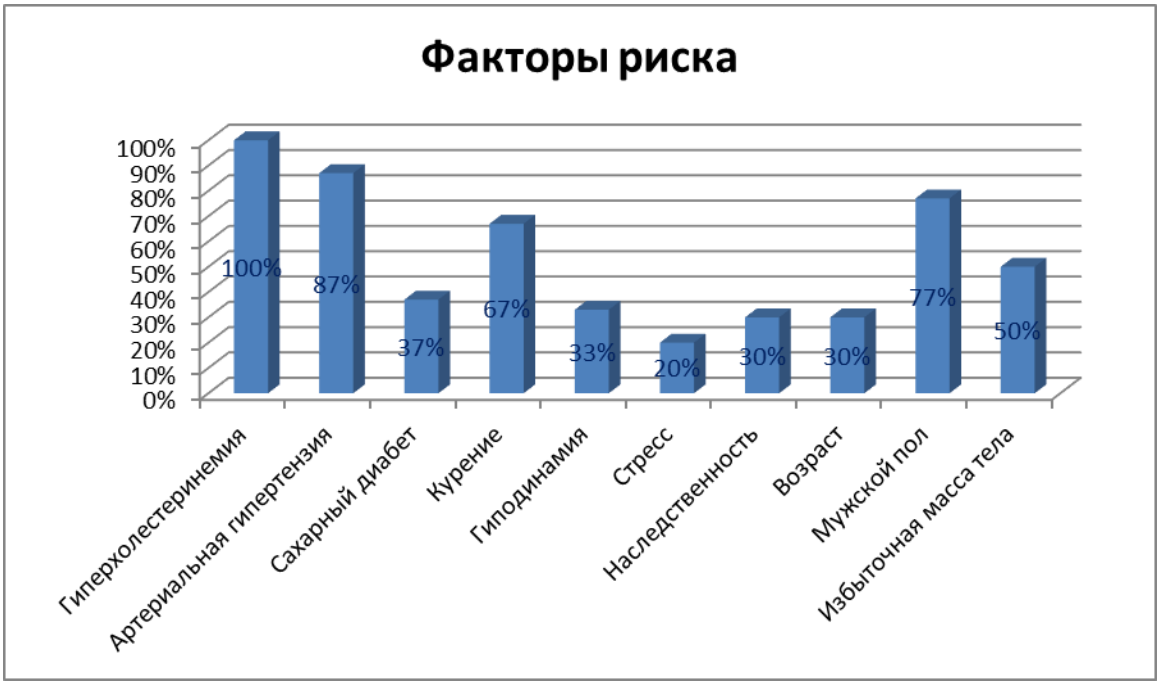


Диаграмма 2. Факторы риска

Таблица 1. Шкала SCORE

	Риск <1%	5
	Риск 1%	1
	Риск 2%	0
	Риск 3-4%	2
	Риск 5-9%	4
	Риск 10-14%	5
	Риск >15%	13

Выводы. В результате проведенного исследование были выявлены наиболее значимые факторы риска в развитии инфаркта миокарда, такие как гиперхолестеринемия (100%), артериальная гипертензия (87%), курение (67%). Наименее важными факторами являются гиподинамия (33%), наследственность (30%), возраст (30%).

Список литературы.

1. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. 2018 : Статистические материалы / Ред. колл.: А.В.Поликарпов, Г.А.Александрова и др. – М.: Минздрав РФ. 2018. – 103 с.
2. Какорин С.В., Шашкова Л.С. Острый коронарный синдром у пациентов с нарушениями углеводного обмена// Сердце: журнал для практикующих врачей. 2012.Т.1, № 11 (1). С.8-12.
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской федерации: вклад болезней кровообращения//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013, Т.1,№ 6.С. 5-10.
4. Шамес А. Б. Ишемическая болезнь сердца у женщин// М.: Издательство “Бином”.2013. 176с.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОПРОТЕКТОРОМ МЕКСИКОР НА ЧАСТОТУ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И НА ПАРАМЕТРЫ ЕГО ВАРИАБЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Сафонова А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Николенко Т.А.

Нарушение метаболизма в период ишемии миокарда, а также изменение вариабельности сердечного ритма являются основными причинами

возникновения желудочковых аритмий у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС). В связи с этим представляет интерес применение кардиопротекторов для лечения желудочковых аритмий ишемического генеза.

Цель исследования: оценить частоту желудочковых аритмий, а также вариабельность ритма сердца у больных ИБС: стабильной стенокардией III функционального класса на фоне комплексной терапии кардиопротекотром мексикор.

Материалы и методы: в исследование включено 40 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет с ИБС: стабильной стенокардией III функционального класса. Больные разделены на 2 группы по 20 человек. Базовая терапия ИБС для обеих групп включала: β_1-адреноблокатор (метопролола сукцинат 200мг/сут), ингибитор АПФ (периндоприл 5-10мг/сут), нитраты продленного действия при необходимости (пектрол 40-60 мг/сут), кардиомагнил, статины (аторвастатин). Через 1 месяц базовой терапии в основной группе лечение было дополнено мексикором в дозе 300 мг/сутки на 1 месяц. Частота желудочковых аритмий оценивалась методом суточного мониторирования ЭКГ и программного обеспечения КТ-Result.

Результаты и обсуждения. На фоне базовой антиангинальной терапии выявлено снижение одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) у группы исследуемых пациентов и у контрольной группы днем на 59% и 60%, ночью – на 57% и 61%, в ранний утренний период - 37% и 39% соответственно. При применении комплексной терапии мексикором частота одиночных ЖЭ снизилась на 86% днем, на 92% в ночной период и на 90% в ранний утренний период. В контрольной группе со 2-го месяца базовой терапии достоверных изменений частоты ЖЭ не выявлено.

В процессе лечения выявлена разная активность мексикора в отношении желудочковых аритмий в зависимости от времени суток. Наибольший антиаритмический эффект препарата достигался днем, в отношении парных, групповых и залповых ЖЭ (снижение 96%, 94% и 100% соответственно), а также в ранний утренний период, когда у пациентов купировались парные, групповые и залповые ЖЭ.

Через 1 месяц традиционной терапии выявлен рост показателя SDNN днем у пациентов исследуемой группы на 31%, у контрольной группы на 37%. При применении комплексной терапии мексикором показатель SDNN днем возрос на 56%, оставшись неизменным в группе контроля. В исследуемой группе больных данный показатель для 1-й половины ночи увеличился на 27%, для 2-й половины ночи – на 68%, не изменяясь в группе контроля. На фоне стандартной терапии параметр LF в дневной период снизился в исследуемой и контрольной группе на 16% и 25% соответственно. При применении мексикора значение показателя LF днем, в 1-ю и 2-ю половину ночи снизилось на 25%, 31% и 25% соответственно. В группе контроля достоверных изменений не выявлено. На фоне базовой терапии показатель HF днем увеличился на 36% и 22% у пациентов исследуемой и контрольной групп. При включении в терапию

мексикора HF днем возрос в 2,7 раза в 1-ю половину ночи – на 45%, во 2-ю половину ночи – на 65%, не изменяясь достоверно в контрольной группе

Выводы. Комплексная терапия мексикором в течение 1 месяца приводит к усилению антиаритмической активности метопролола, что проявляется в достоверном снижении частоты желудочковых нарушений ритма у пациентов с ИБС: стабильной стенокардией III функционального класса. Наибольшая эффективность препарата достигается в дневной и ранний утренний период. Также мексикор оказывает положительный эффект на параметры вариабельности ритма сердца у больных с ИБС, что способствует усилению антиаритмического эффекта β-блокатора.

Список литературы.

1. Голиков А.П., Михин В.П., Полумисков В.Ю. и др. Эффективность цитопротектора Мексикора в неотложной кардиологии// Терапевтический архив. 2004. № 4. С. 60–65.

2. Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В. и др. Изучение эффективности и переносимости препарата «Мексикор» у пациентов с ИБС: стабильная стенокардия напряжения II–III ФК// Научный альманах. 2015. № 7 (9). С. 865-867.

3. Николенко Т.А., Михин В.П., Савельева В.В. Сравнительная антиаритмическая активность мексикора и милдроната у больных ИБС// Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ и сес. Центр.-Чернозем науч. центра РАМН и отделения РАЕН. Курск 2009. Т. 2. С. 73-75.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ КОКБ)

Сафонова М.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ивакин В.Е.

Одной из важнейших проблем современного общества, безусловно, является увеличение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди населения [4]. Наиболее распространенным нарушением сердечного ритма является фибрилляция предсердий, что составляет 2% заболеваемости населения [2]. Фибрилляция предсердий остается одной из главных причин инсульта, внезапной смерти, сердечной недостаточности во всем мире [3]. Во многом, эффективность проводимой терапии зависит от того, насколько точно и правильно пациент соблюдает рекомендации врача, то есть какова приверженность его к лечению [3]. В силу множества факторов, сложно добиться идеальной комплаентности. В связи с этим актуальна проблема выявления причин различной приверженности больных разными формами

фибрилляции предсердий объективными методами [1], возможностей повышения комплаентности.

Цель исследования. Изучить особенности приверженности антитромботической терапии пациентов с фибрилляцией предсердий кардиологического отделения БМУ КОКБ (прием антагониста витамина К– Варфарин или НОАК - Прадакса), и на этой основе определить зависимость степени комплаентности от различных факторов.

Материалы и методы исследования. Изучена приверженность лечению 108 больных обоего пола (52 женщин и 56 мужчин) в возрасте от 47 до 85 лет с формированием 2 групп: группа А (n=48) – пациенты, принимающие варфарин, и группа В (n=60) – пациенты, принимающие прадаксу. Все больные находились на лечении в кардиологическом отделении БМУ КОКБ. Критерии включения: наличие фибрилляции предсердий, прием назначенных лекарственных препаратов (а именно непрямых антикоагулянтов (варфарин) или НОАК (прадакса)), необходимость антитромботической терапии по данным шкалы CHADS2-VASc (≥2 баллов), соблюдение рекомендаций лечащего врача. Оценка степени приверженности проводилась с помощью теста Мориски-Грина, позволяющего выявить основные причины изменения приверженности лечению [1,4].

Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и программы Statistica 6.0 for Windows.

Результаты исследования.

Таблица 1. Сравнительные данные пациентов, приверженных и не приверженных терапии по основным характеристикам

Показатели	Группа А (n=48)		Группа В (n=60)	
	Приверженны 10 (20,8%)	Не привержены 38 (79,2%)	Привержены 36 (60%)	Не привержены 24 (40%)
Женщины	6	18	16	12
Мужчины	4	20	20	12
Забыли принять ЛС	34	14	42	18
Невнимательность к часам приема	36	12	22	38
Пропуск при хорошем самочувствии	24	24	12	48
Пропуск при плохом самочувствии	8	40	4	56

Результаты теста Мориски-Грина показали, что приверженными терапии оказалось 46 (42,5%) пациентов. Общая приверженность всех пациентов

оценивается как низкая. Среди пациентов, принимающих Прадаксу в качестве антитромботической терапии (группа В) приверженность лечению выше (60%), чем у больных, принимающий с той же целью Варфарин (группа А) – 20,8%

Основные причины низкой приверженности по данным теста Мориски-Грина: забывчивость больных принять препарат (38 человек) и невнимательное отношение к часам приема ЛС (54 человек). Вызывало трудности среди пациентов группы В соблюдение кратности приема Прадаксы (2 р/д) по сравнению с однократным приемом Варфарина пациентами группы А, что повлияло на показатели приверженности. Большая стоимость Прадаксы, чем Варфарина существенно не отразилась на следовании назначенному лечению. Все пациенты группы А проводили еженедельный контроль МНО (2,0-3,0) без каких-либо трудностей.

Больные с постоянной формой ФП (40 человек) оказались менее привержены лечению, чем пациенты с другими формами ФП. Это связано, опять же, с несоблюдением режима приема препаратов.

Женщины склонны чаще забывать принять препарат, а мужчины – невнимательно относиться к приему ЛС по часам. Мужчины чаще пропускали следующий прием ЛС как при хорошем, так и при плохом самочувствии.

Средний балл теста Мориски-Грина 1,68±1,25 балла, в группе А – 2,1±1,2 б., в группе В – 1,3±1,1 б., что отражает низкую комплаентность.

При распределении пациентов по возрастным группа получены следующие данные: средний балл в группе среднего возраста 1,4 ± 0,91 б, в группе пожилого возраста 1,54±1,36 б, в группе старческого возраста 2,75±0,88 б. Пациенты старческого возраста наименее привержены лечению, чем пациенты среднего и пожилого возраста. С увеличением возраста показатели приверженности ухудшаются.

Выводы. Полученные данные указывают на зависимость приверженности от возраста (пациенты старческого возраста) и формы фибрилляции предсердий (постоянная), и отсутствие зависимости от выбора препарата для проведения антитромботической терапии и гендерной принадлежности.

Список литературы.

1. Амлаев К.Р., Махов З.Д., Койчуева С.М., Койчуев А.А. Методы определения уровня и причины снижения приверженности лечению/ К.Р. Амлаев, З.Д. Махов, С.М. Койчуева, А.А. Койчуев // Вестник Ставропольского государственного университета. - 2012. - № 3. - С. 225-229.

2. Баталов Р.Е., Антонченко И.В., Попов С.В. Антикоагулянтная терапия для фибрилляции предсердий/ Р.Е. Баталов, И.В. Антонченко, С.В. Попов// Российский медицинский журнал. - 2011.- № 14.- С. 905-909.

3. Семенова О. Н., Наумова Е. А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения /

4. О.Н. Семенова, Е. А. Наумова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - № 3 (3).- С. 507–511.

5. Скирденко Ю. П., Шустов А. В., Жеребилов В. В., Николаев Н. А. Приверженность к лечению у больных с фибрилляцией предсердий / Ю. П. Скирденко,
6. А.В. Шустов, В. В. Жеребилов, Н. А. Николаев // Международный журнал экспериментального образования. - 2016. - № 4–3.- С.510–510.

ВЫЯВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сибилёва А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Школьникова С.А.

Фактор питания, как интегральный показатель, имеет непременное значение в процессе формировании здоровья и качества жизни населения [2, 4, 6]. В настоящее время, ожирение является проблемой не только социально-экономического, этического, но и первостепенно медицинского характера, ведущего за собой переход в хроническое заболевание, дающей отягощённые изменения во всех органах и системах организма, как у взрослых, так и в детской популяции [1].

Потенциал здоровья населения характеризует немаловажный компонент, являющийся составляющей жизни каждого человека – самостоятельная медицинская активность, которая считается потребностью и необходимостью на весь период жизни современных гармонично сформированных и образованных людей, способствующей сохранению и укреплению здоровья [4, 7].

Данные проводимого социологического исследования позволили выявить значимые причины повышения уровня риска развития избыточной массы тела, вызванные потреблением продуктов, превышающих поступление энергии с пищей над расходом энергии организма, малоактивным образом жизни, недостающим физическим воспитанием и его развитием.

Актуальность исследования состоит в предотвращении возникновения риска развития ожирения у молодёжи, что сводится к общей проблеме здравоохранения.

Целью исследования является выявление студентов, имеющих предрасположенность к развитию избыточной массы тела, а также установления существенных факторов риска и распознавания причин возникновения данной проблемы.

Материалы и методы: было опрошено 188 студентов КГМУ педиатрического факультета 2 и 3 курсов с помощью специально разработанной анкеты. Для понимания существования или же отсутствия проблемы ожирения у респондентов с помощью онлайн – калькулятора, имея

данные о росте и весе каждого, был произведён расчёт индекса массы тела (ИМТ), позволивший установить диагнозы и увидеть общую картину имеющейся ситуации при проведении исследования. Для оценки значимости медицинской активности студентов в вопросах избыточного веса и её существенной роли, как фактора помощи и движущей силы начального пускового механизма избавления от лишнего веса, было взято интервью с лицами, которые находятся на пути к здоровому образу жизни.

Результаты и обсуждения: ИМТ у лиц женского пола: 62% - норма (у 142), 11% - избыток (у 20), 3% (у 5) - дефицит; ИМТ у лиц мужского пола: 17% (у 32) - норма, 7% (у 14) - избыток, дефицит не установлен. 20% студентов, от общего числа опрашиваемых соблюдают режим питания, 53% - не следуют режиму приёма пищи, 27% - придерживаются частично. Значительная часть девушек (39%) употребляет пищу в соответствии с нормативным содержанием калорийности, мужская часть опрашиваемых меньше – 14%. Наличие употребления «нездоровой» пищи/газированных напитков одобряют 79% респондентов, что является пусковым фактором к развитию ожирения, за счёт потребления «лёгких» калорий. Высок процент студентов (72%), посещающих спортивные кружки/секции. Данное значение указывает на то, что молодёжь обладает высоким уровнем физической культуры. Доля студентов, добивающейся сознательно снижение веса остаётся незначительной – 2%

Выводы. Завершая рассмотрение особенностей заботы о здоровье молодых людей, следует отметить, что позитивная медицинская активность способна реально влиять на изменение отношения молодёжи к своему здоровью.

Список литературы.

1. Бугрова С.А. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / под ред. И.И. Дедова. Москва. 2010. С. 5 – 13.

2. Герасименко Н.Ф., Позняковский В.М., Челнакова Н.Г. Здоровое питание и его роль в обеспечении качества жизни // Технологии пищевой и перерабатывающей промышленности АПК-продукты здорового питания. 2016. № 4. С. 52 – 57.

3. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у студентов, обучающихся на медицинском факультете, врачей и учителей / Т.Н. Маркова [и др.] // Здравоохранение Чувашии. 2005. № 4. С. 33 – 37.

4. Ноздрачева К.А., Сибилева А.А., Тимошилов В.И. Медицинская активность студентов клинических специальностей и востребованные способы её повышения // Здоровье и здравоохранение в России: материалы I Научной конференции молодых ученых с международным участием. Москва. 2017. С. 5 – 10.

5. Райхесберг Н. Адольф Кетле, его жизнь и научная деятельность. М., Elibron Classics, 2000. 98 с.

6. Тарасенко Н.А. Разработка функциональных продуктов питания для профилактики ожирения // Известия высших учебных заведений. Пищевая технология. 2015. № 4. С. 60 – 63.

7. Тимошилов В.И. Обучение организаторов профилактики социально обусловленных заболеваний среди молодёжи: законодательство и практика регионов Черноземья. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 4. С. 180 – 188.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Скворцова О.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мещерина Н.С.

Актуальность исследования обусловлена неуклонным увеличением распространенности воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), которая в России в среднем составляет 20,4 на 100000 населения для язвенного колита (ЯК) и 3,7 на 100000 населения – для болезни Крона (БК) и встречается по данным литературы с одинаковой вероятностью среди мужчин и женщин [2-4]. ВЗК поражают преимущественно людей трудоспособного возраста**,** что ведет к ранней инвалидизации пациентов. Вследствие чего важно изучать и медицинские, и социальные проблемы этих патологий [1]. Данная группа заболеваний характеризуется разнообразием тяжелых внекишечных проявлений, прогрессирующим течением, полиморбидностью. До сих пор этиология и патогенез ВЗК полностью не раскрыты, что соответственно затрудняет их диагностику и лечение [5,6].

Целью исследования является изучение клинико-эпидемиологической характеристики больных с ВЗК в реальной клинической практике.

Материалы и методы: в ходе исследования были проанализированы истории болезни пациентов с ВЗК, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении БМУ «Курской Областной клинической больницы» за период с 2016 по 2018 гг. На основе полученных данных с помощью математико-статистического анализа вычислялись экстенсивные показатели, средняя арифметическая, среднеквадратическое отклонение, средняя ошибка средней арифметической. Для статистической обработки был применен критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. В гастроэнтерологическое отделение за период с января 2016 года по декабрь 2018 года всего было госпитализировано 3261 человек, из них 153 пациентов с ВЗК, что составило 4,7%. Наибольшее число пациентов отмечалось с ЯК - 136 человек (88,9%). БК встречалась значительно реже – у 17 человек (11,1%).

При анализе возрастной структуры было выявлено, что при БК в сравнению с ЯК чаще встречались пациенты более молодого возраста, что однако не носило статистически значимой разницы ($p>0,05$). По данным

литературы ВЗК встречаются с равной частотой среди мужчин и женщин, что было подтверждено в нашем исследовании в отношении ЯК [6]. При БК было обнаружено значительное преобладание пациентов мужского пола, что по некоторым данным является фактором риска развития пенетрирующих осложнений при БК. Среди больных ЯК с одинаковой частотой встречались так жители города, так и сельской местности, в то время как при БК в основном преобладали пациенты, живущие в городах (таблица 1).

Таблица 1. Гендерно-возрастные параметры при хронических воспалительных заболеваниях кишечника

Показатель	ВЗК в целом (n=153)	ЯК (n=136)	БК (n=17)	p
Возраст	43,75±2,36	44,38±2,54	38,76±6,68	>0,05
Соотношение мужчин и женщин	1,3:1	1,2:1	3,3:1	>0,05
Соотношение городских и сельских жителей	1,1:1	1:1	2,4:1	>0,05

У пациентов БК возраст в дебюте заболевания составил 35,2 года, также была отмечена зависимость возникновения данного заболевания от пола: у мужчин в более молодом возрасте, по сравнению с женщинами. Симптомы ЯК впервые появлялись у больных в возрасте 40,4 года. При этом значительных различий между возрастом дебюта данной патологии среди мужчин (40,2 лет) и женщин (40,6 лет) не было. Кроме того установлено, что у мужчин БК дебютирует в более молодом возрасте (33,3 года), чем при ЯК. В то время как у женщин (49,5 лет), наоборот, более ранний возраст дебюта при заболевании ЯК. Длительность ВЗК в нашем исследовании варьировала от 1 недели до 32 лет.

По результатам нашего исследования наиболее часто у пациентов с ВЗК встречалось легкое течение, реже имело место тяжелое. При ЯК легкое течение отмечалось у 55% больных, среднетяжелое – у 39%, и только у 6% – тяжелое. Среди пациентов с БК выявлено следующее распределение степени тяжести течения заболевания: легкое течение – 47,1%, среднетяжелое – 35,3%, тяжелое – 17,6%.

Как известно, в клинической картине ВЗК нередко встречаются, помимо кишечных, и внекишечные проявления. В нашем исследовании при ЯК было выявлено 50 случаев различных внекишечных проявлений, что составило 36,7% от общего числа данного контингента больных. Среди них преобладающими были стеатоз печени (72%) и стеатогепатит (14%). Также отмечались единичные случаи артропатий (артралгии, артриты (6%)), узловатой эритемы (2%), псориаза (4%), анкилозирующего спондилита (2%), холелитиаза (2%). При БК у 5 пациентов наблюдались внекишечные проявления: у 60% больных - стеатоз печени, у 20% – стеатогепатит и у 20% – узловатая эритема.

Для лечения пациентов с ВЗК использовались следующие группы препаратов: сульфасалазин в дозировке от 1г до 5г (или месалазин (доза от 1,5г до 4 г), иммунодепрессивные препараты (азатиоприн в дозировке от 0,1г до

0,15г), глюкокортикоиды (ГК) (системно – преднизолон в дозировке от 0,01г до 0,06г, местно – микроклизмы с гидрокортизоном), антибактериальные препараты, транквилизаторы, в случае развития анемий назначались препараты железа. Наиболее частой комбинацией препаратов в лечении ВЗК были сульфасалазин + ГК (58,2%), у 15% пациентов вместо сульфасалазина был использован месалазин. У ряда больных применяли только сульфасалазин (9,8%) или месалазин (5,2%). Азатиоприн добавляли к ГК и сульфасалазину в 7,8% случаев, а к ГК и месалазину – в 1,4% случаев. Также встречались следующие варианты лечения: сульфасалазин + азатиоприн (0,7%), ГК + азатиоприн (1,9%). В последнее время появилась новая группа препаратов для лечения ВЗК – генно-инженерные биологические препараты. Данная группа лекарственных средств была использована для лечения у 4 пациентов, что составило 2,5% от общего числа больных с ВЗК.

Выводы. Среди пациентов гастроэнтерологического отделения больные с ВЗК составляют 4,7%. Болезнь Крона чаще встречается у мужчин, причем дебют данного заболевания приходится на более молодой возраст, чем у женщин. Частота распространенности язвенного колита не носит гендерных различий, а средний возраст дебюта составляет 40,4 года. При язвенном колите в структуре госпитализаций преобладают пациенты с легкой и средне-тяжелой степенью атаки, случаи тяжелого течения достоверно чаще встречаются при болезни Крона. Внекишечные проявления имели место у 35,9% больных ВЗК, среди которых преобладали стеатоз печени и стеатогепатит. Наиболее частой комбинацией лекарственных препаратов при лечении ВЗК в повседневной клинической практике является сульфасалазин + глюкокортикоиды (58,2%).

Список литературы

1. Клинико-эндоскопическая характеристика воспалительных заболеваний кишечника / М.А. Визе-Хрипунова [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. 2014. № 4. С. 38–44.

2. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона // ООО «Российская гастроэнтерологическая ассоциация», ООО «Ассоциация колопроктологов России». 2017. 29 с.

3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита // ООО «Российская гастроэнтерологическая ассоциация», ООО «Ассоциация колопроктологов России». 2017. 31 с.

4. Степина Е.А. Клинико-лабораторные показатели функции эндотелия и их диагностическая значимость при воспалительных заболеваниях кишечника: автореф. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук: 14.01.04. Пермь, 2016. 24 с.

5. Хронические воспалительные заболевания кишечника и полиморбидность / О.Л. Арямкина [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. 2015. № 3. С. 42–47.

6. Щукина О.Б. Факторы прогноза болезни Крона // Альманах клинической медицины. 2014. № 33. С. 3-15.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОГРАММЫ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Смирнова Д.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Школьникова С.А.

Данная проблема на сегодняшний день является актуальной. Заболеваемость хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА) неуклонно растёт и занимает лидирующую позицию. По предварительным подсчётам ВОЗ (2015 год) 328 млн. человек имеют ХОБЛ, 235 млн. человек страдают БА.Согласно статистике ХОБЛ занимает 4 место в мире, как причина смертности. По результатам проведенных исследований доказано, что заболеваемость ХОБЛ среди мужчин встречается чаще, а БА в большей степени страдают женщины. Необходимо отметить, что важнейшим патофизиологическим критерием в развитии ХОБЛ и бронхиальной астмы -является прогрессирующее ограничение воздушного потока, связанное с нарастающим хроническим воспалительным процессом в бронхах и лёгких [3]

В настоящее время ХОБЛ является глобальной проблемой, в некоторых странах мира распространенность ее очень высока. Это зависит от образа жизни людей, их поведения и окружающей среды, обуславливающей контакты с различными повреждающими агентами. В исследовании NHNES ограничение воздушного потока выявлено у 14.2% курящих мужчин, у 6.9% бывших курильщиков и у 3.3% никогда не куривших, у женщин эти показатели составили 13,6 6,8 и 3,1% соответственно. В среднем ежегодно на каждые 30-45 случаев ХОБЛ выявляется 5-7 новых. Многочисленными исследованиями доказана связь развития ХОБЛ с вредными факторами современного промышленного производства. Загрязнение воздуха поллютантами окружающей среды играет немаловажную роль в развитии заболевания.Низкое социально-экономическое положение негативно сказывается на состоянии здоровья население.. Инфекции (вирусные и бактериальные) как верхнего, так и нижнего отделов дыхательных путей играют важную роль в возникновении и развитии обострений ХОБЛ. Наиболее частыми патогенами являются: Streptococcuspneumoniae, Haemophilusinfluenzae, Moraxellacatarrhalis, респираторные вирусы [3]

Одной из важнейших черт ХОБЛ является прогрессирующее течение, которое оценивается по скорости снижения показателей: ОФВ1, ФЖЕЛ. В

норме у здоровых людей данные показатели снижаются на 25-30 мл/год, а у людей, страдающих ХОБЛ снижается на 40-80 мл\год [1]

Бронхиальная астма относится к числу серьезных неинфекционных заболеваний. Это хроническая болезнь легких, для которой характерны воспаление и сужение дыхательных путей. В настоящее время от астмы страдает около 235 миллионов человек. Это самая распространенная хроническая болезнь среди детей. По последним оценкам ВОЗ, выпущенным в декабре 2016 г., в 2015 г. произошло 383 000 случаев смерти, вызванных астмой.

Целью данного исследование являлось изучение клинической значимости спирометрии, а также изменение ее показателей до и после стандартной медикаментозной терапии в период обострения. В клинической практике скорость воздушного потока измеряют с помощью форсированной спирометрии. Данный метод с помощью современных спирометров позволяет оценить основные параметры (обьем, скорость потока и время) и их взаимосвязь. Основными показателями форсированной спирометрии являются: ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 и их отношение (ОФВ1\ФЖЕЛ). Данные показатели спирометрии являются необходимыми для установления группы инвалидности.В ходе исследования было проанализировано 30 историй болезни пациентов с диагнозом ХОБЛ и бронхиальная астма в период с февраля по март 2018 года, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6» и получавших стандартную медикаментозную терапию. Согласно проведенным исследованиям было выявлено: динамика показателей форсированной спирометрии незначительно улучшилась на фоне лекарственной терапии, что обусловлено возрастными особенностями и наличием групп инвалидности.

Список литературы

1. Черняк, А.В., Клиническая значимость спирометрии при хронической обструктивной болезни легких / А.В. Черняк // Практическая пульмонология.-2014.-№ 4.-С.24-27

2. Руководство по респираторной медицине : в 2 томах / Под ред. А.Г. Чучалина // М.:ГЕОТАР.-2007.-С.87

3. Шарова, В.Г. ХОБЛ. Слишком серьезно, чтобы быть легкомысленным. Новое в определении, классификационных критериях; некоторые подходы к терапии в реальной клинической практике. Учебное пособие для самостоятельной работы и самоподготовки студентов 4 и 6 курсов в клинике внутренних болезней / В.Г. Шарова [и др.] // Курск:КГМУ.-2015.-С.6-17, С.27

ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Смычник Ю.С., Дейкун Д.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Махлина Е.С.

Актуальность исследования состоит в важности проблемы репродуктивного здоровья. Отсутствие целевых значений компенсации сахарного диабета 1 типа (СД 1) приводит к нарушению физиологических механизмов, что может негативно сказываться на репродуктивной способности женщины [1]. Одной из причин нарушения репродуктивной функции при СД 1 является дисбаланс метаболического контроля, дефицит или избыток массы тела [2,3].

Сегодня единственным способом предотвратить или отсрочить развитие осложнений СД 1 типа - достичь и постоянно поддерживать состояние компенсации углеводного обмена. Согласно международным стандартам, показателем эффективности контроля углеводного обмена у больных СД является уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Целевое значение этого показателя составляет 7% для взрослых больных СД 1 и 2 типа и 7,5% для детей и подростков [1].

Сдерживающим фактором поддержания адекватного гликемического контроля при интенсивной инсулинотерапии являются гипогликемические состояния, которые нередко носят скрытый характер [1,3].

Целью исследования является провести оценку состояния углеводного обмена у женщин с СД 1 типа с учётом регулярности менструального цикла (МЦ).

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 55 женщин с диагнозом СД 1 типа, находящиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ». Были проведены анкетирование, анализ данных анамнеза и лабораторных исследований – длительный мониторинг уровня глюкозы в интерстициальной жидкости (ИСЖ) (система CGMS). Статистический анализ проведён используя параметрические и непараметрические статистические критерии. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($p<0,05$). С учётом регулярности МЦ было выделено 2 группы пациенток: группа А – с регулярным менструальным циклом (РМЦ) (n=41, 75%) и группа В – с нерегулярным менструальным циклом (НМЦ) (n=14, 25%). В группе А было выделено две подгруппы с учетом фазы МЦ: подгруппа А1 – пациенки с фолликулиновой фазой РМЦ (ФФ РМЦ) (n=14) и подгруппа A_2 - пациентки с лютеиновой фазой РМЦ (ЛФ РМЦ) (n=27). Группы сравнимы по среднему возрасту (28,23 [22,76;34,93] лет) и стажу СД 1 (8,81 [3,96;14,24] лет).

Результаты и обсуждения: во время анализа лабораторных данных были выявлены достоверные отличия групп по уровню $HbA1_C$ (группа А - 8,80

[7,60;10,40]%, группа В - 9,95 [8,10;11,80]%) $p<0,05$ и индексу массы тела (ИМТ) (группа А - 23,43 [31,56;26,02] кг/м^2, группа В - 21,25 [19,00;23,82] кг/м^2) $p<0,05$.

При сравнении групп с учётом фазы МЦ при его регулярности были получены значимые отличия по суточной потребности в инсулине короткого действия (ИКД) (группа A_1 – 0,42 [0,31; 0,48] МЕ/кг., группа A_2 – 0,40 [0,29;0,53] МЕ/кг., группа В – 0,50 [0,36;0,64] МЕ/кг.) $p<0,05$, количеству хлебных единиц в сутки (группа A_1 – 15,00 [12,00;17,00], группа A_2 – 16,00 [14,00;19,00], группа В – 16,00 [13,00;19,00]) $p<0,05$, среднему уровню глюкозы в ИСЖ, (группа A_1 – 10,20 [8,85;12,40] ммоль/л., группа A_2 – 9,70 [7,85;11,40] ммоль/л., группа В – 11,20 [9,40;12,50] ммоль/л.) $p<0,05$, максимальному уровню глюкозы в ИСЖ (группа A_1 – 19,80 [17,35;22,20] ммоль/л., группа A_2 – 19,65 [16,40;22,20] ммоль/л., группа В – 21,65 [19,00;23,82] ммоль/л.) $p<0,05$, продолжительности периода нормогликемии (группа A_1 – 51,50 [25,00;59,00]%, группа A_2 – 49,00 [34,50;67,00]%, группа В – 38,00 [29,00;58,00]%) $p<0,05$.

Оценивая частоту гипогликемических эпизодов в течение дня было выявлено превалирование скрытых гипогликемий над явными (группа A_1 – скрытые гипогликемии 83%, явные гипогликемии 17%; группа A_2 – скрытые гипогликемии 82%, явные гипогликемии 18%; группа В – скрытые гипогликемии 70%, явные гипогликемии 30%) $p<0,001$, а также преобладание дневных гипогликемий над ночными (группа A_1 – дневные гипогликемии 72%, ночные гипогликемии 28%; группа A_2 – дневные гипогликемии 64%, ночные гипогликемии 36%; группа В – дневные гипогликемии 91%, ночные гипогликемии 9%) $p<0,05$.

Выводы. Нарушение менструального цикла у женщин фертильного возраста может быть связано с отсутствием целевых значений компенсации сахарного диабета 1 типа, и тем самым обуславливает большую суточную потребность в инсулине. Независимо от регулярности менструального цикла основная часть гипогликемических эпизодов пришлась на скрытые гипогликемии в дневное время суток.

Список литературы.

1. Мохорт Т.В., Богомазова Е.В. Инсулинотерапия при сахарном диабете 1-го типа. Здравоохранение. – 2009. – № 5. – С.56–62.

2. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Пинегин Б.В. Особенности менструальной функции больных сахарным диабетом типа 1. Consilium medicum. – 2005. – № 3. – С.154–158.

3. Шилов А.М., Авшалумов А.С. «Клиническое значение суточного мониторирования гликемии у больных с нарушением углеводного обмена». Эффективная фармакотерапия в эндокринологии. – 2008. – № 1. – С.32–35.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Стрижевская С.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мещерина Н.С.

Введение. Современный научный взгляд определяет эндотелий, как гетерогенный орган, исполняющий секреторную, обменную и защитную функции. Здоровый эндотелий играет важную роль в защитных механизмах иммунной системы. Многочисленными исследованиями было выявлено - эндотелий оказывает регулирующее влияние на процессы свертывания крови, адгезии и агрегации тромбоцитов; является препятствием гемокоагуляции и принимает участие в фибринолизе за счет тромборезистентной поверхности эндотелиальных клеток, тканевого активатора плазминогена. Помимо этого важно отметить, здоровый функциональный эндотелий так же принимает участие в адгезии моноцитов, иммунорегуляции, метаболизме циркулирующих аминов. Дисфункции эндотелия выделяют значительную роль в формировании и прогрессировании сердечно-сосудистых нарушений у больных подагрой, в настоящий момент ей придают роль универсального пускового механизма и фактора прогрессирования в развитии атеросклеротического процесса. Рост показателя мочевой кислоты выступает в качестве тригеррного фактора эндотелиальной дисфункции, играющей важную роль в патогенезе сердечно-сосудистого поражения.

Цель исследования. Охарактеризовать функциональное состояние эндотелия сосудистой стенки у больных подагрой в зависимости от имеющихся у больного сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также в процессе выполнения окклюзионной пробы определить следующие показатели: индекс окклюзии по амплитуде и сдвиг фаз между каналами у больных подагрой.

Материалы и методы исследования: работа проведена на основе результатов исследований, выполненных на клинической базе кафедры внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО КГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации. В процессе исследования выполнено интегративное клиническое обследование 45 больных с хроническим подагрическим артритом в межприступный период, в возрасте от 30 до 65 лет, средний возраст, которых составил 43 года. Группа контроля была представлена 15 клинически здоровыми лицами, сопоставимыми по полу и возрасту. Среди обследованных больных подагрой средний сывороточный уровень мочевой кислоты был равен 487 [412,3; 622,9] мкмоль/л, у 12% больных определялись тофусы, сумма приступов в течении года и пораженных суставов в период обострения болезни составило 3 и 6 соответственно.

Исследование функционального состояния эндотелия включало проведение окклюзионной пробы на аппарате «АнгиоСкан-01» (ООО

«АнгиоСкан-Электроникс», Россия), анализировались параметры: индекс окклюзии по амплитуде и сдвиг фаз между каналами.

Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA Base for Windows версия 6.0 (StatSoft).

Результаты. По результатам исследовани окклюзионной пробы выявлено достоверное снижение индекса окклюзии по амплитуде у больных подагрой в среднем на 36% по сравнению с контролем, у больных с сопутствующими ССЗ данный показатель был на 58%, ниже значения контрольной группы. Во время анализа полученных данных выявлено снижение величины сдвига фаз между каналами в сравнении с контролем в среднем в 2 раза у больных подагрой без ССЗ и в 4 раза у больных с сопутствующей кардиоваскулярной патологией. В то же время важно обратить внимание на то, что снижение величины сдвига фаз между каналами при подагре определяет нарушение функции эндотелия в крупных мышечных артериях. Выполненный корреляционный анализ установил наличие взаимосвязи между длительностью подагры, индексом окклюзии по амплитуде ($r=-0,53$, $p=0,01$) и показателем сдвига фаз по каналам ($r=-0,42$, $p=0,022$); так же были определены обратные зависимости между уровнем МК, индексом окклюзии по амплитуде и ($r=-0,68$, $p=0,01$) и показателем сдвига фаз по каналам ($r=-0,52$, $p=0,01$).

Таблица 1. Показатели функционального состояния эндотелия у больных подагрой

Показатель	Группы обследованных		
	Контроль (n=15)	Больные подагрой без ССЗ (n=18)	Больные подагрой с ССЗ (n=27)
Индекс окклюзии по амплитуде	2,1 [1,8;2,3]	1,3 [1,1;1,9]*	0,9 [0,6;1,1]*,**
Сдвиг фаз между каналами, мс	11,2 [8,1;15,4]	6,1 [3,8;9,2]*	3,1 [1,6;6,7]*,**

* – при $p<0,05$ различия с контрольной группой статистически достоверны

** – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Итак, исходя из полученных результатов данного исследования определяется факт существования у больных подагрой в межприступный период вазомоторной дисфункции эндотелия в сосудах разного калибра, выражающееся в уменьшении индекса окклюзии по амплитуде, определяющую систему мелких резистивных сосудов, и сдвига фаз между каналами, демонстрирующие функцию эндотелия в крупных мышечных артериях, наиболее достоверные изменения диагностированы у больных с сопутствующими ССЗ.

Список литературы.

1. Подагра: современный взгляд на этиопатогенез и новые перспективы в лечении / Н.А. Дидковский [и др.] // Клинич. геронтология. – 2005. - № 4. – С. 27-30.

2. Кушнаренко, Н.Н. Состояние функции эндотелия у больных первичной подагрой / Н.Н. Кушнаренко, А.В. Говорин, К.Е. Кушнаренко. // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т.109. - № 2. – С. 38-41.

3. Михневич, Э.А. Подагра: эпидемиология, патогенез, факторы риска / Э.А. Михневич, Н.Ф. Сорока. // Здравоохранение. – 2011. - № 2. – С. 35-44.

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ (WERNICKE ENCEPHALOPATHY)

Строков Р.А., Лазарева Л.А., Герасимов А.Б. , Кисиев А.Г. , Торгаева Е.А.
Клиника Эксперт Курск
Курский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики и терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Воротынцева Н.С.

Актуальность. В настоящее время в неврологии актуальна диагностика энцефалопатий, которые характеризуются нарушением двигательных рефлексов, расстройством психических функций и прогрессирующим течением [1]. В отсутствие своевременного специфического лечения это приводит к инвалидизации и летальному исходу [2].

Энцефалопатия Вернике (острый верхний геморрагический полиоэнцефалит Гайе-Вернике - ЭВ) – это редкий, но тяжелый синдром, причиной которого является дефицит тиамина [3]. Значительно чаще встречается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Однако, возможно развитие неалкогольной формы ЭВ, связанной с нарушениями питания, парентеральным питанием, голоданием, гемодиализом, панкреатитом, неукротимой рвотой [4].

При авитаминозе В1 снижается утилизация глюкозы нейронами и повреждаются митохондрии. Накопление глутамата в результате снижения активности альфа-кетоглутаратдегидрогеназы на фоне дефицита энергии оказывает нейротоксическое действие. Поражаются перивентрикулярные отделы промежуточного мозга, ствола мозга, участки мозга вокруг желудочка, Сильвиева водопровода и четвертого желудочка [5]. В настоящее время по данным литературы наиболее общими проявлениями патологии у пациентов с энцефалопатией Вернике в остром периоде отмечается демиелинизация с наличием гиперинтенсивного сигнала по Т2 ВИ и Т2-Flair, иногда видны точечные кровоизлияния в режиме Т2 hemo. Для хронических случаев характерна атрофия сосцевидных тел [6].

Цель исследования: изучение проявлений энцефалопатии Гайе-Вернике по данным МРТ исследования.

Материалы и методы: проводилось МРТ исследование головного мозга с внутривенным контрастным усилением 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщин) с диагнозом «энцефалопатия Гайе-Вернике», что было подтверждено данными анамнеза, клинических проявлений и лабораторных исследований, с последующим назначением необходимой медикаментозной терапии. Возраст больных составил от 18 до 60 лет, средний возраст 39,4±1,4 года. Нейровизуализационное исследование проводили на магнитно-резонансном томографе фирмы Philips с напряжённостью магнитного поля 1,5 Тесла.

По нашим данным картина МРТ головного мозга у всех 8 пациентов характеризовалась наличием симметричных участков гиперинтенсивного МР сигнала по Т2 ВИ и Т2-Flair в области мамиллярных тел, в дорсомедиальных отделах таламусов, вокруг третьего желудочка, периакведуктально и по заднему контуру продолговатого мозга.

После в/в контрастного усиления Т1 ВИ + (Gd) определялось накопление парамагнетика в тех же регионах, чаще – в области мамиллярных тел.

При исследовании в режимах DWI / ADC определялось ограничение диффузии на уровне зон поражения.

Клинический случай: в 2018 году в “Клинику Эксперт Курск” обратилась молодая женщина в возрасте 35 лет. В анамнезе – длительное злоупотребление алкоголем. Жалобы на спутанность сознания и головокружение в течение последних 3-х недель. При проведении МРТ исследования – определялись симметричные очаги повышенного сигнала по Т2 ВИ и Т2-Flair в области мамиллярных тел, дорзо-медиальных отделов обоих таламусов, перивентрикулярно III желудочку, периакведуктально и в задне-медиальных отделах четверохолмной пластинки; отмечается минимальное повышение МР-сигнала по заднему контуру продолговатого мозга (рисунок1).

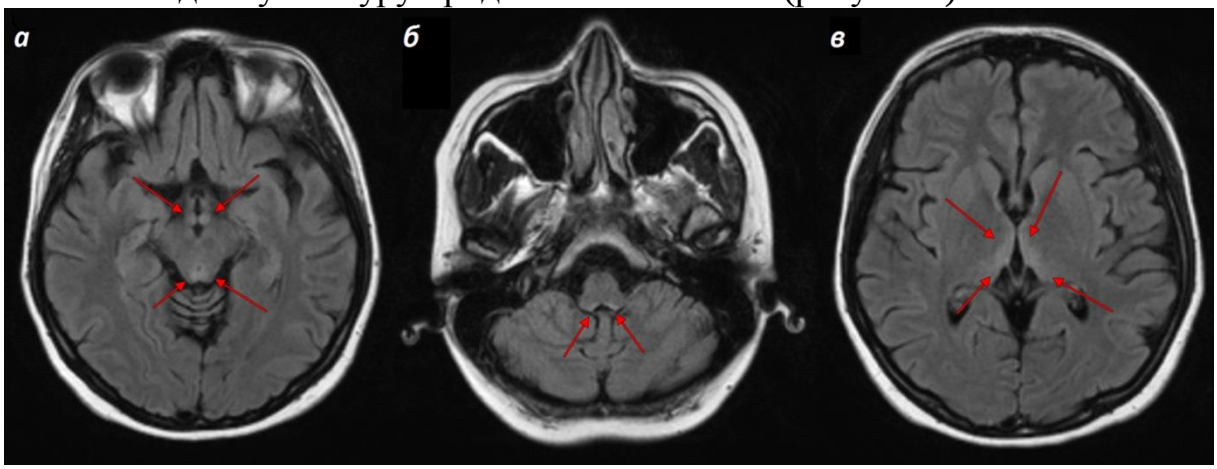


Рисунок 1. МРТ больного Н. по Т2-Flair

а – симметричные очаги повышенного МР-сигнала в области мамиллярных тел и периакведуктально;

б – симметричные очаги повышенного МР-сигнала по заднему контуру продолговатого мозга;

в – симметричные очаги повышенного МР-сигнала дорзо-медиальных отделов обоих таламусов и перивентрикулярно III желудочку.

Полученные МР данные нами были интерпретированы как проявления энцефалопатии Вернике. В дальнейшем диагноз был подтверждён клинически, назначено лечение с положительной динамикой.

Выводы. Таким образом, для пациентов с диагнозом «энцефалопатия Гайе-Вернике» по данным МРТ характерны следующие симптомы: гиперинтенсивный МР сигнал по Т2 ВИ и Т2-Flair в области мамиллярных тел, в дорсомедиальных отделах таламусов, вокруг третьего желудочка, периакведуктально и по заднему контуру продолговатого мозга, усиливающиеся при использовании контрастного усиления, а также ограничение диффузии на уровне зон поражения в режимах DWI / ADC.

Список литературы

1. Gaillard F. Wernicke encephalopathy [Электронный ресурс] // Radiopaedia: сайт. – 2018. – URL: http://radiopaedia.org/articles/wernicke-korsakoff-syndrome (дата обращения: 10.03.2019).

2. Harper C. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy / Harper C., Giles M., Finlay-Jones R.// J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 1986;49:341–45

3. Konno Y, Kanoto M, Hosoya T, Toyoguchi Y, Kawanami T, Kato T. Clinical significance of mammillary body enhancement in Wernicke encephalopathy: report of 2 cases and review of the literature. Magn Reson Med Sci. 2014;13 (2):123-126.

4. MR Imaging Findings in 56 Patients with Wernicke Encephalopathy: Nonalcoholics May Differ from Alcoholics / G. Zuccoli [at al.] //American Journal of Neuroradiology January 2009, 30 (1) 171-176; [Электронный ресурс]: сайт. – 2009. – URL: https://www.ajnr.org/ content/30/1/171 (дата обращения: 10.03.2019).

5. Victor M. The Wernicke-Korsakoff syndrome**.** In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds. Handbook of Clinical Neurology. Vol 28, Part II. Amsterdam, the Netherlands: North-Holland Publishing Company;1976 :243–70

6. Wernicke encephalopathy: MR findings in 26 alcoholics and non-alcoholics patients / G. Zuccoli [at al.] // AJNR Am J Neuororadiol. – 2007;28:1328–31

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Тригуб А.В., Минакова А.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Ярошенко Е.Ю.

Рост численности пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, в течение последних лет во всех странах мира является безусловным

отражением увеличения распространенности целого ряда заболеваний, проводящих к необратимой патологии почек. Сложно переоценить вклад в формирование хронической болезни почек (ХБП) сахарного диабета (СД). Распространенность диабетической нефропатии (ДН) в России при активном скрининге превышает 40% среди пациентов, страдающих СД.

По данным Американского центра по контролю и профилактике заболеваний установлено, что у пациентов с тяжелыми стадиями ХБП чаще всего развивается анемия, критериями которой, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, считают снижение гемоглобина крови менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин [5]. Нефрогенная анемия, являющаяся грозным осложнением ХБП, наблюдается у каждого второго (47%) пациента с поражением почек [4]. Причем ее частота обратно соотносится со степенью снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Результаты контролируемых рандомизированных клинических исследований демонстрируют необходимость раннего выявления нефрогенной анемии с целью своевременной коррекции данного патологического состояния, что способствует снижению заболеваемости и смертности больных с ХБП в первую очередь за счет сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей анемического синдрома в популяции больных СД с поражением почек.

Материалы и методы**.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного 547 пациентов с СД, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии бюджетного медицинского учреждения «Курская областная клиническая больница» в период с марта по октябрь 2018 года. Медиана возраста в исследуемой популяции составила 54 года, женский пол превалировал над мужским (340 vs 207) более чем в полтора раза. В работе учитывались результаты проведенного лабораторно-клинического обследования больных: общий анализ крови (число эритроцитов (Эр), уровень гемоглобина (Hb), определение гематокрита (Ht) и эритроцитарных индексов, уровень креатинина сыворотки крови. СКФ (скорость клубочковой фильтрации) рассчитывали припомощи формулы CKD-EPI. Стадии ХБП устанавливались согласно классификации KDOQI и KDIGO. Для статистической обработки данных использовали статистический пакет STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. Среди 547 проанализированных карт больных СД поражение почек по уровню снижения СКФ было выявлено у 308 пациентов (56,3%). Большинство больных имело ХБП С1 стадии – 116 пациентов (37,7%) и С2 стадии – 124 (40,3%). Больных с ХБП С5 стадией зарегистрировано не было. Установлено, что в популяции больных СД более половины имеют ХБП, однако 78% из них относятся к невыраженным стадиям, проявляющимся микроальбуминурией и снижением СКФ. Следует обратить внимание на то, что пятая часть (22%) обследованных пациентов относится к С3 и С4 стадиям ХБП, и именно они являются целевой группой для проведения

медико–профилактических мероприятий с целью предупреждения развития осложнений, в частности, анемического синдрома.

Далее в рамках исследования был проведен анализ встречаемости и выраженности анемии у пациентов с нарушением функции почек на фоне СД. Анемический синдром выявлен у 17 больных, медиана возраста которых составила 62 года, женщин зарегистрировано в 2,4 раза больше, чем мужчин (12 vs 5). У подавляющего большинства пациентов с ХБП (94%) анемия соответствовала легкой степени тяжести, только у 1 больного выявлена анемия средней степени тяжести (Hb=75 г/л). При анализе распространенности анемического синдрома в зависимости от стадии ХБП получено, что анемия встречалась менее чем в 1% случаев среди больных ХБП С2 стадии, в 20,5% – у больных С3 (А, Б) стадии, причем наибольший вклад вносит поражение почек, соответствующее С3Б стадии, и в 60% случаев у больных с С4 стадией. Существенных различий при сравнении степени тяжести анемии и различных стадиях ХБП выявлено не было, что, вероятно, объясняется небольшим числом выборки. Особенности изменений гемограммы у исследуемой когорты пациентов с СД, проведенный по результатам данных карт стационарного больного, представлены в таб. 1.

Таблица 1. Показатели гемограммы у больных СД с сочетанием ХБП и анемии в зависимости от стадии ХБП (n=17)

Показатели	ХБП С2 (n=1)	ХБП С3А (n=5)	ХБП С3Б (n=8)	ХБП С4 (n=3)
Эр (M±SD)×1012/л	4,0	3,6±0,12	3,5±0,37	3,76±0,3
Hb (M±SD), г/л	106	106,4±3,5	105,3±13,9	105,3±6,1
MCV (M±SD), фл	69,7	89,1±3	87,4±4,9	83,5±1,9
MCHC (M±SD), г/л	20,5	29,72±1,2	28,4±2,6	27,6±1,6
MCH (M±SD), пг	29,4	32,8±0,6	31,2±3,3	33,1±1,87
Ht (M±SD),%	37	32,9±1,7	32,8±3,3	31,3±3,78

Примечание: Эр - число эритроцитов, Hb - уровень гемоглобина, Ht – гематокрит, MCH – среднее содержание гемоглобина в эритроците, MCHC – средняя концентрация гемоглобина в эритроците, MCV – средний объем эритроцитов.

У пациентов, имеющих анемию на фоне ДН, отмечено снижение гематокрита, прогрессирующее по мере усугубления нефропатии. Показатели эритроцитарного индекса не выходили за рамки нормальных значений, но определено снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците, максимально выраженное у пациентов с С2 стадией ХБП.

Распространенность анемии в настоящем исследовании составила 3,5% в общей популяции больных СД и 5,5% среди пациентов с СД и сниженной функцией почек. Однако, по данным различных исследований частота встречаемости анемического синдрома при СД варьирует от 14% до 23%, а распространенность сочетания СД, ХБП и анемии от 45% до 85% [1 - 4]. Столь существенные различия, полученные в ходе нашего исследования, вероятно, объясняются отсутствием в исследуемой выборке пациентов с тяжелыми стадиями поражения почек, которые чаще госпитализируются в

нефрологические отделения. Среди женщин анемия встречалась чаще, чем у мужчин, что совпадает с данными других исследований.

Выводы. В ходе настоящего исследования была предпринята попытка установления основных клинико–эпидемиологических характеристик анемического синдрома у больных с ДН на ранних этапах развития. Пациенты, находившиеся на лечении в эндокринологическом отделении, имели в большей части случаев анемию легкой степени тяжести на фоне незначительного или умеренного снижения СКФ, не требовавшего постоянного наблюдения нефролога. Однако уже на этом этапе необходимо мониторировать гемограмму больных с целью раннего выявления и своевременного проведения коррекции анемии для улучшения прогноза пациентов с ХБП на фоне СД.

Список литературы.

1. Гусева В.М. Анемия у пациентов старческого возраста с хронической болезнью почек // Уральский медицинский журнал. 2013. № 1 (106). С. 131 – 135.

2. Куфелкина Т.Ю., Валеева Ф.В. Анемия у больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. 2010. № 4. С. 49 – 53.

3. Мартынов С.А., Шестакова М.В. Распространенность анемии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа с поражением почек // Сахарный диабет. 2017. № 20 (5). С. 318 – 328.

4. Хантакова Е.А. Анемический синдром у больных сахарным диабетом 1 типа при диабетической нефропатии // Сибирский медицинский журнал. 2013. № 4. С. 51 – 54.

5. Park H., Liu X., Henry L. et al. Trends in anemia care in non-dialysis-dependent chronic kidney disease (CKD) patients in the United States (2006 - 2015) // BMC Nephrology. 2018. № 19 (318). P. 1 – 15.

6. Wang K., Wu J., Xu J. et al. Correction of anemia in chronic kidney disease with angelica sinensis polysaccharide via restoring EPO production and improving iron availability // Frontiers in Pharmacology. 2018. № 9 (803). P. 1 – 10.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Устинова А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней № 1

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хлебодарова Е.В.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) - это основная причина смерти не только в нашей стране, но и во всем мире: нет никакой другой причины, по которой каждый год умирает большое количество людей, сколько от ССЗ. Каждый год, по данным ВОЗ, от ССЗ умирает 17,5 миллиона человек, 80% преждевременных инфарктов и инсультов может быть предотвращено.

Артериальная гипертензия – одно из самых распространенных заболеваний Артериальной гипертонией страдают 20–30% людей. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50–65% у лиц старше 65 лет [1,2].

По данным ВОЗ, 30% всех смертельных исходов возникает вследствие АГ. Доступные статистические данные по России указывают на то, что у нас гипертонией страдают не менее 40% населения: 58% женщин и 37% мужчин болеют артериальной гипертензией, лечится только 48% женщин и 21% мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5% женщин и 5,7% мужчин [2]. Общеизвестно, что регулярный и эффективный прием антигипертензивных препаратов снижает риск возникновения осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Цель настоящего исследования: оценить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению по данным кардиологического отделения БМУ «КОКБ».

Материалы и методы исследования: в ходе исследования были проанализированы истории болезни пациентов за 2017 – 2018 год, планового кардиологического отделения БМУ «КОКБ».

Материалом исследования послужили данные анализа 439 историй болезней.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов описательной статистики.

На основании полученных данных составлялись таблицы, диаграммы, графики. Уровень значимости составил менее 0,5.

Результаты и обсуждения.

Проведенный ретроспективный анализ 439 историй болезни пациентов, в анамнезе у которых был диагноз: артериальная гипертензия, показал, что чаще всего назначают 5 групп препаратов: диуретики (118, что составило 27% от общего числа) и иАПФ (были назначены 136 пациентам, в процентном соотношении - 31%). В-блокаторы назначают чуть реже (20%,а именно 88 пациентам). На 4 месте по частоте назначений находятся блокаторы кальциевых каналов (их получили 57 пациентов, 13%). На 5 месте расположились блокаторы рецепторов ангиотензина II,которые составили 9% на 40 человек.

В результате проведенного исследования было выявлено, что больше всего пациентам назначают комбинацию из двух препаратов, иАПФ+диуретик получили 144 человека (36%); БРА+диуретик – 112 пациентов (28%); на третьем месте находятся иАПФ+АК – 80 людей (20%), меньше всего назначают ББ+АК – 64 пациента - 16% (рисунок1).

Рисунок 1. Частота применений комбинаций препаратов

Так же были проанализированы наиболее назначаемые препараты больным АГ.Изучение частоты назначения диуретиков показали, что чаще всего назначают индапамид (42%). На втором месте диувер (36%). На долю лазикса приходится - 18% (рисунок2).

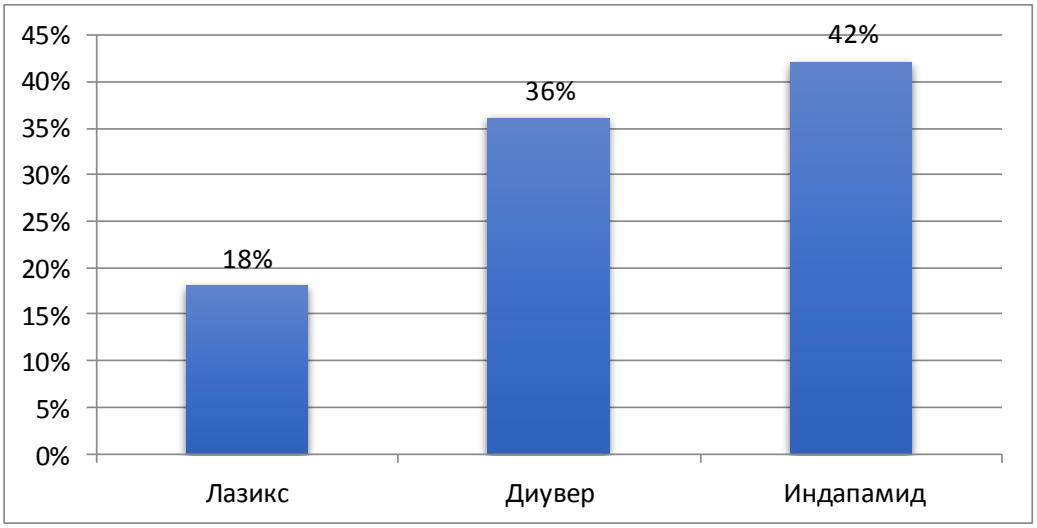


Рисунок 2. Частота назначений диуретиков

Анализ последовательности назначения иАПФ показал, что намного чаще пациентам с АГ назначали периндоприл (38% от общего числа) и эналаприл (36%). Реже назначают фозиноприл - 6% (рисунок3).

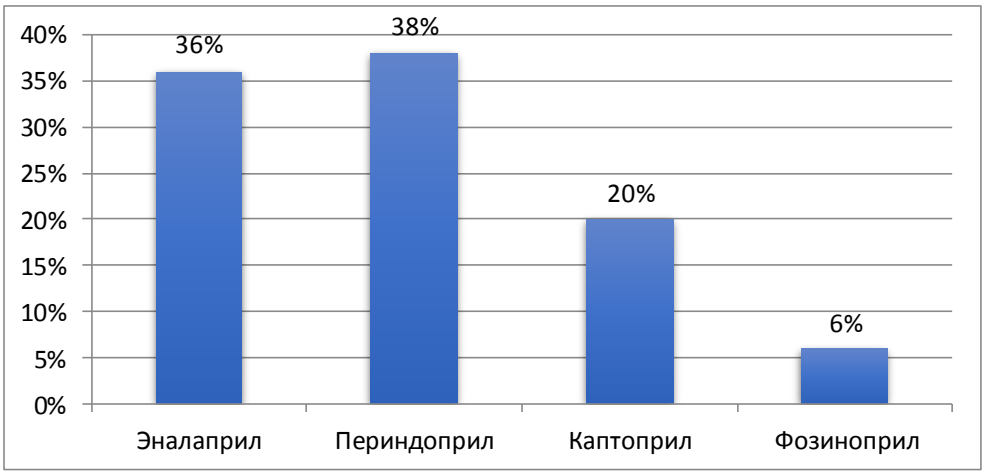


Рисунок 3. Частота назначений иАПФ

Выводы. Наиболее часто больным при артериальной гипертензии назначают: монотерапию периндоприлом, эналаприлом и диувером,а так же комбинированную терапию иАПФ+диуретик и БРА+диуретик. Таким образом, лечение данными препаратами, которые имеют большую доказательную базу является наиболее рациональным и эффективным, при их регулярном использовании.

Список литературы.

1. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень N°317, март 2013 г. – URL: http://www.whogis.com/cardiovascular_diseases/ru/

2. Климов А. В., Денисов Е. Н., Иванова О. В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения // Молодой ученый. – 2018. – № 50. – С. 86-90. – URL https://moluch.ru/archive/236/54737

3. Филипов, Е. В. Артериальная гипертензия: как оптимизировать терапию пациента / Е.В. Филипов // Земский врач.- 2015.- № 1.- С. 25-29. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/arterialnaya-gipertenziya-kak-optimizirovat-terapiyu-patsienta

СТРУКТУРА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Ушанов А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней № 1

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Мальцева Г.И.

Актуальность исследования связана с высокой распространенностью патологии сердечно-сосудистой системы у больных с сахарным диабетом 2-го типа. Риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у

пациентов с сахарным диабетом 2-го типа вырастает в 5-10 раз по сравнению со среднепопуляционными значениями. Исследование распространенности этого вида коморбидной патологии – важный элемент в вопросе снижения смертности населения.

Сахарный диабет – заболевание, на фоне которого в последнее время отмечается рост коморбидной патологии – заболеваний, патогенетический механизм для которых един или происходит из одних и тех же причин. Постоянный рост заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа, взаимное отягощение сопутствующих заболеваний, а также неблагоприятный прогноз к выздоровлению, трудоспособности и жизни заставляет обратить на существующую проблему самый пристальный взгляд [2, 3].

У пациентов с развившейся коморбидной патологией возрастает количество показаний к госпитализации, что приводит к росту экономических потерь со стороны государства, которых можно было бы избежать при проведении своевременных профилактических мероприятий на уровне амбулаторного звена [1].

Целью исследования является изучение структуры кардиоваскулярной патологии у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 153 историй болезни пациентов, проходивших лечение в эндокринологическом отделении БМУ «КОКБ» в период с января по июль 2018 года, имевших сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы. Количество женщин при этом составило 84 пациента (54,9%), мужчин – 69 пациентов (45,1%). Возраст госпитализированных варьировался от 39 лет до 81 года. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью триал-версии программы Statistica 10.0.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования были получены данные, приведенные в таблице 1 и диаграмме (рисунок 1).

Таблица 1. Значения распространенности некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, выявленных у пациентов, больных сахарным диабетом 2-го типа, с учетом пола.

Пол / Заболевание	Мужской	Женский
Гипертоническая болезнь	62,3% (43 чел.)	76,2% (64 чел.)
Стабильная ишемическая болезнь сердца	20,3% (14 чел.)	30,1% (26 чел.)
ИБС: постинфарктный кардиосклероз	8,7% (6 чел.)	14,3% (12 чел.)
Фибрилляция предсердий	13% (11 чел.)	17,9% (15 чел.)
Желудочковая аритмия	5,8% (4 чел.)	4,8% (4 чел.)
Автономная кардиальная нейропатия	-//-	2,4% (2 чел.)

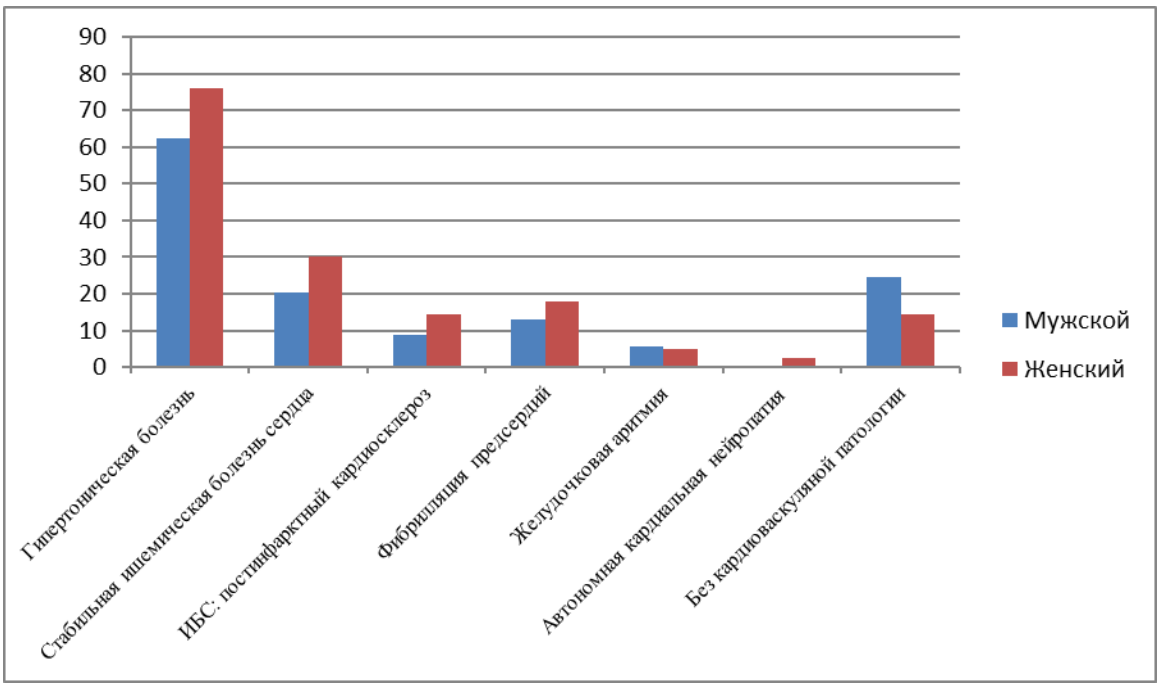


Рисунок 1. Сравнительная характеристика распространенности некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, выявленных у пациентов, больных сахарным диабетом 2-го типа, по половому признаку.

В общем же пациентов с поражением органов сердечно-сосудистой системы насчитывается 124 (52 мужчины и 72 женщины).

С учетом представленных данных можно с уверенностью заключить, что наиболее распространенной кардиоваскулярной патологией, ассоциированной с сахарным диабетом 2-го типа, является гипертоническая болезнь (107 из 153 пациентов, что соответствует ~70% всей выборки). На втором по распространенности месте находится стабильная ишемическая болезнь сердца (40 пациентов из 153, что равно ~26%). На третьем месте –фибрилляция предсердий (26 пациентов из 153, что соответствует ~17%). На четвертом месте находится группа больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих постинфарктный кардиосклероз (18 из 153 пациентов, что соответствует ~11,8% всей выборки). На пятом месте – желудочковая аритмия (8 пациентов из 153, что соответствует ~5,2%). На шестом месте – пациенты, имеющие автономную кардиальную нейропатию (2 человека из 153 пациентов, что соответствует ~1% всей выборки, при этом страдают исключительно женщины).

Структурный анализ показал, что поражению органов сердечно-сосудистой системы в большей степени подвержены пациенты женского пола, нежели мужского.

Выводы. После проведенного ретроспективного анализа историй болезни пациентов эндокринологического отделения были обнаружены следующие результаты: 124 из 153 больных сахарным диабетом 2-го типа имеют заболевания сердечно-сосудистой системы (52 мужчины и 72 женщины), среди которых гипертонической болезнью страдают 107 пациентов (43 мужчины и 64 женщины), стабильнойстенокардией – 40 пациентов (14 мужчин и 26 женщин),

фибрилляцией предсердий – 26 пациентов (11 мужчин и 15 женщина);пациентов, перенесших инфаркт миокарда и имеющих постинфарктный кардиосклероз – 18 (6 мужчин и 15 женщин), пациентов с желудочковой аритмией – 8 пациентов (4 женщины и 4 мужчины, больных, страдающих от автономной кардиальной нейропатии – 2 человека (2 женщины).

Список литературы.

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. // Сахарный диабет. 2018. Т. 21. № 3. С. 144-159.

2. Турсунов М. М., Джумабаева С. Э., Сайфутдинова Р. Ш., Ниезова Я. М., Ганиева И. У. Коморбидность сахарного диабета 2-го типа и ее виды // Молодой ученый.2016.№ 10.С. 540-542.

3. SarwarN., GaoP., SeshasaiS.R., GobinR., KaptogeS. Diabetesmellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Emerging Risk Factors Collaboration.Lancet. 2010. № 3. P.2215-2222.

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЗА 2017-2018 ГОДА

Худушина Н.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Корнилов А.А.

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания лидируют в структуре смертности в большинстве развитых стран мира. Больше половины смертельных исходов вызвано именно заболеваниями этой группы. На риск развития сердечно-сосудистой патологии влияет множество факторов, и один из самых значительных – уровень артериального давления пациента. В связи с этим антигипертензивные препараты являются одним из наиболее значимых секторов российского фармацевтического рынка. Помимо лекарственного обеспечения очень важную роль в лечении артериальной гипертензии имеет приверженность врачей в проведении фармакотерапии данного заболевания в соответствии с современными рекомендациями. В Европейских рекомендациях по лечению гипертонической болезни так же акцентируется внимание на роли приверженности, как врача, так и пациента к лечению. Своевременное и правильное оказание помощи больным не только улучшит их качество жизни,

но и продлит продолжительность жизни. В связи с этим, исследование групп антигипертензивных препаратов является достаточно актуальным [1,2,3].

Целью работы является исследование частоты и структуры назначений групп антигипертензивных препаратов у пациентов дневного стационара.

Материалы и методы: истории болезней, научные журналы и периодические издания; контент-анализ, метод группировки, статистический анализ.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования было изучено и проанализировано 285 историй болезни пациентов дневного стационара ОБУЗ «Курская городская больница № 1 имени Н.С. Короткова» и составлены индивидуальные анкеты.

Из 285 пациентов 128 человека мужчины, 157 человек женщины. Средний возраст мужчин 59,5 лет, женщин – 63,8 лет.

По результатам анализа историй болезни было выявлено, что основными группами лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии у больных являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов АТ II, блокаторы кальциевых каналов (БКК), β-адреноблокаторы, диуретики, агонисты I_1-имидазолиновых рецепторов и комбинированные препараты. По полученным данным была рассчитана частота назначений лекарственных препаратов по фармакологическим группам.

По частоте назначений лидируют следующие фармакологические группы лекарственных препаратов: диуретики (94,4%), β-адреноблокаторы (90,5%) и иАПФ (72,6%). Наименьшее количество назначений наблюдается у комбинированных препаратов и составляет 2,1%.

На следующем этапе исследования была рассчитана структура назначений лекарственных препаратов в каждой фармакологической группе.

Среди иАПФ наибольшей популярностью пользуются два препарата: эналаприл (27,5%) и лизиноприл (63,8%). Доля назначений периндоприла составляет 6,2%. Далее следуют фозиноприл и рамиприл, на долю которых приходится по 1%. Наименьшее количество назначений было зафиксировано у зофеноприла и составило 0,5% от всех назначений иАПФ.

Наиболее часто назначаемым БКК является амлодипин, на долю которого приходится 89,4%. На все остальные препараты данной группы в общем приходится около 10% назначений, среди которых лерканидипин составляет 5,3%, верапамил – 3,5%, дилтиазем – 1,2% и нифедипин – 0,6%.

В структуре назначения диуретиков лидирующие места занимают торасемид и спиронолактон, на долю которых приходится 35,9% и 35,7% соответственно. Индапамид составляет 24,1% назначений, а на остальные препараты данной группы приходится менее 5%.

Самым назначаемым β-адреноблокатором является бисопролол, доля которого составляет 82,5%. Количество назначений остальных препаратов сравнительно небольшое: карведилол – 7,8%, метопролол – 5,9%, небиволол – 0,8 и соталол – 3%.

Анализ структуры назначения блокаторов рецепторов АТ II показал, что наибольшей популярностью пользуется валсартан – 62,7%. На долю лозартана

приходится 29,3%, а на долю ирбесартана – 4%. Наименьшее количество назначений пришлось на телмисартан (2,7%) и азилсартана медоксомил (1,3%).

Среди препаратов центрального действия – агонистов I_1-имидазолиновых рецепторов в структуре назначений присутствует только один препарат – моксонидин.

В структуре назначения комбинированных лекарственных препаратов наибольшей популярностью пользовался апроваск, доля которого составляет 42,8%. На долю остальных лекарственных препаратов престанс, эдарби кло, валз Н и дальнева приходится по 14,3%

На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что для лечения гипертонической болезни у пациентов дневного стационара в ОБУЗ «Курская городская больница № 1 имени Н.С. Короткова» в 2018 г. использовались препараты из всех основных фармакологических групп, представленных в клинических рекомендациях.

Список литературы

1. Виллевальде С.В., Котовская Ю.В., Орлова Я.А. Рекомендации по ведению артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертонии 2018 года // Артериальная гипертензия. 2018. Т. 24, № 3. - С. 32-38.
2. Карпов Ю. А. Артериальная гипертония: новые исследования и новые цели в контроле артериального давления // Новости кардиологии. – 2016. - № 2. С. 10-17.
3. Фадеев П. А. Гипертония. Болезнь повышенного артериального давления. М.: «ЭКСМО», 2014. - 432 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Чешенко М.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мещерина Н.С.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) является одним из социально значимых заболеваний в клинической кардиологии. Достоверных данных о частоте встречаемости пациентов с ДКМП в России пока нет, что затрудняет их диагностику. Несмотря на внедрение современных методов лечения, ДКМП остается заболеванием с неблагоприятным исходом [2], для которого характерно развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), нарушений сердечного ритма и проводимости, внезапной сердечной смерти [1].

Цель: изучить клинико-эпидемиологическую характеристику больных с ДКМП в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы: в исследование были включены 150 пациентов с некоронарогенными заболеваниями миокарда (НКЗМ), из них 97 человек с диагнозом ДКМП. Диагноз устанавливали на основании следующих критериев: структурно-функциональные нарушения сердца в виде снижения систолической функции ЛЖ и ФВ ЛЖ менее 45%, а также конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ более 117%.

Всем пациентам, включенным в исследование, проводились такие обследования как: анализ настоящего заболевания и семейного анамнеза, ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КАГ, показатели лабораторных исследований [3].

Ретроспективный анализ медицинской документации был выполнен в период с 2014 по 2018 года.

Статистический анализ результатов исследования проводили методами описательной статистики, с использованием программы Statistica 11.0 в соответствии с правилами, для нормального распределения данные представлены в виде среднего значения ± стандартное отклонение или процент от общего числа пациентов.

Результаты и обсуждения: по данным нашего исследования в кардиологическое отделение БМУ КОКБ г. Курска в период с 2014 по 2018 года было госпитализировано 4944 пациента, из них с НКЗМ 150 человек, что составило 3% от числа всех больных. Структура НКЗМ была представлена: ДКМП (n=97, 65%), ГКМП (n=23, 15%) и миокардитом (n=30, 20%).

При анализе гендерной структуры было выявлено, что ДКМП встречается с равной частотой среди мужчин и женщин. В нашем исследовании ДКМП чаще встречалась в возрасте 50-59 лет, что соответственно составило 19,6% (n=10) и 21,2% (n=21), в то время как в возрасте 60-69 лет имеет место преобладание женщин. ДКМП поражает преимущественно работоспособную категорию людей в возрасте менее 60 лет, что предопределяет социально-экономическое значение.

Значительное число пациентов с ДКМП имело выраженную ХСН. Большинство больных относилось к III ФК по NYHA (63%, n=61), ещё 27,8% имели IV ФК (n=27) и только у 7,2% наблюдалась ХСН II ФК. При этом было выявлено 29 больных (27,8%) с ДКМП, у которых ХСН сопровождалась приступами сердечной астмы.

По данным нашего исследования в структуре коморбидности, фоновым заболеванием у больных ДКМП явилась артериальная гипертония, которая фигурировала у 59,8% пациентов. Ишемическая болезнь сердца и острое нарушение мозгового кровообращения стоят на втором и третьих местах по распространенности – 44,3% и 21,6%. Четвертую позицию занимают СД и ХОБЛ – 18,5%. Такие состояние как ТЭЛА, онкологические заболевания и ВИЧ встречались в некоторых случаях.

В результате, при исключении из исследования пациентов с ИБС и артериальной гипертонией больные с ДКМП составляют 55,7% (n=54) и 40,2%

(n=39). Поэтому можно полагать, что при экстраполировании текущего процента на всю группу пациентов, распространенность ДКМП среди больных с ХСН составит соответственно 36% и 26%.

Эхо-КГ является базовым инструментально-диагностическим методом при ДКМП, которое, по данным нашего исследования проводилось 99,6% (n=149) случаях.

При анализе ЭКГ у 70 (46,7%) пациентов наблюдался синусовый ритм сердца, а у 76 (50,6%) больных выявлено нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий (ФП). На фоне синусового ритма желудочковая экстрасистолия зарегистрирована у 41 (27,3%) пациентов, блокада левой ножки пучка Гиса у 33 (22%) пациентов, блокада правой ножки пучка Гиса - у 10 (6,6%) пациентов и AV- блокада у 7 (4,6%).

Доминирующую роль занимают эндоваскулярные исследования, для выполнения которых требуются опытные специалисты и материальные затраты, что ограничивает их использование. В ходе нашего исследования было отмечено, что КАГ проводилась у 24% (n=36) пациентов. Рентгенография была выполнена у 73,2% пациентов. Кроме того, у 36,1% больных ДКМП была установлена генетическая предрасположенность (по данным анамнеза). Применение генетических методов обследования дало бы возможность проводить целенаправленный отбор таких больных среди родственников пациентов. К сожалению, в России на данный период времени практической возможности такого скрининга даже в крупных медицинских центрах пока нет.

По данным нашего исследования большинство пациентов принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (И-АПФ), бета-адреноблокаторы (БАБ), что соответствует 69,1% (n=67) и 95,8 (n=93) от числа всех больных ДКМП. Диуретики принимали 84,5% (n=82) пациентов, а 75,2% - больных ДКМП с ФП использовали сердечные гликозиды, что отражает количество пациентов с умеренной и тяжелой ХСН (таблица 1).

Таблица 1. Терапия больных ДКМП

Группы препаратов	n	%
Бета-блокаторы	93	95,8
Ингибиторы-АПФ	67	69,1
Диуретики	82	84,5
Гликозиды	73	75,2
Варфарин	18	18,6
Гепарин	8	8,2
Антиагреганты	28	28,9
Спиронолактон	3	3
Прадакса	22	22,7
Метаболические средства	11	11,3
Антиаритмики	9	16,7

Выводы. Результаты выполненного исследования свидетельствуют, что в реальной клинической практике среди госпитализированных больных ДКМП

наиболее часто, не зависимо от пола, встречаются лица в возрасте 50-59 лет, имеющие ХСН преимущественно III (63%) и IV (27,8%) ФК и в 50,6% случаев ФП, что определяет необходимость назначения многокомпонентной терапии ИАПФ (69,1%), БАБ (95,8%), диуретиками (84,5%) и сердечными гликозидами (75,2%).

Список литературы.

1. Бокерия Л. А., Бокерия О. Л., Киртбая Л. Н. Сердечная недостаточность и внезапная сердечная смерть // Анналы аритмологии. 2009. № 4. С. 7–20.

2. Седов А. В., Царегородцев Д. А., Сулимов В. А. Российский кардиологический журнал 2017, 2 (142): 50–61.

3. Диагностика и лечение дилатационной кардиомиопатии в повседневной клинической практике (данные первого российского регистра по дилатационной кардиомиопатии) / С.Н. Терещенко, Е.Н. Алаева, О.Ю. Нарусов, А.Г. Кочетов, А.А. Скворцов// Кардиологический вестник. 2014. № 2. С.54-61.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ВЗРОСЛЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Чичканёва Д.С., Хмаро Н.И., Ильенко Н.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Степченко М.А.

Среди всех гемобластозов острые миелобластные лейкозы занимают одно из ведущих мест по частоте встречаемости [1,2,3]

В настоящее время увеличилось число случаев заболеваний острыми миелобластными лейкозами с нетипичными клиническими проявлениями и цитологическими признаками [3]

Это обусловливает необходимость дальнейшего изучения клинических особенностей данной патологии с целью совершенствования тактики ведения таких пациентов, подбора адекватной индивидуальной терапии и улучшения качества жизни больных.

Целью исследования является анализ особенностей клинического течения и терапии острого миеломоноцитарного лейкоза. (по данным гематологического отделения БМУ «КОКБ»)

Материалы и методы: история болезни, амбулаторная карта больной З., 41 года с диагнозом: острый миеломоноцитарный лейкоз, находящейся на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ «КОКБ».

Результаты и обсуждения.

Заболевание началось в октябре 2013 года, когда на фоне общего благополучия у пациентки появились выраженная общая слабость, боли в горле, лихорадка до 38 ^{0} С, снижение аппетита. В связи с чем была госпитализирована в инфекционную больницу им. Семашко города Курска. При лабораторном обследовании пациентки в гемограмме были выявлены следующие изменения: панцитопения, лимфоцитоз, резко ускоренная СОЭ. Диагноз острого миеломоноцитарного лейкоза установлен в гематологическом отделении БМУ «КОКБ» в октябре 2013 года на основании клинических (выраженный синдром опухолевой интоксикации, инфильтрация дёсен) и лабораторных данных: в миелограмме – 53,2% бластных клеток, PAS-реакция положительная - в 10% бластных клеток цитоплазма диффузно окрашенная, в 20% бластных клеток - в диффузно-гранулярной форме, липиды выявлены в 2% бластных клеток, реакция на миелопероксидазу – отрицательная.

Пациентке была проведена химиотерапия по стандартной схеме ведения острого миелобластного лейкоза у взрослых. После второго курса индукции «7+3» была достигнута клинико-гематологическая ремиссия с последующей поддерживающей терапией в течение двух лет.

Рецидив заболевания наступил в августе 2016 года. В контрольной гемограмме были выявлены: панцитопения, лимфоцитоз, 4% бластных клеток; в миелограмме – 50,6% бластных клеток. После первого курса индукции ремиссии «7+3» улучшения достигнуто не было. Проведён курс малыми дозами цитарабина с хорошим клинико-гематологическим ответом: нормализовались показатели гемограммы, в миелограмме – 2% бластных клеток. Поддерживающая терапия проводилась малыми дозами цитарабина.

Второй рецидив заболевания наступил в июне 2018 года: жалобы на значительно выраженные боли в ротовой полости, общую слабость, повышенную утомляемость, в клинической картине – на слизистой ротовой полости 2 язвенных дефекта больших размеров до 2 см., покрытых светло-бурым налетом, выраженный язвенный стоматит, лихорадка до 38,5^{o}С. При лабораторном обследовании пациентки: в миелограмме – 9,7% бластных клеток; в гемограмме – панцитопения, лимфоцитоз, бластоз до 30% на фоне проводимой терапии малыми дозами цитарабина. Период миелотоксического агранулоцитоза сопровождался лихорадкой, маточным кровотечением, выраженным язвенно-некротическим стоматитом. На фоне антибактериальной, противогрибковой, противовирусной, гемостатической терапии было достигнуто клиническое улучшение, при лабораторном исследовании – в гемограмме сохранились единичные бластные клетки (4%), лимфоцитоз.

В августе 2018 года пациентке был проведен курс химиотерапии FLAG-Ida (цитарабин, идарубицин, флударабин) в редуцированных дозах в связи с тем, что в последние годы в качестве резервной схемы химиотерапии, индуцирующей ремиссию у больных с крайне неблагоприятным рефрактерным к стандартным курсам химиотерапии течением острых миелобластных лейкозов, успешно применяются флударабин-содержащие схемы FLAG и FLAG-Ida [4,5]

Второй курс химиотерапии проведен в октябре 2018 года, достигнуты клиническая ремиссия, улучшение лабораторных показателей. В настоящее время пациентка предъявляет жалобы на незначительную слабость, болезненность в ротовой полости. Находится на поддерживающей химиотерапии.

Выводы. Представленный клинический случай острого миеломоноцитарного лейкоза иллюстрирует наличие трудностей в диагностике острых миелобластных лейкозов и показывает значимость персонифицированного подхода к лечению.

Список литературы.

1. Волкова М.А. Клиническая онкогематология / под редакцией М.А. Волковой. – М., 2016. - 978 с.
2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии/ А.И. Воробьев. – М.: «Ньюдиамед», 2015. – 294 с.
3. Лендина И.Ю. Острый миелоидный лейкоз: современные подходы к диагностике и лечению // Проблемы здоровья и экологии -2012. - № 6. – С. 25-30.
4. Савченко В. Г. Клинические рекомендации по лечению больных острыми миелоиными лейкозами в возрасте моложе 60 лет // Терапевтический вестник – 2014. - № 7. – С. 4-13.
5. Quarello P., Berger M., Rivetti E. FLAG-liposomal doxorubicin (Myocet) regimen for refractory or relapsed acute leukemia pediatric patients // J. Pediatr. Hematol. Oncol. - 2012. -№ 34. – p. 208.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ.

Шабалин А.А., Прокофьева Ю.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лукашов А.А.

Актуальность: Проблема терапии псориатической болезни остаётся одной из наиболее актуальных в современной дерматологии, несмотря на значительное число исследовательских работ и появление новых лекарственных средств. Большое внимание уделяется изучению иммунных механизмов патогенеза псориаза. Обзор современной литературы показывает, что значительный удельный вес псориаза в структуре заболеваний человека (до 2-3% населения Земли) определяет медико-социальное значение проблемы. В настоящее время псориаз рассматривается как хроническое мультифакториальное заболевание с преимущественным поражением кожи, ведущим аутоиммунным компонентом в иммунопатогенезе [1, 2, 4].

Цель работы – проанализировать динамику клинических и лабораторных изменений у больных псориазом до и после лечения на базе ОГБУЗ "Кожно-венерологический диспансер" г. Белгород. При выполнении работы использовались истории болезней за 2018 г. и амбулаторные карты больных с распространённым псориазом, контрольные карты диспансерного наблюдения, отчёты врача дерматовенеролога за 2018 г. На основе полученных данных выделить наиболее востребованные препараты для лечения больных, страдающих псориазом.

Материалы и методы: для выявления динамики лабораторных и клинических показателей больных псориазом были отобраны 30 историй болезней. Анализ данных осуществлялся по полу, возрасту и длительности лечения в стационаре в данный период.

По результатам статистического анализа данных оказалось, что чаще всего болеют псориазом женщины после 50 лет, а также молодые женщины в возрасте 25-35 лет, длительность лечения у которых составляла в среднем 14 дней.

Чаще всего происходит изменение уровня биохимические показатели, а именно щелочной фосфатазы, холестерина, мочевой кислоты и ряд других.

Выявлено, что у преобладающего большинства больных имеется гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия и повышение уровня липопротеидов низкой плотности. При этом повышается уровень как общего, так и свободного холестерина, в то время как содержание фосфолипидов и их отдельных фракций не претерпевает существенных изменений [3, 5].

Всем пациентам назначалась комплексная терапия продолжительностью 10-14 дней: соблюдение назначенной диеты, оптимальный режима дня, отказ от вредных привычек; глюконат кальция 10% по 5-10 мл ежедневно; реамберин (как дезинтоксикационное средство); тиамина хлорид 6% 1,0 через день; цианокобаламин по 500 мг ежедневно в/м; наружно – бетаметазон + 2% салициловая мазь 1-2 раза в день [7].

После комплексного лечения наблюдалась положительная динамика биохимических показателей крови: щелочная фосфатаза (в норме 45-130 Ед/л) до лечения показатель 39-45 Ед/л, после повышается до 46,5-48 Ед/л.

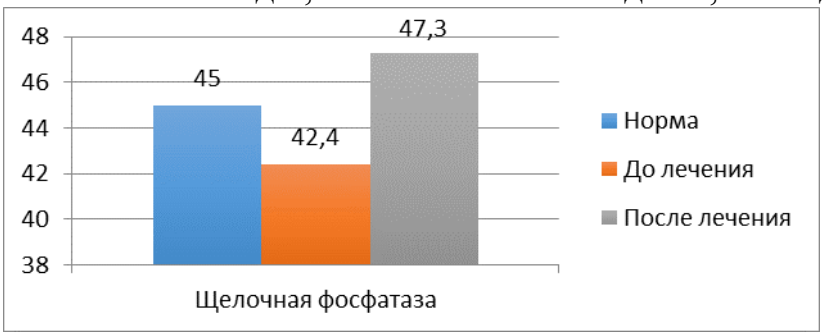


Рисунок 1. Показатели щелочной фосфатазы

Холестерин (в норме 3,1-5,2) до лечения 6,31; после лечения показатель снижается до 5,33 в среднем.

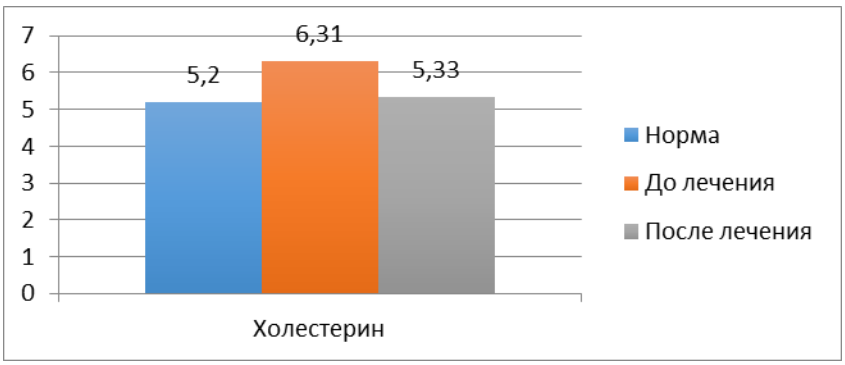


Рисунок 2. Показатели холестерина

Мочевая кислота (норма для женщин 142-339 ммоль/л) до лечения 447,8; после показатели снижаются до 356,1 в среднем.

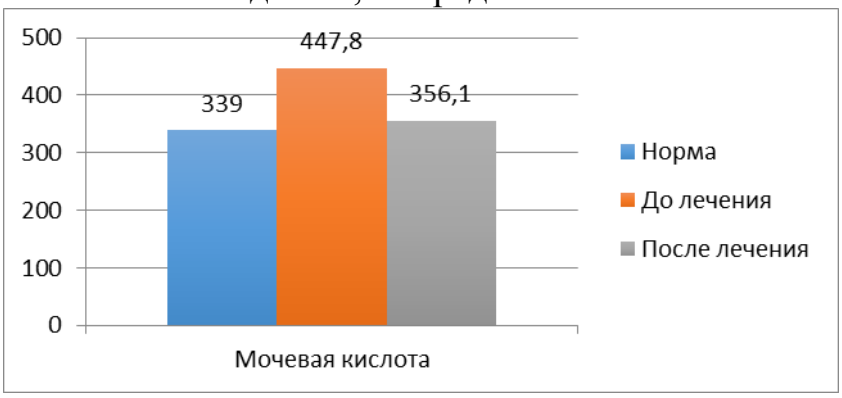


Рисунок 3. Показатели мочевой кислоты

В результате комплексной терапии наблюдается положительная динамика биохимических показателей. К лечению рекомендуется добавить гепатопротекторы для коррекции дислипидемических отклонений, а также немедикаментозные методы: ПУВА-терапию.

Список литературы.

1. Бутова, Ю.С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.

2. Джамаль, Б. В. Биохимические, иммунологические и иммуноморфологические исследования при псориазе: Автореф. дисс.... канд. мед. наук / Б.В. Джамаль. – Харьков, 2011. – 20 с.

4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой.– М.:ДЭКС-Пресс, 2014.– 300 с.

4. Скрипкин, Ю.К. Основные методы лечения больных псориазом / Ю.К Скрипкин, А.А Каламкян, А.Ш. Мандель // Вестн. Дерматологии и венерологии.– 2015. –№ 7.– С. 22-27.

5. Фалько Е.В., Хышиктуев Б.С. Нарушения липидного обмена при псориатической болезни/ Е.В. Фалько, Б.С. Хышиктуев // Дальневосточный медицинский журнал. - 2009. - № 2. - С. 118-122.

6. Филимонкова, Н. Н. Клинический эффект последовательного назначения препаратов в комплексной терапии больных псориазом / Н.Н.

Филимонкова, Я.В. Кащеева, К.А. Чуверова // Вестник дерматологии и венерологии. –2016.– № 6.– С. 28-34.

7. Справочник лекарств РЛС [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_1797.htm

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Шабанов Б.С., Лепорская-Блекли Е.Л.
Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – д.м.н., доцент Бурсиков А.В.

Изменение левых отделов сердца при артериальной гипертензии (АГ) ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений, заболеваний и смертности [1]. АГ – один из основных факторов развития фибрилляции предсердий (ФП) [2]. Растяжение предсердий и повышение давления в них также относится к патофизиологическим изменениям, вызывающим укорочение рефрактерного периода и увеличение времени проведения импульса по предсердиям [1, 3], что может быть выявлено методом электрокардиографии (ЭКГ) до развития ФП. Механическим фактором, способствующим появлению нарушения ритма, является увеличение полости левого предсердия (ЛП), что может быть определено методом ЭХОКГ [4].

Целью исследования является выявление ЭХОКГ признаков ремоделирования ЛП как предикторов развития ФП у пациентов с АГ с наличием и отсутствием ФП и уточнение их взаимосвязи с другими параметрами ремоделирования левых отделов сердца.

Материалы и методы: На базе ГКБ № 1 проведена оценка клинического состояния и результатов ЭКГ и ЭХОКГ исследования 46 пациентов с АГ (16 мужчин и 30 женщин), из них у 13 человек была выявлена ФП - средний возраст пациентов с ФП – 72,2 ± 7,3 лет, пациентов без ФП – 63,5 ± 13,5 лет. У всех пациентов с ФП имела место ее постоянная форма. Критерием исключения из исследования являлся перенесенный инфаркт миокарда, снижение фракции выброса менее 50%. Анализ ЭХОКГ включал оценку размеров левых отделов сердца: массы миокарда, индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки ЛЖ (ТЗС) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолического размера ЛЖ (КДР ЛЖ), конечно-систолического размера (КСР ЛЖ), передне-заднего размера и длины ЛП, регистрировались наличие ЭКГ признаков гипертрофии ЛП и гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ). Проведен анализ ЭКГ: оценивались частота встречаемости и ассоциация с ЭХОКГ параметрами признаков дилатации и/или гипертрофии ЛП: уширение зубца Р более 0,1 секунды; раздвоение вершины зубца Р; наличие отрицательного зубца или преобладание отрицательной фазы Р в V1 отведении, индекс Макруза более 1,6.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета «Statistica - 6.0 for Windows». Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. Передне-задний размер и длина ЛП у больных с ФП составляет в среднем 49,1 ± 3,9 и 65,1 ± 4,8 мм соответственно, у пациентов с сохраненным синусовым ритмом – 40,2 ± 2,1 и 53,7 ± 2,9 мм ($p \leq 0,05$). У больных с АГ и ФП установлено наличие средней прямой корреляционной связи между размерами ЛП в передне-заднем направлении и длиной ЛП, измеренной в апикальной позиции ($r = 0,53$; $p \leq 0,05$). Сравнение размеров ЛП в передне-заднем направлении с другими параметрами ремоделирования сердца показало наличие корреляционных связей с КДР ЛЖ ($r = 0,40$; $p \leq 0,05$), КСР ЛЖ ($r = 0,40$; $p \leq 0,05$), ТМЖП ($r = 0,31$; $p \leq 0,05$). У пациентов с сохраненным синусовым ритмом имеется более сильная корреляционная связь между размерами ЛП в передне-заднем направлении и длиной ЛП, измеренной в апикальной позиции ($r = 0,76$; $p \leq 0,05$). Размеры ЛП в передне-заднем направлении у пациентов с сохраненным синусовым ритмом имели прямые корреляционные связи с ИММЛЖ ($r = 0,40$; $p \leq 0,05$), КДР ЛЖ ($r = 0,40$; $p \leq 0,05$), КСР ЛЖ ($r = 0,40$; $p \leq 0,005$), ТМЖП ($r = 0,41$; $p \leq 0,05$) и толщиной задней стенки ЛЖ ($r = 0,46$; $p \leq 0,05$). Длина ЛП имела корреляционную связь средней силы с ТМЗС ($r = 0,48$; $p \leq 0,05$), КДР ЛЖ ($r = 0,54$; $p \leq 0,05$), КСР ЛЖ ($r = 0,52$; $p \leq 0,05$), ИММ ЛЖ ($r = 0,60$; $p \leq 0,05$), ТМЖП ($r = 0,40$; $p \leq 0,05$) и не имела значимых корреляционных связей с вольтажными ЭКГ критериями ГЛЖ и гипертрофии ЛП: индексом Соколова-Лайона, Корнельским вольтажным индексом, временем активации левого желудочка и длительностью зубца Р на ЭКГ.

Выводы. Увеличение полости левого предсердия у пациентов с АГ имеет прямые корреляционные связи с параметрами ЭХОКГ, характеризующими увеличение полости левого желудочка. Увеличение размеров ЛП в переднезаднем направлении более 40,2 ± 2,1 мм и в апикальной позиции более 53,7 ± 2,9 мм является ЭХОКГ предиктором развития ФП у пациентов с АГ. Превышение указанных размеров ЛП имеет прогностическое значение и является показанием для коррекции лечения с целью профилактики развития наджелудочковых аритмий, в том числе фибрилляции предсердий.

Список литературы.

1. Гипертрофия левого желудочка и прогноз: данные пятилетнего ретроспективного наблюдения за пациентами с эссенциальной гипертензией / статья / А.В. Барсуков [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т.18, № 5. – С. 385-397.

2. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: клинические рекомендации / сост. А. Ш. Ревишвили, Е. В. Шляхто, В. А. Сулимов и др. Москва, 2017. 201 с.

3. Левое предсердие в свете современных представлений о патогенезе гипертонической болезни / А.В. Барсуков [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 18-26.

4. Прогнозирование возникновения фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией / Н.Е. Григориади [и др.]. // Вестн. Российской академии медицинских наук. – 2013. – Т.3, № 11. – С.26-29.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ CURB-65 И CRB-65 ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Шабанов Е.А., Рассадникова К.Р., Алфимова О.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
БМУ «Курская областная клиническая больница»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Прибылов С.А.

Актуальность. Шкалы CURB-65/CRB-65 – это более простой подход оценки риска неблагоприятного исхода при внебольничной пневмонии, который предлагает анализ лишь четырех-пяти признаков: нарушения сознания, повышения уровня азота мочевины более 7 ммоль/л, тахипноэ более 30 в минуту, снижение систолического АД менее 90 мм рт.ст. или диастолического менее 60 мм рт. ст., а также возраст больного более или равный 65 годам. Наличие каждого признака оценивается в один бал, общая сумма может быть от 0 до 5 баллов, причем риск летального исхода возрастает по мере увеличения общей суммы баллов. CRB-65 отличается отсутствием лабораторного параметра – азота мочевины, что упрощает использование данной шкалы у амбулаторных больных или же в приемном отделении стационаров, на догоспитальном этапе. CURB-65 и CRB-65 наиболее популярны при оценке риска летального исхода и выборе места лечения пациентов с внебольничной пневмонией в странах Европы [1,2,3].

Цель: определить прогностические возможности применения международных шкал CURB-65 и CRB-65 для оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения пациентов с внебольничной пневмонией в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проанализировано 30 историй болезни пациентов с внебольничной пневмонией, среднетяжелого и тяжелого течения, находящихся на лечении в отделении пульмонологии (22 человека) и ОРИТ (8 человек) Курской областной клинической больницы. Средний возраст пациентов-55±5лет. Летальных исходов – 2. Расчет баллов проводился по шкалам CURB-65 и CRB-65 и включал в себя определение симптомов и признаков нарушения сознания, повышения уровня азота мочевины более 7 ммоль/л, ЧДД более 30 в минуту, систолического АД менее 90 мм.рт. ст., диастолического – менее 60 мм рт.мт., возраста ≥ 65лет для шкалы CURB-65, а также определение симптомов и признаков нарушения сознания, ЧДД более 30 в минуту, систолического АД менее 90 мм.рт. ст., диастолического – менее 60

мм рт.мт., возраста ≥ 65лет для шкалы CRB-65. По сумме баллов пациенты были разделены на группы: по месту лечения (нуждающиеся в амбулаторном лечении, стационарном лечении, неотложной госпитализации) и летальности (низкая, средняя, высокая летальность) соответственно. Для шкалы CURB-65 I группа пациентов соответствовала 0-1баллу, низкой летальности – 1,5%, II группа – 2 баллам, среднему риску летального исхода – 9,2%, III группа – 3м и более баллам, высокому риску летальности – 22%. Для шкалы CRB-65: I группа – 0 баллов, низкая летальность – 1,2%, II группа – 1-2 балла, средний риск летального исхода – 8,15%, III группа – 3-4 балла, высокая летальность – 31% [1,3].

Результаты и обсуждения. При оценке риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения пациентов с внебольничной пневмонией среднетяжелого и тяжелого течения, находящихся в отделении пульмонологии и ОРИТ, по шкале CURB-65, в I группе (амбулаторных больных) оказалось 40% (12) человек, летальных исходов не было; во II группе – 16,6% (5) человек, летальность – 0; в III группе – 43,3% (13) человек, в т.ч. 26,6% (8) из них госпитализированы в ОРИТ, 2 летальных исхода (6,7%). При оценке этих же пациентов по шкале CRB-65, в I группе (амбулаторных больных) оказалось 23,3% (7) человек, летальность – 0; во II группе – 63,3% (19 человек), в т.ч. 13,3% (4 человека) из них госпитализированы в ОРИТ, 1 летальный исход (3,3%); в III группе – 13,3% (4 человека) и так же один летальный исход (3.3%).

В ходе проведенной работы было выявлено, что 40% пациентов, находящихся на лечении в отделении пульмонологии, согласно шкале CURB-65, не нуждались в госпитализации в стационар, а 43,3% была необходима неотложная помощь. Случаи заболевания, имевшие летальный исход, оказались в одной группе с пневмониями среднетяжелого течения.

Данные, полученные при анализе риска неблагоприятного исхода по шкале CRB-65, оказались наиболее приближенными к реальной клинической практике. Согласно этой шкале, большая часть пациентов – 63,3% имели показания к стационарному лечению, 23,3% могли лечиться амбулаторно. Однако, в группе больных, требующих неотложной госпитализации, оказались всего 4 пациента (13,3%), находящихся на лечении в ОРИТ и один летальный исход, когда в реальной клинической практике на лечении в ОРИТ было 8 человек и 2 случая заболевания закончились летальностью. Один случай с летальным исходом был определен в группу среднего риска (не учтено наличие сопутствующей патологии).

Выводы. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что обе шкалы не достаточно полно оценивают функциональный статус пациента, не учитывая такие важные показатели, характеризующие дыхательную недостаточность, как уровень оксигенации крови, наличие и влияние сопутствующей патологии на тяжесть состояния, тактику ведения пациента и прогноз. Также шкалы не учитывают социально-экономические факторы, в т.ч. возможность получения адекватной медицинской помощи в амбулаторных условиях, определяющие необходимость госпитализации в стационар [1,3].

Наше сравнительное исследование двух международных шкал CURB-65 и CRB-65 показало, что в реальной клинической практике прогностические возможности шкалы CRB-65 оказались более точными в определении риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения пациентов с внебольничной пневмонией, что позволяет использовать данную шкалу врачам «первого контакта» в поликлинике, приемном отделении, а также врачам бригад скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации МЗ РФ. Внебольничная пневмония. 2018. С. 15, 29.
2. Чучалин А.Г. (ред.). Респираторная медицина// «Литера», Москва. 2017. Т.2. С. 32.
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых // ООО «Издательский дом «М-Вести», Москва. 2016. С. 18, 20-22, 83.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МУКОРЕГУЛЯТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Шабанов Е.А., Колупаева Н.Е., Сабанцев Д.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней ФПО
Научный руководитель – д.м.н., профессор Прибылов С.А.

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является широко распространенным социально-значимым заболеванием. По данным литературы, сочетание ХОБЛ и ишемической болезни сердца (ИБС) составляет от 18,8% до 85% в общей структуре заболеваемости больных старше 40 лет {1}. Среди причин такого сочетания, важную роль играют общие факторы риска, такие как курение, низкая физическая активность, избыточная масса тела и т.д.

Важным представляется проведение комплексной оценки пациентов с коморбидной патологией – ХОБЛ в сочетании с ИБС с использованием прогностических индексов (индекс BODE). {2} Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ХОБЛ, мукоактивные препараты включены в обязательный стандарт лечения ХОБЛ. Флуифорт (карбоцистеина лизиновая соль) является мукорегулятором и позволяет восстановить реологические свойства бронхиального секрета (активирует сиаловую трансферазу – фермент бокаловидных клеток, нормализует количественное соотношение фуко- и сиаломуцинов, восстанавливает вязкость и эластичность мокроты). {3}

Целью исследования являлось сравнение эффективности применения карбоцистеина (Флуифорта) и эрдостеина (Эрдомета) у больных ХОБЛ III-IV ст. в сочетании с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом. В ходе настоящего исследования, мы проводили оценку выраженности одышки у пациентов ХОБЛ III-IV ст. в сочетании с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом и АГ с использованием теста 6-минутной ходьбы до и после приема препарата Флуифорт с параллельной оценкой одышки по шкале MRS; а также изучали влияние Флуифорта на течение стабильной ХОБЛ, опираясь на оценку спирометрических показателей с анализом показателя BODE. В ходе выполнения работы, были сформированы 2 группы - I группа – 30 пациентов с ХОБЛ III-IV ст. в сочетании с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с артериальной гипертензией, находящихся на базисной терапии стабильной ХОБЛ с дополнительным назначением препарата «Флуифорт». II группа – 27 пациентов с ХОБЛ III-IV ст. в сочетании с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом и АГ, получавших базисную терапию без применения «Флуифорта». Анализ спирометрических показателей и тест 6-минутной ходьбы проводился при поступлении пациента, а также на 5-й день стационарного лечения. Таким образом, оценивалась эффективность мукопротективного эффекта карбоцистеина и его влияние на выраженность одышки пациентов и толерантность к физическим нагрузкам (тест 6-минутной ходьбы). Результаты и обсуждение: в ходе проведения работы, установлено, что 81% больных отмечали облегчение экспекторации мокроты при назначении карбоцистеина, что свидетельствует о качественной муколитической активности «Флуифорта». Кроме того, нами констатировано увеличение ФЖЕЛ на 160 мл (~11%) у больных I группы на 3-й день дополнительного применения карбоцистеина на фоне базисной терапии ХОБЛ; у пациентов II группы прирост ФЖЕЛ составил 80 мл (~4%). Прирост $ОФВ_1$ составил 220 мл в I группе, и на 100 мл во II группе. (таблица 1)

Таблица 1. Оценка спирометрических показателей в исследуемых группах

Показатель	1-й день		5-й день	
	I группа	II группа	I группа	II группа
ЖЕЛ/VC	1,651±0,47 (45%)	1,572±0,53 (43%)	1,70±0,33 (46%)	1,59±0,40 (45%)
ФЖЕЛ/FVC	1,35±0,41 (42,2%)	1,41±0,43 (43,4%)	1,51±0,37* (52,1%)	1,48±0,44 (46,5%)
$ОФВ_1/FEV_1$	1,2±0,2 (43%)	1,17±0,35 (42%)	1,64±0,3* (51%)	1,36±0,4 (46%)
$ОФВ_1$/ЖЕЛ; FEV_1/ VC	73,31±13,63 (92%)	71,67±12,85 (92%)	74,47±11,25 (94%)	72,06±12,02 (91,5%)

* – при $p<0,01$ различия между группами статистически достоверны.

Стоит отметить, что у пацентов в группе I на фоне назначения карбоцистеина, зафиксировано увеличение дистанции, пройденной пациентом в тесте 6-минутной ходьбы с 218±26,5 м до 301±23,2 метра ($p<0,01$), что

свидетельствует о росте толерантности к физическим нагрузкам. При проведении анализа степени выраженности одышки по MRS, на фоне приема карбоцистеина установлено уменьшение степени тяжести одышки с 3 (тяжелая степень) до 2 (средняя степень) у 57% больных, и со степени 2 (средняя) до 1 (легкая) у 18% пациентов.

Выводы. Таким образом, в ходе выполнения работы, было установлено, что применение препарата карбоцистеина лизиновой соли (Флуифорт) у больных ИБС, постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с АГ и ХОБЛ тяжелых степеней обструкции, приводит к увеличению показателей ФВД, росту дистанции, пройденной пациентом в тесте 6-минутной ходьбы, что свидетельствует о росте толерантности к физическим нагрузкам, а следовательно, обуславливает улучшение прогноза больных с сочетанной кардио-респираторной патологией.

Список литературы.

1. Эндотелиальная дисфункция, перекисное окисление липидов и уровень С-реактивного белка у больных артериальной гипертензией. Дронова Т.А., Юдина Н.В., Козицкая В.Г., Бобровская Т.О., Шабанов Е.А. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2012. № 1. С. 82-88.

2. Влияние кораксана по показатели легочной и сердечной гемодинамики и эндотелиальную дисфункцию у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ в поликлинических условиях. Прибылов С.А., Алиуллин Р.А., Шабанов Е.А., Самосудова Л.В., Прусакова О.Ю. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2011. № 3. С. 126-132.

3. Dynamics of proinflammatory cytokines on the background of drug therapy in patients with chronic heart failure. Osipova O.A., Belousova O.N., Ephremova O.A., Suyazova S.B., Shabanov E.A., Godlevskaya O.M. Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 6. С. 44-46.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ

Шамонин П.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Князева Л.И.

Актуальность исследования состоит в том, что болезнь Стилла взрослых относится к редким системным аутовоспалительным заболеваниям с неизвестной этиологией. Ежегодно заболевает 0,1- 0,4 на 100 тыс. человек. Характерны кожная сыпь, высокая лихорадка, поражение суставов и нейтрофильный лейкоцитоз, при отсутствии антител к циклическому цитруллинированному пептиду и серопозитивности по ревматоидному фактору. Клинические проявления разнообразны, что ведет к усложнению дифференциальной диагностики и выявлению заболевания [1,3].

Целью является анализ особенностей клинической картины болезни Стилла взрослых у больного Г. 46 лет по данным ревматологического отделения.

Материала и методы: анализ клинического случая болезни Стилла взрослых на базе БМУ КОКБ.

Результаты исследования: Больной Г. 46 лет был госпитализирован в ревматологическое отделение БМУ КОКБ, с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 39º С, утреннюю скованность в мелких суставах кистей и стоп, припухлость и ограничение подвижности в них из-за болезненности, повышение температуры кожи над ними, боли при движении и припухлость в коленных, голеностопных, локтевых, плечевых суставах, усиливающиеся при движении, боли в мышцах, затруднение при глотании пищи и потерю массы тела на 40 кг. за последние 6 месяцев.

Считает себя больным в течение 3 лет. Дебют заболевания с поражения мелких суставов кистей и стоп. По поводу чего обращался к ревматологу, был верифицирован диагноз: Ревматоидный артрит, серонегативный, ранняя стадия (ревматоидный фактор – 4,80 МЕ/мл, АЦЦП <0,5 Ед/мл, АТ к MCV, IG – 6,98 отн. Ед/мл, С - реактивный белок – 35,66 мг/л, СОЭ – 58 мм/ч). Принимал метотрексат (15мг/нед.), метипред (8мг/сут.) в течение года без положительной динамики. Через год стал отмечать появление боли в горле, наблюдался у оториноларинголога по поводу тонзиллита, назначенное лечение было неэффективно (промывание миндалин, антибактериальные препараты). В связи с потерей массы тела, анемией, выраженной общей слабостью консультирован онкологом, для исключения неопластического процесса - данных не получено. С целью исключения гемобластоза проведена стернальная пункция: результат отрицательный. Ревматологом рекомендовано увеличить дозировку метипреда с 8 до 20мг/сут. Коррекция лечения со слабой положительной динамикой. С 2017 года отмечается появление лихорадки до 39º С и на высоте лихорадки макуло-папулезной сыпи в области декольте и по задней поверхности грудной клетки. Пульмонологом была исключена пневмония. Осмотрен дерматологом, поставлен диагноз: Дерматит, назначено лечение топическими гелями. Терапия без положительной динамики. В конце 2017 года повторно обратился за повторной консультацией ревматолога, был заподозрен диагноз: болезнь Стилла взрослых. Для подтверждения диагноза был назначен тест на ферритин (1148 нг/мл). Учитывая клинические и лабораторно-инструментальные данные в соответствии с критериями Yamaguchi M. (4 больших критерия – артралгии более 2 недель, лихорадка > 39º С, более недели, типичная сыпь, лейкоцитоз > $10 \cdot 10^9$/л и 2 малых критерия – боли в горле, негативный РФ и а/т к АЦЦП), поставлен диагноз: болезнь Стилла взрослых, активность III. Направлен на госпитализацию в ревматологическое отделение с целью коррекции лечения.

В анамнезе: Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, стабильное течение, риск 3

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, цвет кожных покровов бледный, сыпь по передней и задней поверхности грудной клетки макуло-папулезного характера. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в

мин., границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте, ЧСС – 78 в мин., АД 140/90 мм.рт.ст.. Глотание свободное, печень пальпируется, выстоит на 3 см из-под края реберной дуги, температура тела 39° С.

При осмотре суставов кистей отмечается припухлость, местное повышение температуры области мелких суставов кистей ИБ – 2,0, ИП – 2,0, СИ – 2,0.

После проведения пульс-терапии глюкокортикоидами, отмечалась положительная динамика в виде нормализации температуры тела, регресса сыпи, уменьшения скованности и болезненности в суставах, облегчения проглатывания пищи.

Выводы. Таким образом, учитывая низкую распространенность и схожесть клинической картины с ревматоидным артритом, а так же слабой настороженностью врачей в отношении данного заболевания, каждый клинический случай болезни Стилла взрослых заслуживает повышенного внимания.

Список литературы

1. Муравьев Ю.В. Насонов Е.Л. Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых // Научно-практическая ревматология. 2011. № 2: С. 58–65

2. Rosário C., Zandman-Goddard G., Meyron-Holtz E.G. et al. The hyperferritinemic syndrome: macrophage activation syndrome, Still's disease, septic shock and catastrophic antiphospholipid syndrome // BMC Med. 2013. Vol. 22, № 11. P. 185.

4. Mete B., Vanli E., Yemisen M. et al. The role of invasive and noninvasive procedures in diagnosing fever of unknown origin // Int. J. Med. Sci. 2012. Vol. 9, № 8. P. 682–689

5. Муравьев Ю.В., Лебедева В.В. Болезнь Стилла взрослых в настоящее время/ Ю.В. Муравьев, В.В. Лебедева//Научно-практическая ревматология. – 2017. № 55 (3). С. 272-276.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БМУ КОКБ, СТРАДАЮЩИХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Шевченко Т.Ю., Улаганатхан Ваани
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – ассистент Понкратов В.И.

Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное заболевание с неустановленной окончательно (предположительно вирусной) этиологией с мультивариабельными проявлениями, течением и прогнозом, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органоспецифических

аутоантител и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов с развитием полиорганной недостаточности [3].

Распространенность СКВ составляет 50–250 случаев на 100 тыс. населения. Женщины детородного возраста страдают СКВ в 8–15 раз чаще мужчин [1]. Выживаемость в настоящее время составляет через 10 лет после постановки диагноза – 80%, через 20 лет – 60% [2].

Характерная особенность СКВ – многообразие дебютов вариантов течения и клинических проявлений. Не случайно СКВ называют «болезнью-хамелеоном» или «великим имитатором болезней»: существует около полусотни заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики с СКВ, особенно на начальных стадиях [1].

Актуальность исследования состоит в выявлении распространённости СКВ по полу, возрасту, месту жительства, длительности заболевания, а также выраженности и совокупности клинических и иммунологических критериев для своевременной ранней диагностики и качественного лечения пациентов Курской области.

Целью исследования является изучение клинико-демографической характеристики пациентов ревматологического отделения БМУ КОКБ, страдающих СКВ.

Материалы и методы: проведен анализ 218 историй болезни у больных ревматологического отделения БМУ КОКБ, страдающих СКВ и госпитализированных с 2015 по 2018 гг. По результатам анализа все пациенты были стратифицированы по полу, возрасту, длительности заболевания, месту жительства, а также встречаемости клинических и иммунологических проявлений согласно диагностическим критериям СКВ (SLICC/ACR, 2012).

Результаты и обсуждение.

Среди 218 пациентов в ходе исследования количество случаев госпитализации у женщин составило 190 (87,2%), у мужчин – 28 (12,8%), из чего следует преобладание заболеваемости СКВ у женщин. Встречаемость волчанки у пациентов до 20 лет составила 10 случаев (4,6%), от 21 до 30 лет – 49 случаев (22,5%), от 31 до 40 лет – 45 случаев (20,7%), от 41 до 50 лет – 61 случай (27,9%), от 51 до 60 лет – 45 случаев (20,6%), и старше 60 лет – 8 случаев (3,7%), что свидетельствует о преобладании пациентов в возрастном диапазоне от 41 до 50 лет.

Длительность заболевания до 1 года встречается в 25 случаях (11,5%), от 1 до 5 лет – в 137 случаях (62,8%), от 6 до 10 лет – в 27 случаях (12,4%), более 10 лет – в 29 случаях (13,3%). Таким образом, чаще всего госпитализируются пациенты с длительностью СКВ от 1 до 5 лет.

Острое течение заболевания наблюдалось у 15 (6,9%) пациентов, подострое – у 121 (55,5%), хроническое – у 82 (37,6%). Степень активности СКВ I зарегистрирована у 4 (1,8%) пациентов, II – у 153 (70,2%), III – у 61 (28%).

Частота обнаружения клинико-лабораторных проявлений СКВ представлена в таблице 1, иммунологических проявлений – в таблице 2.

Таблица 1. Частота обнаружения клинико-лабораторных проявлений СКВ

Клинические проявления	Абсолютное число	Процентное число,%
Эритема в форме «бабочки»	93	42,7%
Фотосенсибилизация	100	45,9%
Алопеция	105	48,2%
Энантема в полости рта	27	12,4%
Артрит	119	54,6%
Серозит	96	44%
Поражение почек	137	62,8%
Поражение ЦНС	98	45%
Полинейропатия	127	58,3%
Гематологический синдром	151	69,3%
Миалгии	146	67%
Артралгии	101	46,3%
LE-феномен	87	39,9%
Феномен Рейно	98	45%
Капиллярит	85	39%
Лихорадка	116	53,2%
Ливедо-васкулит	57	26,1%
Антифосфолипидный синдром	22	10,1%
Амиотрофический синдром	46	21,1%
Кардит	54	24,8%
Люпус-хейлит	7	3,2%
Гепатоспленомегалия	7	3,2%

Таблица 2. Частота обнаружения иммунологических проявлений СКВ

Клинические проявления	Абсолютное число	Процентное число,%
Серопозитивная форма	153	70,2%
ANA выше уровня диапазона референс-лаборатории	56	25,7%
Anti-ДНК антитела	119	54,6%
Anti-Sm антитела	45	20,6%
Антифосфолипидные антитела	17	7,8%
Положительный волчаночный антикоагулянт	17	7,8%
Ложноположительная реакция Вассермана	12	5,5%
Средний или высокий титр антител к кардиолипину уровня (IgA, IgG, или IgM)	16	7,3%
Положительный результат теста на анти-β2-гликопротеин I (IgA, IgG,или IgM)	12	5,5%
Низкий уровень комплемента	30	13,8%

Повышение титра АНФ	39	17,9%

Из представленных выше таблиц очевидно, что наиболее часто диагностируемыми клинико-лабораторными проявлениями СКВ являются люпус-нефрит, лихорадка, артрит (артралгии), а также поражение кожи и ее придатков (эритема в форме «бабочки», фотосенсибилизация, алопеция). Также необходимо отметить достаточно широкую распространенность гематологического синдрома и неврологической симптоматики среди больных СКВ, что диктует необходимость тщательной дифференциальной диагностики этих проявлений у пациентов с подозрением на данную патологию. Самыми распространенными иммунологическими маркерами заболевания оказались антинуклеарные антитела (ANA), а также анти-ДНК и анти-Sm антитела.

Выводы. Подробная клинико-демографическая характеристика пациентов с СКВ позволяет оптимизировать стратегию диагностики данного заболевания и разработать рекомендации по скринингу для специалистов терапевтического профиля.

Список литературы.

1. Клюквина Н.Г. Системная красная волчанка: многообразие форм и вариантов течения // Современная ревматология. 2011. № 4. С. 25–30.
2. Осипок Н.В., Черных С.Ю., Казакова Р.В. Проблемы ведения больных с системной красной волчанкой//Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. № 3. С. 108–110.
3. Трудности диагностики системной красной волчанки/М.М. Тлиш [и др.]//Российский журнал кожных и венерологических болезней. 2014. № 3. С. 36–41.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФВД У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ

Шелухина А.Н., Власенко В.Д., Дорофеева С.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – ассистент Шелухина А.Н.

Во множестве патологий органов дыхательной системы, существующих в мире медицины на сегодняшний день, особая роль отводится хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). ХОБЛ Значительно снижает качество жизни пациентов, приводит к нетрудоспособности и развитию сопутствующих заболеваний сердечно – сосудистой системы, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) занимает 5 место в общей заболеваемости [1]

Основной целью данной работы является анализ динамики спирометрических показателей функций внешнего дыхания (ФВД): жизненная

емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) у пациентов разных возрастных групп с подтвержденным диагнозом «ХОБЛ».

Материалы и методы. Для анализа динамики были исследованы показатели спирометрии 40 пациентов, проходивших лечение на базе НУЗ "Отделенческая больница на станции Курск «ОАО «РЖД» в 2016 - 2017гг, до и после прохождения назначенной терапии. Пациенты были разделены по возрастным категориям в соответствии с классификацией ВОЗ: первая группа – молодость (18 – 44), вторая группа – средний возраст (45 – 59), третья группа – пожилой возраст (60 – 74), четвертая группа – старческий возраст (75 – 90).

Результаты и их обсуждения. Средние спирометрические показатели каждой возрастной группы до (ЖЕЛ1, ФЖЕЛ1, $ОФВ1_1$) и после проведения назначенной терапии (ЖЕЛ2, ФЖЕЛ2, $ОФВ1_{2)}$ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Средние показатели ФВД в динамике по возрастным группам.

	ЖЕЛ1	ФЖЕЛ1	$ОФВ1_1$	ЖЕЛ2	ФЖЕЛ2	$ОФВ1_2$
18-44	51,34	52,06	51,59	66,12	64,17	67,93
45-59	53,49	52,87	53,81	56,96	57,49	57,93
60-74	58,25	57,53	57,22	60,26	60,07	61,18
75-90	64,67	61,43	62,67	67,12	64,33	64,67

Из данной таблицы можно сделать вывод, что в среднем динамика внутри возрастных групп положительная. Увеличение данных показателей можно связать с проведением комплексной терапии в соответствии со стандартом первичной медико – санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких: назначение симпатомиметиков, муколитиков и противовоспалительных средств [3]

Для визуализации табличных данных ниже приведена диаграмма средних показателей ФВД в динамике по возрастным группам.

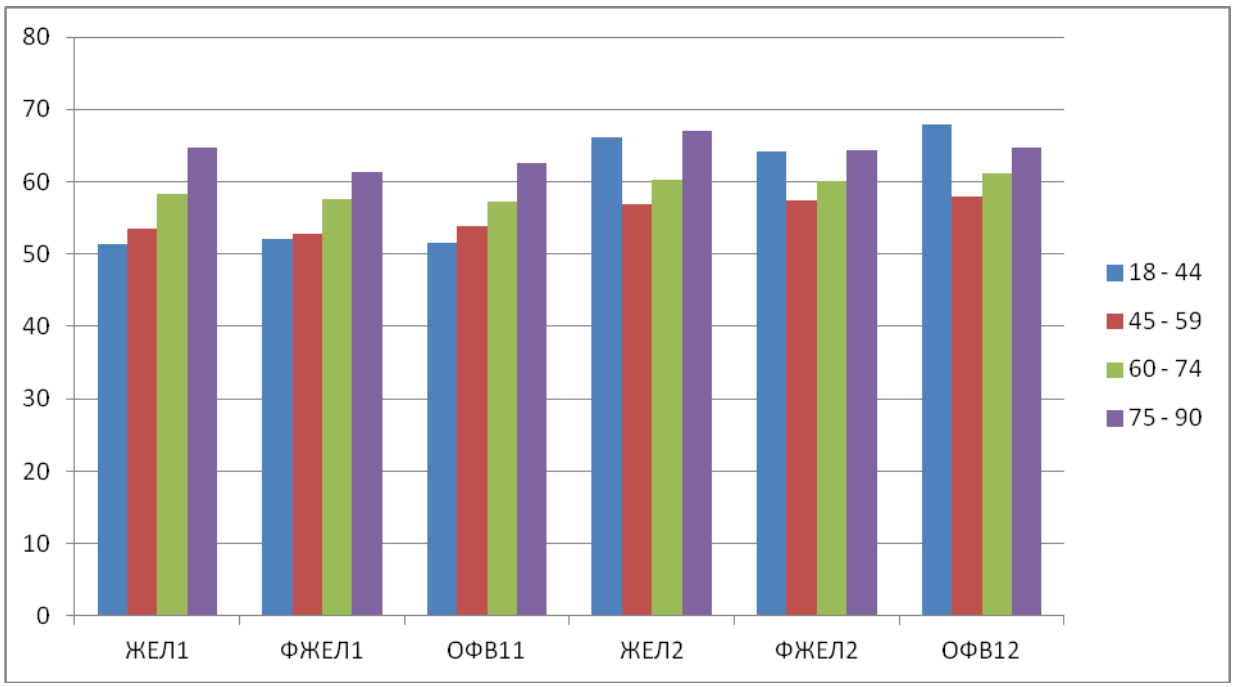


Диаграмма 1. Средние показатели ФВД в динамике по возрастным группам

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что у пациентов первой возрастной группы количественная разница между показателями до и после назначенной терапии значительно больше по сравнению с другими возрастными группами – с увеличением возраста разница уменьшается. Выявленные изменения можно связать со снижением защитных функций иммунной системы, ослаблением дыхательной мускулатуры или иными отягощающими факторами. У пациентов старших групп начальные и конечные показатели ФВД выше, чем у молодых и соответственно ближе к норме, хотя и не достигают необходимых после проведения терапии значений (>80%). Данную связь можно объяснить нездоровым образом жизни пациентов молодых групп, снижением двигательной активности, ухудшением экологической обстановки, а также сохранением на момент лечения привычки курения, невыполнения указаний лечащего врача и малым процентом использования необходимых препаратов в соответствии со стандартом лечения.

Список литературы

1. Ахминеева А.Х., Полунина О.С., Севостьянова И.В. Нарушения гомеостаза при хронической обструктивной болезни легких. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016. С.131 – 134.

2. Букреева Е.Б., Сеитова Г.Н., Пузырев В.П. Воспаление при ХОБЛ: роль экзогенных и эндогенных факторов // Сибирский государственный медицинский университет. 2011. С. 224 - 225.

3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. - М.: Российское респираторное общество, 2012. С. 76 – 79.

К ВОПРОСУ ОБ АНЕВРИЗМЕ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Шишкина А.А., Филоненко А.О., Бизяева Л.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Кафедра госпитальной терапии с курсом МСЭ
Научный руководитель – к.м.н., доцент Добрынина Н.В.

Актуальность. Аневризма восходящей аорты – одно из самых распространенных заболеваний в структуре сердечно-сосудистой патологии, встречающиеся примерно в 6% наблюдений на 100 тыс. населения [4].

Расслоение аневризмы аорты – одно из грозных осложнений аневризмы. По статистике в течение первых двух суток с момента острого расслоения аорты с вовлечением восходящего отдела умирают 50% больных.

Бесперспективность консервативного лечения и опасность промедления с хирургическим вмешательством заставляют врачей всех специальностей искать новые возможности в сокращении времени между постановкой диагноза и операцией, поскольку многие из имеющихся методов исследования [1, 3] обладают неодинаковыми возможностями в отношении топической диагностики отделов аорты, структуры ее стенки и возможного расслоения.

Также необходима выработка дифференциально- диагностического алгоритма, который обеспечил бы необходимую точность и полноту информации и исключил бы потерю времени и проведение ненужных, а порою и опасных для жизни больного лечебных мероприятий.

Цель: продемонстрировать на конкретном примере трудности дифференциальной диагностики и выбора неотложной врачебной тактики при аневризме восходящего отдела аорты у молодого больного.

Материалы и методы: изучение данных динамического клинического обследования пациента.

Результаты: Пациент Ч., 1973 г.р., самостоятельно обратился в ГБУ РО Скопинской ММЦ 19:30 09.09.18 с жалобами на интенсивные боли с иррадиацией в шею впервые возникшие вечером (19:00) этого же дня, чувства нехватки воздуха, холодный пот, общую слабость.

Страдает гипертонической болезнью с max АД до 180/90 мм рт.ст. в течение года, регулярного лечения не получал.

Из анамнеза известно, что родной дядя по папиной линии оперирован по поводу расслаивающей аневризмы аорты 6 месяцев назад (операция Бенталл-Де –Боно)

ЭКГ в приемном покое ЦРБ: ритм синусовый, ПБПНПГ (впервые зарегистрированная) Биохимический анализ крови: креатинин - 0.130мкмоль/л, АСТ-22 Ед/л, АЛТ-20 Ед/л, ЛПНП-1.4ммоль/л, КФК- 154, МВ-КФК – 37, тропонин I – 68.8нг/мл.

Учитывая впервые зарегистрированную ПБПНПГ на фоне характерной клинической картины, больному выставлен диагноз: ИБС: ОКС (09.09.18г.) и проведена тромболитическая терапия препаратом «Актилизе» по схеме. После проведения ТЛТ отмечается значительное улучшение клинической симптоматики: боли и одышка не беспокоят, остается общая слабость. На ЭКГ: ритм синусовый, ПБПНПГ не зарегистрирована. Назначено лечение: аторис, ацекардол, плавикс, лизиноприл, нольпаза. В/в арикстра. в стандартных дозировках.

Для продолжения лечения (проведения КАГ с возможным стенированием) переведен в ГБУ РО ОККД 10.09.18. в 10 00).

Жалобы при поступлении на давящие боли за грудиной, продолжительностью около 30 мин., возникшие впервые после проведения ТЛТ (при транспортировке) в покое, слабость, однократную рвоту желчью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 60 уд. В мин, АД: правая рука 84/50, левая рука 120/70 мм рт.ст.

При обследовании:

ОАК эр-4,29*10^{12}/л, Нв-137г/л, Л-14,12*10^{9}/л, тромбоциты-170*10^{9}, СОЭ-3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатини-128 мкмоль/л, КФК 258,0, КФК МВ 15,0.

Анализ на тропонины: 0,060 ng/ml

Коагулограмма: протромбиновый индекс 0,94, АЧТВ 25, 9с

ЭКГ: Нарушение внутрижелудочковой проводимости. ПБПНПГ не регистрируется.

Учитывая рецидивирование болевого синдрома, разницу АД на левой и правой руке, а так же отсутствие характерной динамики маркеров некроза миокарда и ЭКГ больному проведены

ЭХО – КГ: Левое предсердие увеличено 3,94 см. Аневризма восходящего отдела и дуги аорты. Признаки расслоения стенки аорты.

Узи сосудов дуги аорты: справа в ПГС определяется отслоение интимы, распространяющееся в ОСА до ее бифуркации

КТ ОГК с контрастом: аневризма восходящего отдела аорты с признаками расслоения до уровня дуги;

Поставлен клинический диагноз: Аневризма восходящего отдела аорты с распространением на плечеголовной ствол и вовлечением ОСА, расслоение стенки грудного отдела аорты от 09.09.18.

В лечении отменены: ацекардол, плавикс, арикстра. Постельный режим. Контроль АД по монитору. Управляемая гипотензия.

Консультирован проф.Комаровым Р.Н. Рекомендовано хирургическое лечение в МГМУ им. И.М. Сеченова, запланирован перевод на 17.09.18

12.09.18 при перекладывании на каталку боли за грудиной, купированы в/м кеторолом, переведен в АРО.

13.09.18 В 6ч 40мин внезапно захрипел, контакту не доступен, по монитору – электро – механическая диссоциация. АД – 0/0. Реанимационные мероприятия без эффекта. 7ч10мин констатирована смерть мозга.

Диагноз: Аневризма восходящего отдела аорты с распространением на плечеголовной ствол и вовлечением ОСА, расслоение стенки грудного отдела аорты от 09.09.18. Разрыв грудного отдела аорты 13.09.18г.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует трудности диагностики и дифференциальной диагностики расслаивающей аневризмы аорты, что еще раз подчеркивает необходимость комплексной оценки всех клинических симптомов, факторов риска развития данного заболевания, адекватного обследования пациента [2]. Успех в лечении аневризмы аорты напрямую зависит от увеличения насторожённости среди врачей всех специальностей в отношении заболеваний аорты, а также от организации медицинской помощи таким пациентам.

Список литературы.

1. Аншелевич Ю.В., Сорокина Т.А., Беккере Ф.А. Причины диагностических ошибок при расслаивающей аневризме аорты и ее разрыве // Сов. медицина. 1982. № 3. С.88-90.
2. Дедуль В.И., Серафинович И.А. Трудности и ошибки в диагностике расслаивающей аневризмы аорты // Практикующему врачу. Журнал ГГМУ. 2004. № 4. С. 62-66.
3. Кузнечевский Ф.В. Хирургическое лечение аневризм и расслоений восходящего отдела и дуги аорты // Российский кардиологический журнал. 2002. № 6. С. 92-101.
4. Руднева Л.Ф., Иваненко В.Н. Расслаивающая аневризма аорты // Сов.медицина. 1981. № 1. С. 94-96.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Шкодкина М.А., Севостьянова О.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1
Научный руководитель – д.м.н., профессор Безгин А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что гранулематоз Вегенера (ГВ) требует проведение непростого алгоритма диагностики, что подчас вызывает трудности у врачей различного профиля. Гранулематоз Вегенера – заболевание неустановленной этиологии с поражением нескольких органов (чаще всего верхних дыхательных путей, органов зрения и слуха, легких и почек), характеризующееся развитием некротизирующего гранулематозного воспаления и признаками васкулита малых и средних сосудов. Предполагается,

что основу начального патологического поражения – гранулемы – составляют клеточные иммунные процессы. Важную патогенетическую роль играют антинейтрофильные цитоплазматические антитела. Проявление первичных системных васкулитов наблюдается в различных возрастных группах и одинаково часто у мужчин и женщин. В настоящее время данная патология стала более распространенной, однако, до сих пор наблюдается наибольшее число случаев расхождения диагнозов. Как правило, системные васкулиты (СВ) дебютируют либо одним синдромом, либо неспецифическими проявлениями.

Целью исследования является изучение заболеваемости поражения почек на основании анализа истории болезни.

Материалы и методы: описание клинического случая по данным нефрологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница».

Результаты и обсуждения. Больной 64 л., госпитализирован в нефрологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, выраженную общую слабость, бледность кожных покровов, отеки нижних конечностей, плохой аппетит, потерю массы тела до 13 кг за 6 месяцев, давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку во время ходьбы до 50 метров, купирующиеся в покое через 2-3 минуты. Считает себя больным с 2008 года, когда впервые был установлен диагноз: Сахарный диабет, 2 тип. Диабетическая нефропатия. ХБП 5ст. ИБС: прогрессирующая стенокардия со стабилизацией III ФК клинически. Артериальная гипертония III ст. Риск 4. ГМЛЖ. Больной принимал пероральные сахароснижающие препараты. Выделительную функцию почек не контролировал, у нефролога не наблюдался. Постепенное ухудшение состояния длилось 6 месяцев, когда нарушился аппетит, стал прогрессивно худеть, появились боли в суставах. Больной был госпитализирован в нефрологическое отделение БМУ «Курская областная клиническая больница» для верификации диагноза.

При поступлении в стационар состояние расценивалось как тяжелое. В связи с выраженной азотемией (мочевина 48,64ммоль/л, креатинин 831,04 мкмоль/л) и гиперкалиемией (Калий 6,6 мкмоль/л) выполнена постановка внутрипредсердного катетера и начаты сеансы гемодиализа. Проводилась антибактериальная терапия (т.к. имела место лихорадка, лейкоцитоз в крови). В связи с выраженным анемическим синдромом пациенту выполнялась гемотрансфузия (гемоглобин 66 г/л, эритроциты $2,4*10^{12}$/л). В общем анализе мочи: бактериурия, стойкая лейкоцитурия, микрогематурия, сохраняющаяся на фоне проведения антибактериальной терапии. При УЗ исследовании почек выявлен участок повышенной эхогенности с нечеткими контурами в области верхнего сегмента правой почки. После консилиума с участием зав. отделением урологии поставлен диагноз: Острый очаговый правосторонний пиелонефрит. В процессе дифференциального диагноза был исключен туберкулезный процесс (выполнен анализ мочи на МБТ- отрицательный), онкогематологические заболевания (анализ костномозгового пунктата). Для подтверждения диагноза гранулематоза с полиангиитом кровь была направлена на исследование ANCA. Получены результаты: антитела к протеиназе-3 более

200, антитела к миелопероксидазе 3,85. Верифицирован диагноз : ANCA-позитивного гранулематоза и полиангиита. Проведена пульс-терапия метипредом в суммарной дозе 2г, циклофосфан 800 мг однократно. На фоне лечения состояние с положительной динамикой. В связи с сохранившейся азотемией на фоне проводимой патогенетической терапии выполнена постановка внутрипредсердного катетера с целью создания постоянного сосудистого доступа для проведения ЗПТ.

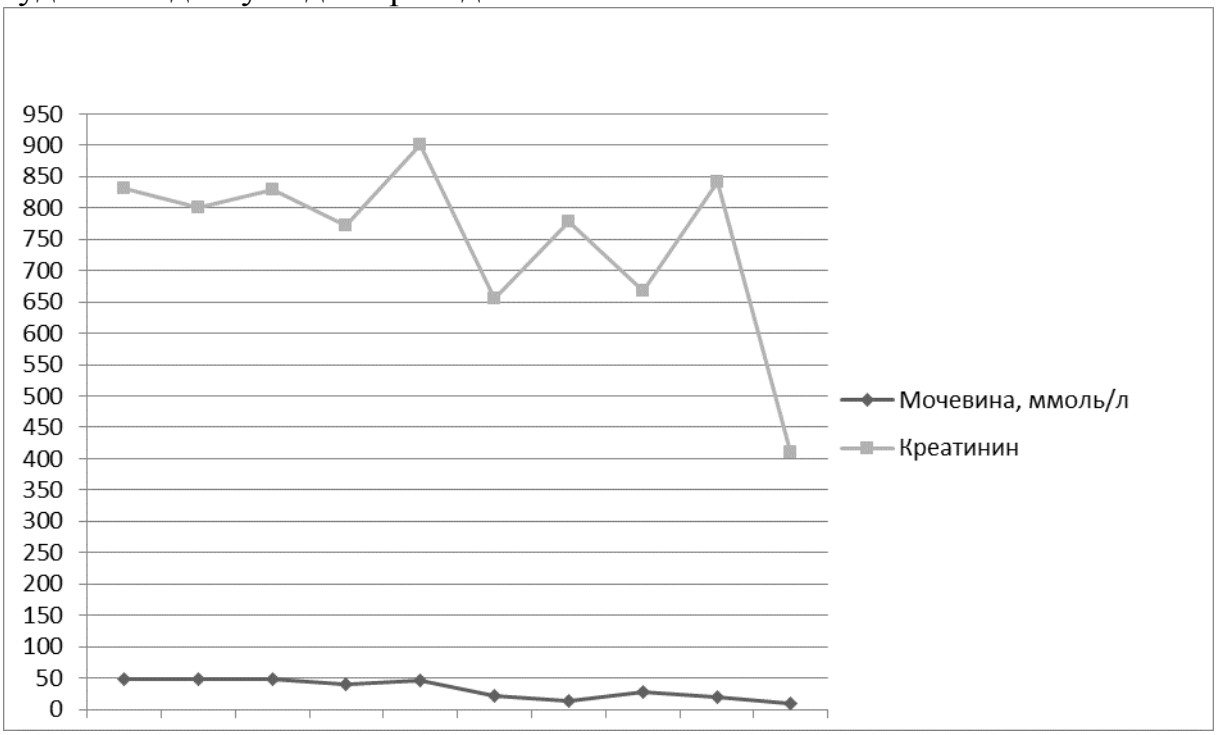


Рисунок 1. Динамика уровня креатинина и мочевины

Выводы. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует неблагоприятный прогноз при гранулематозе Вегенера, что доказывает черезвычайную трудность своевременной диагностики системных васкулитов.

Список литературы.

1. Артишевская Н.И., Михневич Э.А., Савченко М.А., Раевнева Т.Г., Головко Т.Г., Кручина Н.А. Гранулематоз с полиангиитом: обзор литературы. Серия клинических случаев (часть I) // Военная медицина. 2014. № 4 (33). С. 97-101.

2. Бабаева А.Р., Калинина Е.В., Звоноренко М.С. Трудности диагностики гранулематоза Вегенера у взрослых в современной клинической практике (клиническое наблюдение) // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. № 3. С. 49-54

3. Нефрология. Практическое руководство/ Под ред. И. Е. Тареева, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4. Чучалин А.Г. Первичные системные и легочные васкулиты. // Русский медицинский журнал. 2001. № 21. с. 912-918.

РЕДКИЕ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ястребов В.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра эндокринологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Андреева Н.С.

Актуальность исследования данной проблематики состоит в том, что сахарный диабет приобрел статус медико-социальной проблемы, и, следовательно, имеет высокую распространенность не только в нашей стране, но и по всему миру. В последние годы все чаще стали обращать внимание на необычные, редкие формы сахарного диабета (СД), однако изученность данных нозологий до сих пор остается крайне низкой.

Целью исследования является анализ распространенности диабета типов LADA и MODY как наиболее редких и сложно диагностируемых форм этого заболевания.

Материалы и методы: в нашем исследовании мы опирались на имеющиеся данные, опубликованные отечественными и зарубежными авторами. На основе анализа полученной информации сделаны выводы о значимости данной проблемы.

Результаты и обсуждения: диабет типа LADA (диабет 1,5 типа) есть ничто иное как латентный аутоиммунный диабет у взрослых [1]. Распространенность LADA достаточно высока. Среди больных сахарным диабетом 2-го типа старше 35-40 лет она достигает 10%, а при возрасте менее 35 лет возрастает до 25%. Данное заболевание характеризуется медленным прогрессированием аутоиммунного процесса и компенсацией заболевания диетой и пероральными сахароснижающими препаратами до назначения инсулинотерапии. Также стоит отметить, что первые исследователи этой проблемы установили, что функция b-клеток была сохранена, несмотря на наличие антител к островкам Лангерганса.

При постановке диабета типа LADA главенствующую роль играют следующие факторы:

- возраст более 30 лет;
- наличие по крайней мере одного из четырех классов аутоантител, свойственных сахарному диабету 1-го типа (ICA – антитела к цитоплазме островковых клеток; GAD – антитела к глутаматдекарбоксилазе; IA-2 – антитела к тирозинфосфатазе; IAA – антитела к инсулину);
- отсутствие необходимости в инсулинотерапии по крайней мере в течение 6 месяцев с момента постановки диагноза.

Несмотря на обнаружение аутоантител к островковым клеткам как при сахарном диабете 1-го типа, так и LADA, между этими заболеваниями имеется ряд отличий:

1. Потребность в инсулине ниже, а сама болезнь протекает вяло, с периодами обострения. Даже без сопутствующего лечения симптомы диабета 1,5 часто бывают не ощутимы для человека;

2. К группе риска относятся люди старше 35 лет, диабетом 1-го типа заболевают люди любого возраста;

3. Симптомы LADA часто путают с симптоматикой других болезней, в результате чего выносится неправильный диагноз. Природа и проявление диабета 1-го типа сравнительно хорошо изучены.

4. При сахарном диабете 1-го типа, как правило, определяются все варианты аутоантител (ICA, GAD, IA-2, IAA), в то время как при LADA выявляются только один или два варианта (в основном GAD и ICA), IA-2 и IAA обнаруживаются крайне редко [3].

Разница между аутоиммунным и диабетом 2-го типа:

1. У заболевших может отсутствовать лишний вес;

2. Потребность в потреблении инсулина может возникнуть уже через 6 месяцев от момента развития заболевания;

3. В крови больного содержатся антитела, свидетельствующие об аутоиммунном заболевании;

4. На современном оборудовании могут быть обнаружены маркеры диабета 1-го типа;

5. Понижение гипергликемии с помощью медикаментов практически не имеет результата.

MODY происходит от английского выражения «Maturity Onset Diabetes of the Young», что можно понимать как диабет типа 2 (то есть правильный для пожилых людей), но начавшийся в раннем возрасте (как тип 1). Диабет MODY означает «диабет взрослого типа у молодых» (Maturity-onset diabetes of the young).

MODY-диабет – моногенная форма диабета, характеризующаяся ранним началом и аутосомно-доминантным типом наследования. В его основе лежит мутация генов, вызывающая нарушения в работе островкового аппарата поджелудочной железы.

Распространенность MODY-диабета - менее 2% от всех случаев диабета, обычно ошибочно диагностируется как сахарный диабет 1 или 2 типа. Данный диагноз может быть выставлен только на основании результатов молекулярно-генетического исследования.

Всего известно около 13 генов, мутации в которых обуславливают данную патологию. Однако мы рассмотрим наиболее частые:

1. Ген ядерного фактора гепатоцитов 4α (HNF4A; MODY1);

2. Ген глюкокиназы (GCK; MODY2);

3. Ген ядерного фактора гепатоцитов 1α (HNF1A; MODY3);

HNF4A-MODY (MODY1) - первый описанный тип диабета MODY. HNF4A – это фактор транскрипции, находящийся в печени, кишечнике, почках и поджелудочной железе. Он участвует в регуляции генов, необходимых для метаболизма и транспорта глюкозы. Мутации этого фактора составляют менее 10% случаев MODY по данным европейских исследований. Гетерозиготные мутации HNF4A приводят к значительной макросомии плода, за счет увеличенной секреции инсулина. Характерны отсутствие глюкозурии и низкие аполипопротеины (apoA11, apoCIII и апоВ).

GCK-MODY (MODY2). Глюкокиназа - гликолитический фермент, катализирует превращение глюкозы в глюкозо-6-фосфат, контролирует глюкозо-опосредованное высвобождение инсулина из β-клеток. GCK-MODY - наиболее распространенная форма (примерно 48%) среди лиц европеоидной расы.

Клиническая картина проявляется в виде умеренной гипергликемии натощак с рождения (от 5,5 до 8,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин в диапазоне 5.8% до 7.6%), незначительным ухудшением с возрастом, может протекать бессимптомно - часто впервые диагностируются во время рутинного скрининга или во время беременности. Также данная патология редко приводит к тяжелым осложнениям.

HNF1A-MODY (MODY3). Гетерозиготные мутации HNF1A ведут к прогрессивной дисфункции β-клеток, что приводит к диабету в начале взрослой жизни у 63% носителей данного гена к 25 годам и практически у 100% к 55 годам.

У носителей глюкозурия появляется еще до манифестации диабета из-за пониженной почечной реабсорбции глюкозы. Гипергликемия может быть тяжелой, ухудшаться в течение жизни, риски микро- и макрососудистых осложнений схожи с сахарным диабетом 1 типа и СД 2 типа [2].

Выводы. Сахарный диабет LADA и сахарный диабет MODY развиваются сравнительно редко - вместе составляют только несколько процентов случаев диабета, но не стоит вспомнить об их существовании в случае не совсем ясного и нетипичного течения болезни, ибо постановка правильного диагноза обусловливает соответствующую и эффективную терапию, которая, насколько это возможно задержит появление осложнений.

Список литературы.

1. Поздняк А.О. Латентный аутоиммунный диабет взрослых (LADA): вопросы и перспективы лечения // Медицинский альманах. – 2008. - № 3. – С. 170-172.

2. Минибаева А.Н. MODY-диабет: Что важно знать? // Актуальная эндокринология. – 2016. - № 2. – С. 36-44.

3. Naik R.G. et al. Latent autoimmune diabetes in adults // Rev Endocr Metab Disord. – 2003.– v. 4.– p. 233-241.

РАЗДЕЛ 7.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАНТРИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Арефина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Медведев Н.В.

Актуальность иследования состоит в том, что по текущим оценкам Росстата за январь-сентябрь 2018 года на случаи ИБС пришлось 24,8% смертей от всех причин [3]. Согласно материалам исследования ЭССЕ РФ, которое проводилось в 2012-2013 годах, распространенность артериальной гипертонии (АГ) в российской популяции составила около 44%, выше среди мужчин. Частота АГ выше у сельских жителей, как среди мужчин, так и среди женщин. Постоянно контролируют уровень артериального давления (АД) в РФ только треть женщин и лишь 14,4% мужчин [1]. Учитывая рост распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц 60 лет и старше, прогрессирующее увеличение их доли в возрастной структуре популяции, практически значимым представляется определение ключевых проблем их долговременного амбулаторного наблюдения.

Цель исследования является оценка результатов диспансерного наблюдения кардиологических больных пожилого возраста.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 30 амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении у кардиолога ОБУЗ «Курская городская поликлиника № 7». Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов описательной статистики.

Результаты и обсуждения. В результате распределения больных по полу, 60% составили женщины, их средний возраст − 66,9±2,0 лет, 40% − мужчины, средний возраст − 66,8±1,2 лет.

Отягощенный сердечно-сосудистый анамнез выявлен у одной женщины по материнской и отцовской линии. Инвалидами второй и третьей группы были признаны по одному пациенту. Показатели индекса массы тела (ИМТ) в выделенных подгруппах представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели ИМТ кардиологических больных пожилого возраста

ИМТ (кг/м^2)	Общее количество	Мужчины	Женщины
Норма (24,2±0,75)	14%	25%	75%
Избыточная масса тела (28,2±0,4)	50%	77%	23%
Ожирение I степени (32,8±0,5)	30%	22%	78%
Ожирение II степени (37,0)	3%	–	100%
Ожирение III (50,0)	3%	–	100%

Женщины пожилого возраста имели большую предрасположенность к ожирению.

Оптимальное артериальное давление зарегистрировано у 13% человек, нормальное − у 27%, высокое нормальное − у 13%, умеренная гипертония (повышенное давление) у 27%, гипертония средней тяжести у 17%, тяжелая гипертония у 3% пациентов. Гипертония разной степени тяжести была выявлена у 71% женщин и 29% мужчин.

Наиболее частыми в структуре заболеваний были сочетание ИБС с АГ у 64% пациентов, из них 23% − больные с постинфарктным кардиосклерозом. АГ как самостоятельный диагноз выявлена у 36%.

По данным ЭКГ метаболические нарушения в миокарде найдены у 13% женщин, отклонение электрической оси сердца влево у 23% женщин, из них горизонтальная ЭОС у 71% (50% − женщины, 21% − мужчины), вертикальная у 29% мужчин. АВ-блокада установлена у 10% женщин, синдром Шортау 3% мужчин, блокада ножек пучка Гиса в17% случаев (6% − женщины, 11% − мужчины).

Средние значения показателей общего холестерина (ОХС): норма (4,3±0,65ммоль/л) у 67%, выше нормы (6,4±0,85ммоль/л) у 33%. Триглицериды (ТГ) были выше нормы у 33% человек. Показатели ОХС и ТГ наиболее высокими были у женщин − 60% и 70% соответственно. У 23% пациентов найдена железодефицитная анемия.

По данным Эхо-КГ уплотнение стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов было выявлено у 43% больных (30% − женщины, 13% − мужчины); склероз стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов у 7% мужчин; порок аортального клапана с преобладанием стеноза у 3% женщин; гипертрофия миокарда обоих желудочков − у 3% женщин, левого желудочка у 73% (40% − женщины, 33% − мужчины); регургитация – 34% (17% − женщины, 17% − мужчины); локальные нарушения сократимости (гипокинез, акинез) у 16% женщин; дилатация обоих предсердий у 13% мужчин, левого у 13% женщин; легочная гипертензия I ст. у 17% (7% − женщины, 10% − мужчины).

ЭКГ-мониторинг был проведен 40% пациентов: динамических изменений сегмента ST ишемического типа не выявлено у 67% (42% − женщины, 25% − мужчины); динамика ЧСС с достаточным урежением во время сна и достаточным приростом на физическую нагрузку при нормальных среднесуточных ее значениях у 8% женщин; изменения фазы реполяризации, обусловленные нарушением внутрижелудочковой проводимости – 25% женщин.

Всем пациентам рекомендована гипохолестериновая диета, ограничение поваренной соли, отказ от вредных привычек, дозированные физические нагрузки. Лечение больных кардиологического профиля предусматривает сочетание препаратов нескольких классов, эффекты которых направлены на стабилизацию состояния и вторичную профилактику, например, повторных инфарктов миокарда. Пациентам были назначены следующие группы препаратов: статины-80% человек (53% − женщин, 27% − мужчин), антиагреганты − 60% (27% − женщины, 33% − мужчины), бета-блокаторы − 63% (33% − женщины, 30% − мужчины), диуретики − 77%

(37% − женщины, 40% − мужчины), ингибиторы-АПФ − 47% (27% − женщины, 20% − мужчины), блокаторы кальциевых каналов − 57% (27% − женщины, 30% − мужчины), комбинированные антигипертензивные препараты − 77% (53% − женщины, 24 − мужчины), антиангинальные – 20% мужчин, антагонисты рецепторов ангиотензина II-20% (10% − женщины, 10% − мужчины), антикоагулянты − 20% (13% − женщины,7% − мужчины), гликозиды − 10% женщин.

Кардиохирургическое лечение было проведено 44% больным. Транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика (ТБКА) со стентированием передней межжелудочковой артерии (МЖА) − 38% больных (23% − женщины, 15% − мужчины); кроссэктомия 8% мужчин, ТБКА со стентированием задней МЖА 8% женщин, ТБКА со стентированием интермедиальной артерии 8% мужчин, протезирование аортального клапана механическим протезом 8% женщин, имплантация электрокардиостимулятора 8% женщин, аортокоронарное шунтирование 8% мужчин, ТБКА со стентированием правой межжелудочковой ветви 8% мужчин.

Проведенное обследование и лечение пациентов в 100% случаев соответствовало порядку диспансерного наблюдения, который регламентирует приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения». Кратность визитов к врачу была следующей: АГ не менее 1 или 2 раз в год в зависимости от её степени и поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, хронической болезни почек; при ИБС - не менее 2 раз в год [2]. Рекомендованная кратность визитов соблюдалась в 77% случаев.

Выводы.

1.Диспансерное наблюдение пожилых больных кардиологического профиля требует тщательного контроля ИМТ, уровня ОХС и ТГ.

2. Необходимо активно внедрять в практику школы для больных АГ и ИБС, цель которых – не только улучшить информированность больных о своем заболевании, но и способствовать повышению приверженности к лечению, сформировать у них навыки самоконтроля показателей сердечно-сосудистой системы.

3. При осуществлении диспансерного наблюдения пожилых больных кардиологического профиля необходимо стремиться к достижению запланированной кратности контрольных визитов.

Список литературы.

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования эссе. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13 (4): 4-14. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14

2. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 N 1344н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения" [Электронный ресурс] //

Министерство здравоохранения РФ, 2013. URL:https://www.rosminzdrav.ru/documents/5451

3. Сосуды и сердце: с какими странами сравнялась Россия, снижая смертность от инфарктов и инсультов? [Электронный ресурс] //Фактограф, 2018. URL: https://www.factograph.info/a/29591570.html

АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ И ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕЖДУ СТАЦИОНАРОМ И ПОЛИКЛИНИКОЙ

Ворвуль А.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель – д.м.н., профессор Светый Л.И.

Актуальность исследования состоит в том, что одним из важных вопросов современной медицины остается борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в частности, лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН). Данное состояние является одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальных исходов. В России ХСН 7,9 млн. человек (7% всего населения). В возрастной структуре заболеваемости ХСН преобладают лица в возрасте 60-80 лет. Распространенность ХСН среди мужчин в возрасте до 60 лет выше, чем у женщин, что связано с ранней заболеваемостью артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). За счет большей продолжительности жизни число женщин, страдающих ХСН, в 2,6 раза превосходит число мужчин (72% и 28% соответственно). Сердечные гликозиды (СГ) по-прежнему остаются одними из основных лекарственных средств, использующихся при лечении больных с недостаточностью кровообращения [1, 2, 3].

Целью исследования является анализ принципов лечения больных ХСН в амбулаторно-поликлинических условиях и врачебную тактику, которая обеспечивает преемственность лечения между стационаром и амбулаторно-поликлиническим звеном.

Материалы и методы: в условиях поликлиники ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» было обследовано 155 больных ХСН I, II, III функционального класса (ФК) по NYHA, и I, IIA, IIБ стадий в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст 71±4 года). В выборке преобладали лица мужского пола (109 человек – 70,32%). Из числа обследованных превалировали больные с ХСН ФК II (61,88%).

В зависимости от причины развития ХСН были выделены группы пациентов, страдающие постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) –

115 человек (74,19%), с АГ – 21 (13,55%), с аритмиями – 12 человек (7,74%), с миокардитами, пороками сердца и миокардиодистрофиями составили 7 человек (4,52%). На первом месте среди причин развития ХСН находился ПИКС в сочетании с АГ (47,52%).

При лечении больных с ХСН учитывался режим двигательной активности, который они соблюдали после выписки из стационара: свободный (35 человек – 22,58%), ограниченно свободный (68 больных – 43,87%) и домашний (52 человек – 33,55%).

Основным методом исследования больных с ХСН в амбулаторно-поликлинических условиях являлось динамическое углубленное клиническое наблюдение, электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (Эхо-КГ) на фоне коррекции доз СГ и приема других лекарственных препаратов. Исследование в динамике позволяло судить о наличии эффекта проводимой терапии СГ и другими лекарственными препаратами и степени его выраженности.

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel и STATISTICA 10.0 с использованием стандартных методов вариационной статистики, корреляционного и регрессивного анализа. Оценку достоверности различий между парными и независимыми выборками проводилась с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $P<0,05$.

Всем 155 больным, страдающим ХСН, для продолжения лечения в амбулаторно-поликлинических условиях при выписке из стационара рекомендовались СГ: дигоксин (Гедеон Рихтер, Германия) – 109 больным (70,3%), целанид (Фармцентр «Вилар», Россия) – 46 (29,7%), чаще всего в небольших и средних дозах (0,5 – 3 таблетки в день).

Результаты и обсуждения. Все больные при выписке из стационара находились в состоянии удовлетворительной компенсации. Вскоре у 128 больных (82,58%) наступило ухудшение, которое выражалось в нарастании симптомов ХСН, что объясняется увеличением физической активности после выписки при приеме СГ в дозировках, получаемых в стационаре. В связи с этим дозы СГ были скорректированы в зависимости от изменения уровня физической активности. После коррекции доз СГ дигоксин получали в амбулаторно-поликлинических условиях 112 пациентов (72,3%), а целанид – 43 больных (27,7%). Дозу дигоксина потребовалось увеличить в 2 раза у 62 больных, что составило 40%, в 2,5 раза у 35 (22,6%), в 3 раза у 15 человек (9,7%). Соответственно доза целанида увеличилась в 2 раза у 27 больных (19,4%), в 2,5 раза у 11 (7,7%), в 3 раза у 5 человек (3,9%) (рисунок 1). В процессе лечения СГ применялись такие темпы дигитализации: средний (длительность
3-4 дня) – 35 больных 22,3%, и медленный (5-7 дней) – 120 больным (77,7%).

К улучшению состояния корректировка доз СГ привела у 122 человек, (78,71% – от общего количества обследуемых, 95,2% − от числа больных, у которых наступило ухудшение после выписки из стационара). У 3 больных (1,9%) после коррекции доз СГ эффект не наступил, у 5 человек (3,2%)

отмечалось ухудшение общего состояния. У 13 больных с наступившим клиническим эффектом (8,18%) в результате корректировки доз СГ в разные сроки с момента начала коррекции развилась гликозидная интоксикация.

В амбулаторно-поликлических условиях больным была предложена комбинированная терапия. Эффективность сочетанного применениям СГ и других препаратов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Эффективность применения сердечных гликозидов в комбинации с другими группами препаратов

Фармакологическая группа	Эффективность, %
Препараты калия	98,74
Периферические вазодилататоры	98,11
Диуретики	97,96
Нитраты	93,80
Антагонисты кальция	92,31
β-адреноблокаторы	85,40

Таким образом, с учетом преемственности лечения больных ХСН в стационаре, а затем в амбулаторно-поликлинических условиях сочетанная фармакотерапия этих больных СГ в корригированных дозах и препаратами других групп в большинстве случаев даёт положительный клинический эффект.

В результате коррекции доз СГ работа левого желудочка (ЛЖ) увеличилась на 21%, правого (ПЖ) на 12%, масса миокарда уменьшилась на 9,6%. Мощность ЛЖ возросла на 2,3%, ПЖ − на 14,4%. Систолический объем увеличился на 10,7%, минутный объем возрос на 4%.

Выводы. На основании всего выше изложенного можно сделать вывод, что после коррекции доз СГ в амбулаторно-поликлинических условиях у больных с ХСН в 80,1% случаев отмечается улучшение клинического состояния, выражающееся в уменьшении или исчезновении симптомов ХСН, а также в улучшении общего самочувствия и работоспособности больных. Совместное применение СГ в корригированных дозировках с другими группами препаратов в большинстве случаев демонстрируют благоприятный клинический эффект. Также отмечается положительная динамика всех показателей сократительной функции миокарда после коррекции доз СГ в амбулаторно-поликлинических условиях при различных нозологических формах и стадиях недостаточности кровообращения.

Список литературы.

1. Агова О.М., Семенова О.Н., Соколов И.М. Оценка преждевременности к лечению у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне коморбидных состоянии // Кардиология. 2014. Т15, № 2. С.138-140.

2. Муртазалиева П.М., Карелкина Е.В., Шишкова А.А. и др. Пилотный проект «Совершенствование медицинской помощи больным хронической сердечной недостаточностью»: результаты I этапа // Российский

кардиологический журнал. 2018. Т.23, № 12. С.44–50. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-12-44-50

3. Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В. Анализ основных причин декомпенсации больных ХСН на догоспитальном этапе лечения. // Здоровье и образование в XXI веке. 2014. № 4. С. 229-230.

4. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать // Российский кардиологический журнал. 2016. Т.8, № 136. С. 7–13. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-8-7-13

СТРЕСС КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИЙ К ДЕПРЕССИИ

Денисов А.А., Хмаро Н.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель − ассистент Григорьян М.Ф.

Актуальность исследования состоит в том, что заболеваемость как сердечно-сосудистыми, так и многими другими заболеваниями опосредованно связана с проявлениями стресса. Определение понятия «стресс» включает в себя совокупность неспецифичных адаптогенных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов или стрессоров [1]. При развитии данного состояния клинической значимостью обладает общий адаптационный синдром (ОАС), описанный Гансом Селье. Согласно его классификации ОАС протекает в три стадии. Первая стадия – реакция тревоги. Для нее характерна максимальная реактивность макроорганизма на стрессор путем мобилизации компенсаторных механизмов. Стоит отметить, что продолжительность реакции напрямую зависит от интенсивности воздействующих неблагоприятных факторов, а также от физиологических ресурсов и возможностей организма. Следом за ней развивается стадия сопротивления, в ходе которой адаптационный потенциал организма позволяет поддерживать его на уровне, мало отличающимся от функционирования вне стресса. Однако, компенсаторные возможности в эту стадию становятся несостоятельными, возникает истощение, которая является наиболее опасным для пациента. Она является одним из ключевых рисков развития соматических патологий, а также может послужить причиной декомпенсации уже имеющихся хронически протекающих заболеваний [2].

Одним из осложнений общего адаптационного синдрома может послужить его переход в депрессивный синдром, который относится к психопатологическим расстройствам и требует незамедлительного проведения лечебных мероприятий [3].

Для научного обоснования и поиска эффективных мер профилактики, направленных на своевременное выявление уровня стрессочувствительности, а также начальных стадий общего адаптационного синдрома и его купирование,

многими авторами было предложено большое количество различных психометрических опросников и шкал, позволяющих оценить уровень стресса и стрессочувствительности [4].

Целью исследования является проведение скрининговой оценки уровня стрессочувствительности, приводящей к депрессии, в группе пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы: в качестве материала исследования использовались анкеты 62 пациентов пожилого возраста ОКУСОКО "Областной медико-социальный реабилитационный центр им. преп. Феодосия Печерского" (средний возраст 61±1,6 года). Предложенная анкета включает в себя гериатрическую шкалу депрессии: (Geriatric Depression Screening Scale), а также тест на индивидуальную чувствительность к стрессу, ответы на вопросы которого интерпретировались по десятибалльной шкале (Щербатых Ю.В., 2006 год). Исследование проводилось при информированном согласии на обработку персональных данных каждого из респондентов выделенной группы. Полученные результаты оценивались при помощи параметрических методов описательной статистики, о достоверности различий между сравниваемыми группами судили по критерию Стъюдента, которые признавались значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Согласно полученным данным базовых показателей у 56,7% пациентов найден высокий уровень стрессочувствительности (119±16,4 баллов, $p<0,05$), у 41,2% из которых выявлена тяжелая степень депрессивного синдрома. (23±1,5 балла, $p<0,05$). По остальным результатам получены следующие значения: низкий уровень стрессочувствительности у 3% респондентов (43±0,01 балла, $p<0,05$), средний уровень у 40% опрошенных (85±8,7 баллов, $p<0,05$). Что касается степени проявления депрессивного синдрома, то низкая ее степень выявлена у 43% участников группы исследования (6±2,7 балла, $p<0,05$), средняя у 33% (14,9±3,1 балла, $p<0,05$).

После обработки динамических показателей стрессочувствительности выявленный низкий уровень составил 3% от общей выборки, что полностью совпадает с таковыми данными базовых показателей. Средний уровень определен у 60% (61±11,6 баллов, $p<0,05$), высокий показатель стрессочувствительности у 37% (100±12,3 баллов, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, при оценке уровня стрессочувствительности у исследуемой группы респондентов выявлены очевидные закономерности. Согласно базовым и динамическим показателям между высокой стрессочувствительностью и тяжелой депрессией определена высокая прямая корреляционная зависимость ($r=0,9$; $p<0,05$).

Список литературы

1. Налётова О.С., Титиевский С.В., Белевцова Э.Л. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2018. № 3. С. 4-9.

2. Погосов А.В., Севостьянова А.О., Богушевская Ю.В. Клинико-психологические особенности больных на донозологическом этапе течния соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2013. № 1. С. 11-125.

3. Григорьян М.Ф. Депрессия и тревога людей старческого возраста // Клиническая геронтология. 2018. № Т. 24. № 9-10. С. 16-17.

4. Григорьян М.Ф. Взаимосвязь выраженности депрессивных нарушений, стрессочувствительности и активации белков стресса у людей пожилого возраста // Клиническая геронтология. 2016. № Т. 22. № 9-10. С. 20-21.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ

Дубашевский Р.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель − профессор, д.м.н. Горшунова Н.К.

Актуальность исследования состоит в том, что сочетание четырех и более заболеваний у людей старших возрастных групп, обозначаемое как синдром полиморбидности, значительно ускоряет темпы старения и вызывает тяжелые структурно-морфологические и функциональные нарушения организма. Полиморбидный фон модифицирует фундаментальную функциональную характеристику стареющего человека, изменяя скорость его инволютивных изменений, о которых можно судить по изменениям биологического возраста больных в сторону его значительного увеличения по сравнению с популяционной возрастной нормой – должным биологическим возрастом [1].

Целью исследования является определение уровня полиморбидности и её влияния на функциональное состояние человека старческого возраста и скорость прогрессирования инволютивных процессов.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 90 пациентов в возрасте от 75 до 89 лет. Их средний календарный возраст составил 80,9±2,7 лет. среди обследованных преобладали женщины, их было 66 человек, остальные 24 участника исследования – мужчины. В работе использованы следующие методы: определение индекса морбидности, оцениваемого по количеству заболеваний у одного пациента [3,4]; гериатрическая оценка пациента [5]; определение биологического и должного возраста по методике Войтенко В.П. На основе сравнения параметров биологического и должного возраста рассчитывался индивидуальный темп старения – скорость и выраженность инволютивных изменений. При превышении биологическим возрастом величины его должного показателя на 5 и более лет принималось решение об ускоренном старении, в случае отставания биологического возраста

от должного на 5 и более лет диагностировали замедление развития инволютивных изменений, при разнице биологического и должного возраста в диапазоне ≤ 5 темп старения организма считали физиологическим [2]. На следующем этапе исследования все его участники были разделены в зависимости от темпа старения на три подгруппы: физиологически, ускоренно и замедленно стареющих. В каждой из подгрупп определялся индекс морбидности.

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью методов описательной статистики в программах Microsoft Excel, BIOSTAT, Statistica 6.0; достоверность результатов определялась по критерию Стьюдента и считалась значимой при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Сведения о влиянии выраженности морбидности пациентов старческого возраста на скорость развития инволютивных изменений представлены в ниже приведенной таблице 1.

Таблица 1. Индекс морбидности и темпы старения людей старческого возраста

Группа больных по типу старения	Индекс полиморбидности, число заболеваний / один больной	Показатель биологического возраста, в годах	Показатель должного биологического возраста, в годах	Показатель темпа старения по разнице между ДБВ и БВ, в годах
Группа I Физиологическое старение	4,3±2,1 $p_{1-2}<0,048$	66,5±4,8	66,8±3,7 $p_{1-2}< 0,0000001$	0,2±3,0 $p_{1-2}<0,0000001$
Группа II Ускоренное старение	4,9±2,9 $p_{2-3}<0,05$	79,7±1,3	65,4±2,9 $p_{2-3}<0,0000001$	-14,2±7,1 $p_{2-3}<0,0000001$
Группа III Замедленное старение	3,4±1,4 $p_{1-3}<0,043801$	51,6±5,9	65,0±2,9 $p_{1-3}<0,0000001$	13,4±5,4 $p_{1-3}<0,000000$

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Анализ индекса морбидности у обследованных людей старшей возрастной группы показал, что число имеющихся у них заболеваний колебалось от 3,4 до 4,9 число заболеваний / один больной. Установлено что 44,44% из 90 обследуемых людей старели замедленно, так как их биологический возраст отставал от должного на -13,4 ±5,4 лет. Показатель их морбидности был наименьшим и составил 3,4±1,4 число заболеваний / один больной. У 30% исследуемой группы инволютивные изменения развивались ускоренно, о чем свидетельствовало превышение их биологического возраста над должным на 14,2±7,1 лет. В данной группе зарегистрировано наибольшее число заболеваний у одного больного, их индекс морбидности 4,9±2,9 число

заболеваний / один больной. 25,56% обследованных лиц старческого возраста старели физиологически. Их биологический возраст приближался к должному 0,2±3,0 лет, а индекс морбидности был равен 4,3±2,1 число заболеваний / один больной. По-видимому, заболевания входящие в полиморбидный комплекс протекали у них были слабо прогрессирующими с минимальной симптоматикой и компенсированным состоянием функций их организма, что установлено при их гериатрической оценке, которая детально отражает их многочисленную симптоматику. Среди заболевания морбидного комплекса наиболее частым видом патологии были заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертония II стадии без ассоциированных заболеваний, ишемическая болезнь сердца со стабильной стенокардией II ФК постинфарктным кардиосклерозом, нарушения сердечного ритма в виде пароксизмальной тахикардии и экстрасистолии, крайне редко, фибрилляции предсердий; заболевания костно-суставной системы и опорно-двигательного аппарата. Реже встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, почек и эндокринная патология, кроме сахарного диабета II типа и гипотиреоза, которые нередко сопутствовали артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца.

Вывод. Таким образом, полиморбидность как один из главных гериатрических синдромов людей старческого возраста существенно влияет на скорость прогрессирования инволютивных изменений определяемым по соотношениям биологического и должного биологического возраста.

Список литературы.

1. Брянцева О.В. Определение биологического возраста у пожилых лиц с кардиоваскулярной патологией // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2.; URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=5900 [дата обращения 10.03.2019 год]

2. Горшунова, Н.К. NO-регуляция антиагрегационной активности при физиологическом и ускоренном старении/ Н.К.Горшунова, Н.И. Соболева // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2009. – № 2/1 (31). – С.167-171.

3. Журавлев Ю.И., Тхорикова В.Н. Валидация методики комплексной оценки полиморбидности.Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (1):17-24. URL: https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-1/03 [дата обращения 10.03.2019 год]

4. Лазебник, Л.Б. Старение. Профессиональный врачебный подход. / Л.Б. Лазебник, А.Д. Верткин, Ю.В. Конев //М., Эксмо. – 2014. – 320 с.

5. Рунихина, Н.К. Синдром старческой астении // Клинические рекомендации. – 2016. – М. – 29 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АТЕНОЛОЛА, МЕТОПРОЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ивих К.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – д.м.н, профессор Светый Л.И.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на высокую эффективность антигипертезивных препаратов, проблема лечения артериальной гипертонии у пожилых больных остается одной из ведущих проблем геронтологии.

Артериальная гипертония (АГ) – одно из основных неинфекционных заболеваний в современном обществе, имеющее колоссальное медико-социальное значение [2].

В Российской Федерации артериальное давление (АД) повышено у 40% взрослого населения, причем у 50% мужчин и женщин старше 60 лет и у 66% − старше 70 лет. Повышенное АД, особенно у пожилых пациентов является главным фактором риска ишемической болезни сердца, мозговых инсультов, а также сердечной и почечной недостаточности, с которыми связано около 40% всех случаев смерти [1,2].

По международным рекомендациям препаратами первого выбора для лечения АГ являются бета-блокаторы. Среди них наиболее часто используются атенолол, метопролол и бисопролол [2]. Общим для них является кардиоселективность, отсутствие собственной симпатомиметической и мембраностабилизирующей активности и продолжительность действия. В многочисленных исследованиях установлено, что бета-адреноблокаторы, влияя на вегетативных гомеостаз – один из важнейших факторов регуляции АД, изменяют соотношение активности симпатической и парасимпатической нервной системы. Доказанным фактором является также увеличение на фоне терапии блокаторами бета-адренорецепторов общей вариабельности ритма сердца (ВРС) [3].

Целью исследования является сравнение клинической эффективности бета-адреноблокаторов: атенолола, метопролола и бисопролола у пожилых больных артериальной гипертонией.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 93 пожилых мужчины с АГ. Средний возраст составил 63,4±4,5 лет. Давность заболевания в среднем по группе составила 4,7±3,9 года. Максимальный уровень АД в среднем составил 194/114 мм.рт.ст.

В зависимости от вида терапии все больные были разделены на три рандомизированные группы: первая группа (32 больных) получала атенолол (Атенолол никомед, Такеда ГмбХ, Германия) в среднесуточной дозе 50 мг, вторая группа (28 больных) - метопролол (Беталок, АстраЗенека АБ, Швеция) в

среднесуточной дозе 100 мг и третья группа (33 больных) − бисопролол (Конкор, Мерк КГаА, Германия) в среднесуточной дозе 5 мг.

Для оценки гипотензивного эффекта и изменений симпатико-парасимпатического баланса на фоне 4-х недельной терапии бета-адреноблокаторами проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и анализ ВРС. СМАД проводилось всем больным при помощи монитора МДП-НС-02. Интервал измерений днем (8-23 ч, период бодрствования) составлял 15 мин, ночью (23-8 ч, период сна) – 30 мин. По данным СМАД оценивались значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, ЧСС, показатели «нагрузки давлением», включающие индекс времени и индекс площади, величину и скорость утреннего подъема АД.

Результаты обрабатывались параметрическими и непараметрическими методами с использованием дисперсионного анализа, критерия Стьюдента, метода множества сравнений с поправкой Бонферрони, критериев Уилкоксона-Манна-Уитни с помощью пакетов статистических программ Microsoft Office Excel и STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждения. На фоне лечение бета-адреноблокаторами в целом в группах наблюдалось улучшение состояние больных и уменьшение жалоб. Головные боли уменьшились в первой группе у 20 (74,1%), во второй – у 13 (56,5%), в третьей – у 24 (92,3%) пациентов; головокружения прекратились у 10 (76,9%), у 5 (55,6%) и у 11 (91,7%) соответственно. Тошнота и рвота уменьшились у 5 (71,4%) человек в первой группе, у 3 (75,0%) – в второй и у 5 (100%) – в третьей; фотопсии исчезли у 8 (80,0%) человек в первой группе, у 4 (80%) – во второй и у 4 (100%) – в третьей. На фоне терапии метопрололом у 3 (10,7%) пациентов усилились головные боли, у 5 (17,9%) – появились сердцебиения. У 6 (18,6%) пациентов, принимавших атенолол и у 7 (25%) – метопролол отмечалась выраженная слабость, ухудшение сна, апатия. У одного больного, принимавшего атенолол и у одного – бисопролол развилась выраженная брадикардия (ЧСС <44 уд в мин.).

На фоне монотерапии во всех трех группах произошло достоверное снижение САД. В дневное время в группе пациентов, принимавших атенолол, САД снизилось в среднем на 17,9%, метопролол – на 12,5% и бисопролол – на 15,7% ($p<0,05$). В ночное время на 13,1%, 11,4%, 16,3% соответственно ($p<0,05$). Также отмечено достоверное снижение ДАД в дневное время у пациентов, принимавших атенолол и бисопролол на 12,2% и 17,3% соответственно, и в ночное время на 14,7% у пациентов, принимавших бисопролол ($p<0,05$).

В результате 4-х недельной монотерапии бета-адреноблокаторами произошло снижение индекса времени САД и ДАД во всех трех группах, за исключением индекса времени ДАД у пациентов, принимавших метопролол, что свидетельствует о сокращении количества выраженных подъемов САД и ДАД. Наиболее значимое снижение индекса времени наблюдалось в группе бисопролола и составило 46,2% для систолического и 23,1% для диастолического АД в дневные часы и 20,4% для диастолического АД в ночные. Атенолол обладал достаточно выраженным эффектом в дневное время:

индекс времени САД снизился на 38,6% и индекс времени ДАД – на 22,4%. В ночное время атенолол способствовал наибольшему снижению индекса времени для систолического АД (36,4%). В группе больных, получавших бисопролол, снижение этого показателя составило 32,7%. В группе пациентов, получавших метопролол, индекс времени уменьшился в меньшей степени, но равномерно в течение суток.

По данным СМАД все три препарат равномерно снижают индексы площади САД и ДАД в дневные и ночные часы. Однако, степень снижения под влиянием конкретного препарата различна. Так в дневное время в большей степени индекс площади уменьшал атенолол – для САД на 85,6% и для ДАД на 73%, в ночное время – бисопролол на 77,9% и 69,0% соответственно ($p<0,05$). Худшие результаты были получены после применения метопролола.

Особенно важным в клиническом аспекте является величина и скорость подъема АД в утренние часы, что является предиктором развития осложнений АГ. Несмотря на то, что все три препарата достоверно снижают как величину, так и скорость утреннего подъема АД, полученные данные указывают, что в меньшей степени на уменьшение скорости подъема АД в утренние часы повлиял атенолол. У пациентов, получавших бисопролол и метопролол отмечалось более чем в 2 раза, по сравнению с атенололом, уменьшение скорости подъема АД ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, у пожилых больных АГ монотерапия атенололом, метопрололом и бисопрололом приводит к выраженному субъективному улучшению, проявляющемуся в исчезновении или уменьшении головных болей, головокружения, тошноты и рвоты, фотопсий. При этом в большей степени редукция клинической симптоматики отмечается на фоне лечения бисопрололом. Все три бета-адреноблокатора в одинаковой степени обеспечивали снижение средних величин ЧСС. Гипотензивный эффект бисопролола в течение суток по результатам СМАД был более выражен, чем у метопролола и атенолола. Атенолол по ряду параметров (уровень САД, показатели «нагрузки давлением») надежно контролировал АД в дневные часы, а метопролол – в ночное время. Бисопролол и метопролол в большей степени способствуют уменьшению скорости утреннего подъема давления.

Список литературы.

1. Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 848 с.

2. Клименко А.А., Аничков Д.А., Демидова Н.А. Рекомендации по артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов и Европейского общества артериальной гипертонии 2018 года: что нового? // Российский кардиологический журнал. 2018. Т.12, № 2. С.10-15.

3. Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В. Фармакоэпидемиологические особенности фармакотерапии больных артериальной гипертонией на этапе амбулаторно-поликлинического лечения // Здоровье и образование в XXI веке. 2014. № 4. С. 261-262.

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И АТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПОЗДНЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Косьминина И.А., Косьминин Д.Д.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Соболева Н.И.

Актуальность исследования состоит в том, что характерная демографическая черта последних десятилетий – изменение возрастного состава населения и увеличение численности лиц старше 60 лет, неизбежно приводит к росту распространенности возрастассоциированных заболеваний. Значительно увеличилось и число лиц старшего возраста с нарушением когнитивных функций, в том числе и деменцией. Принято считать, что частота деменции прогрессивно возрастает по мере старения с 2% в возрасте 60 лет до 20% в возрасте старше 80 лет [4, 5, 6].

Болезнь Альцгеймера (БА), одно из основных заболеваний из группы первично-дегенеративных деменций, характеризуется прогрессирующим снижением когнитивных функций, в первую очередь, интеллекта, кратковременной памяти, а также сопровождается развитием поведенческих расстройств, приводящих к полному распаду личности больного. БА признана наиболее частой причиной деменции в пожилом и старческом возрасте [3, 4].

Деменция при БА развивается на фоне отложения бета-амилоида, отклонений в структуре ТАУ-белка, снижения синтеза ацетилхолина в головном мозге [3, 6].

Диагностические КТ/МРТ-признаки, подтверждающие диагноз деменции альцгеймеровского типа, – диффузная (на ранних этапах − височно-теменная, а затем – лобно-височно-теменная) атрофия вещества головного мозга. О ее наличии судят по степени расширения желудочков и субарахноидальных пространств. Также характерно выявление поражения белого вещества головного мозга в области полуовальных центров и перивентрикулярной зоне [1, 2, 3].

Диагностика ранних стадий заболевания, включая доклинические, крайне сложна, из-за чего своевременное начало проведения адекватного лечения становится затруднительным [4, 5].

В литературе большое внимание уделяется клинике и диагностике деменций, но сведения о взаимосвязи изменений умеренных когнитивных нарушений и степени выраженности атрофических изменений теменных, височных долей, подкорковых структур особенно на додементных стадиях заболевания немногочисленны, что определяет интерес к исследованию.

Целью исследования является оценка атрофических изменений гиппокампа и коры височных областей у пожилых пациентов с разной степенью выраженности когнитивных нарушений.

Материалы и методы: проведено обследование 259 пациентов пожилого возраста (средний календарный возраст – 71,15±1,89 лет) с помощью теста для скрининга деменции «Мини-Ког» (Mini-Cog) (S. Borson, 2000) с последующим

МРТ головного мозга и анализом тончайших срезов головного мозга в разных проекциях (с шагом 3 мм при напряженности поля магнитно-резонансного томографа в 1,5 Тесла).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами вариационной статистики на персональном IBM-совместимом компьютере при помощи программ Microsoft Office Excel 2010. Использовались параметрические методы. Вычислялись такие критерии как средняя арифметическая (M), средняя ошибка средней арифметической (m). Для установления значимости различий в группах обследованных использовался критерий Стьюдента при известном числе наблюдений (t). Результаты считались статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. После оценки когнитивных функций с помощью теста «Мини-Ког» пациенты были разделены на группы: 97 лиц (37,45%), воспроизведших все три слова и правильно изобразивших часы; 118 человек (45,56%), вспомнивших 1-2 слова и правильно нарисовавшие часы; 44 больных (16,99%) с грубыми когнитивными нарушениями, которые не смогли вспомнить слова и рисующие часы с большими ошибками. В дальнейшее исследование были включены пациенты второй и третьей групп.

Среди обследованных второй группы (с негрубыми нарушениями когнитивных функций) при МРТ головного мозга были зарегистрированы уменьшение объемов коры височных долей на 16,74±1,08% и гиппокампа на 21,37±1,28%. Подобные морфологические перестройки сопровождались расширением сильвиевых борозд до 2,78±0,04 мм. Уже на этой стадии у всех больных зафиксирована различная степень увеличения объема субарахноидального пространства конвекстительных поверхностей в лобно-теменных и височных областях.

Развитие грубых когнитивных нарушений у пациентов сопровождалось прогрессирующим уменьшением объемов коры височных долей на 43,69±0,84% ($p<0,001$) и гиппокампа на 37,71±1,04% ($p<0,001$), а также нарастающим расширением сильвиевых борозд до 5,59±0,08 мм ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом выявление сочетания негрубых когнитивных нарушений и характерных умеренных преобразований архитектоники головного мозга позволяет выявлять БА на условно обратимых стадиях с целью подбора патогенетически обоснованной терапии и предупреждения дальнейшего прогрессирования нарушений высших мозговых функций.

Выявление же специфических изменений коры головного мозга у больных с грубым когнитивным дефицитом позволяет подтвердить диагноз деменции альцгеймеровского типа с целью коррекции проводимого лечения и мониторинга дальнейшего состояния пациентов.

Список литературы.

1. Валиханова А. М., Валиханов А. А., Хайдарова Г. Б. Магнитно-резонансная томография в диагностике атрофии головного мозга // Молодой ученый. − 2014. − № 19. − С. 105-107. URL: https://moluch.ru/archive/78/13470/ [дата обращщения 15.03.2019 года]

2. Должиков А.А., Бобынцев И.И., Белых А.Е., Должикова И.Н. Стресс, кортикостероидные повреждения гиппокампа и нервно-психическая патология// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. – № 2. – С. 98-105. URL: https://doi.org/10.21626/vestnik/2017-2/17 [дата обращения 15.03.2019 года]

4. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты. М.: МЕДпресс-информ. – 2013. – 320 с.

5. Капышева У.Н., Бахтиярова Ш.К., Баимбетова А.К., Жаксымов Б.И., Корганбаева А.С. Динамика изменений когнитивных функций при старении у человека // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 11-3. – С. 383-387. URL: http://applied-research.ru/ru/article/view?id=7745 [дата обращения 15.03.2019 года]

6. Prince M.J., Wimo A., Guerchet M.M. et al. World Alzheimer Report 2015 – The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International. – 2015. – 84 p.

7. Rockwood K., Mitnitski A., Black S.E. et al. Cognitive change in donepezil treated patients with vascular or mixed dementia // Can. J. Neurol. Sci. – 2013. – Vol. 40. № 4. – P. 564-571.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРВЕДИЛОЛА, МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ И ДОКСАЗОЗИНА НА СИСТОЛИЧЕСКИЕ И ДИАСТОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кращенко А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель − д.м.н., профессор Светый Л.И.

Актуальность исследования состоит в том, что в современном обществе наблюдается значительная распространенность АГ, составляя около 40% по данным российских исследований. Распространенность АГ среди мужчин несколько выше, она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40% [1,5].

Артериальная гипертония (АГ) – синдром повышения САД ≥ 140 мм.рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст. АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний. Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, являются ведущими причинами смертности населения, на их долю приходится более 55% смертей [4].

Необходимость изучения состояния диастолы для практической кардиологии вытекает из того, что именно расслабление миокарда страдает в как при острых, так и при хронических процессах в сердце. Показано,

что у 20-30% больных с сердечной недостаточностью клиническая картина развивается при сохранной систолической функции и обусловлена только неадекватным наполнением желудочков во время диастолы. С учетом этих наблюдений представляется важным оценка гипотензивных средств на параметры диастолы [2,3].

Целью исследования является изучение влияния карведилола, метопролола тартрата и доксазозина на систолические и диастолические параметры левого желудочка у пожилых больных с АГ при помощи ЭхоКГ.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 63 пациента, страдающих ГБ II стадии 1-й и 2-й степени. Диагноз устанавливался на основании обнаружения эхокардиографических признаков ГМЛЖ или изменения сосудов глазного дна. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на три группы. В группу карведилола вошел 21 пациент, в группу метопролола тартрат – 23 пациента, страдающих ГБ и 19 пациентов составили группу доксазозина. В ходе исследования изучены результаты эхокардиографического исследования пациентов, страдающих ГБ. Для статистической обработки полученных данных использовались программное обеспечение MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0.

Критерии включения в исследование пациентов:

− пациенты, страдающие ГБ II стадии 1 степени;

− пациенты, страдающие ГБ II стадии 2 степени;

− пациенты, принимающие в качестве гипотензивной терапии: метопролола тартрат (Бетолок, АстраЗенека АБ, Швеция) в среднесуточной дозе 100 мг, карведилол (карведилол канон, Канонфарма продакшн Россия) в среднесуточной дозе 15 мг, доксазозин (зоксон, Чехия) в среднесуточной дозе 1 мг.

− согласие больных принять участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования были:

− отказ от участия в исследовании.

Результаты и обсуждения. В исследование включены пациенты, средний возраст которых составил 64±3,5 лет. Группы достоверно не различались по возрасту. Примерно одинаковым оказалось распределение больных по полу.

Исходно, группы не различались по основным показателям систолической и диастолической функции ЛЖ. Анализ динамики диастолической функции сердца среди пациентов с нормализацией АД и больных с частичным и отсутствием эффекта в группе карведилола (таблица 1), в группе метопролола тартрат (таблица 2) и в группе доксазозина (таблица 3) результаты показали следующее.

Таблица 1. Влияние карведилола на диастолическую функцию сердца

Параметры	Полный эффект (n =10)		Частичный и отсутствие эффекта (n=7)	
	Исход	12 недель	Исход	12 недель
E, см/сек	56±11	69±9	59±13	63±16
A, см/сек	60±12	59±11	58±15	60±17

E/A	0,95±0,18	1,18±0,22	1,02±0,25	1,08±0,24
ТМЖП, см	1,08±0,15	1,01±0,19	1,10±0,14	1,12±0,14
ТЗС ЛЖ, см	1,03±12	0,95±0,14	1,01±0,16	1,01±0,14

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны.

Отмечается достоверная динамика со стороны показателей наполнения в виде увеличения скорости быстрого наполнения и возрастание отношения E/A. Отмечалась некоторая тенденция к уменьшению ТМЖП и ТЗС ЛЖ.

Таблица 2. Влияние метопролола тартрата на диастолическую функцию сердца

Параметры	Полный эффект (n=9)		Частичный и отсутствие эффекта (n=8)	
	Исход	12 недель	Исход	12 недель
E, см/сек	58±14	64±9	61±14	59±16
A, см/сек	60±13	61±11	65±15	64±18
E/A	0,97±0,23	1,07±0,22	0,94±0,23	0,92±0,25
ТМЖП, см	1,02±0,13	1,02±0,15	1,03±0,12	1,03±0,13
ТЗС ЛЖ, см	1,00±0,14	1,01±0,15	1,01±0,13	1,00±0,15

* – значение p даны по сравнению с первоначальными данными p<0,05.

В группе метопролола тартрата не отмечено достоверной динамики показателей диастолы.

Таблица 3. Влияние доксазозина на диастолическую функцию сердца

Параметры	Полный эффект (n=9)		Частичный и отсутствие эффекта (n=8)	
	Исход	12 недель	Исход	12 недель
E, см/сек	64±19	78±9	66±14	72±11
A, см/сек	72±11	69±11	73±13	69±10
E/A	0,90±0,17	1,13±0,12	0,93±0,21	1,05±0,19
ТМЖП, см	1,06±0,21	1,02±0,17	1,03±0,18	1,04±0,16
ТЗС ЛЖ, см	1,00±0,13	0,98±0,14	1,02±0,12	1,02±0,13

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны.

В группе доксазозина отмечено наибольшее увеличение скорости раннего наполнения, причем подобная динамика отмечена у всех наблюдаемых больных. Только при терапии доксазозином отмечена тенденция к снижению скорости предсердного наполнения (пик А).

Выводы. Карведилол и доксазозин оказывают благоприятное действие на диастолические параметры сердца, нормализуя соотношение раннего и позднего наполнения. Метопролола тартрат, оказывая сопоставимый с эффектом карведилола и доксазозина гипотензивный эффект, не оказывает статистически доставерного влияния на показатели диастолы.

Список литературы.

1. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г. Диастолическая дисфункция как проявление ремоделирования сердца // Сердечная недостаточность. 2012. Т.3, № 4. С. 190-195.
2. Кобалава Ж.Д. Новое в лечении артериальной гипертонии // Практикующий врач. 2013. № 2. С. 1 -10.
3. Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В. Фармакоэпидемиологические особенности фармакотерапии больных артериальной гипертонией на этапе амбулаторно-поликлинического лечения. // Здоровье и образование в XXI веке. 2014. № 4. С. 261-262.
4. Чазова Е.И., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Клинические рекомендации: Артериальная гипертония у взрослых // [Электронный ресурс] // URL: webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedhypert.pdf/ [дата обращения 10.03.2019 год]
5. Чиндарева О.И. Возможности оценки регресса гипертензионных изменений левого желудочка на фоне медикаментозной терапии артериальной гипертензии при помощи усредненной ЭКГ и эхокардиографией // Лечащий врач. 2018. № 2. С.14-19.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Ластовская К.В., Ватутина А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Ермакова А.Е.

Актуальность исследования состоит в необходимости своевременного выявления факторов риска развития социально-значимых кардиоваскулярных, онкологических, эндокринных заболеваний, ведущих к инвалидности и снижению продолжительности жизни. Превентивные мероприятия, направленные на своевременное устранение факторов риска и недопущение возникновения хронических неинфекционных заболеваний объявлены в качестве стратегического направления современной государственной политики в области отечественного здравоохранения [1].

Состояние здоровья общества на 50% зависит от образа жизни, привычек, поведения человека. В современных условиях ухудшение состояния здоровья населения Российской Федерации вляется следствием резкого увеличения количества курящего населения, обострившейся проблемы алкоголизма, наркомании и токсикомании, нерационального питания, хронического стресса, приводящих к увеличению заболеваемости и смертности, что требует проведения оздоровительных мероприятий в масштабах страны [3]. Максимальный вклад в сохранение здоровья вносят не медицинские

вмешательства, а индивидуальные поведенческие привычки, способствующие или препятствующие ведению здорового образа жизни [2]. С целью раннего выявления факторов риска социально значимых соматических заболеваний, их устранения или ослабления, мотивирования населения к отказу от вредных привычек, а также мотивированию к формированию здорового образа жизни в каждом субъекте Российской Федерации созданы и функционируют центры здоровья.

Целью исследования является мониторинг распространенности поведенческих факторов риска развития хронических социально значимых заболеваний у лиц трудоспособного возраста и пожилых.

Материалы и методы: проанализированы карты центра здоровья (УФ-025-ЦЗ/у), карты пациентов кабинета помощи при отказе от курения ОБУЗ «Курская городская больница № 6» за 2018 год. Объем исследований в центре здоровья включал анкетирование по выявлению факторов риска распространенных соматических заболеваний, антропометрию, кистевую динамометрию, измерение артериального давления, электрокардиографию, биоимпедансметрию, спирометрию, пневмотонометрию, определение карбоксигемоглобина, продуктов метаболизма никотина с помощью смоукелайзера, пульсоксиметрию, экспресс-методы определения содержания глюкозы и общего холестерина в капиллярной крови. Для пациентов кабинета помощи при отказе от курения определялся индекс курения (ИК) и риск развития хронических заболеваний, степень никотиновой зависимости по К. Фагерстрему, стереотип курительного поведения по Д. Хорну.

Статистическая обработка результатов исследований выполнена с помощью параметрических методов описательной статистики, о достоверности результатов судили по критерию Стьюдента, которые признавались значимыми при $p<0,05$).

Результаты и обсуждение. В 2018 году в центре здоровья прошло обследование 7059 человек, из них первично – 5146; женщин − 65,2%, мужчин – 34,8%. 2290 пациентов (44,5%) были направлены участковыми врачами и специалистами разного профиля из поликлиник по месту прикрепления. 1253 человека (24,5%), мотивированные заботой о состоянии собственного здоровья, явились на обследование самостоятельно. 1603 человек (31,0%) были направлены в центр здоровья после проведения периодических медицинских осмотров и ежегодной диспансеризации населения.

Основным контингентом центра здоровья было работающее население молодого и среднего возраста (61,7%). Обращение лиц старше 60 лет в последний год значительно увеличилось и составило 38,3%. Здоровых лиц при обследовании было выявлено 36,3%. Функциональные нарушения в сочетании с несколькими факторами риска развития заболеваний обнаружены у 63,7% пациентов. 36,3% обследованных были признаны здоровыми.

При опросе подавляющее число респондентов (53,8%) указало на отягощенную наследственность – неуправляемый фактор риска развития заболеваний, приводящий к ранней инвалидности и смерти. У 23,7% лиц трудоспособного возраста и у 42,0% пациентов пожилого возраста выявлена

наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, у 18,1% респондентов отягощенная наследственность выявлена по онкологическим заболеваниям и у 8,0% − по сахарному диабету.

Переедание, нерациональное питание, выявлено у 83,9% пациентов, малоподвижный образ жизни отметили 79,0% обследованных, на постоянные стрессовые ситуации указали 56,1% респондентов. Избыточную массу тела имели 17,8% женщин (ИМТ 28,2±1,0 кг/м²) и 6,5% мужчин (ИМТ 27,5±1,6 кг/м²), ожирение (ИМТ >30,0 кг/м²) выявлено у 23,0% женщин и 9,0% мужчин. По результатам биоимпедансметрии у 52,3 % обследованных выявлены нарушения липидного и водного метаболизма в виде подкожного, висцерального ожирения, снижения активной мышечной массы, что в сочетании с курением, стрессами, гиподинамией, гиперхолестеринемией дополнительно увеличивает риск развития кардиоваскулярной патологии и сахарного диабета. Никотиновую зависимость отметили 21,0% мужчин и 0,7% женщин, что было подтверждено наличием метаболита котинина в выдыхаемом воздухе у курильщиков при исследовании с помощью смоукелайзера, а также нарушением бронхиальной проходимости разной степени при спирометрии. У каждого третьего обследованного в центре здоровья выявлена гиперхолестеринемия, у каждого четвертого – гипергликемия, артериальная гипертензия обнаружена у 21,3% пациентов.

Для всех лиц с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний проведено краткое или углубленное профилактическое консультирования в зависимости от состояния группы здоровья. Выявлена слабая мотивация к сохранению здоровья и низкая приверженность к оздоровлению у лиц, избыточным весом и ожирением, страдающих никотиновой зависимостью, артериальной гипертонией.

В кабинете медицинской помощи при отказе от курения в ЦЗ в течение года наблюдалось 179 человек, средний возраст (62,51±3,70 г), из них 172 мужчины и 7 женщин. Всем больным проведено анкетирование, углубленное индивидуальное консультирование. Индекс курильщика > 10 имели 89,6%, очень высокая степень никотиновой зависимости выявлена у 16,7% пациентов, высокая − у 59,0%, средняя – у 24,3%. Высокую мотивацию к отказу от курения имели 83,3% лиц, страдающих табачной зависимостью. Антиникотиновые препараты принимали 136 человек, дополнительное лечение получали 47 пациентов. Бросили курить 34 мужчин и 5 женщин (у 18 из них был возврат к курению), 29 человек уменьшили количество выкуриваемых сигарет. Динамическое наблюдение за выполнением оздоровительных мероприятий этими пациентами продолжается.

Выводы.

1. Среди факторов риска развития хронических социально-значимых заболеваний у лиц трудоспособного и пожилого возраста лидирующее место принадлежит поведенческим факторам: нерациональному питанию, недостаточной физической активности, стрессам, избыточной массе тела и ожирению, табакокурению.

2. У лиц пожилого возраста среди биологических и патохимических факторов риска доминируют гиперхолестеринемия, гипергликемия, артериальная гипертония.

3. Отмечена высокая мотивация лиц пожилого возраста к оздоровлению (31,0%), по сравнению, с более молодыми возрастными категориями.

Список литературы.

1. Аникин В.В., Пушкарева О.В., Громнацкий Н.И. Роль образовательных программ в модификации некоторых факторов риска у больных артериальной гипертонией, работающих на крупном промышленном предприятии. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (4):20-26. https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-4/03

2. Лазаренко В.А., Антонов А.Е. Роль социальных факторов риска в развитии язвенной болезни в Курской области. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016; (2):35-39. https://doi.org/10.21626/vestnik/2016-2/06

3. Рымарова Л.В., Клёсова Е.Ю., Волкова А.В., Бушуева О.Ю., Азарова Ю.Э., Ласков В.Б., Полоников А.В. Курение как провоцирующий фактор риска развития ишемического инсульта у лиц с генетическим вариантом rs486055 матриксной металлопротеиназы-10. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (1):115-120. https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-1/17

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫХ В -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Маркина Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель − д.м.н., профессор Светый Л.И.

Актуальность исследования состоит в том, что патология сердечно-сосудистой системы доминирует в структуре заболеваемости различных слоев и социальных групп населения. Среди болезней системы кровообращения гипертоническая болезнь (ГБ), наряду с ишемической болезнью сердца (ИБС), занимает ведущее место и определяет высокий риск летальности, временной и стойкой нетрудоспособности. При лечении существует большой арсенал эффективных антигипертензивных средств. Так в многоцентровом исследовании TOMHS было показано, что эффективность основных групп антигипертензивных препаратов (диуретики, β-адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы АПФ, α-адреноблокаторы, антагонисты кальция) практически одинакова. Среди них БАБ занимают особое место. В ряде исследований

(МАРНУ и другие) показана способность БАБ уменьшать частоту осложнений ГБ, риска развития ИБС, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Многие годы БАБ рассматриваются в качестве препарата 1-го ряда при лечении ГБ. Сегодня в мировой практике используется большая группа БАБ. Внедрение в клиническую практику новейших научных технологий позволяет провести у больных комплексную оценку состояния центральной и периферической гемодинамики, проводить суточный мониторинг артериального давления (АД), что делает возможным выбор наиболее рационального, научно обоснованного лечения и позволяет его индивидуализировать.

Целью исследования является определение эффективности, сопоставление влияния и оценка безопасности кардиоселективных БАБ: ацебутолола − с внутренней симпатомиметической активностью и метопролола − без внутренней симпатомиметической активности в терапии больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 60 больных, страдающих гипертонической болезнью 1 стадии (по классификации ВОЗ). Все пациенты проходили обследование и лечение. Диагноз ГБ устанавливали после исключения вторичных форм АГ с помощью сбора анамнеза, физикального осмотра и данных лабораторных, ультразвуковых и радиологических методов обследование и лечение. Критериями исключения являлись клапанные пороки сердца, тяжелые эндокринные заболевания, бронхиальная астма, атриовентрикулярная блокада II-III степени, брадикардия (ЧСС<50 уд/мин), недостаточность кровообращения III-IV класса (NYHA). В ходе исследования были определены 2 группы: I – пациенты, получающие метопролола тартрат (Беталок, АстраЗенека АБ, Швеция) – 30 человек, в среднесуточной дозе 100 мг, II – ацебутолол (Сектрал, Санофи, Франция) в среднесуточной дозе 200 мг.

Таблица 1.Клиническая характеристика больных ГБ I и II групп

Параметр	I группа	II группа
Количество больных	30	30
Средний возраст (лет)	63,3±2,8	62,1+1,62
Средняя продолжительность ГБ	14,7±2,7	15,4+1,32
Средний возраст начала заболевания (лет)	36,9+1,49	36,1+1,23
Исходные цифры АД (мм рт ст)	САД 163,0+2,97 ДАД 101,5+1,92	САД 165,8+2,26 ДАД 100,04±1,97
ЧСС (уд/мин)	81,3±1,47	82,2±1,67
ИБС	7 (23,3%)	6 (20%)
Наджелудочковая экстрасистолия	6 (20%)	5 (16,6%)
Желудочковая экстрасистолия	4 (13,3%)	5 (16,6%)
Мерцательная аритмия	2 (6,6%)	1 (3,3%)
Хронический бронхит	3 (10%)	2 (6,6%)
Ожирение	2 (6,6%)	4 (13,3%)
Сахарный диабет	1 (3,3%)	1 (3,3%)

Методы обследования включали физикальный осмотр, измерение АД ручным манометром, измерение ЧСС, регистрацию ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД и ЧСС, ультразвуковое исследование сердца, велоэргометрию, лазерную допплеровскую флоуметрию, биохимический анализ крови, исследование формулы крови, общий анализ мочи. Обследование проводили исходно и через 12 недель лечения БАБ.

Для статистической обработки полученных данных использовалось программное обеспечение MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0

Результаты и обсуждения. В качестве группы контроля обследовано 20 лиц (10 женщин и 10 мужчин, средний возраст 61,7±1,2 лет), не имевших в анамнезе и на момент исследования данных за гипертоническую болезнь и другие заболевания сердечнососудистой системы, им проводилось однократное суточное монитерирование АД, УЗИ сердца, велоэргометрия и лазерная допплеровская флоуметрия. В целом на фоне терапии БАБ существенно снизилась частота большинства жалоб, значительно уменьшились тахикардия, головные боли, кардиалгии, невротические расстройства.

Антигипертензивный эффект оценивали как отличный − при снижении АД<140/90 мм ртст, при снижении АД более чем на 10% − как хороший, при снижении АД менее 10% − удовлетворительный эффект. Монотерапия ацебутололом была эффективной у 86,6% больных, из них у 76,6% отмечались отличный и хороший эффекты. Для метопролола эффективность монотерапии составила 80%, из них отличный и хороший эффект отмечали у 66,6% больных. Для достижения диастолического АД, равного 85 мм.рт.ст., потребовалась комбинация с мочегонными препаратами (гидрохлортиазидом в дозе 12,5-25 мг ежедневно). Комбинированное лечение проводилось у 13,4% больных, леченных ацебутололом, и у 20%, леченных метопрололом.

Выявлен значительный антигипертензивный эффект как ацебутолола, так и метопролола Измерение артериального давления стандартным ручным методом через 4, 8 и 12-ти недель лечения выявило сходную динамику АД в виде достоверного ($p<0,05$) снижения систолического АД ацебутолол снижал на 11% к 4-й неделе, на 13,9% к 8-й неделе, на 14,9% к 12-й неделе, метопролол на 11,8%, 12,5% и 15,4% соответственно и диастолического давления ацебутолол снижал на 10,3% к 4-й неделе, на 13,8% к 8-й неделе и 15,6% к 12-й неделе, метопролол соответственно − на 9,1%, 10,3% и 13,4%. Отчетливый гипотензивный эффект проявлялся уже к 4-й неделе лечения с максимумом выраженности к 12-й неделе Ацебутолол в чуть большей степени влиял на диастолическое давление, хотя достоверных отличий получено не было.

В исследовании было подтверждено отрицательное хронотропное действие препаратов. Метопролол урежал ЧСС в большей степени (на 14,2% к 4-й неделе, 15,6% к 8-й и на 18,5% к 12-й), чем ацебутолол (6,4%-7,1%-9,9% соотвественно), различие достоверно ($p<0,05$).

Сравнение показателей суточного мониторирования АД подтвердило, что оба препарата обладают выраженным антигипертензивным эффектом. Влияние на среднесуточное систолическое АД было одинаково у обоих лекарств

(ацебутолол снижал САД на 10,7%, метопролол − на 11%). Ацебутолол несколько в большей степени понижал диастолическое АД (на 11,1%), в то время как метопролол − на 9,3% (без достоверного отличия).

Выводы. Таким образом, резюмируя итоги проведенной работы, можно утверждать, что кардиоселективные БАБ ацебутолол и метопролол отвечают требованиям, предъявляемым к современным антигипертензивным средствам. Они пригодны для длительной монотерапии при гипертонической болезни, кроме того, успешно сочетаются с диуретиками, что позволяет снизить эффективную дозу каждого препарата и частоту побочных явлений добиться лучшего гипотензивного эффекта, что существенно расширяет границы их применения в терапевтической практике.

Список литературы.

1. Жернакова Ю.В., Чазова И.Е. Роль ß-адреноблокаторов в лечении артериальной гипертонии: что мы знаем сегодня? // Системные гипертензии. 2015. Т. 12, № 1. С. 10-18.
2. Остроумова О.Д., Фомина В.М. Применение бета-блокаторов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: фокус на метопролол // Медицинский совет. 2015. № 12. С. 72-77.
3. Светый Л.И. Комбинированная антигипертензивная терапия: исследование гипотензивной эффективности и метаболической безопасности // Здоровье и образование в XXI веке. 2011. № 4. С. 403-404.
4. Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В. Фармакоэпидемиологические особенности фармакотерапии больных артериальной гипертонией на этапе амбулаторно-поликлинического лечения // Здоровье и образование в XXI веке». 2014. № 4. С. 261-262.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Минакова И.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хлебодарова Е.В.

Актуальность исследования состоит в том, что, не смотря на достижения и прогресс в современной медицине, усилия мирового врачебного сообщества, болезни системы кровообращения остаются одной из главных социально-значимых проблем. Основные причины смерти от сердечно-сосудистых заболеваний – прогрессирование хронической сердечной недостаточности (около половины всех летальных исходов) и внезапная сердечная смерть. Однако следует отметить снижение величины смертности на 1,9% относительно 2017 года, которое составляло 584,7 чел. на 100 тыс. чел. населения [1, 2]. Анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

позволит более грамотно, качественно выявлять группы риска при проведении профосмотров, диспансеризации, первичных терапевтических осмотрах, формировать в дальнейшем дифференцированный и индивидуальный подхода к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний [4].

Целью исследования является изучение влияния различных факторов риска в возникновении ССЗ (сердечно–сосудистых заболеваний) по данным кардиологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница».

Материалы и методы: в исследовании были включены 30 пациентов кардиологического отделения, находившихся на стационарном лечении в БМУ КОКБ в период январь-февраль 2018 года. Возраст составил от 40 до 83 лет, что соответствует ранней манифестации и прогрессирующему типу течения сердечно-сосудистой патологии. В исследование было включено 20 пациентов мужского пола, что соответственно составило 67%, и 10 пациентов женского пола (33%).

Результаты и обсуждения. В ходе проведенного исследования было выявлено (диаграмма 1), что по степени повышения артериального давления большая часть пациентов 46,4% (13 человек) имеют II степень артериальной гипертензии (АД 160-179 мм.рт.ст.), I степень артериальной гипертензии (АД 140-159 мм.рт.ст.) имеют 32,2% (9 человек), III степень артериальной гипертензии (АД ≥ 180 мм.рт.ст.) наблюдается лишь у 21,4% (6 человек).

На гистограмме 1 представлена частота распространения факторов риска в соответствующей отборочной группе. Наиболее значимыми являются артериальная гипертония 93%, неправильное питание 70% и возраст >65 лет 53%. Наследственная предрасположенность к развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы наблюдается лишь в 43% случаях. Наименее распространенным оказалось нарушение толерантности к глюкозе, что составило 16% исследуемых. Так же выявлена сочетанная закономерность с прямой зависимостью друг от друга таких факторов риска как неправильное питание, гиподинамия, ожирение [3].

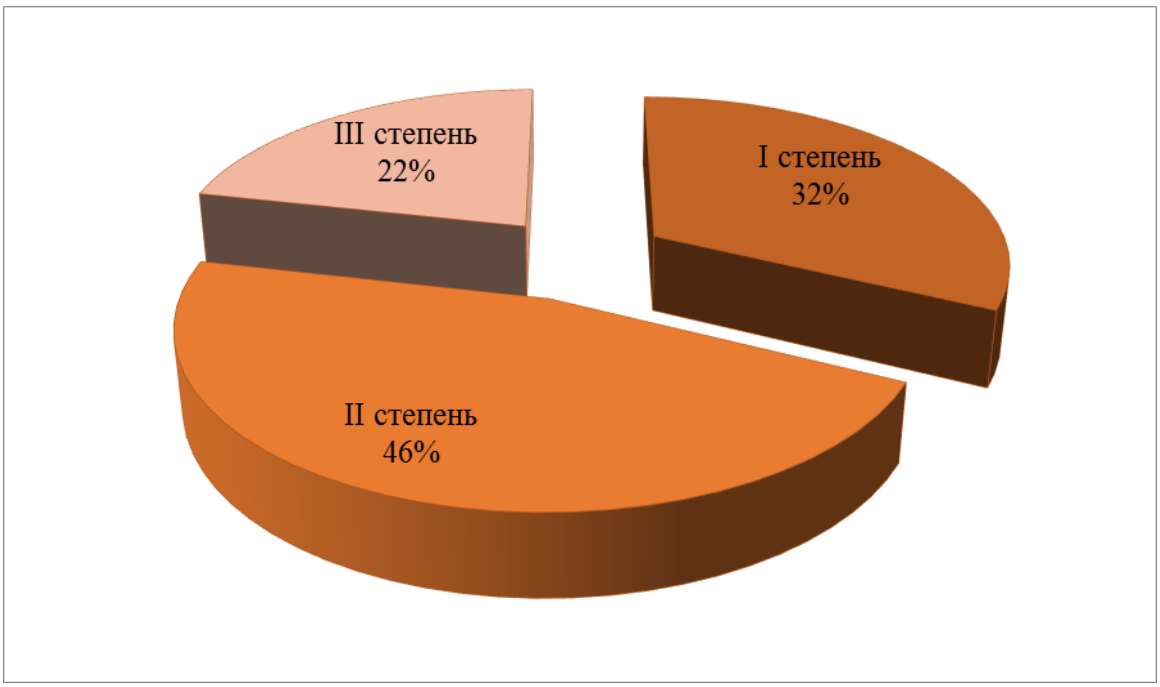


Диаграмма 1. Степени повышения артериального давления

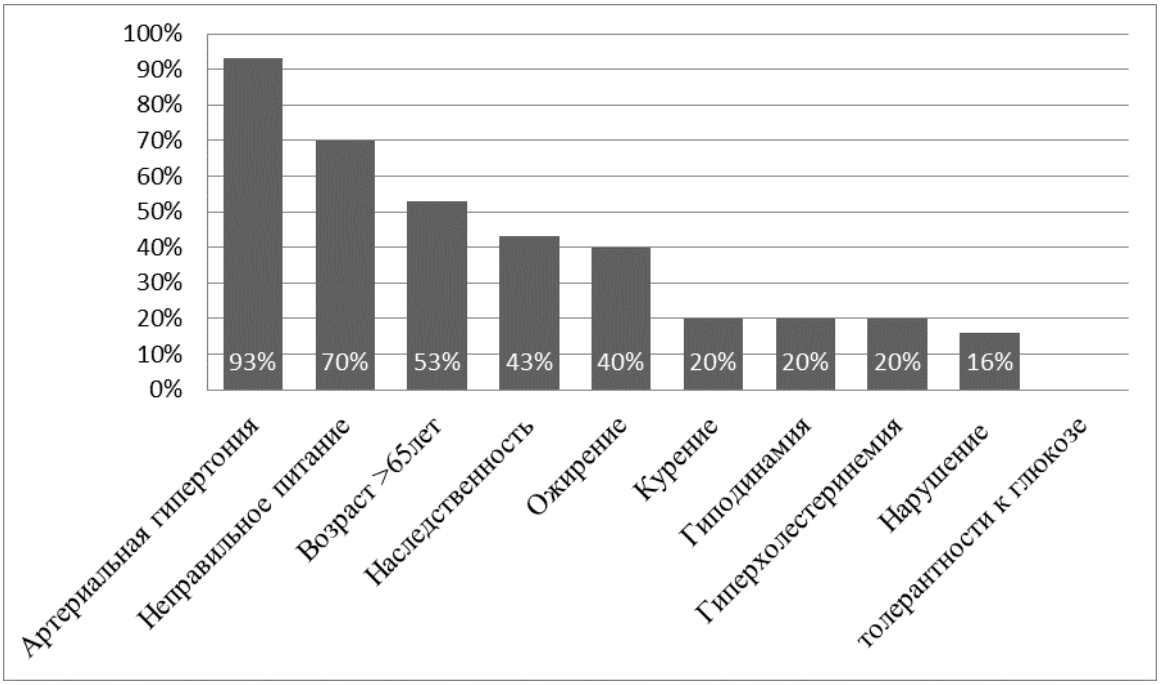


Диаграмма 2. Факторы риска

Выводы. В результате проведенного исследования были выявлены такие факторы риска как, артериальная гипертония (93%) и неправильное питание (70%). В 67% случаев, как фактор риска, был выявлен мужской пол. 16 пациентов имели возраст старше 65 лет. Наименее важными факторами являются курение (20%), гиподинамия (20%), гиперхолестеринемия (20%), нарушения толерантности к глюкозе (16%).

Список литературы.

1. Беленков Ю.Н Эпидемические исследования сердечной недостаточности // Журнал сердечная недостаточность.2013. Т.1., № 3 (2). С.57–58.
2. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. 2018: Статистические материалы / Ред. колл.: А.В.Поликарпов, Г.А.Александрова и др. – М.: Минздрав РФ. 2018. – 103 с.
3. Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца/ М.В. Ежова, Ю.А. Карпов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 51 с.
4. Лупанов В.П. Современная стратегия, тактика ведения и прогноз пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. Т.2., № 15 (1). С.77–83.

ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЧНИ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Пирогова С.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Соболева Н.И.

Актуальность исследования состоит в том, что изменение демографической ситуации в сторону увеличения доли лиц старшего возраста сопровождается и ростом распространенности возрастассоциированной патологии, лидирующее место среди которой занимает гипертоническая болезнь. Стремление добиться эффективности ее лечения может сопровождаться назначением необоснованно большого количества медикаментов, которые в свою очередь могут вызывать неблагоприятные побочные реакции.

Лицам старшего возраста назначение лекарственных средств периодически осуществляется без знания физиологических особенностей стареющего организма, принципов рациональной фармакотерапии лиц старшего возраста [1]. Подобная тактика неизбежно ведет к развитию осложнений, усугублению состояния больных [2].

С целью недопущения потенциально опасных для гериатрических пациентов препаратов, оценки лекарственной терапии были разработаны ограничительные перечни, такие как STOPP/START-критерии [2, 4], критерии Бирса [2, 3], шкалы антихолинергической нагрузки [2, 5]. Работы, посвященные их использованию в кардиологической практике немногочисленны, что и определяет наш интерес проводимому исследованию.

Целью исследования является оценка медикаментозной терапии пожилых больных артериальной гипертонией с позиций критериев Бирса и STOPP/START-критериев, шкалы антихолинергической нагрузки.

Материалы и методы: анализ 134 амбулаторных карт пациентов пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью II стадии, получавших амбулаторное лечение в ЛПУ города Курска, с помощью критериев Бирса (2003), STOPP/START-критериев (2015), шкалы антихолинергической нагрузки.

Статистический анализ результатов проведён при помощи пакета программ Microsoft Excel 2007. Использовались параметрические методы. Вычислялись такие критерии как средняя арифметическая (M), средняя ошибка средней арифметической (m).

Результаты и обсуждения. Средний календарный возраст обследуемых составил 64,37±0,82 лет. Длительность заболевания гипертонической болезнью – 9,46±0,71 лет.

Нарушение принципов рациональной фармакотерапии было выявлено в виде отсутствия определения скорости клубочковой фильтрации, контроля за уровнем электролитов при назначении ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (100%), широкое назначение препаратов короткого действия со сложной схемой приема (монотерапия эналаприлом в 19,4% случаев, а также включение эналоприла в комбинации с другими препаратами – 21,31%).

Изучение проводимой терапии с позиций критериев Бирса выявило следующие недочеты: у 43,28% обследованных в амбулаторных картах зафиксировано назначение нифедипина короткого действия как для купирования неотложных состояний, так и для планового приема, что недопустимо в связи со значительным риском развития выраженной гипотонии и ишемии миокарда. Также было выявлено назначение ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики сердечных событий у 12,69% обследованных при отсутствии доказательств пользы по сравнению с риском.

Применение STOPP-критериев указало на отсутствие контроля электролитов при назначении диуретиков и иАПФ (100%), использование петлевых диуретиков в качестве монотерапии (диувер) (5,9%), назначение блокаторов кальциевых каналов на фоне жалоб пациентов на хронические запоры (13,4%), назначение ацетилсалициловой кислоты при отсутствии в анамнезе коронарных и церебральных сосудов (12,6%). В большинстве случаев медикаментозная терапия гипертонической болезни у лиц старшего возраста проводилась без учета ее переносимости (жалобы на головную боль, головокружение, шаткость) – 67,91%.

Также в 90,3% случаев пациенты получали нифедипин и каптоприл (для эпизодического и планового приема), хотя данные препараты имеют потенциальные антихолинергические свойства, то есть способны в больших дозах повышать внутриглазное давление, замедлять перистальтику кишечника, вызывать дизурию, сухость во рту, проблемы с проглатыванием пищи, увеличивать ЧСС, нарушать терморегуляцию, а, следовательно, усугублять гериатрические синдромы.

Выводы. Зафиксированы случаи нарушения принципов рациональной фармакотерапии в виде назначения препаратов короткого действия со

сложными схемами приема. Несоблюдение критериев Бирса выявлено в виде назначения нифедипина для планового и эпизодического приема, а также применения ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики сердечных событий. Оценка терапии с позиций STOPP-критериев обнаружила бесконтрольное назначение диуретиков и иАПФ, назначение петлевых диуретиков в виде монотерапии, блокаторов кальциевых каналов без учета нарушений перистальтики кишечника. Гипотензивная терапия в большинстве случаев проводилась без учета ее переносимости и хрупкости пациентов. Больные получали препараты с потенциальными антихолинергическими свойствами для планового и эпизодического приема.

Список литературы.

1. Горшунова Н.К., Медведев Н.В., Рахманова О.В. Роль изменений окислительно-восстановительных реакций в патогенезе эндотелиальной дисфункции разной степени тяжести при артериальной гипертонии//Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 2. – С.20-26. URL: https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-2/03

2. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д. А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. − СПб.: ЦОП «Профессия». – 2016. − 224 с.

3. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel // Journal of the American Geriatrics Society. – 2012. – Vol.60, № 4. – P. 616-631.

4. O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S. O'Connor M.N., Ryan C., Gallagher P. STOPP / START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2 // Age Ageing. – 2015. – Vol.44, № 2. – P. 213-218.

5. Ruxton K., Woodman R. J., Mangoni A. A. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis // British Journal of Clinical Pharmacology. – 2015. – Vol.80, № 2. – P. 209-220.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Прозорова А.Г., Дубинина А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киндрас М.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что развитие и совершенствование геронтологической помощи обусловлено нарастанием не только абсолютного числа, но и доли лиц пенсионного возраста в популяции, и поэтому улучшение качество жизни пожилых людей должно быть не просто

задачей, а целевой программой. Контроль за такими факторами риска как курение, избыточное употребление алкоголя, гиподинамия, неправильное питание и другие, мог бы предотвратить часть всех преждевременных смертей и случаев полной потери трудоспособности [1]. Структура и объем медико-социальной помощи лицам старшего возраста определены программой действий, принятой Всемирной ассамблеей ООН по проблемам старения и утвержденной 37-й Генеральной сессией ООН. В соответствии с этим документом забота о пожилых людях должна выходить за пределы того, что ориентировано только на болезни, поэтому одним из приоритетов государственной политики должно быть сохранение и укрепление здоровья лиц старшего возраста. Перед обществом стоит задача приобщения людей пожилого и старческого возраста к активной жизнедеятельности с целью профилактики различных заболеваний [2].

Пожилые люди имеют специфические проблемы, которые следует учитывать при разработке стратегии охраны их здоровья. Решение медицинских проблем лиц пожилого и старческого возраста напрямую зависит от профилактического мониторинга, в том числе и от диспансерного наблюдения, так как позднее выявление хронических заболеваний и патологических симптомы может ограничить активные мероприятия по укреплению здоровья. Еще известные прогрессивные представители отечественной медицины М. Я. Мудров, И. М. Сеченов, С. П. Боткин, А. А. Остроумов и Н. И. Пирогов говорили о медицине предупредительной, и только сейчас создались благоприятные условия для развития подлинно-профилактической медицины, в том числе и для населения старшего возраста.

Целью исследования является анализ результатов диспансеризации пожилого населения.

Материалы и методы: объект исследования – данные диспансеризации пожилого населения. Предмет исследования: состояние здоровья пожилого населения по данным диспансеризации. Сравнительный анализ проводился среди лиц двух возрастных групп: среднего возраста (48,2+2,2 лет) и пожилого возраста (66,2+3,6 лет). Изучали карты учета диспансеризации и отчеты о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты и обсуждение. Диспансеризация − неотъемлемая часть системы здравоохранения, представляющая собой скрининг, направленный на раннее выявление различных заболеваний. Согласно данным годового отчета по диспансеризации из общего количества женщин, прошедших первый этап, в возрастной категории до 60 лет было 78,4% пациентов, а в возрасте старше 60 лет − 21,6% человек. По представленным результатам можно было бы сделать вывод о малой доле пожилых людей, прошедших диспансеризацию, в сравнении с лицами среднего возраста. Но при перерасчете количества обследованных женщин на численность разновозрастного населения установлено, что из лиц в возрасте старше 60 лет прошли первый этап диспансеризации 73,1% человек, против 79,8% людей среднего возраста. По

результатам годового отчета среди мужчин данные показатели в аналогичных возрастных группах составили 73,4% и 26,6% соответственно. При перерасчете на численность пожилого населения выяснено, что в возрасте старше 60 лет прошли первый этап диспансеризации 86,8% мужчин, а до 60 лет – 73,4%. Следовательно, большинство лиц, подлежащих диспансеризации, независимо от их возрастной и гендерной принадлежности, успешно прошли первый этап диспансеризации. Отмечено увеличение числа мужчин, прошедших первый этап, в сравнении с группой населения среднего возраста и снижение количества женщин в аналогичной группе. Выяснение причины подобных гендерных различий требует дополнительного изучения, так как превалирование приверженности пациентов-мужчин к медицинским технологиям отмечается в источниках информации не часто.

Среди рекомендуемого числа женщин и мужчин, прошедших второй этап диспансеризации, прослеживается обратная динамика – 85,4% и 56,1% соответственно. Следует изучить и проанализировать конкретные причины отказа многих мужчин (43,9%) от дообследования на втором этапе диспансеризации, потому что именно на этом этапе пациентам предоставляется возможность диагностики имеющиеся у них заболеваний. Вероятно, при консультировании пациентов в заключение первого этапа диспансеризации необходимо не только информировать их об имеющейся возможности пройти дополнительное инструментальное и лабораторное обследование, консультации специалистов, но и мотивировать на прохождение второго этапа.

Так как каждый случай диспансеризации считается законченным только при прохождении пациентом всех необходимых обследований, недостаточно результативная работа врача уменьшает общую эффективность диспансерного процесса.

При сравнительном анализе диспансеризации в возрастном аспекте установлено, что у пожилых пациентов, в сравнении с лицами допенсионного возраста, определен более высокий уровень такого фактора риска, как повышение артериального давления: у мужчин – 4:1, а у женщин – 7:1. Гендерные различия, возможно, связаны с большим распространением гипертензивного синдрома среди женщин в популяции. Гипергликемию у пожилых обследуемых мужчин и женщин выявляли реже (1:2 и 1:3 соответственно). Это, возможно, обусловлено более выраженной патологической симптоматикой сахарного диабета и, как следствие, более ранним установлением диагноза. У пожилых людей хронические неинфекционные заболевания были выявлены у 30,3% обследованных, что может свидетельствовать о низкой своевременной обращаемости населения с данной патологией за медицинской помощью.

Высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск был выявлен у мужчин у 34,5% в возрасте до 60 лет и у 65,4% старше 60 лет, а у женщин – у 42,8% моложе 60 лет и у 57,1% старше 60 лет. Очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск был выявлен только у пациентов в возрасте старше 60 лет (31,1%).

Выводы. Таким образом, для охвата населения старшего возраста диспансеризацией нужно мотивировать пациентов к прохождению данного осмотра, подчеркивать его значимость для выявления хронических неинфекционных заболеваний.

Список литературы.

1. Аникин В.В., Пушкарева О.В., Громнацкий Н.И. Роль образовательных программ в модификации некоторых факторов риска у больных артериальной гипертонией, работающих на крупном промышленном предприятии. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018 (4); 20-26. https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-4

2. Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А. и др. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2014. № 3. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/71/30/ [дата обращения 19.03.2019 года]

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Рахманова О.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и обще врачебной практики

Научный руководитель – д.м.н., профессор Горшунова Н.К.

Актуальность исследования состоит в том, что отдельные немногочисленные научные работы не привели к выяснению патогенетической значимости процессов переокисления NO, липидов и белков в развитии различных степеней ЭД, их изменений в зависимости от возраста [2,3]. Формирование структурно-функциональных эндотелиальных повреждений при артериальной гипертензии (АГ) связано с тем, что высокие концентрации пероксидов, образующихся при интенсификации свободнорадикального окисления в организме [1,3]. Открытие важной роли процессов нитрозилирования и карбонилирования в окислительно-восстановительных реакциях организма, их сопряженности в образовании модифицированных продуктов окисления с измененными функциональными, сигнальными и регуляторными свойствами привели к трансформации взглядов на многие патогенетические механизмы заболеваний, относящихся к окислительной патологии, в том числе в формировании дисфункции эндотелия (Figtree G.A., 2012). Нарушения функций и структуры эндотелиоцитов сосудистой стенки при АГ зависят от их механического повреждения повышенным напряжением

сдвига, синтетической и секреторной дисфункции эндотелиальной клетки либо ее ускоренной апоптотической гибели [1,4].

Целью исследования является определение выраженности окислительного стресса и его составляющих при различных степенях эндотелиальной дисфункции при гипертонической болезни у лиц среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы: проведено лабораторное и инструментальное обследование 58 пациентов среднего и пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью II стадии АГ 1,2 степени.

Оценивались следующие биохимические показатели сыворотки крови: степень общего окислительного повреждения (PerOx), уровень супероксиддисмутазы 3, малонового диальдегида (МДА), нитритов ($NO2^-$), нитротирозина, продуктов окисления белков (AOPP). Степень эндотелиальной дисфункции оценивали посредством допплерографии плечевой артерии. Результаты представлялись как Me (медиана), 25 и 75 процентили. Статистическая обработка осуществлена с использованием теста − U-критерий Манна-Уитни. Различия признавались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Результаты допплерографического исследования потокозависимой вазодилатации плечевой артерии показали, что у больных ГБ II стадии независимо от их возраста развивается ЭД разной степени выраженности, определяемой по увеличению диаметра сосуда после манжеточной пробы. На рисунке 1 представлено распределение пациентов в зависимости от степени эндотелиальной дисфункции.

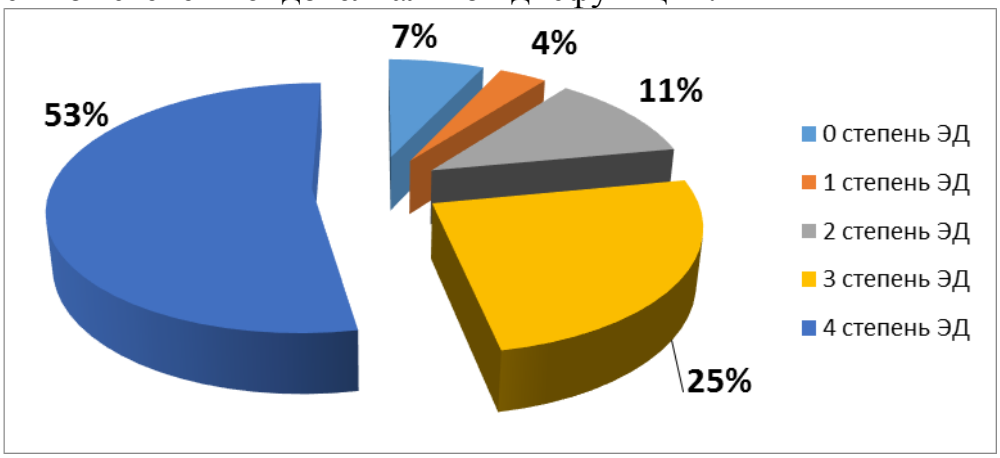


Рисунок 1. Степень эндотелиальной дисфункции пациентов разного возраста, страдающих ГБ II стадии.

У больных ГБ с сохраненной регуляцией тонуса артерий по сравнению с соответствующими характеристиками при более выраженных нарушениях эндотелиальной функции регистрировались минимальные значения показателей окислительной и антиокислительной активности (таблица 1).

Таблица 1. Показатели окислительной и антиокислительной активностей больных ГБ при разных степенях тяжести ЭД (Me [25 и 75 процентили]).

Степень ЭД	0 степень (n=4)	1 степень (n=2)	2 степень (n=12)	3 степень (n=14)	4 степень (n=26)

Возраст	57 [49; 68]	65 [61; 69]	72,5 [59; 78]	70 [60;77]	72 [60;79]
АОРР, мкмоль/л	22,9 [17,4; 23,9]	18,59 [14,5;22,6]	14,77 [13,9;15,4]	14,17 [13,7;15,1]	13,675 [13,1;15,9]
Нитротирозин нМ	5,205 [4,6; 7,2]	8,205 [4,11; 12,3]	5,615 [4,565;6,65]	5,11 [4,6;5,38]	5,36 [4,81;7,61]
PerOx, мкмоль/л	179,95 [71;283,4]	237,355 [53,71;421]	318 [196,5;415]	211 [153;275]	278 [202;321]
СОД-3, нг/мл	51,1 [41,1; 59,85]	71,67 [57; 86,34]	69,5 [66;74,5]	78 [62;122]	73,13 [62;92]
МДА, ммоль/л	3,26 [2,54; 4,61]	5,07 [4,62; 5,52]	4,26 [3,9;4,595]	4,19 [3,88;4,69]	4,26 [3,88;4,99]

При ЭД 1 степени отмечены резкое увеличение уровня продуктов перекисного окисления липидов по тесту PerOx и концентрации МДА, повышение концентрации СОД-3, что сдерживало развитие окислительного стресса. Увеличение содержания нитритов до 3,875 мкмоль/л подтверждает компенсаторное значение изменений синтеза и секреции NO уже на ранних этапах формирования ЭД. Концентрация нитротирозина у больных ГБ с ЭД 1 степени была максимальной по сравнению с ее значениями при 2,3 и даже 4 степенях ЭД. При ЭД 2 степени отмечена максимальная активность свободнорадикальных процессов: самая высокая среди больных ГБ с другими степенями ЭД концентрация перекисей липидов и повышенный уровень МДА, довольно высокий уровень СОД-3, а также начинающееся снижение концентрации нитритов. Соответственно понижался и уровень нитротирозина.

Среди окислительных превращений при 3 степени ЭД центральное место принадлежало снижению нитритов до 2,9±0,25 мкмоль/л и соответственно наиболее низкому уровню нитрозилирования по показателю нитротирозина. У обследованных больных с ЭД 3 степени уровень СОД-3 оставался самым высоким. Окислительно-восстановительные реакции при 4 степени ЭД характеризовались умеренно повышенным уровнем перекисей липидов и МДА, начинающимся незначительным увеличением содержания нитритов в крови.

Проведенный анализ биохимических параметров позволяет уточнить патогенез сосудистых дисфункций, разработать и предложить адекватную дифференцированную антигипертензивную терапию в зависимости от ее аддитивных антиоксидативных свойств.

Выводы.

1. Отмечено повышение уровня перекисей липидов у больных ГБ II стадии при ЭД любой выраженности с пиком по тестам PerOx и МДА при ЭД 2 степени. Максимальное защитное значение СОД-3 установлено у больных с 2 степенью ЭД.

2. Колебания нитритов носили фазовый характер: компенсаторное повышение при ЭД 1 степени, возвращение к базальному уровню при ЭД 2 степени, снижение при 3 степени ЭД и небольшое его повышение вследствие выхода из депо при 4 степени ЭД. Концентрации нитротирозина прямо зависела от уровня оксида азота, повышаясь при его максимальных значениях.

3. При ЭД отсутствуют сведения о роли окисления пептидов в развитии и прогрессировании эндотелиальных повреждений. Определение концентрации конечных продуктов белкового окисления показали, что их содержание в плазме крови падает по мере увеличения степени повреждения эндотелия и нарушения вазодилатации.

Список литературы.

1. Горшунова Н.К., Авершина Е.М. Маркеры нитрозативного стресса при эндотелиальной дисфункции у больных артериальной гипертонией пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2014. – Т. 20, № 9/10. – С. 60-61.

2. Горшунова Н.К., Медведев Н.В., Рахманова О.В. Роль изменений окислительно-восстановительных реакций в патогенезе эндотелиальной дисфункции разной степени тяжести при артериальной гипертонии. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (2):20-26.

4. О значении галектина-3 как маркера и медиатора эндогенного воспаления и окислительно-нитрозилирующего стресса у больных хронической сердечной недостаточностью / Ю. В. Щукин [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2013. – Т. 18, № 2. – С. 45–49.

5. Подзолков, В. И. Прогностическая значимость маркеров эндотелиальной дисфункции у больных гипертонической болезнью / В. И. Подзолков, А. Е. Брагина, Н. А. Дружинина // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 4. – С. 7–13.

РОЛЬ АПОПТОЗА ПРИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Рюмшин М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и обще врачебной практики

Научный руководитель − д.м.н., профессор Горшунова Н.К.

Актуальность исследования состоит в том, что по современным представлениям артериальная гипертония − самое распространенное заболевание среди довольно обширной группы патологий сердечно-сосудистой системы, поражающее сосудистую стенку, а именно, в первую очередь, слой эндотелиальных клеток, вызывая их структурно-функциональные изменения,

которые возникают при нарушении функционирования сердечно-сосудистой системы на клеточном, субклеточном и молекулярных уровнях [4]. Проблема трансформации эндотелиоцитов при длительном воздействии высокого артериального давления на сосудистую стенку актуальна. Научное сообщество располагает небольшим количеством исследований по этому вопросу, что диктует необходимость изучения основных механизмов, вызывающих морфологические и функциональные сдвиги главного органа-мишени [6]. Апоптоз признается одним из таких механизмов и обозначается как «запрограммированная» клеточная гибель. Главная роль при разрушении клетки по программе апоптоза отводится активации каспаз, группе цистеиновых аспартатспецифичных внутриклеточных протеаз, активизирующихся при разрушении цитоплазматического рецепторного комплекса или нарушении целостности митохондрий. Каспазы выполняют исполнительную роль, реализуя программу апоптоза. В настоящее время изучено 10 каспаз, среди которых центральное место в процессе апоптоза занимают каспазы 3 и 8. Каспаза 8 выполняет функцию координатора апоптотического пути, она непосредственно связана с комплексом мембранных рецепторов, активируется при воздействии внеклеточных факторов, индуцирующих апоптоз, и ответственна за активацию каспазного каскада. Каспазе 3 отведена строго эффекторная роль в комплексе с каспазой 9 в осуществлении апоптотической гибели клетки [2]. Регулирование процесса апоптоза осуществляется сигналами, генерируемыми при связывании цитокинов с экстрацеллюлярными мембранно-связанными рецепторами, принадлежащими к семейству туморонекротических белков. Один из них − Apo–1/Fas. Fas/APO-1, также называемый CD95 (CD − claster differentiation), способен запускать в клетке апоптоз после взаимодействия с его лигандом (FasL) или при связывании рецепторов с ФНО-альфа [1, 5].

В результате действия биохимического каскада реакций повреждаются клеточное ядро, ДНК и цитозольные органеллы и эндотелиоциты погибают. Обнажается базальная мембрана сосудистой стенки, создавая условия для повышения проницаемости для клеток крови, вазоактивных веществ, нарушая регулирование функций сосудистой стенки. Возникают условия для формирования атеросклеротических и фибротических процессов [3].

Целью исследования является определение роли апоптотического процесса в патогенезе повреждения сосудистого эндотелия при артериальной гипертонии у женщин пожилого возраста.

Материалы и методы: отобрана основная группа, состоящая из 42 пожилых женщин, страдающих артериальной гипертонией II стадии, 1-2 степени, средний возраст 67,1±4,4 года. Группу сравнения составили 34 женщины аналогичного возраста, не имеющие сердечно-сосудистых заболеваний, с нормальным уровнем артериального давления. У всех обследуемых проводилось исследование крови с помощью наборов для иммуноферментного анализа (ИФА), оценивались активности апоптотических ферментов: каспазы-8 и 3, человеческого s-APO-1/Fas. Для определения

sAPO-1/Fas использовались наборы компании Bender MedSystems (Австрия), для определения каспазы-8 – компании eBioscence (США).

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью методов описательной статистики в программах Microsoft Excel, BIOSTAT, Statistica 6.0; достоверность результатов определялась по критерию Стьюдента и считалась значимой при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Проведенное исследование показало, что хроническая АГ вследствие гипоксии, механических повреждений стенки сосудов сопровождалась активацией про- и апоптотических механизмов.

Таблица 1. Показатели про- и апоптотической активности, у пожилых женщин с АГ

Показатели	sAPO-1/Fas, пг/мл	Каспаза-8, нг/мл	Каспаза-3 нг/мл
Основная группа, n=42	152,5±27,2	0,38±0,05	11,8±0,8
Группа сравнения, n=34	39,6±1,5	0,13±0,04	5,1±0,8
p<	0,01	0,01	p<0,01

У женщин, страдающих гипертонией, установлено повышение активности sAPO-1/Fas в 4 раза по сравнению с нормотензивными пациентками. Выросла активность апоптотических ферментов, уровни каспазы-8 и каспазы-3 достоверно превосходили аналогичные показатели у группы сравнения более чем в 2 раза, что подтверждает высокую активность процесса апоптоза эндотелиальных клеток.

Выводы. Таким образом, при артериальной гипертонии у женщин пожилого возраста активизировался процесс апоптоза за счет высокой активности s-APO-1/Fas, каспаз-8 и 3, что способствовало развитию эндотелиальных клеточных повреждений и становлению эндотелиальной дисфункции.

Список литературы.

1. Белушкина, Н.Н. Молекулярные основы патологии апоптоза / Н.Н. Белушкина, С.Е. Северин // Архив патологии. – 2001. – № 1. – С.51-60

2. Беляева, И.Г. Субклиническое воспаление и реакция апоптоза лимфоцитов периферической крови у больных артериальной гипертонией / И.Г. Беляева, Л.Н. Мингазетдинова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – № 12. – С. 35-36.

3. Горшунова, Н.К., Мауэр, С.С. Коррекция биоэффекторного дисбаланса при эндотелиальной дисфункции у больных артериальной гипертонией пожилого возраста // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7. – Ч.2. – С. 296-360.

4. Горшунова Н.К., Медведев Н.В., Рахманова О.В. Роль изменений окислительно-восстановительных реакций в патогенезе эндотелиальной дисфункции разной степени тяжести при артериальной гипертонии. Курский

научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018; (2):20-26. https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-2/03

5. Мартынова, Е.А. Регуляция активности каспаз в апоптозе // Биоорганическая химия. – 2003. – Т.29. – № 5. – С.518–543.

6. Шишкин, А.Н. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия /А.Н. Шишкин, М.Л. Лындина // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т.14, № 4. – С. 315-319.

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТЫ КОМБИНАЦИИ «САРТАН+ВЕРОШПИРОН» У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Савич В.В., Богатикова А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель – д.м.н., профессор Горшунова Н.К.

Актуальность исследования состоит в том, что заболевания системы кровообращения занимают лидирующую позицию в качестве причин смерти в Российской Федерации. Самой распространенной сердечно-сосудистой патологией у пожилых женщин стала артериальная гипертония (АГ), опасная своей вялостью течения и неизменным прогрессированием морфофункциональных модификаций организма [1]. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) – самый частый вариант жестко-эластической трансформации миокарда, проявляющийся на различных уровнях: от макроскопического до биохимического и влияющий на прогноз больных АГ всех возрастных групп [3,4]. Поэтому необходим поиск комбинаций антигипертензивных средств, обеспечивающих не только адекватный длительный гипотензивный эффект, но и профилактику ремоделирования ССС.

Целью исследования является изучение гипотензивного и органопротективного эффектов комбинации «валсартан+верошпирон» у пожилых женщин с АГ.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 30 пациенток пожилого возраста с верифицированным диагнозом АГ II стадии, средний возраст 68±1,2 года, продолжительность АГ – 17±1,06 года. Её диагноз и степень устанавливались на основании критериев их диагностики на основании рекомендации рабочей группы по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов (2016). Все участники исследования подписали информированное согласие. В группу контроля вошли 30 лиц с нормальным уровнем артериального давления (АД) (64±0,64 года).

При помощи эхо- и допплерокардиографии с использованием УЗ-сканера «MyLab 15» (Esoate/PieMedical, Италия) в М и В-режимах определяли миокардиальную функцию. Измеряли толщину межжелудочковой перегородки

и задней стенки ЛЖ (ТМЖП, ТЗСЛЖ), с последующим расчетом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и ее индекса (ИММЛЖ), фракции выброса ЛЖ (ФВЛЖ).

Выраженность интерстициального фиброза сердца оценивали при расчете объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК, %) по методике Shirani J. et al. (1992), полученные результаты сопоставляли с концентрациями его сывороточных маркеров: коллагена 1 типа (коллаген-1), позволяющего судить о выраженности процессов коллагеногенеза и коллагенодеградации, активности трансформирующего фактора роста β1 (ТФРβ1), свидетельствующего об интенсивности синтеза коллагена фибробластами. Выполнялось определение уровня галектина-3 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

На втором этапе исследования созданный алгоритм применен для оценки эффективности антигипертензивной терапии сартанами (валсартан в сочетании с верошпироном). Для определения изменений инструментальных и биохимических показателей проведен статистический анализ параметрическими методами вариационной статистики с расчетом достоверности результатов по критерию Стьюдента $p \leq 0,05$, корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты и обсуждения. У всех пациенток исследуемой группы по результатам эхокардиографического исследования получены достоверные признаки нарушения геометрии левого желудочка (таблица 1). У женщин с АГ наблюдалось значительное снижение показателя ДИ, что свидетельствовало о наличии диастолической дисфункции ЛЖ I типа, тогда как глобальная систолическая функция была в пределах референсных значений.

Таблица 1. Показатели ЭХО-КГ у женщин с АГ и с нормальным уровнем АД

Показатель	Группа		P<
	основная (n=30)	сравнения (n=30)	
ТМЖП, мм	12,74±0,22	9,43±0,11	0,001
ТЗСЛЖ, мм	11,91±0,17	9,71±0,16	0,001
ФВЛЖ, %	53,9±2	56,33±1,12	н/д
ММЛЖ, г	273,68±10,05	226,85±5,91	0,001
ДИ, у.е	0,68±0,02	1,23±0,01	0,001

Индивидуальные значения показателя ОФИК, позволяли косвенно оценить выраженность фиброзных процессов сердца вследствие его модификации. Их результаты составили для основной группы – 9,04±0,5%, группы сравнения – 5,7±0,37%, ($p<0,001$). В норме данный показатель равен 2-6%. При анализе типов ремоделирования миокарда превалирующим вариантом у женщин с нормальным уровнем АД была нормальная геометрия ЛЖ (63,3%). Среди пациентов основной группы преобладала концентрическая гипертрофия ЛЖ – 86,6%, также в 3,4% отмечались эксцентрическая

гипертрофия ЛЖ и в 10% − концентрическое ремоделирование, нормальная геометрия сердца не получена.

При анализе интенсивности коллагеносинтеза у пациенток АГ установлено увеличение уровня коллагена-1 до 202,3±13,8 нг/мл в сравнении с аналогичным показателем женщин с нормальными цифрами АД – 164,1±3,6 нг/мл ($p<0,001$). Повышение данного маркера может способствовать изменению жесткости соединительнотканного матрикса миокарда [2]. Усиление активности ТФРβ1 у больных АГ более чем в 2 раза по сравнению с лицами контрольной группы приводило к увеличению фракции сверхпрочного коллагена в межклеточном матриксе, что способствовало нарастанию его жесткости.

Все пациентки отмечали хороший гипотензивный эффект на фоне терапии «валсартан+верошпирон» в дозировке 80+25 мг. Уровни артериального давления не поднимались выше 140 и 85 мм.рт.ст. После 6-месячного курса антигипертензивной терапии данной комбинацией установлено изменение биохимических показателей. Снижение уровня коллагена-1 до 187,66±12,64 пг/мл ($p\leq0,00001$) свидетельствует о подавлении коллагеносинтеза за счет уменьшения активности ТФР-β1 до 1857±25,35 пг/мл ($p\leq0,0005$). Данные процессы сопровождались также падением активности галектина-3 до 4,66±0,089 нг/мл, что подтверждало усиление процессов коллагенодеструкции и косвенно подтверждало его значимость как нового маркера фиброзирования.

Получена прямая корреляционная связь в группе больных АГ между концентрацией коллагена-1 в плазме крови и показателем ОФИК ($r= 0,4$, $p<0,05$), которая указывала на его значимую роль в прогрессировании миокардиальной жесткости.

Выводы.

1. У всех пациенток на фоне артериальной гипертонии отмечалась морфофункциональная перестройка сердца, вследствие избыточного накопления коллагена-1 и увеличения активности ТФР-β1, что способствовало увеличению миокардиальной жесткости.

2. Данные процессы поддавались корректировке на биохимическом уровне в результате применения валсартана 80 мг с верошпироном в дозе 25 мг в виде уменьшения концентрации коллагена-1 и активности ТФР-β1.

Список литературы.

1. Горшунова Н.К., Медведев Н.В., Савич В.В., Усенкова О.Л. Интерстициальный фиброз как определяющий фактор типа ремоделирования миокарда левого желудочка у больных артериальной гипертонией пожилого возраста. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2015; (3):11-15.

2. Медведев Н.В., Горшунова Н.К. Апоптоз и интерстициальный фиброз в развитии ремоделирования миокарда у больных пожилого возраста с артериальной гипертонией. // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 2. – С.326-330.

3. Остапенко В. С., Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., и др. Антигипертензивная терапия и ее эффективность в амбулаторной практике ведения пациентов пожилого и старческого возраста // Артериальная гипертензия. – 2016. – Т.1. – С. 47-50

4. Остроумова О.Д., Смолярчук Е.А., и др. Клинические преимущества телмисартана: особенности фармакокинетики, фармакодинамики и возможности контроля артериального давления в течение суток // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Т.13, № 4. – С.550-557. DOI: http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-4-550-557

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сердюков А. И., Шевченко Т.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киндрас М.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что доля людей старшего возраста в общей популяции неуклонно взрастает, что обуславливает возникновение определенных проблем как социального, так и медицинского плана. С учетом интенсивной динамики развития системы здравоохранения, увеличения спроса на медицинские услуги, сложностей выполнения современных требований к организации работы медицинских учреждений – обеспечения доступности медицинской помощи всем категориям населения, необходим поиск новых ресурсных форм ведения больных старшего возраста в амбулаторных условиях с учетом достаточности, целесообразности и рентабельности. Предоставление пациентам, в том числе и пожилым, возможности получения квалифицированной помощи по месту жительства без госпитализации повышает удовлетворенность от применения такой стационарозамещающей технологии, как дневной стационар [1]. Поэтому актуально изучение особенностей ведения пожилых больных в дневных стационарах и стационара на дому как альтернативы госпитализации этих пациентов в стационары круглосуточного пребывания.

Целью исследования является анализ результативности использования дневного стационара и стационара на дому для ведения пожилых больных.

Материалы и методы: база исследования – дневные стационары и стационары на дому. Предмет исследования − данные опроса пациентов (средний возраст − 63,7+3,3 лет), лечившихся в дневном стационаре терапевтического профиля (n=37), и в стационаре на дому (n=35). Для получения информации из разных источников использовали метод социологического исследования в форме выборочного анкетирования и интервьюирования с применением ранговых и интервальных вопросов. Для анализа психо-эмоционального благополучия пациентов использовали

Госпитальную Шкалу Тревоги и Депрессии (HADS) и краткую форму оценки здоровья – SF-36.

Результаты и обсуждения. При анкетировании пациентов, которые впервые были направлены в дневной стационар, только 11,4% респондентов указали такую форму лечения как предпочтительную, в сравнении со стационаром круглосуточного пребывания, а при интервьюировании – 35,1% респондентов. Существенная разница в полученных результатах, вероятно, связана с личным общением опрашиваемого и опрашивающего при интервьюировании, и что необходимо учитывать при анализе получаемой информации от разных источников. При анкетировании и интервьюировании больных, ранее лечившихся в дневном стационаре, существенной разницы в полученных ответах о предпочтении дневного стационара не было выявлено (75,1% и 74,3%). Как анкетирование, так и интервьюирование больных из стационара на дому не выявило существенных отличий в оценивании ими предпочтений в такой форме лечения − (84,2% и 89,6%). Вероятно, высокой мотивацией для выбора стационара на дому у опрашиваемых пациентов послужила возможность находиться в течение лечения в привычных домашних условиях, важен для них и постоянный контакт с близкими людьми.

Определена частота госпитализаций пациентов в течение пятилетнего периода − 3,0±1,3, что может косвенно свидетельствовать о высокой результативности деятельности данной медицинской технологии. По представленным отчетам дневного стационара планируемый результат был достигнут полностью в 97,6% случаев, а частично – в 2,4%. При оценке эффективности терапевтического процесса посредством анкетирования пациентов установлено, что предполагаемый результат достигнут полностью в 85,6% случаев, частично – в 14,4%, а с помощью интервьюирования – в 91,3% и 8,7% случаев соответственно. Разница в оценке эффективности лечения лечебного учреждения и пациентов, возможно, связана с желанием больных получить терапевтическую поддержку не только по заболеванию, по поводу которого они были направлены в дневной стационар, но и по имеющейся сопутствующей патологии, что законодательно не предусмотрено. В стационаре на дому при анкетировании определено, что предполагаемый результат достигнут полностью в 95,4% случаев, частично – в 4,6%, а при интервьюировании – в 97,2% и в 2,8% случаев соответственно. Вероятно, притязания по объему оказываемых медицинских услуг больных из стационара на дому менее значимы, чем у пациентов из дневного стационара.

Госпитализация пациентов старшего возраста в стационар круглосуточного пребывания может привести к нарушению психо-эмоционального благополучия. Как перед началом лечения в дневном стационаре, так и после окончания курса терапии выраженных симптомов тревоги и депрессии не было установлено (3,1±1,1 балла и 3,9±1,5 балла соответственно), что свидетельствует о высоком уровне адаптации пожилых больных к условиям пребывания в дневном стационаре. Подтверждением полученных данных могут быть результаты, полученные при оценке здоровья респондентов до и после лечения - повышение уровня не только компоненты

физического здоровья (33,7±3,4 и 51,5±4,1 соответственно), но и психического здоровья (56,3±3,8 и 66,5±3,5 соответственно). Перед организацией стационара на дому и после окончания курса лечения показатель уровня тревоги и депрессии у пациентов был низким (2,9±0,9 балла и 2,3±0,6 балла соответственно).

Вывод. Следовательно, рационализацию медицинской помощи пожилым можно обеспечить, используя стационарозамещающие технологии.

Список литературы.

1. Куликов О.В., Мелихов К.С. Организация медико-социальной помощи маломобильным пациентам пожилого возраста в условиях городской поликлиники. // Международный конгресс «Социальная адаптация, поддержка и здоровье пожилых людей в современном обществе» Материалы конгресса.− С-Пб. − 2013. − С. 89.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Устинова А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель − к.м.н., доцент Медведев Н.В.

По данным Министерства здравоохранения России на период с 2014 по 2018 год патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения [3]. Пациентам пожилого возраста, обращающимся к участковым терапевтам по месту жительства, в 37% случаев ставят диагноз, связанный с заболеваниями пищеварительной системы [1;2].

Целью исследования является оценка результатов диспансерного наблюдения лиц пожилого возраста с гастроэнтерологическими заболеваниями на базе городской поликлиники.

Материалы и методы: в ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 50 амбулаторных карт 28 женщин и 22 мужчин, стоящих на диспансерном учете гастроэнтеролога ОБУЗ «Курская городская поликлиника № 7». Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов описательной статистики.

Результаты и обсуждения. Средний возраст женщин в анализируемой выборке составил − 66,2±1,7 лет, мужчин − 71,1±2,6 года.

В структуре заболеваний органов ЖКТ, подлежащих диспансерному наблюдению, у женщин пожилого возраста преобладают следующие нозологические формы: атрофический гастрит – 36%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – 28%, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью – 13%, желчекаменная болезнь (ЖКБ) –

16%, язвенная болезнь желудка − 5%. У пожилых мужчин чаще других встречались атрофический гастрит – 41%, ГЭРБ – 31%, ЖКБ – 10%, язвенная болезнь желудка – 17%.

У женщин пожилого возраста в сравнении с мужчинами чаще выявляются хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, реже - атрофический гастрит, ГЭРБ, язвенная болезнь желудка.

Проанализирована частота выявленных факторов риска заболеваний желудочно-кишечного тракта у пожилых лиц обоего пола. Установлено, что курят 5% женщин и 51% мужчин; страдают ожирением 50% женщин, 8% мужчин; подверженными хроническому стрессу оказались 17% пациенток и 8% пациентов; отягощенная наследственность по заболеваниям органов пищеварения подтверждена у 17% мужчин и 11% женщин.

Среди больных атрофическим гастритом, ГЭРБ, язвенной болезнью желудка ежегодный осмотр у гастроэнтеролога прошли 100% женщин и 77% мужчин; дважды в год по поводу ЖКБ − 100% женщин и 50% мужчин.

ФГДС в течение года выполнено у 72% женщин и 50% мужчин пожилого возраста, в результате которого в 100% случаев выявлено поражение слизистой оболочки желудка. УЗИ органов брюшной полости было выполнено лишь 6% выборки пациентов пожилого возраста, стоящих на диспансерном учете.

Проанализировав лечение больных пожилого возраста гастроэнтерологического профиля выявлено, что комплексную терапию язвенных поражений (кларитромицин, амоксициллин, омепразол, де-нол) получают 44% женщин и 58% мужчин. Антацидные (альмагель) и прокинетические (мотилиум) лекарственные средства назначены 28% женщин, 25% мужчин, спазмолитики (дротаверин) − 28% женщин и 17% мужчин (рисунок 1).

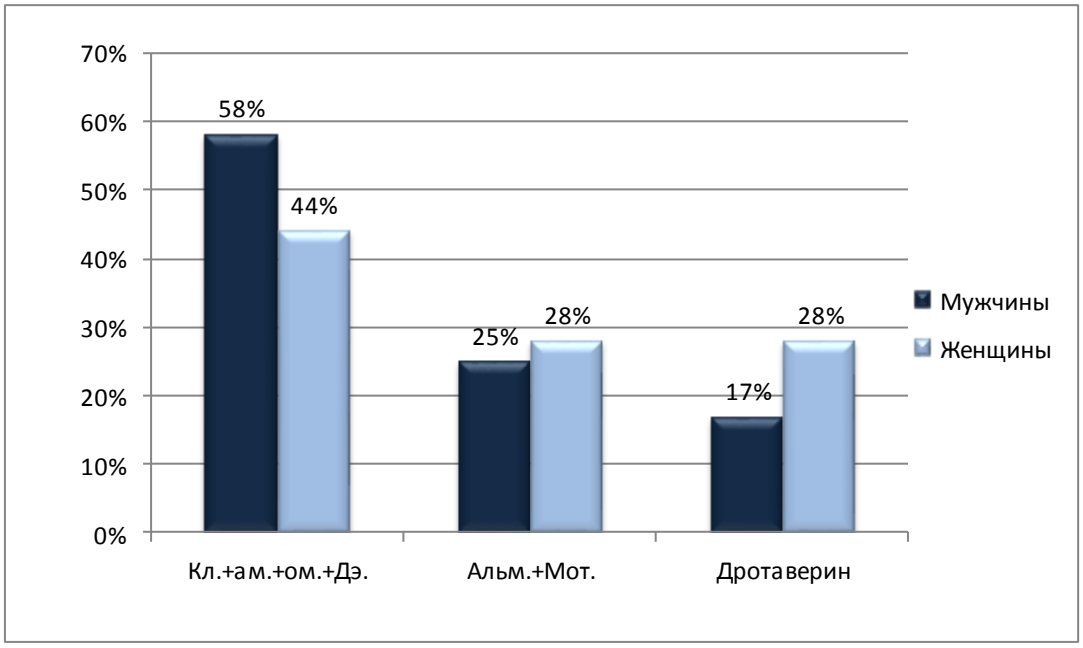


Рисунок 1. Частота назначений препаратов больным пожилого возраста, стоящим на диспансерном учете гастроэнтеролога

* Кл.- кларитромицин, ам. – амоксицилин, ом.- омепразол, дэ.- де-нол, альм. – альмагель, мот. – мотилиум.

Санаторно-курортное лечение в профильных санаториях (Ессентуки, Кисловодск, Железноводск) было рекомендовано 70% женщин и 50% мужчин.

Выводы.

1.Наиболее часто пациенты пожилого возраста находятся на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу хронического атрофического гастрита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, хронического панкреатита.

2. Среди факторов риска прогрессирования заболеваний желудочно-кишечного тракта у пожилых лиц следует отметить табакокурение и отягощенную наследственность у мужчин; ожирение и большую подверженность хроническому стрессу женщин.

3. Для улучшения качества проведения диспансерного наблюдения пожилых больных гастроэнтерологическими заболеваниями необходимо увеличить кратность контрольных посещений пациентов, частоту проведения некоторых инструментальных методов исследования, особенно УЗИ органов брюшной полости.

Список литературы.

1.Беляева Ю.Н. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов пищеварения в Российской Федерации и на региональном уровне // Материалы 72-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием: «Молодые ученые – здравоохранению» – Саратов. Изд-во СГМУ. − 2012г. − С.79-83.

2. Денисова Т.П., Шульдяков В.А., Тюльтяева Л.А., Черненков Ю.В., Алипова Л.Н., Саджая Л.А. Мониторинг распространенности заболеваний внутренних органов на примере патологии пищеварительной системы // Саратовский научно-медицинский журнал. − 2011. − Том 7, № 4. − С. 772-776.

3.Статистические показатели заболеваемости всего населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам РФ по данным на 2006 год, 2016 год, 2013 и 2017 гг.

РАЗДЕЛ 8.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ансимова П.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

1

Актуальность исследования состоит в том, что сердечно-сосудистые заболевания – одна из распространенных патологий, инвалидизации и смертности в нашей стране.

Основным звеном развития сердечно-сосудистых заболеваний является артериальная гипертензия, фактор развития которой составляет эндотелиальная дисфункция.Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время заболеваемость артериальной гипертензией среди детей, лиц молодого возраста, подростков составляет от 6 до 14%.

Целью исследования является анализ литературных данных о влиянии антигипертензивных средств на физиологическое состояние эндотелиальных клеток сосудистых стенок.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели были проведены исследования на животных, на которых изучали метаболические эффекты ингибиторов АПФ и агонистов ангиотензиновых рецепторов.

Результаты и обсуждения. иАПФ восстанавливают функцию эндотелия, угнетают пролиферацию и миграцию ГМК, лейкоцитарных нейтрофилов и мононуклеарных клеток, уменьшают свободнорадикальное окисление.Метаболический эффект влиянияна ЭД объясняется восстановлением обмена брадикинина, патологически измененногопри сердечно-сосудистых заболеваниях. Блокада тканевого АПФ с помощью иАПФ дает такой результат как снижение синтеза АТ-II, уменьшает скорость деградации брадикинина. Наиболее позитивный эффектв этом отношении оказывают иАПФ, которые обладают наибольшим сродством к эндотелиальной системе сосудов (спираприл, зофеноприл, лизиноприл, каптоприл, эналоприл). Таким образом, прием иАПФ предотвращает вазоконстрикторные эффекты, устраняетили замедляет ремоделирование эндотелиальные клетки сосудистой стенки, сердечной мышцы, способствует вазодилататорным изменениям сосудистого тонуса.

Агонисты оказывают действиеза счет блокады АТ1-рецепторов, что способствует снижению продукции гидропероксидных, пероксидных, гидроксильныхрадикалов, уменьшению взаимодействия NO и увеличению его концетрации, а стимуляция АТ2-рецепторов приводит к вазодилатации и натрийурезу за счет активации системы брадикинина, NO и цГМФ. Выявлено, что варсартан увеличиваетсодержание нейрональной NO-синтазы в надпочечниках крыс, восстанавливая таким образом синтез NO, в лабораторных исследованиях – улучшает метаболические процессы в сосудистой стенке резистивных артерий за счет увеличения синтеза NO.

В многочисленных исследованиях было выявлено воздействие распространенных факторов развития атеросклероза через дисфункцию эндотелиальной стенки, причем от увеличения общего воздействия этих факторов и от различной комбинацииухудшается течение патологического процесса. Эндотелиальная дисфункция обнаружена у курящего населения, у употребляющих значительное количество жирной пищи.

Также одним из ранних критериев эндотелиальной дисфункции является нарушение эластических свойств артерий: снижение коэффициента растяжимости, снижение коэффициента эластичности, возрастание модуля Юнга. Было выявлено, что изменение функции эндотелиальных клеток сопровождается выявлением субклинического поражения органов-мишеней – возрастание скорости распространения пульсовой волны артерий мышечного и эластического типа, который выявляется в более позднем возрасте.

Таким образом, были сделаны выводы о влиянии антигипертенизвных средств на функциональное состояние эндотелия. Данные результаты могут быть использованы при создании мер профилактики развития сердчено-сосудистых патологий и популяризации оздоровления лиц молодого возраста.

Список литературы.

1. Бабак О.Я., Шапошникова Ю.Н., Немцова В.Д. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца – эндотелиальная дисфункция: современное состояние вопроса // Украінський терапевтичний журнал. 2004. № 1. С. 14–21.

2. Голиков А.П., Полумисков В.Ю., Михин В.П. и др. Антиоксиданты-цитопротекторы в кардиологии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 6, часть 2. С. 42–47.

3. Зодионченко В.С., Адашева Т.В., Сандомирская А.П. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертония: терапевтические возможности // Рус. мед. журн. 2002. № 1. С. 11–15.

ИБС И ОРВИ: ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

Арефина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – д.м.н.,профессор Маль Г.С.

Актуальность исследования. 50% смертей в России обусловлено болезнями системы кровообращения, 52% из них составляют умершие от ишемической болезни сердца [2].

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущими в структуре летальных исходов в промышленно-развитых странах.

По статистическим данным Минздрава России за 2016 год зарегистрировано 343,9 (404207) больных ИБС (установленным впервые в жизни) на 100 000 взрослого населения, в сравнении с 2015 годом − выявлено 334,3 больных. Наиболее высокие показатели в Белгородской области −672,2 и Тульской области −666,1, однако если взять во внимание абсолютные числа − явным лидером по выявлению ИБС является город Москва почти 23 тысячи больных за 2016 год [1].

Основной причиной развития атеросклероза с точки зрения патогенеза можно назвать воспаление, как важнейший компонент атерогенеза.

Острые вирусные инфекции определяют хронофармакологию в течении хронического воспалительного процесса в атеросклеротической бляшке. Вирусная инфекция влияет на формирование дополнительной смертности от ИБС в периоды эпидемического подъема ОРВИ [3].

Целью исследования является изучение возможности коррекции гиперлипидемии у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с острой респираторной вирусной инфекцией.

Материалы и методы: в исследование было включено 80 человек с ишемической болезнью сердца, из них у 60 была выявлена сопутствующая патология – ОРВИ.Исследование проведено простым проспективным методом. Были использованы следующие методы исследования: скрининг пациентов на амбулаторном приеме (по поводу ИБС) или в стационаре в 1 день госпитализации по поводу ОРВИ: оценка объективного статуса пациентов в динамике; биохимические методы: оценка уровней липидов плазмы крови (ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП), АсТ, АлТ, КФК (по показаниям для исключения побочных эффектов) - анализатор HumaStar 600 (HumanGmbH, Германия); иммунологические: определение IL-1β и IL-6 в сыворотке крови методом ИФА; статистический анализ данных.

Результаты и обсуждения.Фармакологическая коррекция ГЛП розувастатином 10 мг/сут. привела к достижению целевого ХС ЛНП при динамическом наблюдении у больных с присоединением острой респираторной вирусной инфекции у 48%, что мотивировало увеличение дозы до 20 мг/сут.

Стало очевидным, что необходимо индивидуализировать подходы к фармакотерапии, для этого было проведено изучение характеристики цитокинового статуса пациентов, так как, в процессах воспаления про- и противовоспалительные цитокины являются главными участниками.

У больных ИБС на фоне вирусной инфекции провоспалительные цитокины (IL-1β и IL-6), являющиеся основными маркерами противовирусного иммунитета, значительно превышают таковые у больных без признаков ОРВИ.

Были получены изменения цитокинового профиля, которые были связаны с активацией воспаления в момент присоединения вирусной инфекции и изменением клинического статуса пациентов с ОРВИ, и реализацией плейотропных эффектов розувастатина, ведущие к снижению показателей IL-1β и IL-6 к концу наблюдения ($p<0,05$). Больные после перенесенной вирусной инфекции к 3 месяцу достигли уровня цитокинов, сопоставимых с результатами, полученными у больных ИБС без проявления вирусной

инфекции. У больных ИБС без признаков ОРВИ уровень IL-1β и IL-6 оставался стабильным на всем периоде наблюдения и был гораздо ниже, чем у больных в условиях вирусной инфекции. Данная закономерность объясняется стабильностью баланса провоспалительных цитокинов при хроническом воспалительном процессе.

Уровень противовоспалительных цитокинов у больных с вирусной инфекцией постепенно имел тенденцию к снижению, в связи с активным воспалительным процессом на II визите, что сопровождалось восстановлением баланса к концу наблюдения (12 неделя).

Что касается динамики противовоспалительных цитокинов у больных ИБС без проявления вирусной инфекции, уровень IL-4 и IL-10 был значительно выше ($p<0,05$), нежели провоспалительных, и противовоспалительных в группе больных с ОРВИ, что объясняется активацией механизмов компенсации для поддержания равновесия, характерного, именно, для хронической ИБС с целью подавления процессов воспаления в атероматозной бляшке за счет блокады секреции провоспалительных цитокинов.

Выводы.

1. Увеличение дозы розувастатина до 20 мг/сут. не привело к достижению целевого ХС ЛНП у 33%исследуемых больных

2. Титрация дозы розувастатина до 20 мг/сут. при фармакологической коррекции ГЛП, обусловленная полиморфизмом генов про- и противовоспалительных цитокинов при проявлении гиполипидемических свойств розувастатина, привела к дополнительному достижению ХС ЛНП у 27% больных, не ответивших на дозу 10 мг/сут.

Таким образом, в результате проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что для наиболее эффективной коррекции липидного профиля у больных ишемической болезнью сердца с ассоциированной патологией, в данной случае острой респираторной вирусной инфекцией, необходимо изучение влияние про- и противовоспалительных цитокинов, а в дальнейшем и генетических маркеров с целью персонализации фармакологического лечения.

Список литературы.

1. Заболеваемость взрослого населения России в 2016 году. Стат.сб./Министерство здравоохранения РФ. − М., 2017. – 161 с.

2. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. − М., 2015. – 174с.

3. Инфекционная природа атеросклероза: факты и гипотезы / Д.Р. Яруллина, О.Н. Ильинская, Н.И. Силкин [и др.] // Ученые записки Казан. ун-та. Серия: «Естественные науки». – 2010. – Т. 152, № 1. – С. 136-154.

ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ЗА 2018 ГОД

Боглаёва А. Н., Коломиец Д.И.
Курский Государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель - к.м.н., доцент Левашова О.В.

По определению экспертов ВОЗ, ответственное самолечение − это разумное применение самим пациентом лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения лёгких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи. Основной идеей самолечения является ответственность человека за своё здоровье [2].

Самолечение является одной из ключевых проблем общественного здравоохранения и с каждым годом значение этого фактора поддержания здоровья растёт. В настоящее время население переориентировалось с лечения заболеваний на их предотвращение и поддержание себя в работоспособном состоянии, поскольку стоимость лечения очень высока [1]. В какой-то степени это связано с улучшением осведомлённости о лекарственных средствах (ЛС) в целом, осознанием индивидуальной ответственности за свое здоровье. Однако в данной ситуации все более актуальным становится вопрос о безопасности ЛС, приобретаемых без рецепта врача, нежелательных лекарственных реакциях и вероятности их неправильного применения [3].

Целью исследования является анализ результатов анкетирования пациентов одной из поликлиникгорода Курска и определить степень их приверженности к самолечению.

Материалы и методы: было проведено анонимное анкетирование 100 пациентов в одной из поликлиник города Курска (октябрь – ноябрь 2018 год). Анкета включала следующие вопросы: пол; возраст; род занятий; частота самолечения; причины самолечения; средства, используемые при самолечении; чем руководствовались анкетируемые при выборе средств самолечения; наиболее часто приобретаемые лекарственные средства; ежемесячные траты на самолечение.

Результаты и обсуждения. В анкетировании приняли участие 66 женщин и 34 мужчины. При анализе возрастных групп были получены следующие результаты: пациентов в возрасте до 30 лет – 27%, от 31 до 40 лет – 7%, от 41 до 60 лет – 21%, в возрасте старше 61 года − 45%. По степени занятости: 48% респондентов находились на пенсии; 27% работали. Результаты исследования показали, что 64% пациентов занимались самолечением крайне редко, 27% – часто и лишь 9% – регулярно. Одной из основных причин необходимости заниматься самолечением 57% пациентов ответили, что трудно попасть к врачу; 26% анкетируемых считали, что лучше всех знают свой организм; 14% респондентов брали пример с родственников или знакомых и всего лишь 3% не доверяли советам врачей. В процессе ответственного самолечения 72% анкетируемых использовали непосредственно лекарственные средства, 25% выбирали средства народной медицины, 11% пользовались

физиотерапевтическими приборами и 9% – БАДами. При выборе средств и методов самолечения 48% респондентов руководствовались личным опытом, 45% пациентовдоверяли советам близких (знакомых); 26% находили информацию в интернете и 8% ссылались на информацию в СМИ. Из предложенных в анкете групп препаратов чаще всего при самолечении пользовались обезболивающими – 54%, антиишемическими лекарственными средствами – 31%; противовирусными – 30%; так же часто без рецепта приобретались жаропонижающие – 27%, лекарственные препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта – 24%, витамины и минералы – 22%, гипотензивные препараты – 20% и 17% − антибиотики. Несмотря на то, что большинство анкетируемых занимались самолечением, используя при этом различные фармакологические группы препаратов, 62% из 100% не делились данным опытом со своими детьми и близкими, поскольку использовали препараты на основе личного опыта применения ранее, после консультации с врачом. При оценке ежемесячных трат на самолечение: 23% опрошенных тратили от 500 до 1000 рублей, 20% – от 100 до 500 рублей, 16% – свыше 1000, всего лишь 4% до 100 рублей и 34% ответили, что никогда не считали потраченные суммы.

Выводы. Результаты анкетирования показали, что большинство респондентов в возрасте старше 60 лет занимались ответственным самолечением с целью профилактики или лечения лёгких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи. Несмотря на то, что проблема самолечения очень актуальна и активно практикуется в настоящее время, немногие из опрошенных пациентов делились советами с близкими и знакомыми, а также старались не лечить своих родственников самостоятельно. До 1000 рублей ежемесячно пациенты готовы были тратить на приобретение лекарственных средств, несмотря на то, что большинство опрошенных являлись пенсионерами.С одной стороны, улучшение осведомлённости о лекарственных средствах в целом и осознание индивидуальной ответственности за свое здоровье, с другой стороны трудности попадания на приём к врачу, способствуют распространению самолечения, однако в данной ситуации все более актуальным становится вопрос о безопасности ЛС и вероятности не правильного их применения. Прием препаратов, титрация доз, оценка критериев эффективности и безопасности должна осуществляться под регулярным наблюдением лечащего врача даже в условиях ответственного самолечения.

Список литературы.

1. Егорова, В.С. Исследование отношения населения к проблеме ответственного самолечения / В. С. Егорова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. − 2018. − Т. 8, № 4. − С. 162.

2. Ответственное самолечение - основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения / С.Н. Толпыгина, С.Ю. Марцевич, А.В. Концевая, О.М. Драпкина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. − 2018. − Т. 14, № 1. − С. 101-110.

4. Ягудина, Р.И. Ответственное самолечение − осознанный подход к своему здоровью / Р.И. Ягудина, П.А. Логвинюк // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. − 2018, − № 4. − С. 8-11.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕПАРАТАМИ АМПИЦИЛЛИН, ЦЕФУРАКСИМ, ЦЕФОПЕРАЗОН СУЛЬБАКТАМ ПРИ ПНЕВМОНИИ

Большунова А.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст.преподаватель Полякова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что около 30% новорожденных детей являются внутриутробно инфицированными (ВУИ). Инфекционная патология является определяющей причиной в структуре смертности новорожденных и составляет от 11% до 45%, а мертворождаемость при этом достигает 16% [2]. Чаще всего она проявляется в виде заболеваний дыхательной системы. Особенно опасна ВУИ для недоношенных детей.

Целью исследования является оценка и сравнение эффективности антибиотикотерапии, проводимой препаратами ампициллин, цефураксим, цефоперазон сульбактам.

Материалы и методы: был проведен анализ комплексного обследования и лечения 90 пациентов с пневмонией, получавших лечение в ОБУЗ «Курская областная детская больница № 2» в течение 2018 года. Все пациенты были разделены на 3 группы по 30 человек. В первой группе терапия проводилась препаратом ампициллин, во второй использовался цефоперазон сульбактам, в третьейцефураксим. Эффективность оценивалась по снижению клинической симптоматики. В таблице 1 представлено распределение по гестационному возрасту.

Таблица1. Распределение в группах по гестационному возросту

Гестационный возраст	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)
Доношенный	24 (80%)	25 (83,3%)	24 (80%)
Недоношенный	6 (20%)	5 (16,7%)	6 (20%)
Итого	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Из 90 пациентов 17 (18%) недоношенных детей и 73 (82%) доношенных. Распределение недоношенных детей во всех трёх группах примерно одинаково, поэтому нельзя сделать вывод о том, что какой-то из препаратов более предпочтителен для назначения недоношенным пациентам.

В таблице 2 представлено распределение назначения препаратов по клиническому диагнозу.

Таблица 2. Распределение по клиническим диагнозам

Диагноз	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)
Врожденная правосторонняя однодолевая пневмония	10 (33,3%)	7 (23,3%)	9 (30%)
Врожденная двусторонняя полисегментарная пневмония	12 (40%)	15 (50%)	15 (50%)
Врожденная правосторонняя полисегментарная пневмония	7 (23,3%)	6 (20%)	5 (16,7%)
Врожденная левосторонняя полисегментарная пневмония	1 (3,3%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)
Итого	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Из таблицы мы можем видеть, что антибактериальные препараты цефоперазон сульбактам и цефураксим на 10% чаще применялись при двусторонней полисегментарной пневмонии, чем ампициллин. Ампициллин и цефураксим примерно с одинаковой частотой использовались при врожденной правосторонней однодолевой пневмонии.

Результаты и обсуждения. При определении эффективности антибиотикотерапии использовалось такие клинические симптомы как снижение температуры тела после проведенного лечения, положительная динамика на рентгенограмме, снижение лейкоцитов до нормальных значений, отсутствие периорального цианоза. Было принято решение также проанализировать эффективность антибактериальных препаратов при различных клинических диагнозах по отдельности. На диаграммах 1,2,3,4 представлены данные об отсутствии клинических симптомов пневмонии после получения пациентами антибактериальных препаратов в течение 10 дней.

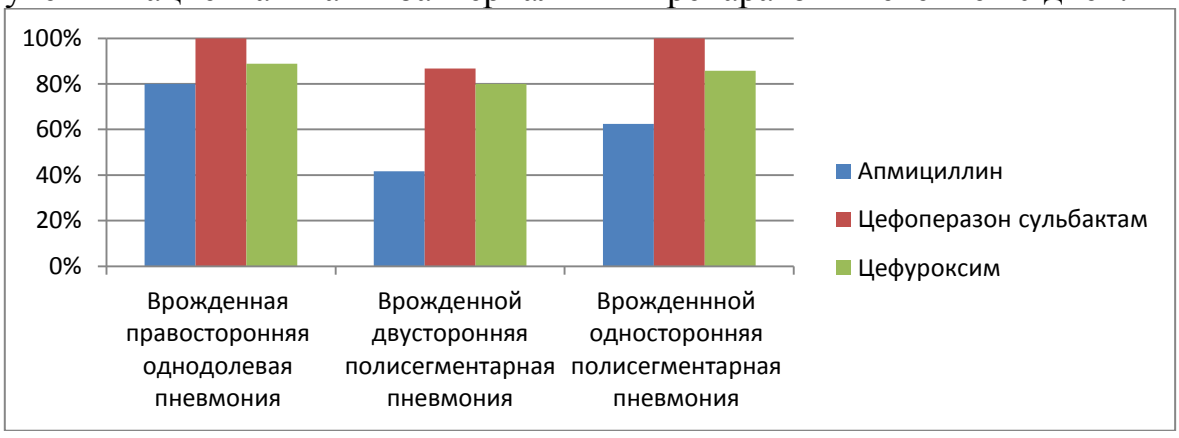


Диаграмма 1. Снижение температуры тела до нормы

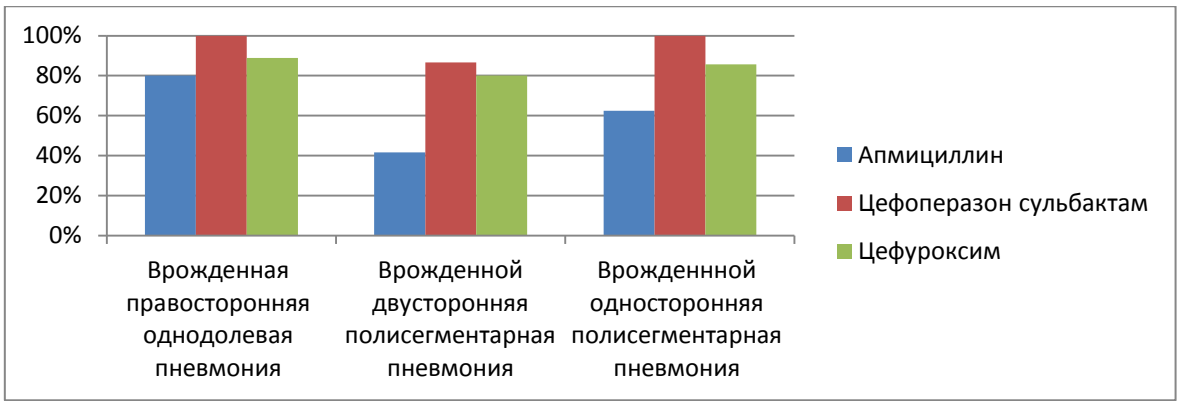


Диаграмма 2. Положительная динамика на рентгенограмме

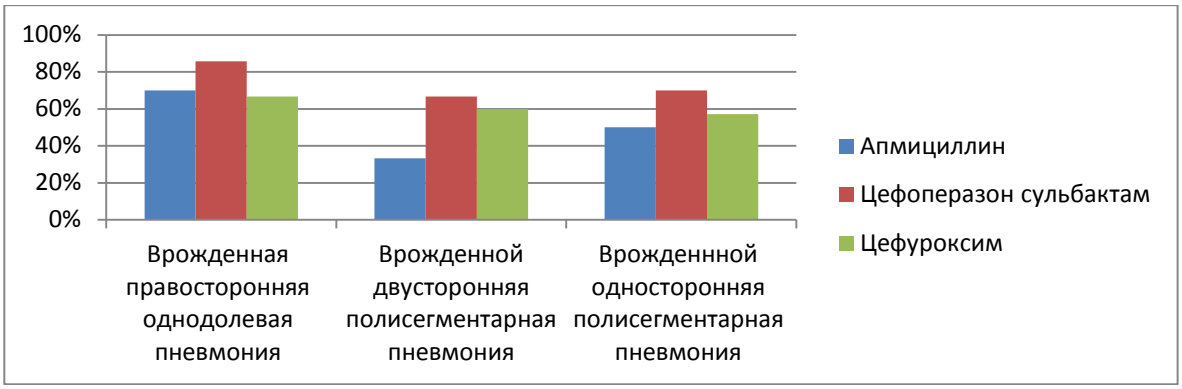


Диаграмма 3. Снижение лейкоцитов до нормы

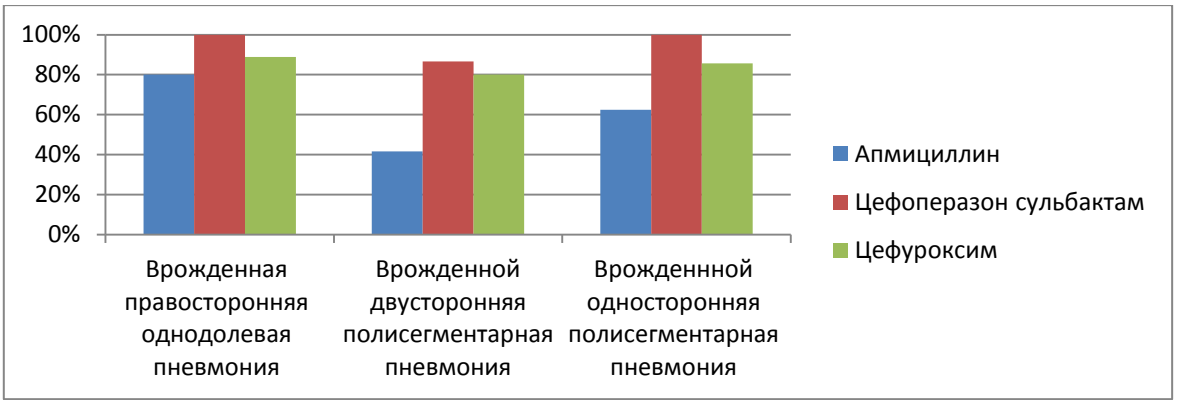


Диаграмма 4. Отсутствие периорального цианоза

Из данных диаграмм мы можем видеть, что по всем показателям первое место по эффективности занимает цефоперазон сульбактам, второе цефуроксим, третье ампициллин. Выбор препаратов должен основываться на опыте каждого лечебного учреждения с учетом предполагаемого возбудителя у конкретного пациента [1].

Выводы.

1. Выбор антибактериального препарата не зависит от гестационного возраста.

2. Применение цефоперазон сульбактама и цефуроксима целесообразно при двухсторонней полисегментарной пневмонии и односторонней полисегментарной пневмонии.

3. Не смотря на общую более низкую эффективность, ампициллин обладает высокой эффективностью при односторонних однодолевых пневмониях.

Список литературы.

1. Зубков В. Пневмония у новорожденных // Врач. 2012. № 8. С. 28–32.

2. Левченко Л.А., Клименко Т.М., Хмелевская И.Г.Особенности анамнеза матерей недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье".2016. № 3. С.27–32.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВНУЗ «ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ КУРСК ОАО «РЖД»»

Борисова К.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Научные руководители −к.м.н., доцент Лазарева И.А.

Актуальность исследования. Проблема лечения патологий органов дыхания является актуальной проблемой в связи с их широкой распространенностью в России и мире. Острые инфекционные заболевания верхних и нижних дыхательных путей нередко характеризуются тяжелым течением и при нерациональном лечении приводят к развитию осложнений или летальному исходу [2]. Обострения хронических заболеваний бронхолегочного аппарата, в том числе и бактериальной этиологии, ускоряют прогрессирование основного заболевания и значительно ухудшают состояние пациента. Для этиотропной терапии инфекционных заболеваний применяют антимикробные препараты, которые избирательно подавляют жизнедеятельность микроорганизмов. Поэтому очевидно, что рациональное назначение антибиотиков – важнейший этап фармакотерапии инфекционных заболеваний для достижения эффективного лечения и наиболее быстрого выздоровления [1].

Целью исследования является анализ назначения и выбора антимикробных препаратов при бронхолегочной патологии у больных НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»».

Материалы и методы: для проведения исследования использовались данные пульмонологического отделения НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»».Были отобраны 43 истории болезни пациентов в возрасте от 44 до 83 лет с внебольничной пневмонией тяжелого течения и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в III и IV стадии в фазу обострения тяжелого течения.

Внебольничная пневмония – острое инфекционно-воспалительное заболевание, возбудителем которого наиболее часто является S. pneumoniae, а также другая грамположительная и грамотрицательная флора [1]. Терапия внебольничной пневмонии тяжелого течения зависит от наличия факторов риска инфицирования P.aeruginosa: если таковых нет, то препаратами выбора является комбинация цефалоспоринов III поколения без антисинегнойной активности с макролидами для внутривенного введения. Альтернативный режим лечения предполагает комбинацию респираторного хинолона с цефалоспорином III поколения без антисинегнойной активности. Пациентам, включенным в выборку были назначены следующие комбинации: элефлокс (левофлоксоцин) по 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки + цефтриаксон по 3,0 или 4,0 г, растворенного в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно; элефлокс по 500 мг внутривенно капельно + клабакс (кларитромицин) внутрь 1 таблетка по 500 мг два раза в день. Указанные дозировки соответствуют рекомендуемым разовой и суточной дозам.

Левофлоксацин по классификации относится к респираторным хинолонам III поколения, цефтриаксон – к парентеральным цефалоспоринам III поколения, кларитромицин – к 14-членным макролидам. Левофлоксацин и цефтриаксон входят в стандарт лечения внебольничной пневмонии вследствие их активности в отношении большинства ключевых возбудителей, включая S.pneumoniae, H.influenzae, энтеробактерии и др, а также в связи с благоприятными фармакокинетическими параметрами (длительный период полувыведения, высокие концентрации в бронхиальном секрете и легочной ткани позволяет вводить АМП один раз в день). Кларитромицин характеризуется сходным спектром действия с повышенной активностью против H.influenzae и внутриклеточных агентов. Кроме того, данный препарат устойчив к действию кислой среды желудка и обладает высокой биодоступностью, что позволяет назначать его в пероральной форме [1]. После окончания лечения у всех пациентов отмечено улучшение общего состояния, субъективное облегчение респираторных симптомов (кашель, отделение мокроты, отдышка и др.) и повышение проходимости воздухоносных путей.

Обострение ХОБЛ проявляется ухудшением общего состояния больного и усилением симптоматики больше обычных колебаний: нарастает кашель и количество отделяемой мокроты, усиливается одышка, появляется стеснение в груди и др. Возбудители инфекции, приводящей к возникновению обострения, варьируются в зависимости от степени тяжести, присвоенной обострению. Были проанализированы истории болезни с обострениями ХОБЛ легкой и среднетяжелой степени тяжести без факторов риска. Наиболее частыми возбудителями таких инфекций являются H. influenzae, Moraxella catarrhalis, S. pneumoniae, Chlamydiapneumonia, Mycoplasma pneumoniae [3]. Необходимо отметить, что выбор наиболее подходящих антибиотиков для терапии обострения ХОБЛ зависит от многих факторов, таких как тяжесть ХОБЛ, факторы риска неблагоприятного исхода терапии – пожилой возраст, низкие значения ОФВ1, предшествующие частые обострения и сопутствующие

заболевания и предшествующей АБТ (D, 3). Тем не менее препаратами выбора при легких и среднетяжелых обострениях ХОБЛ без факторов риска рекомендуется назначение амоксициллина, современных поколений макролидов (азитромицин, кларитромицин), цефалоспоринов III поколения (цефиксим и др.). Пациентам, включенным в выборку были назначены следующие АМТ и комбинации: цефтриаксон по 4,0 г, растворенного в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно; элефлокс (левофлоксоцин) по 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки; цефатоксим по 1.0 г внутримышечно 2 раза в сутки; цефтриаксон по 2,0 или 3,0 г, растворенного в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно + клабакс (кларитромицин) внутрь 1 таблетка по 500 мг два раза в день. Указанные дозировки соответствуют рекомендуемым разовой и суточной дозам.

Цефотаксим – первый парентеральный цефалоспорин III поколения, который в течение многих лет рассматривался как «золотой стандарт» своей группы. Однако позднее, его использование сократилось в связи с введением в терапию цефтриаксона с более совершенной фармакокинетикой. Указанные АМТ имеют сходный спектр активности, однако для цефотаксима характерен 8-часовой антимикробный эффект вследствие образования метаболитов, что влечет необходимость введения дважды в сутки [1]. После окончания лечения у всех пациентов отмечено улучшение общего состояния и снижение выраженности респираторных симптомов до уровня фазы ремиссии.

Выводы. Таким образом, этиотропное лечение антибиотиками подбирается на основе возбудителя инфекционного заболевания и его чувствительности к АМП, тяжести течения заболевания или его обострения, возраста пациента, сопутствующих патологий и др. В ходе исследования было получены данные об общем улучшении самочувствия больных и снижения выраженности клинических симптомов, что говорит о правильно подобранных группе и поколении антимикробного препарата, дозировки и кратности введения.

Список литературы.

1. Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей / С.Н. Козлов, Р.С. Козлов. − 3-е изд., перераб. и доп. – М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. − 400 с.

2. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. 2014. № 3 С.15-36.

3. Чучалин А. Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. 2015. Т. 17, № 2. С. 84-126.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

Булычев М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальностьисследования. Болезни органов пищеварения имеют достаточно большое значение в общей заболеваемости населения Российской Федерации. Так, по данным Минздрава РФ, если в 2000 году таких пациентов было 4698 тыс., то в 2006 году их было уже 5024 тыс., а в 2016 году – 5229 тыс. человек. Язвенная болезнь желудка занимает одно из первых мест в этом рейтинге. Одной из основных причин развития данных заболеваний является стресс, от которого в современном обществе страдает почти каждый человек. Чаще страдают люди в возрасте 40-60 лет [1,3,5].

Целью исследования является изучение особенностей назначения препаратов, применяемых в терапии, направленной на устранение язвенной болезни желудка.

Материалы и методы: в ходе исследования было изучено 50 историй болезни пациентов, которые находились на стационарном лечении в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с сентября 2018 по декабрь 2018 года с диагнозом язвенная болезнь желудка. Распределение по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу

Пол	Абсолют. кол-во (n=50)	Относит. кол-во (100%)
Мужской	20	40%
Женский	30	60%

Из данной таблицы видно, что большинство больных составили пациенты женского пола – 30 (60%), в меньшем количестве – мужского 20 (40%). Распределение больных по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных по возрасту

Возраст	Абсолют. кол-во (n=50)	Относит. кол-во (100%)
26-35	5	10%
36-60	29	58%
60-73	16	32%

Возраст больных варьировал от 26 до 73 лет, причем большинство больных находились в возрастной категории 36-60 лет – 29 (58%), 60 и старше – 16 (32%). В категории 26-35 лет было 5 человек (10%). Частота встречаемости симптомов представлена в таблице 3.

Таблица 3. Частота встречаемости симптомов

Симптомы	Абсолют. кол-во (n=50)	Относит. кол-во (100%)

Боли в эпигастральной области	47	94%
Изжога	45	90%
Тошнота	33	66%
Чувство тяжести в желудке	25	50%
Отрыжка	14	28%
Констипация	5	10%

Из данной таблицы видно, что наиболее частым симптомом ЯБЖ были боли в эпигастральной области – у 47 больных (94%), далее идут изжога, тошнота, чувство тяжести, отрыжка, реже запоры. В некоторых случаях 3 пациентов (6%) никаких специфических жалоб не предъявляли.

Результаты и обсуждения. В терапии язвенной болезни желудка чаще всего использовались препараты из следующих групп: ингибиторы протонной помпы, в основном назначался омепразол (48% больным); антациды – фосфалюгель (80%), альмагель (20%); блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов – фамотидин (36%), ранитидин (16%).антибактериальные препараты, для лечения хеликобатерной инфекции (пациентов с H. Pylori 35 пациентов – 70%) – кларитромицин, метронидазол.

Ингибиторы протонной помпы – назначаются для лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта за счёт снижения продукции соляной кислоты посредством блокирования в париетальных клетках слизистой оболочки желудкапротонногонасоса − Н+/К+-АТФазы. Относятся к антисекреторным препаратам [2,4]. Антациды также направлены на снижение кислотности желудочного содержимого, но отличаются по механизму действия с ингибиторами протонной помпы. Они нейтрализуют соляную кислоту, которая входит в состав желудочного сока [2,6]. Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов также направлены на уменьшение кислотности желудочного сока, но действуют на Н2-гистаминовые рецепторы париетальных клеток желудка, блокируя их, тем самым снижается продукция соляной кислоты [2,5]. Антибактериальная терапия назначалась только больным с подтвержденной хеликобактерной инфекцией. Кларитромицин – полусинтетический антибиотик из группы макролидов. Нарушает синтез белка в бактериальной клетке. Метронидазол действует на синтез нуклеиновых кислот путем восстановления 5-нитрогруппы метронидазола микроорагнизмами [2,3].

Выводы. Наиболее частой схемой лечения была следующая: омепразол 20 мг + кларитромицин 500 мг 2 раза + метронидазол 500 мг 2 раза. Она оказалась и наиболее эффективной. Уже через 1-2 дня у некоторых больных пропадали боли в эпигастральной области, изжога и тошнота. У других сохранялись в течение 5 дней и затем также пропадали. В результате данного лечения H. Pylori полностью элиминировались из организма у 86% больных хеликобактерной инфекцией, о чем свидетельствуют результаты лабораторных исследований.

Список литературы.

1. Волевач Л.В., Нафикова А.Ш., Хисматуллина Г.Я., Камалова А.А. //Медицинский вестник Башкортостана. 2017. Т.12 № 5 (71). С.35-39.
2. Герасименко А.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиертсной кишки: взгляд на эррадикационную терапию пациента и врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т.5. № 5. С.415.
4. Калюжная О.А., Тухватшин Р.Р. Оценка отдаленных результатов лечения пациентов с язвенной болезнью желудка // Инновационная наука. 2016. № 8-3. С.118-120
5. Лазаренко В.А., Антонов А.Е. Роль социальных факторов риска в развитии язвенной болезни в Курской области// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016. № 2. С. 35-39.
6. Совалкин В.И., Бикбавова Г.Р., Смирнова Л.М., Косухина Н.С. // Омский научный вестник. 2013. № 2 (124). С. 54-58.
7. Шилова М.В. Язвенная болезнь желудка // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т.4 № 5. С.527.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОКИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Быканова А.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии
НИИ экспериментальной медицины
Научные руководители – к.м.н., доцент Хвостовой В.В., д.б.н., профессор Фурман Ю.В.

Актуальностьисследования. В клетках организма человека постоянно протекают окислительно-восстановительные реакции, которые обеспечивают их жизненно важной энергией. Молекулярный кислород (O_2) необходим для эффективного извлечения химической энергии, запасенной в углеводах, липидах и белках. В нормально функционирующей дыхательной цепи митохондрий генерируется активные формы кислорода (АФК), их источником являются ферментативные реакции, представляющие собойхорошо регулируемый процесс. Однако в ряде случаев свободные активные формы кислорода образуются случайно, как продукт "утечки" отдельных электронов [1, 4].

Дисбаланс равновесия между появлением активных форм кислорода и их нейтрализацией антиоксидантными системами индуцирует в организме появление оксидантного стресса.

В результате многочисленных исследований оксидантного стресса установлено, что возникающая дисфункция митохондрий приводит к появлению многих заболеваний различной этиологии, в том числе и

онкологических. Поэтому антиоксидантную стратегию следует рассматривать как важнейший инструмент профилактики целого ряда заболеваний

В растениях было обнаружено около 5000 флавоноидов − антиоксидантов с широким спектром целебного воздействия. Они обладают сосудорасширяющими, противоопухолевыми, противовоспалительными, бактерицидными, иммуностимулирующими и противоаллергическими свойствами. В экстрактах лекарственных трав биоактивные ингредиенты освобождены от клеточных стенок − за счет этого они легче усваиваются организмом [3].

Целью исследований является определение оксидантной активности экстрактов лекарственных трав, широко используемых как официальной, так и в народной медицине, в частности ромашки аптечной и чабреца.

Материалы и методы:

1. Чабрец или Тимьян ползучий (Thymus serpyllum herba) ФС.2.5.0047.15,производства ЗАО «Иван-Чай).

2. Ромашки цветки (Matricaria flowers), производства ООО ПКФ «Фитофарм».

Водные экстракты готовили по технологии предложенной производителями. Около 1 грамма (точная навеска) измельченного сырья помещали в колбу со штифтом вместимостью 250 мл, прибавляли 100 г дистиллированной воды и проводили экстракцию в течение 15 минут в водяной бане при температуре 95-99^{o}C, далее охлаждали в течение 45 минут при комнатной температуре, процеживали через ватно-марлевый фильтр, а оставшееся сырье отжимали. Объем экстракта доводили до 100 миллилитров.

Определение ксидантной активности химических соединений по их способности ингибировать реакцию аутоокисления адреналина в щелочной среде, согласно патенту РФ № 2144674. Скорость реакции оценивали по величине оптической плотности накапливающегося продукта аутоокисления адреналина, имеющего поглощение при длине волны 347 нм. Определение оптической плотности регистрировали на спектрофотометре СФ-2000.

Результаты и обсуждения. В результате проведенных исследований было установлено, водные экстракты чабреца и ромашки оказывают прооксидантное влияние на процессы самоокисления адреналина. Таблица 1.

Таблица 1. Оксидантная активность лекарственных трав чабреца и ромашки.

Время (мин)	Оксидантная активность (усл. ед.)	
	Чабрец	Ромашка
5	502,19	148,85
10	272,16	41,31
15	181,22	13,61

Как видно из таблицы, внесение водных экстрактов чабреца и ромашки в состав реакционной среды, значительно активировало процессы синтеза активных радикалов кислорода.

Имеются сведения, что активные формы кислорода играют важную роль в жизнедеятельности организма. Во-первых, уничтожают они главным образом

(в здоровом организме) не здоровые клетки, а те, чей срок жизни уже прошел, или чуждые нашему организму. Во-вторых, они участвуют в синтезе жизненно важных соединений, например, гидроксид-радикал необходим для образования биологического регулятора простагландина, радикал оксида азота участвует в регуляции сокращения стенок кровеносных сосудов.

Как известно, всем клеткам организма необходим оксиген, только раковые клетки могут развиваться без него – это правило, которое не имеет исключения. Если здоровым клеткам уменьшить поступление O_2 на 35%, то за 48 часов они могут превратиться в раковые. При повышении количества кислорода в тканях, достигается лечебный эффект, особенно в пораженных злокачественными опухолями участках. Рак и кислород – понятия несовместимые, так как для раковых клеток, высокая концентрация газа является губительной, ведь они развиваются в безкислородных условиях.

В настоящее время нашли применение два основных метода проведения кислородной терапии:

− Локальное насыщение тканей, происходит именно в область злокачественной опухоли, выполняют с помощью тонкой иголки, которую вводят в раковую опухоль. С помощью этого метода организм можно довести до высокой концентрации кислородного газа, что приводит к гибели множества онкологических клеток.

− Общее насыщение, происходит путем наполнения оксигеном, всех клеток организма. Пациент помещается в барокамеру. В ней повышают O_2 в воздухе в два раза. Общее насыщение отличается не только тем, что активные формы кислорода лечат рак, но и улучшает состояние человека, и стимулирует работу иммунитета [2].

Выводы. В результате проведенных исследований можно сформулировать некоторые выводы. По нашему предположению, использование лекарственных растений в качестве прооксидантов, позволит расширить методы регулирования окислительно-восстановительных реакций, протекающих в организме человека.

Полученные сведения можно использовать для профилактики и лечения некоторых онкологических заболеваний при проведении соответствующей диагностики.

Список литературы.

1. Герштейн Е.С., Короткова Е.А., Пророков В.В.Клиническое значение исследования ассоциированных с опухолью протеаз в опухолях и плазме крови больных колоректальным раком// Молекулярная медицина 2013. № 1 С. 48-55.

2. Горожанская Э.Г., Свиридова С.П., Байкова В.Н., Окислительный стресс в тромбоцитах при онкопатологии// Биомедицинская химия, 2015 том 61, вып. 4, с. 519-525.

3. Красильников М.А., Щербаков А.М., Семина С.Е. Экзосомы и формирование резистентного фенотипа опухолевых клеток// Сибирский онкологический журнал. 2018. Т. 17. № 2. С. 49-59.

4. Фурман Ю. В., Артюшкова Е. Б., Аниканов А. В. Окислительный стресс и антиоксиданты// Актуальные проблемы социально − гуманитарного и научно–технического знания 2019. № 1 С. 1-4.

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ОТСРОЧЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Гончар И.А.
Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко
Кафедра фармакологии и фармацевтической химии
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Самко Г.Н.

Актуальность исследования. Отсроченное назначение антибиотиков при инфекциях дыхательных путей у детей в возрасте до 16 лет включительно снижает количество потребляемых антибиотиков. Данная стратегия рекомендована во многих национальных руководствах по лечению. Когда возникает вопрос о принятии такого или подобного медицинского проекта, необходимо проверить надежность подобных инноваций [1,2,3].

Целью исследования является исследование реальности исполнения стратегии врачами общей практики, а также родителями и пациентами, принимающими лекарства от болезней верхних дыхательных путей. Дополнительно следует выяснить целесообразность стратегии с точки зрения врачей общей практики и пациентов (их родителей).

Материал и методы: методом исследования стали опросники. В них принимали участие норвежские врачи общей практики, а также родители пациентов, которым антибиотики при простудных болезнях дыхательных путей назначались отсрочено. Родители сообщили, что присутствовали симптомы, при которых есть необходимость принимать антибиотики. Это неоднократно подтверждалось диагнозами врачей общей практики, но антибиотик назначался отсрочено (рецепт ожидания).

Результаты и обсуждения.Было получено 304 анкеты, которые лечились у 49 специалистов. Частота ответа пациента составляла 80%. Наиболее распространенным диагнозом для врачей общей практики по выписыванию рецепта ожидания был синусит (33%) и отит (21%) (рисунок 1). 46% пациентов прибегли к употреблению антибиотиков в связи со стойкой повышенной температурой и прогрессированием симптомов при лечении без антибиотиков. В 210 случаях (69%) врач посчитал отсрочку назначения антибиотика очень разумным решением. А 270 пациентов (89%) предпочли бы получить в аналогичной ситуации в будущем схему лечения без антибиотика. Врачи-терапевты сообщили об эффективном отсроченном назначении чаще всего в случаях синусита (79%, p=0,007) и реже всего в случаях воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей (49%, p=0,002).

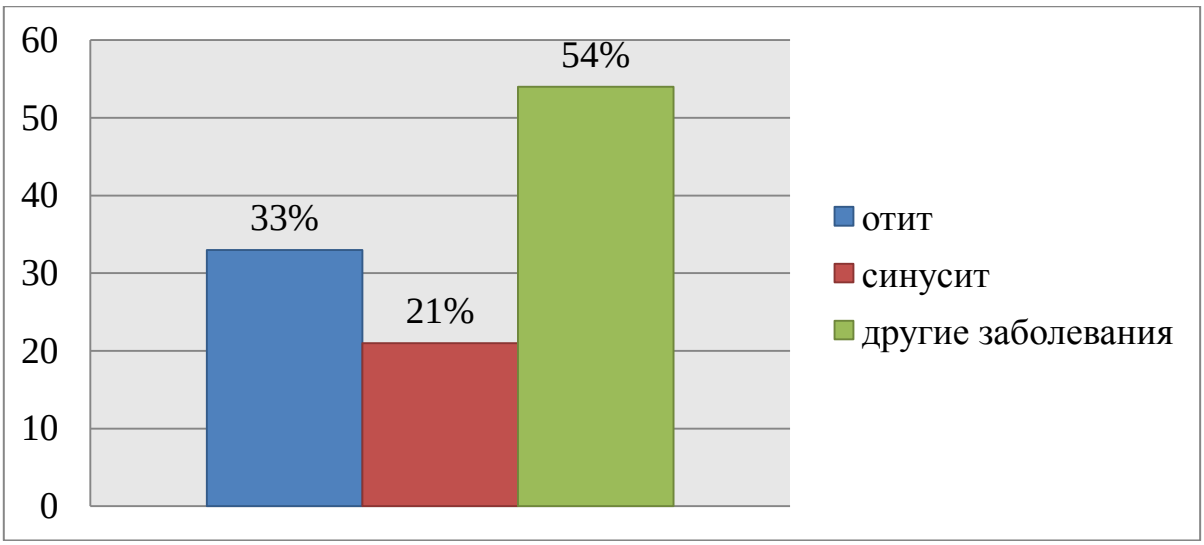


Рисунок 1. Наиболее распространенные диагнозы для выписывания рецепта

Выводы. Если провести анализ всего выше сказанного, можно сделать заключение, что большинство пациентов и врачей общей практики удовлетворены отсроченной стратегией назначения антибиотиков. Стоит отметить, что профессиональный взгляд врачей на данный метод как разумный подход зависит от диагноза пациента. На примере норвежского исследования отсроченное назначение лекарств детям до 16 лет включительно представляется выполнимой стратегией лечения, особенно в случаях синусита и отита. В ходе исследования выявлено, что основная задача специалиста – работа с родителями на приеме и разъяснение всех подробностей необходимости приема антибиотика. Усилия, направленные на поощрение отсроченных назначений в аналогичных условиях, должны быть сосредоточены на этих диагнозах. В нашей обстановке проблема устойчивости к антибиотикам стоит гораздо острее и в некоторой степени может не в полной мере оцениваться. Это связано в первую очередь с тем, что у населения присутствует тенденция к самостоятельному приобретению и применению лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков. Зачастую пациент, прежде чем проконсультироваться со специалистом, принимал несколько видов антибиотиков самостоятельно (в некоторых случаях даже лечил сам своего ребенка с помощью антибиотиков).В результате этого доктор вынужден назначать эффективный антибиотик следующего поколения широкого спектра.

Список литературы.

1. Антипкин Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей // Здоров’я України. − 2008. − 24/1. – 11-13.

2. Bradley et al. The Management of CommunityAcquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America // Clin. InfectDis. − 2011.

URL:http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2011/08/30/cid.cir531.full#T5 (дата обращения 20.03.2019 год).

3. Michelow I.C., Olsen K., Lozano J. et al. Epidemiology and clinical characteristics of communityacquired pneumonia in hospitalized children // Pediatrics. − 2004. – 113 (4). – 701-707.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИБС-СИНДРОМОМ

Ефимова В.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – ассистент Кривошлыкова М.С.

Актуальность исследования. Лечение ишемической болезни сердца в наше время является актуальной темой, потому что связана с постоянным ростом количества пациентов с данной патологией. Заболевание возникает на фоне недостаточного поступления кислорода к сердечной мышце и приводит к ишемическим поражениям гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры миокарда. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ИБС-синдром представляет собой главную причину смертности людей в возрасте от 65 до 74 лет. Женщины в два раза чаще подвержены возникновению этой патологии.

Таблица 1. Причины смертности в пожилом возрасте

Место	Причина смертности	Процентное соотношение от общего количества
1	ИБС	12,6%
2	Цереброваскулярные заболевания (инсульты)	9,7%
3	Инфекции нижних дыхательных путей	6,8%
4	Дорожно-транспортные происшествия	2,1%

Поэтому разработка препаратов, способствующих лечению ишемической болезни, важная часть фармакологической индустрии в 21-ом веке. Антиагреганты, статины и блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, а также кардиопротекторы – важная часть листа назначения при ИБС.

Целью исследования являетсяизучение влияние кардиопротекторов на миокард в целом и кардиомиоциты.

Материалы и методы: анализ научно-исследовательской литературы по данному вопросу, материалы статей и учебных пособий.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного исследования помогают с точностью сказать, что разработка подобных препаратов изучена не полностью и является перспективным направлением в фармакологии.

Кардиопротекторы – препараты, частично предупреждающие развитие некротических проявлений при нарушении метаболизма в миокарде сердца. Их фармакологический эффект связан со способностью уменьшать потребность типичных кардиомиоцитов в кислороде. Все кардиопротекторы можно разделить на две группы: прямого и непрямого действия. К первой группе относятся препараты, корректирующие и стабилизирующие функции клеточных мембран. Примером могут служить антагонисты кальция [2].

Таблица 2. Селективность действия блокаторов кальция

Препарат	Миокард	Сосудистая стенка	Проводящая система сердца
Верапамил	++	+	+
Галлопамил	++	+	+
Амлодипин	+	+++	-
Фелодипин	+	+++	-
Нифедипин	+	++	-
Исрадипин	+	+++	-
Дилтиазем	+	+	+
Мибефрадил	+	+++	-

Равновесная стабилизация мембран клеток осуществляется за счет снижения интенсивности свободнорадикального окисления липидов, приводящего к намного более эффективному потреблению углеводов с позиции источника энергии, стабилизации оболочечных мембран митохондрий и лизосом. К препаратам данной группы относятся: мельдоний, токоферол, препараты супероксиддисмутазы, церулоплазмин, триметазидин, фосфокреатинин.

Наиболее известным представителем кардиопротекторов является мельдоний, который способен оказывать положительное влияние на дисфункцию эндотелия и приводить к нормализации сосудистого тонуса. Исследования показали целесообразность включения этого препарата в комплексное лечение пациентов с ИБС [1].

Препарат мельдония (милдронат) является синтетическим по структуре аналогом γ-бутиробетаина. Он снижает выработку карнитина и транспортировку жирных кислот с длинной углеводородной цепью через мембраны клеток, препятствует запасанию в органеллах клетки активных форм неокисленных жирных кислот. При ишемических проявлениях предупреждает снижение транспорта АТФ и ускоряет гликолиз. В конечном итоге, уменьшение синтеза карнитина увеличивает количественный состав γ-бутиробетаина, который является вазодилататором.

Также примечательно действие триметазидина, как кардиопротектора прямого действия. Препарат помогает поддержанию клеточного обмена нейро-сенсорных органов и сердца во время рецидивов ишемии; снижает метаболическое смещение кислотно-основного равновесия и изменения в возникающем при ишемии ионном межмембранном потоке; уменьшает уровень инфильтрации и миграции в реперфузионных и ишемизированных тканях сердца полинуклеарных нейтрофилов, снижает степень атрофии миокарда, не воздействует при этом на гемодинамику. Он часто применяется в составе комплексного лечения и мер профилактики приступов стенокардии [2].

Кардиопротекторами непрямого действия являются антигипертезивные средства различного механизма действия (диуретики, ингибиторы АПФ, антагонисты эндотелина), средства, влияющие на реологические свойства крови (ингибирующие агрегацию тромбоцитов, антикоагулянты) и влияющие на липидный обмен (гиполипидемические средства, препараты ненасыщенных жирных кислот) [3].

Выводы. Таким образом, применение кардиопротекторов при ишемической болезни сердца в составе комплекса мер для устранения проявления патологии и ее осложнений является неотъемлемой частью лечения пациентов за счет влияния действующих веществ препаратов на клеточные мембраны типичных кардиомиоцитов и миокарда в целом. Но не все свойства лекартвенных средств данной группы изучены в наше время.

Список литературы.

1. Донцов А.В. Влияние даларгина на углеводный обмен больных ишемической болезнью сердца с метаболическим синдромом // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016. № 1. С.21-25.

2. Жиляева Ю.А. Состояние параметров перекисного окисления липидов крови и эластических свойств сосудистой стенки у больных ишемической болезнью сердца на фоне терапии дженерическими статинами // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2013. № 4. С.66-72.

3. Уклистая Т.А., Полунина О.С. Анализ взаимосвязи показателей суточного мониторирования артериального давления с маркерами воспаления и оксидативного стресса при сочетанной кардиореспираторной патологии // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. № 4. С.12-18.

АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВУ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА БАЗЕ ОБУЗ «КОРЕНЕВСКАЯ ЦРБ»

Зубарева Н.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

Актуальность исследования. Фибрилляция предсердий (ФП) − это нарушение ритма сердца, которое характеризуется частыми и нерегулярными возбуждениями миокарда предсердий и полной разнородностью сердечных сокращений по частоте и силе. Продолжительность сердечного цикла колеблется и носит случайный характер. ФПдиагностируют на основаниинеправильного ритманаЭКГ,отсутствии зубцов Р (илиих наличияв видеволны f) и вариабельности интервала между двумя возбуждениями предсердийс интерваломменее 200 мс (более300 в мин.) [4].

ФПявляется распространенным нарушением ритма сердца и по праву считается эпидемией 21 века. ФП в большинстве случаев − это предиктор высокой смертности пожилых пациентов и инвалидизации молодых [2]. В настоящее время данным заболеванием страдает более 33 млн человек во всем мире [3].

При фибрилляции предсердий повышается риск инсульта и системной тромбоэмболии, сердечной недостаточности, острых коронарных синдромов, ухудшается качество жизни. Факторы, которые предрасполагают к развитию ФП, – артериальная гипертензия, ХСН, ИБС, ожирение, сахарный диабет, хронические болезни почек.

Медикаментозное лечение ФП направлено на снижения частоты сердечныхсокращений (ЧСС), восстановление и поддержание синусового ритма [5]. За последнее десятилетие отмечены значительные успехи в лечении пациентов с данным заболеванием.

Целью исследования является изучение назначений бета-адреноблокаторов у больных ФП на основе анализа историй болезниОБУЗ «Кореневская ЦРБ».

Материалы и методы: статистические, графоаналитические, логические, контент-анализ.

Большинство пациентов с ФП с целью урежения ЧСС получали бисопролол в средней дозе 5-10 мг/сут, частота приёма – 1 раз/сут [1]. Реже назначались карведилол, атенолол и метопролол.

Анализ историй болезни показал, что фибрилляцией предсердий страдают 28 человек. Среди них 2 мужчин в возрасте 50-60 лет (7,1%); и 1 мужчина и 10 женщин в возрасте 61-70 лет (39,3%); 5 женщин и 3 мужчин в возрасте 71-80 лет (28,6%) и 2 женщины и 4 мужчин старше 81 года (21,4%) (рисунок 1).

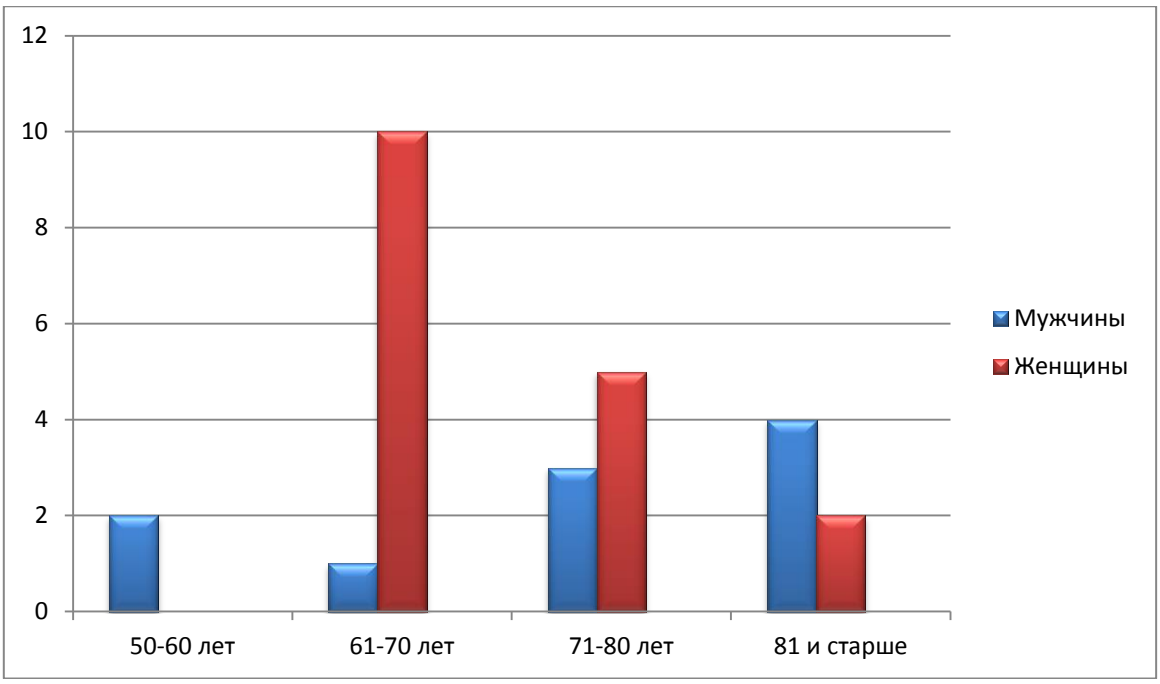


Рисунок 1. Распределение больных ФП по возрасту и полу

23 больным фибрилляцией предсердий был назначен бисопролол. Среди них 2 мужчин в возрасте 50-60 лет (8,7%); 10 женщин и 1 мужчина в возрасте 61-70 лет (47,8%); 2 женщины и 2 мужчин в возрасте 71-80 лет (17,4%) и 2 женщины и 4 мужчин в возрасте старше 81 года (26,1%) (рисунок 2).

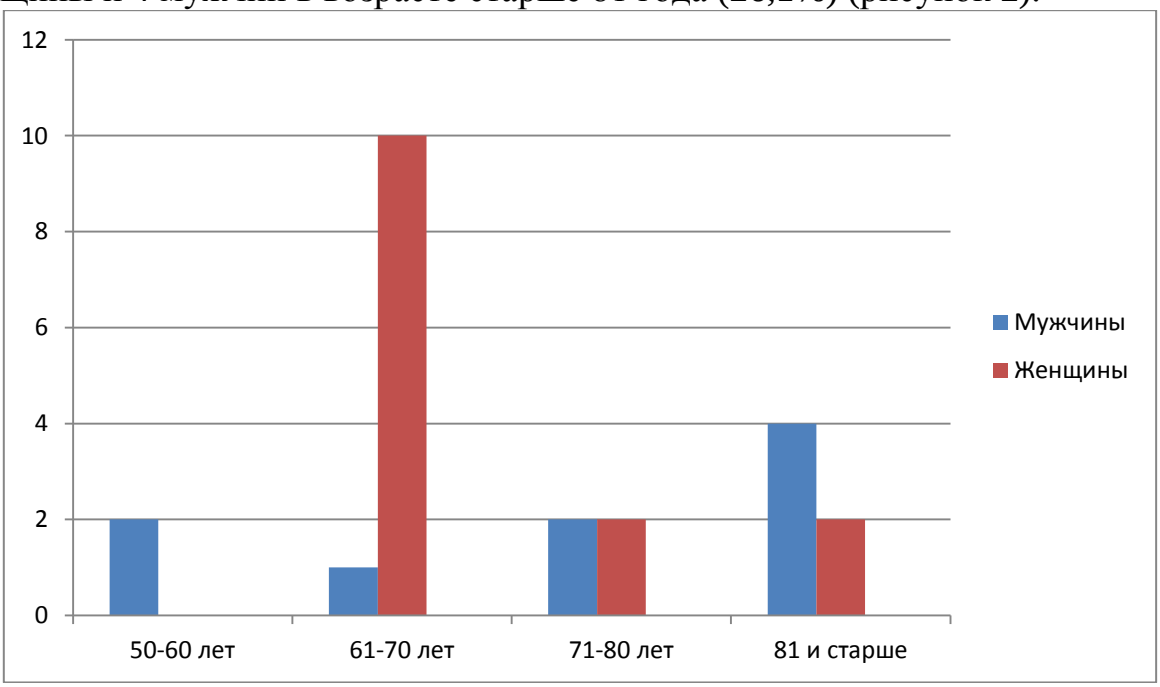


Рисунок 2. Частота назначения бисопролола у больных ФП
в разныхвозрастных группах.

Выводы. Таким образом,в ОБУЗ «Кореневская ЦРБбольным с ФП среди бета-адреноблокаторов преимущественно назначался бисопролол.

Список литературы.
1. Аляутдинов, Р.Н. Фармакология. / Р.Н. Аляутдинов. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-МЕД». −2016. – 145 с.
2. Аракелян М.С., Потешкина Н.Г., Могутова П.А. Корригируемые и некорригируемые факторы риска в прогнозировании рецидивирования фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 6. – С. 34-38.
4. Клинические Рекомендации: «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий». Российское кардиологическое общество. 2017г.
5. Люсов В.А., Колпаков Е.В. Аритмии сердца. Терапевтические и хирургические аспекты //М.: «Гэотар-Медиа». − 2009.-С.78-79.
6. Машковский, М.Д. Лекарственные средства – 15 издание. / М.Д. Машковский. – М.: РИА «Новая волна». −2012. – 835 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА

Карпенко К.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – ассистент Кривошлыкова М.С.

Актуальность исследования. Болезни желудочно-кишечного тракта входят в десятку самых распространенных болезней человека. У 90% людей планеты наблюдалась боль в районе живота, но они даже не подозревают, что могут находиться в зоне риска. Смертность от гастроэнтерологических причин в России занимает третье место. Наиболее распространенными патологиями ЖКТ являются гастродуоденит, гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, а такжеязва желудка. Хронический гастрит является лидером в заболеваниях желудка. Количество людей, страдающих от данного заболевания достигает 85-90%, причиной возникновения хронического гастрита является Helicobacterpylori, из-за которой происходит воспаление слизистой желудка. В дальнейшем хронический гастрит переходит в язвенную болезнь желудка, которая обнаруживается у каждого 10 человека [2]. Наиболее подвержены данному заболеванию мужчины (в 2-3 раза чаще), чем женщины, это связано в основном с употреблением алкоголя. Поэтому необходимы препараты, которые будут способствоватьнормализации секреторной функции желез желудка.

Целью исследования является изучение влияния препаратов, применяемых при нарушениях секреторной функции желез желудка.

Материалы и методы: анализ научно-исследовательской литературы по исследуемому вопросу, материал статей и учебных пособий.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного исследования помогают понять, что применение данных препаратов необходимо для

нормализации секреторных функций желез желудка, а также является перспективным направлением в современной фармакологии.

В современной медицине используется множество препаратов. Влияющих на секреторную функцию желез желудка. В зависимости от нарушения (снижения или повышения) секреторных функций желудка, происходит выбор препарата. При недостаточной функции желез желудка могут назначать натуральный желудочный сок, разведенную хлористоводородную кислоту, пепсин, а также ацидин-пепсин, абомин и панзинорм. Натуральный желудочный сок назначают при ахилиях, гипо- и анацидных гастритах, а также при диспепсиях.

Пепсин получают из слизистой оболочки желудка свиней и телят. Функция пепсина − расщепление белков на пептиды, тем самым лекарственное средство компенсирует секреторную недостаточность желез желудка [3].

При повышенной секреторной функции желез желудка происходит увеличенная продукция соляной кислоты обкладочными клетками, в результате чего активность пепсина возрастает. Следствием чего является снижение муцина, который входит в состав слизистой желудка, и кишечника. Всё это может быть причиной повреждения слизистой желудка и двенадцатипёрстной кишки. В результате этого возникают язвы, эрозии, воспаления.

Для снижения секреторной функции желез желудка применяются три подгруппы лекарственных средств: средства, которые понижают функцию желез желудка или ингибируют секрецию; препараты, нейтрализующие соляную кислоту; средства, защищающие слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки от воздействия кислоты.

К средствам, снижающим функцию желез желудка, илиингибиторам желудочной секреции относят: М-холиноблокаторы, ганглиоблокаторы, транквилизаторы, Н-2-гистаминоблокаторы и ингибиторы протонового насоса. К М-холиноблокаторам относят атропиноподобные препараты неизбирательного действия, например, Платифиллин и Метацин. Эти лекарственные средства уменьшают базальную, а также ночную секрецию желудочного сока. Но из-за неизбирательного действия, данные препараты также могут вызывать тахикардию, сухость слизистых и снижение зрения. Применение этих препаратов в данный момент отошло на вторую роль, и используют их только в комплексе с другими препаратами. В современной медицине использую препараты, которые блокирую М1-холинорецепторы желудка. Таким препаратом является Гастроцепин. Данный препарат блокирует М1-холинорецепторы G-клеток желудка, которые продуцирую гастрин. Гастроцепин не вызывает побочных эффектов, как тот же Платифиллин.

Ганглиоблокаторы − снижают общий объем желудочной секреции, а также количество соляной кислоты. Но из-за неизбирательногодействия ганглиоблокаторы имеют побочные эффекты. Применение данных лекарственных средств возможно лишь при крайне тяжелых случаях. Примерами лекарственных средств этой группы являются Пентамин, Пирилен, Бензогексоний и Пахикарпин гидройодид.

Транквилизаторы − снижают ночную секрецию желез желудка, но вданный момент данная группа используется редко. Примером данной группы является диазепам.

Н-2-гистаминоблокаторы − группа препаратов, которые влияют на Н-2-гистаминорецепторы. Данные рецепторы расположены в париетальных клетках слизистой желудка. Н-2-гистамиеоблокаторы снижают базальную и ночную секрецию. Существует три поколения Н-2-гистаминоблокаторов, первое поколение представлено препаратом Циметидин, который наиболее эффективен при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Побочными эффектами препарата являются: головокружение, головная боль, слабость, тошнота, запоры, понос, а также потеря сознания. При применении больших доз возможна задержка полового развития у мальчиков, у взрослых-импотенция, гинекомастии. Возможно возникновение нейтропении, тромбоцитопении, анемии. Препарат используется при язвенных болезнях, рефлюкс-эзофагите, эрозиях стенок желудка [1].

Препарат второго поколения − Ранитидин. Имеет такие же фармокологические свойства, как и Циметидин, но при этом отсутствует антиандрогенное действие, наиболее активен по сравнению со своим предшественником. Ранитидин имеет менее токсическое действие.Третье поколение Н-2-гистаминоблокаторы − Фамотидин. Наиболее эффективным является сочетание Н-2-гистаминоблокаторов и М-холиноблокаторов [1].

К ингибиторам протонового насоса относят Омепразол. Данный тип препаратов угнетает продукцию соляной кислоты. Уменьшение секреции происходит в результате избирательного угнетения актиности Н+/К+-аденозинтрифосфатазы париетальных клеток. Препарат снижает ночную секрецию желудочного сока. Также данный препарат имеет более быстрое действие, и уменьшает срок заживления язв. Препарат используется при эрозиях, язвах.

Выводы. Таким образом, препаратов нормализующие секреторную функцию желез желудка могут воздействовать на другие системы органов. Для правильного применения препаратов необходимо учитывать все действия используемого препарата.

Список литературы.

1. Косарев В.В. Фармакология периферической нервной системы / В.В. Косарев, А.В. Дубищев, О.В. Самокрутова, И.И. Мунина // – Самара: Содружество Плюс. – 2006. – С. 93-137.

2. Возможности пробиотической терапии при хеликобактер-ассоциированных гастритах / Педиатрия. Журнал им Г. Н. Сперанского // А.И. Хавкин, С.Ф. Блат, Ю.Р. Ахвердян, Н.В. Дроздовская. – Том 86, № 4. – 2007. – С. 19.

3. Харкевич, Д. А. Фармакология. Учебник для вузов / Д. А. Харкевич. − Москва: ГЭОТАР-Медиа. − 2005. −С.351-361.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯКОРРЕКЦИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ВО IIIII ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Кащенко Л.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

Актуальность исследования. Преждевременными называются роды, наступившие при сроке от 22 до 37 полных недель и при массе плода более 500 грамм. Причиной этого служит снижение уровня прогестерона и повышения уровня эстрогена. В результате,увеличивается выработка окситоцина, который и стимулирует маточные сокращения [4].

Для коррекции данной ситуации применяются препараты, расслабляющие мускулатуру матки, уменьшающие частоту и интенсивность сокращений, а также угнетающие самопроизвольные и вызванные окситоцином схватки. К наиболее часто применяемым препаратамотносятся магния сульфат и гексопреналин (гинипрал).

Гинипрал относится к бета2-адреномиметикам. Основным действующим веществом является гексопреналина сульфат. Препарат оказывает выраженное токолитическое действие, способствует нормализации силы и регулярности схваток во время родов, угнетает преждевременные схватки и способствует продлению беременности до нормальных сроков [1]. Также он используется при угрозе выкидыша во II и III триместре беременности. На плод гинипрал оказывает благоприятное влияние путем улучшения маточно-плацентарного кровообращения, способствуя образованию сурфактанта и более быстрому развитию легких плода.

Основными противопоказаниями к применению гинипрала являются: гипертиреоз, сердечно-сосудистые заболевания, особенно нарушение ритма сердца, протекающее с тахикардией, миокардит, порок митрального клапана и аортальный стеноз, заболевания печени и почек, маточные кровотечения вследствие преждевременной отслойки плаценты, внутриматочные инфекции и период лактации.

Побочное действие препарата может выражаться в головокружении, чувстве беспокойства, легком треморе пальцев, потливости, тахикардии и гипотонии, головной боли. Возможно снижение диуреза и, как следствие, возникновение у пациенток отеков. Также существует опасность для плода, так как, воздействуя на гормональный фон, увеличивается нагрузка на сердце матери и ребенка, что может привести к внутрижелудочковому кровотечению в головном мозге плода.

Предлагаемый способ лечения и профилактики гексапреналином осуществляют по следующей схеме: утром пациентке один раз в день внутривенно капельно вводятгексопреналинв количестве 2,0 мл (1 ампула), растворенный в 400 мл 5% глюкозы. Скорость введения устанавливается для каждой беременной индивидуально с учетом активности матки, приблизительно 8-10 капель в минуту. Инфузии проводят несколько дней (в

зависимости от того, насколькувысока угрозы прерывания беременности) [2]. В дальнейшем переходят только на пероральный прием гинипрала по 1 таблетке 4-6 раза в день после еды, запивая таблетку небольшим количеством жидкости.

Клинические исследования препарата проводились на 30 беременных женщинах, не отличающихся по возрастному составу и отягощенности акушерско-гинекологического анамнеза. Эффективность данного препарата, а также улучшение психоэмоционального состояния было отмечено у 27 из 30 женщин.

Наиболее частопомимо гинипрала для коррекции преждевременных родов с успехом применяется магния сульфат, который ненамного уступает гинипралу по эффективности. При употреблении магнезии наблюдается значительно меньше побочных эффектов, и они не такие серьезные.

Благодаря магнезии улучшается общее состояние женского организма, уменьшается угроза выкидыша и преждевременного родоразрешения,восполняется нехватка магния в организме.

Также магния сульфат применяется в тех случаях, когда у беременной развивается эклампсия, симптомом которой является повышение артериального давления до критических значений, что является негативным фактором, как для женщины, так и для плода. При эклампсии, так как она является поздней формой токсикоза беременных,могут возникать судороги, что является крайне опасным состоянием для матери вследствие возможного впадения в кому после приступа. Для плода эклампсия опасна тем, что происходит снижение концентрации кислорода в крови и развивается острая гипоксия, исходом которой может оказаться смерть или тяжелые отклонения в развитии [3]. Возникновение гестоза на любом сроке беременности также является показанием для немедленной госпитализации и применении магнезии в лечении данного заболевания.

Назначается магния сульфат во II и III триместре беременности, так как на ранних сроках препарат может повлиять на закладку органов и систем плода. Наибольший эффект достигается уколами магнезии при беременности внутримышечно и наступает в течение часа.

При регулярном приеме препарата могут возникнуть следующие побочные эффекты: прилив крови к лицу, повышенное потоотделение, усталость, раздражительность, нарушения в ритмах сна и бодрствования.

Выводы. Даже при всех побочных эффектах, магния сульфат и гинипрал являются мощными и необходимыми препаратами, которые способствуют нормализации тонуса матки и помогают сохранить беременность, избежать отрицательных последствий для здоровья женщины и ребенка, путем предотвращения преждевременного родоразрешения. Реакция на препаратыв большинстве случаев индивидуальна и не вредит состоянию пациенткии беременности в целом, а применение данных препаратов лишь помогает фармакологически скорректировать гормональный фон женщины, повлиять на тонус матки и предотвратить развитие осложнений.

Список литературы.

1. Абрамченко, В.В. Адренергические средства в акушерской практике/ В.В. Абрамченко. – Москва. 2000. − с.110-115.
2. Машковский, М.Д. Лекарственные средства. Пособие для врачей в 2-х томах/ М.Д. Машковский. − М.: ООО Новая Волна и др., 2001, т.1, с.242, 520, 392.
4. Магнезия при беременности [Электронный ресурс]. − Режим доступа: https://medaboutme.ru/mat-i-ditya/publikacii/stati/beremennost_i_rody/magneziya_pri_beremennosti_deystvie_protivopokazaniya/ (дата обращения 17.03.2019 год).
5. Преждевременные роды // Википедия 2012 [Электронный ресурс]. − Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1 (дата обращения 20.03.2019 год)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Корвякова Я.Е.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальность работы состоит в необходимости выбора антипсихотического препарата, при применении которого будет наблюдаться положительная динамика в терапии шизофрении, а количество побочных эффектов будет минимально.

Целью исследования является сравнительная характеристика эффективности атипичных антипсихотиков нового поколения в лечении шизофрении.

Материалы и методы: обзор литературы.

Результаты и обсуждения. Шизофрения – тяжелое психическое заболевание, причины которого не выявлены. Согласно ВОЗ, данным психозом страдают более 23 миллионов человек во всем мире. У лиц с шизофренией в связи с симптоматикой заболевания возникают проблемы с трудоспособностью, обучением и профессиональной деятельностью [4].

Основными препаратами для лечения шизофрении являются антипсихотические средства. Эффект их выражается в устранении продуктивной симптоматики и задержке дальнейшего развития заболевания.

По способности вызывать нарушения функции экстрапирамидной системы антипсихотические препараты делятся на «типичные» и «атипичные». При применении «атипичных» антипсихотиков данное побочное действие наблюдается редко, но все же эти препараты обладают многими другими отрицательными эффектами [3].

Одними из новейших атипичных антипсихотических препаратов являются азенапин, арипипразол, брекспипразол, зипрасидон, илоперидон и карипразин.

Азенапин является блокатором серотониновых 5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT2A, 5-HT2B, 5-HT2C, 5-HT5A, 5-HT6 и 5-HT7, адренергических α1, α2A, α2B и α2C, дофаминовых D1, D2, D3 и D4, и гистаминовых H1 и H2 рецепторов [9]. Препарат принимают сублингвально, при этом необходимо отслеживание режима питья и питанияс целью увеличения биодоступности. Согласно исследованиям, азенапин эффективен при длительном лечении больных, страдающих шизофренией. Из побочных эффектов такие метаболические нарушения, как изменения уровня пролактина, холестерина, глюкозы наблюдаются редко. У больных наблюдается независимое от дозы увеличение массы тела. Увеличение интервала QT не достигает патологических значений [5].

Механизм действия арипипразола заключается в парциальном агонизме дофаминовых D2-рецепторов и серотониновых 5-HT1A-рецепторов. Препарат обладает широким спектром фармакологического действия, а также низкой способностью вызывать различные нарушения – увеличение массы тела, дислипидемию, гиперпролактинемию, увеличение интервала QT. При этом среди атипичных антипсихотических средств применение арипипразола отличается повышенным риском развития акатизии, а также проявления седации [1].

Брекспипразол – это атипичное антипсихотическое средство, которое является агонистом серотониновых 5-HT1A- и дофаминовых D2-рецепторов, а также антагонистом серотониновых 5-HT2A-рецепторов. Препарат является эффективным при лечении обострений шизофрении, но обладает рядом побочных действий. При применении наблюдаются случаи акатазии, а также увеличение массы тела и повышение содержания триглицеридов в крови [7].

Зипрасидон является агонистом серотониновых 5-HT1A- и 5-HT2A-рецепторов и дофаминовых D2-рецепторов, также обладает способностью ингибировать обратный нейрональный транспорт серотонина и норадреналина. Препарат эффективен при лечении шизофрении. Среди побочных эффектов могут наблюдаться увеличение массы тела, гиперпролактинемия и удлинение интервала QT [2].

Илоперидон – антагонист дофаминовых D2-рецепторов и серотониновых 5-HT2A-рецепторов. По эффективности в лечении шизофрении препарат сравним с зипрасидоном и не уступает последнему в проявлении такого побочного эффекта, как удлинение интервала QT. При применении также наблюдается увеличение массы тела и седация [8].

Механизм действия карипразина основан на частичном агонизме к D2 и D3-рецепторам с преимущественным воздействием на D3 и частичном агонизме к 5-HT1A-рецепторам. Эффективность препарата сравнима с арипипразолом. Среди побочных эффектов наблюдается акатазия и прибавка в весе, а также незначительная пролонгация интервала QT и увеличение концентрации пролактина в крови [6].

Выводы. Таким образом, «атипичные» антипсихотические препараты второго поколения азенапин, арипипразол, брекспипразол, зипрасидон, илоперидон и карипразин являются эффективными в лечении шизофрении. В качестве частыхпобочных эффектов могут наблюдаться выраженные в различной степени акатизия, гиперпролактинемия, дислипидемия, повышение массы тела, увеличение интервала QT. Выбор препарата для лечения, в конечном итоге, зависит от индивидуальных особенностей пациента.

Список литературы.

1. Быков Ю.В., Беккер Р.А. Арипризол – уникальный антипсихотик с широким спектром применения в психиатрии: факты и перспективы // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19, № 4. С. 30-47.

2. Быков Ю.В., Беккер Р.А., Сюняков Т.С. Зипрасидон: баланс между эффектами, эффективностью и переносимостью // Психиатрия и психофармакотерапия. 2016. Т. 18, № 4. С. 52-62.

3. Фармакология / Д.А. Харкевич. 12-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 760 с.

4. Шизофрения: информационный бюллетень от апреля 2016 г. Источник: http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/ru/index.html. (дата обращения: 21.02.2019 год).

6. Шмуклер А.Б. Азенапин: применение в клинической практике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: - https://medi.ru/info/4929/, свободный. – (дата обращения: 21.02.2019 год).

7. Шмуклер А.Б. Карипразин – антипсихотик с новыми уникальныит потенциальными возможностями для лечения шизофрении и аффективных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 72-75.

8. DiefenderferLA, IuppaC. Brexpiprazole: areviewofanewtreatmentoptionforschizophreniaandmajorrepressivedisorder // Ment Health Clin. 2017. № 7. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007711/. – (дата обращения: 15.02.2019).

9. Iloperidone in the treatment of schizophrenia: an evidence-based review of its place in therapy / F.S. Tonin, A. Wiens, F. Fernandez-Llimos, R. Pontarolo // Dove press journal: Core Evidence. 2016. № 11. С. 49-61.

10. Shahid M. Asenapine: a novel psychopharmacologic agent with a unique human receptor signature [Электронныйресурс]. – Режимдоступа: – https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18308814, свободный. - (датаобращения: 22.02.2019).

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТАТИНАМИ СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОПЫТАХ НА КРЫСАХ

Кривцова А.С., Зиборова Д.В., Дрюпина А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Денисюк Т.А.

Актуальность исследования состоит в том, что сосудистый эндотелий играет важную роль в патогенезе многих соматических заболеваний. Особое значение изучение эндотелиальной дисфункции, способов коррекции нарушений с факторами врожденного иммунитета приобретает при инфекционной патологии.

Целью исследования является составление модели эндотоксин-индуцированной эндотелиальной дисфункции и проведение исследования протективной эффективности ингибиторов ГМГ-Ко-А-редуктазы.

Материалы и методы: осуществили сенсибилизацию лабораторного животного (крысы линии Wistar, m200-300г) (0,1 мл стафилококкового анатоксина подкожно), после этого через 24 часа произвели заражение штамма 603 Staphylococcus aureus, подкожно - 60 миллиардов микробных тел (в аналогичное место, что и анатоксин). Разработка данной модели позволила провести более длительное изучение сепсиса в динамике при 100% выживших экспериментальных животных.

Результаты и обсуждения.В процессе исследования обнаружено, что хронический септический процесс влияет на нормальное функционирование эндотелия. При проведении проб на эндотелий-зависимое (ацетилхолин) и эндотелий-независимое (нитроприссид) расслабление выявлено увеличение КЭД до 3,7±0,5, что выше проб интактных животных в 3 раза. Адренореактивность оказалась на 20% выше у животных с сепсис-индуцированной патологией, а миокардиальный резерв на 30% ниже.

Наибольшие изменения показателей выявлены при анализе значений биохимических маркеров. При данном анализе определено, что общее содержание конечных метаболитов NO (Тотал NO) резко увеличивалось у животных с патологией с 116,8±10,3 до182,3±12,4мкмоль/л. А с противоположной стороны экспрессия eNOS значительно снизилась, что демонстрирует более значительный вклад активации индуцибельной изоформы фермента (iNOS) в увеличение содержанияNO. Интегральный маркер воспалительных процессов в сосудистой стенке С-реактивный белок (СРБ) увеличивал свой уровень более чем в 7 раз, что является доказательством развития системного васкулита.

Подобная динамика наблюдается и относительно провоспалительных цитокинов ИЛ-6, их значение увеличивалось в 16 раз, и ФНО, он повысился в 2 раза. Ингибиторы ГМГ-Ко-А-редуктазы - симвастатин, аторвастатин и розувастатин оказывали протективное действие.

На практике в настоящее время статины применяются с целью

уменьшения риска коронарной смерти, развития инсульта, а также чтобы замедлить прогрессирование коронарного атеросклероза. Установлено, что статины, ингибируя фермент 3-гидрокси-3-метилглютарил-коэнзим А (ГМГ-КоА) редуктазу, снижают биосинтез холестерина в печени, уменьшают содержание в плазме крови и замедляют процесс его накопления в сосудистой стенке. К терапевтическому действию статинов относят коррекцию эндотелиальной дисфункции, регресс атеросклеротической бляшки, иммуномодулирующий, противовоспалительный и противотромботический эффекты, а также снижение пролиферации сосудистых гладкомышечных клеток. Современный «терапевтический каскад» статинов включает в себя применение их для лечения и профилактики ИБС (острого коронарного синдрома, стенокардии, инфаркта миокарда), периферического атеросклероза, хронической сердечной недостаточности, инсульта, деменции и остеопороза.

На данный момент времени дисфункция эндотелия (ДЭ) рассматривается в качестве раннего маркера развития и прогрессирования атеросклероза у лиц с артериальной гипертонией. В соответствии современным представлениям, эндотелий представляет собой монослой клеток, выстилающий внутреннюю поверхность сосудов, который является аутокринным, паракринным и эндокринным органом с многочисленными регуляторными функциями. Эндотелий принимает участие в регуляции сосудистого тонуса, иммунного ответа, гемостаза, синтеза факторов воспаления и их ингибиторов, миграции клеток крови в сосудистую стенку, осуществляет барьерные функции.

Выводы. Моделирование сепсис-индуцированной патологии, путем введения штамма 603 Staphylococcus aureus привило к развитию эндотелиальной дисфункции, при которой произошло увеличение КЭД в 3,7 раз, снижение миокардиального резерва и увеличение адренореактивности, а также увеличились стабильные метаболитыNOна фоне повышения значений маркеров воспаления С-реактивного белка и провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО. Ингибиторы ГМГ-Ко-А-редуктазы симвастатин, аторвастатин и розувастатин оказывали протективное действие.

Список литературы.

1. Богачева, В.В., Гардовская Д.Х. Маркеры сепсиса. XXI век / Терапевт. арх. – 2014. – Т. 86, № 3. – С. 111-114.

2. Локтионова И.Л., Покровский М.В., Рагулина В.А. и др. Состояние функции сосудистого эндотелия при инфекционной патологии различной этиологии / Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия медицина. Фармация. – 2012. – Т. 17/1, № 4 (123). – С. 20–31.

3. Покровский М.В., Артюшкова Е.Б., Покровская Т.Г Способы экспериментального моделирования эндотелиальной дисфункции // Аллергология и иммунология. 2008 Т. 9 № 3 С.327.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАПТОПРИЛА ПРИГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Куриляк М.М.
Пермский государственный медицинский университте им. академика Е.А. Вагнера
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – доцент Капитоненко Т.А.

Актуальность исследования состоит в том, что осложнения гипертонического криза при неправильном применении препаратов для его купирования могут привести к смерти пациентов, страдающих гипертонической болезнью. Поэтому в настоящее время следует знать препараты, которые эффективно и быстро смогут купировать гипертонический криз.

Целью исследования является изучение эффективности применения каптоприла при гипертоническом кризе.

Материалы и методы: анализируется статья с проведенным исследованием, в которое были включены 43 пациента с неосложненным гипертоническим кризом в возрасте от 39 до 72 лет. Исходное артериальное давление в среднем значении давало следующие показатели: систолическое – 185,9 мм.рт.ст.; диастолическое – 113,9 мм.рт.ст. Пациентам был назначен прием каптоприла внутрь, в дозе -25 мг. Для оценки эффективности действия препарата проводилось измерение АД через каждые 15 минут в течение 12 часов. Препарат считался эффективным, если АД снижалось в течение одного-двух часов на 15-25% по сравнению с исходным значением показателей.

Результаты и обсуждения: Для того, чтобы препарат считался эффективным, он должен отвечать следующим требованиям: 1) вызывать снижение артериального давления на 20% за 60-120 минут, 2) давать минимум или вовсе отсутствие побочных эффектов, 3) возможностью самостоятельного приема препарата без наблюдения лечащего врача, 4) доступностью применения и удобной лекарственной формой [2]. Применив эти требования в отношении каптоприла, можно утверждать, что этот препарат относится к группе эффективных средств, купирующих гипертонический криз.

Гипертонический криз – это состояние, которое характеризуется резким и быстрым повышением артериального давления выше 180/110 мм.рт.ст. Данное состояние необходимо немедленно купировать, так как такие высокие показатели артериального давления могут привести к инсульту и острой сердечной недостаточности. По классификации гипертонический криз бывает с осложненным и неосложненным течением. Криз с неосложненным течением быстро купируется приемом определенных лекарственных препаратов, например, каптоприлом, и не вызывает осложнений на сердце, головной мозг и почки.Данная форма гипертонического криза наиболее часто встречается в клинике. Реже наблюдается криз с осложненным течением, при котором происходит повреждение «органов-мишеней», таких как: головной мозг, сердце и легкие. Повреждения мозга могут проявляться инсультом геморрагическим

либо ишемическим с последующим развитием энцефалопатии. Повреждения легких сопровождаются отеком легких. Со стороны сердца осложнениями являются острый коронарный синдром и расслаивающая аневризма аорты. Резкое повышение артериального давления является особенно опасным для беременных женщин при эклампсии [3].

Чтобы понять, как влияет каптоприл наснижение артериального давления, нужно рассмотреть механизм его действия.Каптоприл ингибирует ангиотензин превращающий фермент (АПФ), тем самым не дает возможности ангиотензину-1 перейти в ангиотензин-2. Ангиотензин-2 оказывает сосудосуживающее действие и также стимулирует образование альдостерона. Если ангиотензин-2 активен, происходит торможение эндогенных вазодилятаторов – брадикинина и простагландина Е2. Поэтому очень важно блокировать образование ангиотензина-2. Также каптоприл усиливает выделение предсердного натрий-уретического пептида (ПНУП) и эндотелиального релаксирующего фактора, которые способствуют расширению сосудов. Говоря о метаболизме каптоприла, нужно сказать, что он хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь, но имеются некоторые особенности. Прием пищи снижает биодоступность на 30-75%, поэтому лучше его применять натощак [1]. Сублингвальное применение ускоряет всасывание препарата и увеличивает его биодоступность. Каптоприл хорошо проникает через плацентарный барьер и проникает в грудное молоко. Затруднено его прохождение через гемато-энцефалический барьер. Наболее ярко выраженными побочными эффектами каптоприла являются головная боль и ортостатическая гипотензия.

Эффективность действия каптоприла мы можем определить, проследив результаты анализируемого исследования. Во-первых, наблюдалась хорошая переносимость препарата у исследуемой группы. Побочных эффектов не наблюдалось. Снижение и систолического и диастолического артериального давления наблюдалось через 30 минут после приема препарата.Значимый эффект наблюдался примерно через 45 минут после его приема. Снижения либо увеличения частоты сердечных сокращений не наблюдалось. Максимальное снижение артериального давления наблюдалось через 150 минут.

Выводы. Проследив благоприятные изменения состояния пациентов с гипертоническим кризом при приеме каптоприла, можно отметить высокую эффективность его применения для купирования данного патологического состояния.

Список литературы.

1. Регистр лекарственных средств России. https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fpda.rlsnet.ru%2Fmnn_index_id_368.htm&cc_key= (Дата обращения 25.02.2019 год).

2. Терещенко С.Н., Джаиани Н.А., Гапонова Н.И. Сравнительная оценка эффективности применения карведилола и каптоприла при лечении неосложненного гипертонического криза. https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fcyberleninka.ru%2Farticle%2Fv%2F

sravnitelnaya-otsenka-effektivnosti-primeneniya-karvedilola-i-kaptoprila-pri-lechenii-neoslozhnennogo-gipertonicheskogo-kriza&cc_key= (Дата обращения 25.02.2019 год).

4. Lesson L.L. How to Mechanistically Diagnose and Correctly Treat a Hypertensive Crisis // AmJ. Hypertens 2001. № 14. С. 837-854.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ К АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ

Куртыкин Д.В., Кононов С.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – ассистент Кононов С.И.

Актуальность исследования. В последние несколько лет наблюдается рост фактор, способствующих увеличению антибиотикорезистентности у микроорганизмов: необоснованный выбор антибиотиков врачом вследствие отказа от проведения бактериологического исследования и определения качественной и количественной чувствительности микроорганизмов на рядовом врачебном приёме; отсутствие проведения повторных бактериологических анализов при несостоятельности антибактериальной терапии или недостаточной клинической эффективности; подбор нерациональных схем лечения (дозы антибиотиков и способы введения); бесконтрольный приём антибиотиков населением Земли; распространение в социальных сетях и в интернете в целом неточной и ошибочной информации о применении различных групп антибиотиков, о самолечении в домашних условиях; недобросовестное соблюдение законов о продаже лекарственных средств и запретов на реализацию антибиотиков без рецепта.Для предупреждения антибиотикорезистентности необходимо руководствоваться выделенными нами принципами [1,2,3,4,6].

Целью исследования − установить видовой состав культур микроорганизмов у пациентов с инфекционными заболеваниями орофациальной области. Определить резистентность и чувствительность микроорганизмов к различным антибиотикам. Выделить антибактериальные препараты, к которым наблюдается наиболее высокая сенситивность и резистентность у определённых микроорганизмов. Сравнить чувствительность эпидермального стафилококка к антибиотикотерапии в период с 2000 года по 2010 год с чувствительностью в период с 2011 по 2018 год.

Материалы и методы: работа с бактериологическими анализами пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии.

Результаты и обсуждения. При определении видового состава культур микроорганизмов нами было выявлено существенное преобладание культур стафилококков (73%). Среди стафилококков преобладающим являлся

эпидермальный (46%). Несколько реже встречался гемолитический стафилококк (27%).

Высокорезистентен эпидермальный стафилококк к оксациллину (60%) и рифампицину (67%). Высокосенситивен был эпидермальный стафилококка к ванкомицину (100%), клиндамицину (80%).

Гемолитический стафилококк показал высокую сенситивность к ванкомицину (100%), гентамицину (100%), ципрофлоксацину (100%). Высока резистентность гемолитического стафилококкка к эритромицину (100%).

Пиогенный стрептококк обладал умеренной резистентностью к левофлоксацину и эритромицину.

Кишечная палочка была высокочувствительна к офлоксацину (100%) и умеренно резистентна к гентамицину.

Для сравнения чувствительности эпидермального стафилококка к антибиотикотерапии в период с 2000 года по 2010 гг. с чувствительностью в период с 2011 по 2018 гг. были использованы данные из научной статьи [5]: (таблица 1).

Таблица 1. Сравнение чувствительности эпидермального стафилококка

Антибиотик	2000-2010 года	2011-2018 года
Ванкомицин	80%	100%
Клиндамицин	67%	80%
Оксациллин	60%	40%
Ципрофлоксацин	67%	60%
Эритромицин	67%	60%

Выводы. Как видно из таблицы 1, в период с 2011 по 2018 год сенситивность эпидермального стафилококка к ванкомицину и клиндамицину увеличилась на 20% и 13% соответственно по сравнению с сенситивностью в период с 2000 по 2010 год. Чувствительность к оксациллину, ципрофлоксацину и эритромицину снизилась на 20%, 7%, 7% соответственно.

С целью улучшения результатов антибактериальной терапии в будущем, необходим дальнейший контроль за динамикой антибиотикорезистентности, сравнение и интерпретация результатов, полученных в различных лечебно-профилактических учреждениях России.

Список литературы.

1. Аляутдин Р.Н. Фармакология: Учебник для вузов / Р.Н. Аляутдин – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 592 с.

2. Антибиотики в хирургии: учебное пособие для врачей / В.И Стручков, А.В. Григорян, Л.М. Недвецкая, В.К. Гостищев – М.: Медицина, 1973. – 304 с.

3. Муравянникова Ж.Г. Стоматологические заболевания и их профилактика: Учебник для сузов/Ж.Г. Муравянникова – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 446 с.

5. Сизенцов А.Н. Антибиотики и химиотерапевтические препараты: Учебник для вузов / А.Н. Синзенцов, И.А. Мисетов, И.Ф. Каримов – Оренбург: Бибком, 2012. – 560 с.
6. Харитонов Ю.М. Микробиологический мониторинг и антибактериальная терапия в лечении больных тяжелыми гнойными осложнениями челюстно-лицевой области и шеи / Ю.М. Харитонов, А.Л. Громов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. Т. 15. № 16-1 (111). – С. 165-169.
7. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник для вузов/Д.А. Харкевич – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 760 с.

ПРОБЛЕМА ПОИСКА НОВЫХ СПОСОБОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРИМЕРЕ ДИОКСАДЭТА И ЦИСПЛАТИНА

Ларина М.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – ассистент Кривошлыкова М.С.

Актуальность исследования. Онкологические заболевания – вторая из основных причин смертности в мире. По данным ВОЗ в 2018 году по всему миру от онкологических заболеваний умерло около 9,6 млн. человек, когда в 2012 году эта цифра была равна 8,2 млн. человек. В 2017 году в России впервые выявлено почти 541 тыс. онкобольных (более 617 тыс. новых опухолей), умерло от злокачественных новообразований 290,7 тыс. больных, что составляет 15,9% в общей структуре смертности (вторая причина после сердечнососудистых заболеваний). Около 40% впервые выявленных злокачественных новообразований имеют III-IV стадию заболевания, что обуславливает достаточно высокий показатель одногодичной летальности (22,5%) [2]. Именно поэтому проблема поиска более продуктивных путей применения противоопухолевых препаратов приобретает все большую актуальность с каждым годом.

Целью исследования является изучение проблемы поиска новых способов применения противоопухолевых препаратов на примере повышения противоопухолевой активности диоксадэта и цисплатина при гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии на модели распространенного рака яичника.

Материалы и методы: анализ научно-исследовательской литературы по исследуемому вопросу, материал статей и учебных пособий.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного исследования помогают с точностью сказать, что поиск более действенных путей применения противоопухолевых препаратов является важным и перспективным направлением в современной фармакологии.

Сегодня известно большое количество противоопухолевых препаратов: алкилирующие средства, антиметаболиты, антибиотики с противоопухолевой активностью, средства растительного происхождения, обладающие противоопухолевой активностью, гормональные препараты и антагонисты гормонов, применяемые при опухолевых заболеваниях, ферменты, эффективные при лечении опухолевых заболеваний, цитокины, моноклональные антитела. Однако, несмотря на подобное многообразие, необходимо искать другие противоопухолевые препараты или новые способы введения уже открытых, так как одним из важнейших факторов в лекарственной терапии злокачественных новообразований является привыкание опухолевых клеток к препаратам. Эту проблему можно временно решить путем комбинации противоопухолевых препаратов с разной структурой и различными механизмами действия, что замедляет процесс привыкания, но не остановит его полностью [3].

Одним из наиболее перспективных методов повышения эффективности лечения злокачественных новообразований всовременной клинической онкологииявляется гипертермия, которая часто применяется в комбинации с хирургической циторедукцией. Известно, чтогипертермиясама по себеоказывает противоопухолевое действие, а также способствует повышению цитотоксичности противоопухолевых препаратов и усиливает их проникновение в ткани, однако данный метод пока не входит в стандартылечения онкологическихбольных. Однойиз проблем, препятствующихраспространению гипертермическоголечения в клинике, являетсяотсутствиетехническогооснащения и трудоемкость выполнения. Системы безопасности здоровья нации Нидерландов и Франции рекомендуют гипертермическую интраперитонеальную химиоперфузию (ГИПХ) вкачестве стандарталечения канцероматоза брюшины толькопри раке толстой кишки; в других странах Европы и в России ГИПХ при меняют в зависимости от конкретного случая. ГИПХ может более широко использоваться интраоперационно при циторедуктивных операциях на брюшной полости: как самостоятельный метод лечения опухолей, которые поражают стенку брюшной полости, а также для профилактики канцеро-матоза брюшины. Применяемые сегодня противоопухолевые препараты при ГИПХ отличаются сравнительно высокой местной и системной токсичностью: болями после введения, образованиемспаек в брюшнойполости; развитием лейкопениии тромбоцитопении; поражениемпочек, печени, нервной системы. Для улучшения результатов лечения больных и снижения токсичности необходим поиск новых противоопухолевых препаратов. ВНИИ онкологии им. Н.Н. Петрова был разработан противоопухолевый препарат изгруппы алкилирующих соединенийэтилениминов − Диоксадэт, обладающий высоким контактнымпротивоопухолевым действием и более благоприятным профилем токсичности в сравнении с другими алкилирующими цитостатиками.

Рисунок 1. Влияние Диоксадэта и Цисплатина при гипертермической интраперитонеальной перфузии на выживаемость животных с опухолью яичников (кривые Каплана– Мейера)

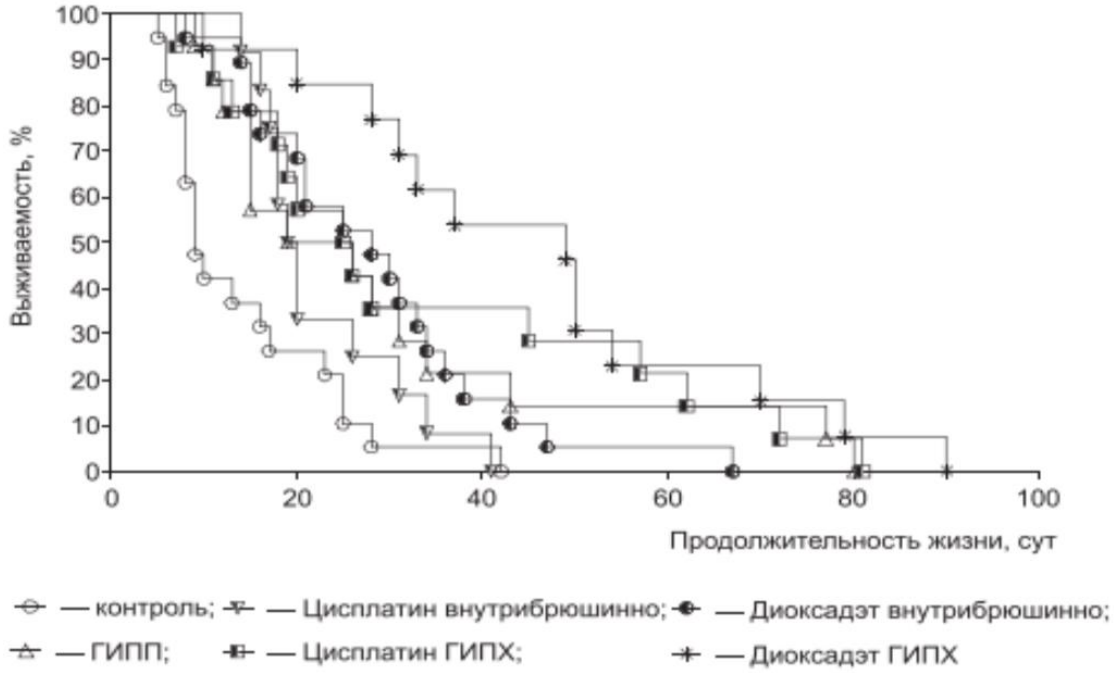


Рисунок 1. Влияние Диоксадэта и Цисплатина при гипертермической интраперитонеальной перфузии на выживаемость животных с опухолью яичников (кривые Каплана– Мейера)

На модели канцероматоза брюшины при раке яичника гипертермическаяинтраперитонеальная перфузия физиологическимрастворомоказываетпротивоопухолевое действие, сопоставимое с эффектами внутрибрюшинного введенияалкилирующих цитостатиков Цисплатина и Диоксадэта. При гипертермической интраперитонеальнойхимиоперфузииДиоксадэт оказывает существенноболеевыраженное противоопухолевое действие, чем Цисплатин, чтоимеетважноеклиническоезначение, таккакподобноеегоприменение позволяет снизить токсический эффект [1].

Выводы. Таким образом, исследование новых путей применения противоопухолевых средств способствует более продуктивной лекарственной терапии злокачественных новообразований и является перспективным направлением в развитии современной фармакологии.

Список литературы.

1. Беспалов, В.Г. Повышение противоопухолевой активности диоксадэта и цисплатина при гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии на модели распространенного рака яичника / Электронный научный журнал «INNOVA» // В.Г. Беспалов, О.А. Беляева, Г.С. Киреева, К.Ю. Сенчик, А.Н. Стуков, А.М. Беляев. − 2016. − С. 48-54.

2. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. − М. 2018. С. 4.

3. Харкевич, Д. А. Фармакология. Учебник для вузов / Д. А. Харкевич. − Москва: ГЭОТАР-Медиа. − 2005. − С. 643-661.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Леонидова К.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель - к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

Актуальность исследования. Одной из социально-важных проблем был и остается сахарный диабет 2 типа (СД2). Это связано его широкой распространенностью среди различных возрастных и социальных групп населения, а также ранней инвалидизацией и смертностью больных, страдающих данным заболеванием. Преждевременную инвалидизацию и смертностью больных СД2 прежде всего связывают с его макроваскулярными осложнениями. Наиболее часты атеросклеротические поражения коронарных и церебральных артерий. Около 60% всех нетравматических ампутаций нижних конечностей проводится в связи с синдромом диабетической стопы. Риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда возрастает более чем в 2 раза, патология почек −в 17 раз, риск развития гипертонической болезни – более чем в 3 раза.

СД типа 2 – гетерогенное заболевание. Необходимымусловием его эффективной терапии является воздействие на все известные звенья патогенеза этогозаболевания.

Общие принципы терапии:

1. Основное значение -рациональное питание и повышение физической активности;

2. Стратификация лечебной тактики в зависимости от исходного уровня HbA1c, выявленного при постановке диагноза СД 2 типа;

3. Выбор сахароснижающих препаратов в зависимости от доминирующей клинической проблемы;

4. Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню HbA1c осуществляется каждые 3 мес. Оценивать темп снижения HbA1c.

5. Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (т. е. при отсутствии достижения индивидуальных целей HbA1c).

Фармакотерапия сахарного диабета 2-го типа строится исходя из воздействия на основные патогенетические звенья данного заболевания:

− нарушение секреции инсулина;

− наличие инсулинорезистентности;

− повышение продукции глюкозы в печени;

− глюкозотоксичность.

Цель исследования − провести сравнительный анализ эффективности гипогликемических препаратов у больных сахарным диабетом второго типа.

Материалы и методы: статистические, графоаналитические, логические, контент-анализ.На основании анализа историй болезни было изучено влияние

двух групп препаратов: производные сульфонилмочевины (глибенкламид) и бигуанды (метформин).

Дозировка и кратность приема глибенкламида: средняя доза составляет 2.5-15 мг/сут, частота приема − 1-3 раза/сут.

Дозировка и кратность приема метформина: в виде монотерапии −500 мг, кратность приема − 1-3 раза/сут.

Результаты и обсуждения. Анализ историй болезни показал, что 35% больных был назначен глибенкламид, 65% больных получали метформин. На фоне проведенного лечения в обеих группах уровень глюкозы был снижен на 2,7 ммоль/л (71,5%). Уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) снизился с 11,6% до 6,5%.

На основании результатов исследований последних летлечение больныхтолько ПСМ недостаточно для решения проблемы компенсации СД2. В связи с вышеизложенным получило широкое применение метформина. Этому способствует изучение механизма действия данного препарата. Риск летального повышения в крови уровня молочной кислоты при приеме метформина в десятки раз ниже, чем при ПСМ.

Важнейшее звено механизма действия метформина (МФ) – снижение периферической инсулинорезистентности. Это достигается усилением киазной активности и процессов фосфорилирования инсулиновых рецепторов. Также повышаются эффекты инсулина: транскрипция, трансляция и синтез ключевых ферментов, ответственных за транслокацию собственных транспортеров глюкозы на плазматическую мембрану. Результатом является увеличение поглощения глюкозы печеночными, мышечными и жировыми клетками.

Механизм действия глибенкламида:

− увеличение секреции инсулина путем снижения порога раздражения глюкозой b-клеток поджелудочной железы;

− повышение чувствительности к инсулину и степень его связывания с клетками-мишенями;

− усиление влияния инсулина на поглощение глюкозы мышцами и печенью,

− замедление липолиза в жировой ткани.

Преимуществами бигуанидовявляются: сглаживание пиков гипогликемии после приема пищи, доступность в фиксированных комбинациях, улучшение липидного профиля (общий холестерин, LDL − холестерин, HDL − холестерина, триглицериды), артериальной гипертензии, уменьшает риск инфаркта, стабилизирует или снижает массу тела, низкая цена.

Недостатки: желудочно-кишечный дискомфорт, риск развития лактацидоза, диспептические явления.

Абсолютным противопоказанием являются тяжелая почечная и сердечная недостаточность.

Преимущества препаратов сульфонилмочевины: быстрое достижение эффекта, продолжительность действия до 24 часов, снижениериска микрососудистых осложнений, оказывают слабое диуретическое действие, нефро- и кардиопротекция, низкая цена.

Недостатки: риск гипогликемии, быстрое развитие резистентности, увеличение массы тела, рисквоздействия на сердечно-сосудистую безопасность в комбинации с МФ не изучен.

Выводы. Таким образом, по данным анализа историй болезни две группы препаратов имели аналогичную эффективность в снижении уровня глюкозы и HbA 1c, поэтому не было выявлено различий между метформином и глибенкламидом в отношении их влияния на уровниHbA 1c, однако важным достоинством сульфонилмочевины является возможность применения при почечной и сердечной недостаточности.

Список литературы.

1. Аляутдинов, Р.Н. Фармакология. / Р.Н. Аляутдинов. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-МЕД». −2016. – 315 с.
2. Государственный реестр лекарственных средств. – М. − 2014. – С. 1204.
3. Дедов, И. И. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет». / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, М.А. Максимова. –Методические рекомендации. – М. − 2014. – С.34.
4. Машковский, М. Д. Лекарственные средства – 15 издание. / М.Д. Машковский. – М.: РИА «Новая волна». −2012. – 1206 с.
5. Шашкова, Г.В. Справочник синонимов лекарственных средств. / Г.В. Шашкова, В.К. Ленахин, Н.В. Юргелб. – Издание 19-е, переработки и дополнения. М.: Фармединфо. −2018. – 512 с.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6» ЗА 2018 ГОД

Лукьянченко А.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальность исследования. Болезни органов дыхания являются одной из основных причин заболеваемости и смертности во все мире. Внебольничная пневмония (ВП) по-прежнему входит в число самых распространенных причин смерти во всем мире. Несмотря на то, что пневмонию принято относить к управляемым инфекционным заболеваниям, ежегодно фиксируется летальность, занимающая первые места среди инфекционных заболеваний [1]. Распространенность ВП среди взрослого населения России составляет 5-8 на 1000 человек. Наиболее высокая заболеваемость пневмонией среди взрослых отмечена в Уральском и Дальневосточном федеральных округах, наименьшая – в Центральном федеральном округе. В структуре смертности от болезней

органов дыхания в РФ в 2015 году на долю пневмоний приходилось 49,9%; смертность в 2016 году составила 21 на 100 тыс. населения [3, 4].

Исходя из вышеизложенных статистических данных проблема рациональной антибактериальной терапии ВП относится к числу наиболее актуальных с терапевтической позиции.

Цель исследования состояла в сравнительной оценке клинической эффективности антибактериального лечения больных внебольничной пневмонией в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6» за 2018 год.

Материалы и методы: в исследовании было использовано 386 историй болезни пациентов в возрасте от 21 до 89 лет (средний возраст 42±6 лет) с диагнозом внебольничная пневмония (сплошная выборка), находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 6» в период с января по декабрь 2018 года. Основными методами исследования при выполнении работы были статистический и аналитический. Для статистического анализа полученных результатов использовалась программы MicrosoftExcel и Stastica 7.0.

Исследование состояло из нескольких этапов. На первом этапе проведено изучение возбудителя ВП, определена их чувствительность и резистентность к различным группам антибактериальных препаратов. С этой целью проведен ретроспективный анализ результатов бактериологического исследования 386 образцов, полученных у больных.

На втором этапе уже производили непосредственно саму оценку клинической эффективности сравниваемых схем лечения. Для проведения оценки клинической эффективности антибактериальной терапии ВП были выбраны препараты, имеющие высокую активность в отношении наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии [2]. Эффективность различных вариантов антибактериальной терапии была изучена у 118 больных с диагнозом «внебольничная пневмония пневмония». Больные были разделены на следующие группы:

1 – получавшие комбинированную терапию: левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки внутривенно капельно и цефтазидим по 2 г 3 раза в сутки внутривенно капельно (n= 37);

2 – получавшие монотерапию амоксиклавом в дозе 1,2 г 3 раза в сутки внутривенно капельно (n=20);

3 – получавшие комбинированную терапию амикацином в дозе 1,5 г 1 раз в сутки внутривенно капельно и цефоперазон/сульбактам по 2 г 3 раза в сутки внутривенно капельно (n=34);

4 – получавшие монотерапию имипинемом по 1 г 3 раза в сутки внутривенно капельно (n=27).

Критериями клинической эффективности в 4-х рассматриваемых схемах антибактериальной терапии были следующие показатели: кашель, лихорадка, ЧДД, наличие хрипов, состояние пациента, уровень лейкоцитов, СОЭ, динамика рентгенологической картины, количество дней, проведённых в стационаре, летальность.

Результаты и обсуждения. При бактериологическом исследовании выявлены наиболее часто встречающиеся микроорганизмы: Klebsiella pneumoniae (34,2%), Streptococcus pneumoniae (21,4%), Pseudomonas aeruginosa (15%), Candida albicans (12%). Устойчивость выделенных микроорганизмов к исследуемым антибактериальным препаратам выявленаа в 91 случае (23,58%).

Результаты схем лечения исследуемых групп по показателям эффективности антибактериальной терапии представлена в таблице 1.

Таблица 1. Результаты схем лечения по показателям эффективности антибактериальной терапии.

Показатель	Группы больных			
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Длительность лихорадки	1,7±0,2	2,4±0,5	2,0±0,2	2,0±0,3
Полная нормализация рентгенологической картина	79,2%	58,3%	63,1%	80,3%
Количество лейкоцитов	7,0±0,2	7,3±0,3	7,5±0,3	6,7±0,2
СОЭ	6,3±0,4	6,8±0,4	6,7±0,3	7,0±0,2
Койко/день	12,5±0,8	18,1±1,1	13,7±1,1	7,41±0,4
Летальность	3	4	6	3

Сравнительная клинико-лабораторная оценка эффективности различных видов антибактериальной терапии показала, что в каждой группе больных ВП был достигнут положительный эффект. В каждой группе нормализация температуры происходила на 2-3 день от начала назначения антибиотиков. Практически в одинаковые сроки наблюдали разрешение инфильтрации в легких. При этом полная нормализация рентгенологической картины в легких несколько чаще была отмечена у 1 и 4 групп пациентов. В обеих группах больных ВП наблюдали нормализацию количества лейкоцитов в крови и СОЭ. В результате проведенного лечения средний койко/день в 4 группе оказался наименьший. По летальности наименьший показатель обнаружен также в 1 и 4 группе.

Таким образом, наиболее высокая клиническая эффективность антибактериальной терапии при ВП оказалась у 4 группы, больные которой получали монотерапию имипинемом по 1 г 3 раза в сутки внутривенно капельно.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония. Ред. совет: А.Г. Чучалин [и др.]. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 90 с.

2. Крылов А.А., Шацкая Е.Г. Анализ летальных исходов и пути улучшения диагностики и лечения острых пневмоний // Клиническая медицина. 1995. № 2. С. 26-29.

3. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях // Consilium medicum. Экстра-выпуск. 2002. С. 6-9.

4. GilbertK. Assessing prognosis and predicting patient outcomes in community-acquired pneumonia // Seminarsin respiratory infection. 2004. Vol. 9 (3). P. 140-152.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лысых А.А., Манахова Д.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальность исследования. Сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения занимают существенное место в структуре заболеваемости Российской Федерации. Высокую распространенность в настоящее время получила артериальная гипертензия (АГ). Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20-30% взрослого населения [2]. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50-65% у лиц старше 65 лет. Согласно статистике на 2018 год в России гипертонией страдают 40% населения, из них 58% составляют женщины и 37% мужчины. Должное лечение получают всего 48% женщин и 21% мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5% женщин и 5,7% мужчин. К сожалению, проблемы данного характера встречаются сейчас даже у детей: около 3,5% нынешних детей и подростков имеют гипертонию [5]. По прогнозам ученых, количество людей, страдающих от артериальной гипертензии, с каждым годом будет только расти. Это увеличение обусловлено радом факторов, среди которых демографическое старение населения, неправильное питание, низкая двигательная активность, избыточная масса тела и стрессовые ситуации. Осложнения АГ в ряде случаев могут стать причиной неблагоприятного исхода, а именно – смертельного. Поэтому в настоящее время особое внимание уделяется адекватной гипотензивной терапии, с учетом данных современной доказательной медицины [1].

Целью данного исследования явилось изучение особенностей назначения гипотензивных препаратов, применяемых в терапии больных гипертонической болезнью.

Задачи:

1. Выявить и анализировать частоту назначения препаратов «Гипосарт» (кандесартан) и «Тенорик» у пациентов с гипертонической болезнью.

2. Сравнить качество жизни больных, лечение которых проводится исследуемыми фармакологическими препаратами.

Материалы и методы: в ходе исследования было изучено 50 историй болезни пациентов, которые находились на амбулаторном лечении в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с 4 по 24 февраля 2019 года. Больные были разделены на 2 группы по 25 человек: в 1-ю группу вошли пациенты, лечение которых проводилось препаратом «Тенорик», а во 2-ю – кандесартаном. Методом исследования является статистическая обработка историй болезни пациентов с гипертонической болезнью.

Результаты и обсуждения: возраст больных колеблется от 40 до 80 лет. В 1 группе преобладает возраст от 56-65 лет, что составляет 28% от общего числа исследуемых пациентов, а во 2 – от 40 до 55 лет, что составляет 24% от общего количества больных с гипертонической болезнью. Также отметим, чтов 1 группе превалируют мужчины, а во 2 – женщины. Так, у больных гипертонической болезнью, лечившихся «Тенориком», 44% пациентов женского пола, 56% − мужского, а того же заболевания, но лечившихся канденсартаном 56% и 44% соответственно (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст / Пол	1 группа (n=25)				2 группа (n=25)			
	Мужской		Женский		Мужской		Женский	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
40-55	2	8	1	4	6	24	8	32
56-65	7	28	5	20	2	8	3	12
66-80	5	20	5	20	3	12	3	12

Большая часть пациентов с гипертонической болезнью находились на амбулаторном лечении в поликлинике ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» впервые.

Всем больным были проведены общие клинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, а также инструментальная диагностика, включающая ультразвуковое исследование сердца, обзорную рентгеноскопию органов грудной клетки и ЭКГ. Клинические симптомы у пациентов были схожими: головная боль, боли в области сердца, одышка, вызванная физической нагрузкой, отеки ног, нарушение зрения, а также повышенное артериальное давление (таблица 2)

Таблица 2. Частота встречаемости клинических симптомов

Симптомы	1 группа (n=25)		2 группа (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Повышенное АД	25	100	25	100
Головная боль	21	84	22	88
Боль в области сердца	17	68	15	60
Одышка, вызванная физ. Нагрузкой	11	44	13	52
Отеки ног	9	36	6	24
Нарушение зрения	1	4	2	8

При проведении лабораторных исследований выявлены неспецифические изменения: увеличение содержания эритроцитов, гемоглобина и показателя гематокрита, повышение уровня креатинина, мочевины, протеинурия.

Важно отметить, что при гипертонической болезни у пациентов имелись сопутствующие заболевания: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, дислипидемия, а также заболевания почек.

Всем больным были назначены препараты «Гипосарт» и «Тенорик» в составе комплексной терапии, при отсутствии противопоказаний и гиперчувствительности к препаратам. Для изучения эффективности действия гипотензивных препаратов было основано на прямом анкетировании пациентов, а также анализе амбулаторных карт (историй болезни). Полученные данные были обработаны программой «BioStat».

Преимуществом кандесартана является длительность действия антигипертензивного эффекта, что имеет большое значение в клинической практике [3]. Больным назначали препарат в дозе 16 мг/сут один раз в день – утром. В результате после недели приема лекарств наблюдалось заметное предотвращение повышения артериального давления в утренние часы, в ночное время, а также прослеживалась тенденция к снижению частоты сердечных сокращений, отмечалась метаболическая нейтральность. Эффект сохранялся даже через 48 часов после последнего приема лекарства. Следует также отметить, что улучшения в большей степени испытывали люди в категории 40-55 лет. Другая группа принимала тенорик в дозе 50/12,5 мг/сут. Через 2 недели лечения наблюдалось эффективное снижение давления у больных в пожилом возрасте, побочные эффекты в виде головной боли, гиперемии кожных покровов, брадикардии, резкого снижения АД, кашля не превышали нормы. Изменений со стороны метаболизма глюкозы, липидов и мочевой кислоты не наблюдалось.

Выводы. По результатам проведенного исследования видно, что удовлетворенность медицинской помощью испытывала 2 группа больных, лечившихся кандесартаном. При более длительном лечении этим препаратом наблюдались стойкое поддержание артериального давления на должном уровне, церебро- и кардиопротективные эффекты. Преимуществом также является возможность использования в лечении больных с сахарным диабетом.

Список литературы.

1. Биверс, Г. Артериальная гипертония/Г.Биверс,Г. Лип, Э.О. Брайенг; пер. с англ. под ред. В.И. Метелицы. − М.: БИНОМ, 2017. − 176 с.: ил. − Библиогр. в конце глав. − Предм. указ.: с. 161-175. − Прил.: с. 157-160.

2. Кобалава, Ж.Д. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.С. Моисеев. − М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 868 с.: ил. − (Б-ка врача-специалиста). −Библиогр.: с. 847-858. − Предм. указ.: с. 859-864.

3. Крюков, Н.Н. Артериальная гипертония и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля/ Н.Н. Крюков, П.И. Романчук;

Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава. − Самара: Волга-Бизнес, 2017. − 24 с.

4. Чазова, Н.Е. Комбинированная терапия артериальной гипертонии (итоги международной программы КЛИП-АККОРД) [Текст] / Н.Е. Чазова, Д.Г. Ратова // CONSILIUM MEDICUM. − 2015. − № 5. − С. 12-15. −Библиогр.: с. 15 (6 назв.).

5. Шустов, С.Б. Артериальная гипертензия в таблицах и схемах. Диагностика и лечение / С. Б. Шустов, А. В. Барсуков. −СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014. - 127 с.: таблица −Библиогр.: с. 117-124 (88 назв.).

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ МЕЛАТОНИНОМ

Ляшев А.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Маль Г.С.

Актуальность исследования. Развитие эндотелиальной дисфункции (ЭД) наблюдается при различных видах патологии, включая сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет. Она проявляется спазмом артериол вследствие дисбаланса сосудосуживающих и сосудорасширяющих факторов, усилением свертывания крови и агрегации тромбоцитов [5]. Важную роль в развитии ЭД играют усиление перекисного окисления липидов, повышение вязкости крови, нарушение барьерной функции эндотелия [7]. Несмотря на значимые успехи в лечении и профилактике ЭД поиск новых средств для ее коррекции сохраняет свою актуальность. В этой связи особый интерес исследователей вызывает эпифизарный гормон мелатонин, который обладает уникальной совокупностью свойств. Он проявляет антиоксидантное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие, предупреждает нарушения в гипоталамо-гипофизарной оси [1, 2, 3].

Целью работы явилось изучение влияния мелатонина на развитие ЭД при экспериментальном сахарном диабете.

Материалы и методы: работа выполнена на 32 крысах-самцах Вистар массой 220-250 г. 8 животных оставались интактными, остальным моделировали сахарный диабет, путем внутривенного введения раствора стрептозотоцина в дозе 45 мг/кг. Спустя 72 часа в крови животных определяли содержание глюкозы. Для дальнейших экспериментов использовали крыс, у которых уровень глюкозы был 12 ммоль/л и выше.

Мелатонин вводили экспериментальным животным 1 раз в день внутрижелудочно в дозе 1,0 мг/кг в течение 28 дней в объеме 0,5 мл физиологического раствора. Указанная доза была выбрана на основании данных литературы [3, 6]. В качестве препарата сравнения был использован сулодексид, который применяли внутрижелудочно в дозе 30ЕВЛ (единицы

высвобождения липопротеидлипазы) в течение 28 дней в объеме 0,5 мл физиологического раствора. Контрольным животным аналогично внутрижелудочно вводили физиологический раствор. Животных выводили из опыта на 28 сутки эксперимента. В крови животных измеряли концентрацию фактора Виллебранда с помощью стандартных наборов фирмы «Ренам» (Россия). Количество в крови десквамированных клеток эндотелия определяли по методу, предложенному Петрищевым Н.Н. и соавт. (2001) [4]. Исследования проводили с соблюдением положений, изложенных в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации о гуманном отношении к лабораторным животным (2000 г.), директивы Европейского сообщества (86/609ЕС). Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты и обсуждение. У контрольных животных на 28 сутки эксперимента отмечается увеличение количества десквамированных эндотелиальных клеток в 3,06 раза ($p<0,001$), концентрации фактора Виллебранда в 1,92 раза по сравнению с интактными крысами ($p<0,001$). Указанные изменения говорят о развитии ЭД у крыс, которым моделировали сахарный диабет.

У крыс с сахарным диабетом, получавших мелатонин в дозе 1,0 мг/кг ежедневно в течение 28 дней внутрижелудочно, установлено снижение количества десквамированных эндотелиальных клеток на 15,3% ($p<0,001$), концентрации фактора Виллебранда на 28,7% по сравнению с животными контрольной группы ($p<0,001$). При введении сулодексида также наблюдалось уменьшение циркулирующих в крови десквамированных эндотелиальных клеток на 16,7% и концентрации фактора Виллебранда на 26,8%по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). При этом не установлено статистически достоверных различий в изучаемых показателях между животными с сахарным диабетом, получавшими мелатонин и сулодексид.

Представленные результаты указывают на наличие у мелатонина корригирующего действия на развитие эндотелиальной дисфункции. Подавление процессов перекисного окисления липидов, снижение продукции провоспалительных цитокинов являются, по нашему мнению, возможными механизмами действия мелатонина. Также перспективным представляется использование мелатонина в комбинации с известными вазопротекторами для коррекции ЭД.

Выводы. При сахарном диабете у экспериментальных животных наблюдается развитие ЭД, что проявляется повышением количества циркулирующих десквамированных клеток эндотелия и концентрации фактора Виллебранда в крови.

Применение мелатонина в дозе 1,0 мг/кг массы тела ежедневно в течение 28 дней корригирует ЭД у крыс с экспериментальным сахарным диабетом.

Список литературы.

1. Арушанян Э.Б. Ограничение оксидативного стресса как главный фактор универсальных защитных свойств мелатонина. Эксперим. и клин. фармакология. 2012; (5): 44-49.
2. Арушанян Э.Б., Наумов С.С. Противовоспалительный потенциал мелатонина. Клиническая медицина. 2013; (7):18-22.
3. Перцов С.С. Мелатонин в системных механизмах эмоционального стресса 2011. М., Наука. 232 с.
4. Петрищев Н.Н., Беркович О.А., Власов Т.Д. и др. Диагностическая ценность определения десквамированных эндотелиальных клеток в крови. Клин. лабор. диагностика. 2001; (1):50-52.
6. Петрищев Н.Н. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция. 2003. СПб. Изд-во СПбГМУ. 183с.
6. Сериков В.С., Ляшев Ю.Д. Влияние мелатонина на перекисное окисление липидов и активность антиоксидантных ферментов в крови и печени крыс при многократных стрессорных воздействиях. Рос. физиол. журн. 2013; (11):1294-1299.
7. Тюренков И.Н., Воронков А.В., Слиецанс А.А. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии сосудистых осложнений сахарного диабета. Патол. физиол. и эксперим. терапия. 2013; (2):82-84.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ ПРЕПАРАТАМИ ПУСТЫРНИКА И ВАЛЕРИАНЫ

Малетин С.Э

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальность исследования. Невротические расстройства занимают существенное место в структуре заболеваемости Российской Федерации в наше время. В последние годы наблюдается прогрессирующий рост количества обращений за медицинской помощью из-за неврозов. При изучении этиологии неврозов было выделено два основных этиологических фактора. Психологические особенности индивидуума, такие как отношение с социальной средой, аспекты детского воспитания и другие уникальные моменты становления личности стоят наравне с вегетативными аспектами [4].Физиологические факторы, например, функциональная недостаточность нейромедиаторных систем, делает людей более уязвимыми к психогенным воздействиям [2]. Невротические расстройства, в частности неврозы, являются одной из самых важных и востребованных проблем в неврологии. Доказательством служит тот факт, что данная патология затрагивает все слои населения, в независимости от пола, возраста, профессии. Жизнь этих больных находится под постоянной угрозой повторных возникновений заболеваний,

сезонных обострений и ухудшения состояния. Неврозы являются частой причиной потери физической активности среди всех возрастных групп, снижения эффективности труда, а также ухудшения экономического состояния и эмоционального фона населения. Именно поэтому выбор наиболее эффективных препаратов поможет улучшить качество жизни граждан Российской Федерации, а также экономический потенциал страны.

Целью исследования является изучение эффективности действия препаратов валерианы и пустырника на основании объективных и субъективных критериев и параметров качества жизни пациентов.

Материалы и методы: в исследование было включено 50 человек, которые находились на амбулаторном лечении в поликлинике БМУ «Курская областная клиническая больница» в период с ноября 2018года по февраль 2019 года.Больные были разделены на 2 группы по 25 человек: в 1-ю группу вошли пациенты, которым в составе комплексной терапии были назначены препараты валерианы, а во 2-ую группу вошли пациенты, которым в составе комплексной терапии были назначены препараты пустырника.

Таблица 1.Распределение больных по возрасту

Возраст	1 группа (n=25)		2 группа (n=25)	
	Абсолютное количество	Относительное количество, %	Абсолютное количество	Относительное количество,%
18-30	3	12%	5	20%
31-50	15	60%	14	56%
51-70	7	28%	6	24%

Из таблицы 1 видно, что возраст больных колеблется от 18 до 70 лет, но преобладает возраст 31-50 лет, что составляет 58% от общего числа исследуемых пациентов.

Результаты и обсуждения. Большая часть пациентов находилась на амбулаторном лечении в поликлинике БМУ «Курская областная клиническая больница» впервые.

Всем больным были проведены общие клинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, а также инструментальная диагностика, включающая ультразвуковое исследование сердца, обзорную рентгеноскопию органов грудной клетки и ЭКГ, исследование основных рефлексов. Клинические симптомы пораженной конечности были схожими: раздражительность, изменчивость настроения, тревожность, проблемы в общении, головная боль, расстройства сна, нарушение когнитивных функций, усталость, утомляемость, диспептические расстройства.Важно отметить, что при неврозах у больных имелись сопутствующие заболевания: вегетососудистая дистония, психалгия, фобии [3]. Всем больным были назначены препараты валерианы и пустырника в составе комплексной терапии, при отсутствии противопоказаний и гиперчувствительности к препаратм, а также была рекомендована психотерапия [1]. Для купирования панических атак и других критических состояний были выписаны нейролептики,

антидепрессанты и транквилизаторы. Изучение эффективности действия растительных седативных препаратов было основано на прямом анкетировании пациентов, а также анализе амбулаторных карт (историй болезни). Результаты были обработаны программой «BioStat»

Результаты исследования: в основной группе исследуемых (31-50 лет) эффективность пустырника была выше при курсовом лечении неврозов. Так же при преобладании вегетативных расстройств, предпочтение отдавалась в пользу последнего. Препараты валерианы наоборот проявили эффективность в более короткие сроки (выраженный седативный эффект наблюдался уже после тридцати минут после приема), также наблюдалось потенцирование угнетения ЦНС при одновременном приеме с другими препаратами, имеется больше число и частота возникновений нежелательных эффектов, таких как слабость, снижение работоспособности, подавленность и вялость, особенно при применении высоких доз препарата.

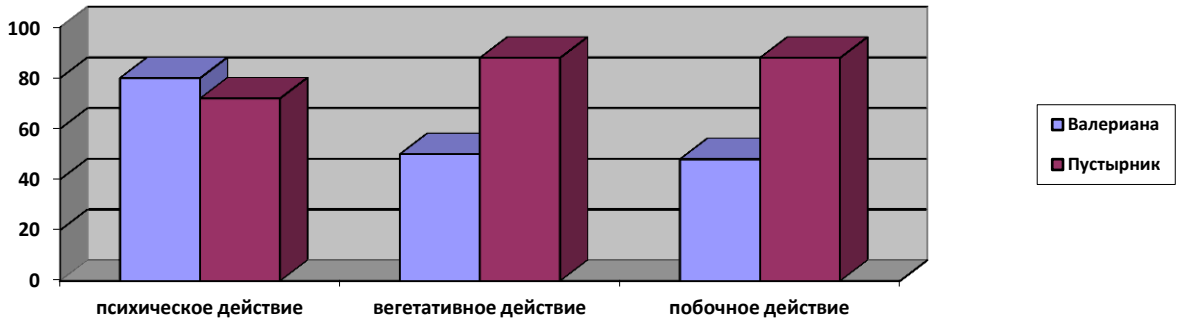


Диаграмма 1.Удовлетворенность препаратами, %

Выводы. Из представленной диаграммы видно, что удовлетворенность назначенными препаратами выше в группе пациентов, которые использовали пустырник в среднем на 22%. При длительном лечении эффективность препаратов пустырника выше, чем у валерианы. Более выраженное воздействие на вегетативные функциинаблюдалось также у препаратов пустырника.

Список литературы.

1. Авдеева Т.И. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных расстройств // Врач. – 2008.– № 11. – С.49-52.

2. Воробьева О.В. Стресс–индуцированные психовегетативные реакции // РМЖ. – 2005.– Т. 13, № 12. – С.798-802.

3. Соловьева Э.Ю. Диагностика и лечение тревожных расстройств врачом общей практики // Справочник поликлинического врача. – 2008.– № 6. – С.43-47.

4. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / Пер. с англ. А.Б.Хавина. М.: Академический проект, 2004.

КАРДИОТОКСИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Милицкая М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Маль Г.С.

Актуальность исследования. Онкологические заболевания в современном мире занимают, к сожалению, лидирующие позиции по смертности населения.Каждый пятый мужчина и каждая шестая женщина заболеют раком на
каком-либо этапе жизни. Об этом сообщаетВсемирная организация здравоохранения, исходя из показателей 2018 года. В минувшем году, по оценкам экспертов, врачи диагностировали более 18 млн новых случаев онкологических заболеваний и около 9,6 млн человек скончались от этой болезни. Половина всех случаев онкозаболеваний приходится на страны Азии, европейские страны – 23,4% от всемирной заболеваемости. На 2018 год Россия занимает 5-ое место в мире по числу смертей онкологических больных [2].Такая распространенность опухолевых заболеваний не может не беспокоить. Поэтому по всему миру синтезируются новые и усовершенствуются уже имеющиеся лекарственные препараты. При всей своей эффективности, к сожалению, невозможно добиться полного устранения побочного действия препаратов. Токсический эффект оказываемый на сердечно-сосудистую и кроветворную системы зачастую может оказаться фатальным для пациента. Побочные эффекты неизбежны, однако степень их выраженности и силы различна у препаратов разных групп [2].

Исследования кардиотоксичности препаратов группы антрациклиновпоказали, что в своей группе наиболее токсичным является доксорубицин, который вызывает тяжелый побочные эффекты, вплоть до острой сердечной недостаточности, которая может привести к летальному исходу [8]. Эпирубицин же является препаратом, заменяющим доксорубицин. Он вызываает гораздо меньше токсических эффектов, однако является менее эффективным в отношении опухоли и требует большей дозы [3,6]. Тем не менее в исследовании японских ученых было доказано, чторозмариновая кислота снижает токсичность доксорубицина, кислота облегчает апоптоз кардиомиоцитов с помощью фибробластов сердца при доксорубицин-индуцированной кардиотоксичности [9].

Группа флеомицинов является менее токсичной в отношении сердечно-сосудистой системы. Чаще страдает кроветворная система, что выражается анемией, лейкоцитемией, тромбоцитопенией. Однако, в клиническом наблюдении было отмечено, что больной получавший терапию по схеме ABVD (блеомицин 15 мг, винбластин 10 мг, доксорубицин 40 мг и дакарбазин 670 мг) через 14 дней после терапии поступил в реанимацию в предынфарктном состоянии. После начала терапии антикоагулянтами и диуретиками у больного развилась тяжелейшая брадикардия, судорожный припадок и фибрилляция

желудочков, закончившаяся летально. Вскрытие показало, что на фоне введения стандартных доз противоопухолевых препаратов развился тромбоз стенозированной коронарной артерии, что усугубило уже имевшуюся коронарную недостаточность [3].

Другие же антибиотики доказали свою эффективность в исследовании восстановительного периода после лазерной коррекции первичной открытоугольной глаукомы. Только пациенты принимавшие митомицин прошли реабилитацию без осложнений и им не потребовалась вторичная коррекция лазером [5].

Вклиническом исследовании эффективности и переносимости перорального винорелбина при метастатическом раке молочной железы наблюдалось 17 больных Самарского областного онкологического диспансера. В ходе исследования было обнаружено, что одним из недостатков парентеральных форм данного препарата является токсическое воздействие на эндотелий внутренней оболочки вены. Вследствие химического взаимодействия развивается флебит, а позже – склеротическое изменение стенки вены. Во избежание описанного побочного действия разработана пероральная формапрепаратов [4].

Исследования токсичности препаратов алкалоидов тисового дерева показали, что доцекацел имеет самый выраженных побочный эффект на сердечно-сосудистую систему. Помимо диспептических расстройств, у пациентов с местнораспространенным плоскоклеточным раком глотки и полости рта, развился инфаркт миокарда (4 пациента из 34), острое нарушение мозгового кровообращения (2пациента из 17) [1].Японскими учеными было обнаружено, что благодаря заместительной терапии кабазитакселом, снизилось токсическое действие доцетаксела на систему крови. Изначально тяжелейшая нейтропения и анемия наблюдалась у 70% испытуемых, но после начала использования кабазитаксела токсичность снизилась у 63% пациентов [7].

Выводы. За последние 5 лет произведено множество клинических исследований противоопухолевых препаратов и выявление степени их токсичности, в частности на кровеносную систему. Более детального изучения требовали препараты группы антрациклинов (даунорубицин, доксорубицин), иксабепилон, таксаны (доцетаксел, палитаксел, кабазитаксел). Их эффективность, несомненно, была подтверждена, но также и выявлен ряд побочных эффектов, преодолеть которые предстоит в будущем.

Список литературы

1. Алиева С.Б., Ткачев С.И.,Романов И.С., и др Доцетаксел в комплексном лечении местнораспространенного плоскоклеточного рака глотки и полости рта. // Вопросы онкологии.2018. Т56, № 5.С. 597-602.

2. Всемирная статистика здравоохранения 2018: мониторинг здоровья для ЦУР [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/ (дата обращения 09.03.2019).

3. Гендлин Г.Е.,Клюшина Г.М.,Лепков С.В. и др. Острые сердечно-сосудистые события во время применения противоопухолевых

химиопрепаратов: клинические наблюдения// Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. 2014.Т4, № 2.С. 155-164.

4. Королева И.А., Копп М.В., Косталанова Ю.В. и др.Эффективность и переносимость перорального винорелбина при метастатическом раке молочной железы// Медицинский алфавит.2017.Т.2, № 25.С. 35-38.

6. Рогачев И.Н. Исследование влияния препаратов митомицин и дексаметазон на продолжительность гипотензивного эффекта лазертрабекулопунктуры у больных первичной открытоугольной глаукомой // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: естественные, технические и медицинские науки.2014.№ 3. С. 254-256.

7. Хугаева О.В., Яворская Н.П., Голубева И.С. и др. Сравнительное изучение противоопухолевой активности различных лекарственных форм митоксантрона// Российский биотерапевтический журнал.2014.Т.9, № 3.С. 51-54.

8. Shiota M. Efficacy and safety of cabazitaxel for castration-resistant prostate cancer in patients with > 10 cycles of docetaxel chemotherapy: a multi-institutional study // Med Oncol. 2019.№ 36 (4).P. 32.

9. Toroz D. A computational study of Anthracyclines interacting with lipid bilayers: Correlation of membrane insertion rates, orientation effects and localisation with cytotoxicity// Sci Rep.2019.№ 9 (1). P. 2155.

10. Zhang X., Zhu JX., Ma ZG. et al.Rosmarinic acid alleviates cardiomyocyte apoptosis via cardiac fibroblast in doxorubicin-induced cardiotoxicity// Int J Biol Sci.2019. № 15 (3).P. 556-567.

К ВОПРОСУ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К КОРРЕКЦИИНАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Миронова Д.Ю., Ястребов В.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Маль Г.С.

Актуальность исследования. Ишемическая болезнь сердца – это патологическое состояние, вызванное относительным или абсолютным дефицитом кровоснабжения сердечной мышцы вследствие поражения коронарных сосудов. Это понятие подразумевает под собой острые и хронические изменения, в основе которых находятся ишемия и изменения миокарда, обусловленные сужением просвета сосудов сердца, вызванных атеросклерозом [5]. Основная причина повреждения коронарных артерий − атеросклероз. Ведущую роль в патогенетическом процессе атеросклеротических изменений в сосудах связывают с повышением уровня ЛНП и ЛОНП и уменьшением содержания ЛВП [5].

Также существует гипотеза о непосредственном влиянии вирусов на клетки эндотелия сосудов, которая нуждается в дальнейшем изучении. Имеются достоверные доказательства процессов иммунного воспаления, вызванного вирусными факторами [2]. ОРВИ провоцируют реакцию воспаления с нарушением эндотелия. Например, аденовирусы провоцируют выработку клетками печенибелков острой фазы с развитием нарушения обмена липидов [6]. При гриппе увеличивается содержание в клетке модифицированных ЛНП [3].

Целью исследования является поиск наиболее оптимальной схемы лечения гиперлипидемии в условиях воспалительного процесса.

Материалы и методы: в данном исследование участвовали 70 пациентов ИБС стенокардией напряжения 1-2 ФК, 55 из которых – с сопутствующей инфекционной патологией (острая вирусная инфекция).

Критерии включения пациентов в исследование представлены таким образом: острый инфекционный процесс, вызванный вирусом гриппа или ЦМВ или C. pneumoniae; мужчины в возрасте 41-60 лет; женщины в постменопаузальном периоде в возрасте 41-60 лет; стабильная стенокардия напряжения I-II ФК [1]; наличие ГЛП 2а или 2б типа [1]; отсутствие противопоказаний к назначению ингибиторовГМГ-КоА-редуктазы; пациенты которые раньше, получали статины в качестве гиполипидемической терапии; наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании.

С целью изучения возможности связи между про- и противоспалительных цитокинов с выраженностью ответа при лекарственной коррекции гиперлипидемии у больных ишемической болезнью сердца препаратом − розувастатин в дозе 10 мг/сут., проведено генотипирование полиморфизмов генов: –511C>T (rs16944) IL-1β, –174G>C (rs1800795) IL-6, –589C>T (rs2243250) IL-4, –1082G>A (rs1800896) IL-10.

Результаты и обсуждения. У пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца на этапе скрининга (I визит) при фармакологической коррекции розувастатином критерием проявления эффекта было достижение целевого ХС ЛНП у 66,8% больных, среди которых с изолированной ГХС – 37% больных с сочетанной ГХС – 29,8% достигли целевого ХС ЛНП на фоне проводимой терапии. На следующем скрининге (II визит) было выявлено, что часть пациентов были госпитализировани в инфекционный стационар по причине острой респираторной инфекцией. Присоединение ОРВИ повлекло изменение параметров липидного спектра, что требовало иного подхода к коррекции гиперлипидемии у больных ИБС в условиях ОРВИ. Пациенты с ИБС в условиях ОРВИ с изолированной и сочетанной ГХС на этапе лекарственной коррекции розувастатином разделились на 2 группы по достижению целевого уровня ХС ЛНП. Фармакологическая коррекция происходила параллельно в двух группах стартовым препаратом - розувастатин 10 мг/сут. с последующим увеличением дозы у больных, не достигших целевых значений по показателю ХС ЛНП (1,8 ммоль/л). В связи с этим, описание результатов исследования проводилось, начиная с монотерапии статином от момента включения до 12 недели исследования.

При фармакологической коррекции ГЛП розувастатином 10 мг/сут. на IIвизите (при присоединении вирусной инфекции) выявлено увеличение показателей липидтранспортной системы соответственно у пациентов с изолированной ГХС в сравнении с амбулаторным этапом наблюдения как у мужчин, так и у женщин. Утрата полученного целевого уровня зарегистрирована у 6% пациентов с изолированой ГХС с 38% до 32%. Отсюда следует вывод, что не потребовалось изменения подхода к лекарственной коррекции ГЛП в соподчинении с этиологическим фактором развития острого инфекционного процесса.

Коррекция ГЛП розувастатином в дозе 10мг/сут. привела к получению целевого ХС ЛНП при динамическом наблюдении у пациентов с сопутствующим заболеванием (ИБС+ОРВИ) у 46% больных при скрининге (III визит), что мотивировало повышение дозы до 20 мг/сут. Доза розувастатина 10 мг/сут. для пациентов без симптомов ОРВИ не изменялась в связи со стойким достижением целевого ХС на всех этапах наблюдения, что послужило причиной для сохранения прежней дозы.

При лекарственной коррекции ГЛП розувастатином критерием проявления гиполипидемического эффекта стало достижение целевого ХС ЛНП у 67% исследуемых пациентов ЛНП к 12-й неделе терапии розувастатином, среди которых – 43% пациентов с сочетанной патологией (ИБС+ОРВИ) достигли целевого уровня ХС ЛНП при лекарственнойкоррекции ГЛП при изменении дозового режимарозувастатина.33%больных при терапии розувастатином в течение 12-ти недель не достигли целевого ХС, что мотивировало поиск механизмов, которые могли бы лежить в основе лекарственной устойчивости.

Так, оценив процент снижения параметров липидного спектра к 12-й неделе наблюдения получено, что у женщин с сочетанной с изолированной ГЛП ХС снизился на 10%, у мужчин на 9,2%, для больных с сочетанной ГЛП эти показатели составили 8,3% и 7,9% соответственно.

Анализ изменений толщины КИМ при приеме розувастатина 10 мг/сут. у пациентов с ИБС с изолированной ГХС (pI-VI<0,05) продемонстрировал регресс толщины КИМ на 9%, а у пациентов с сочетанной ГХС (pI-VI<0,05) – 8,8%. Статистически значимых различий (p>0,05) в группах среди больных с изолированной и сочетанной ГХС не выявлено.

Проанализировав зависимость выраженности гиполипидемического эффекта различного дозового режима розувастатина от носительства генов цитокинов, было получено, что генотипы –511CT (IL-1β), –174GG (IL-6), –1082AA (IL-10) сопряжены с недостижением целевого уровня ХС ЛНП при лекарственной коррекции ГЛП у больных ишемической болезнью сердца с различными типами ГХС в условиях острого воспаления розувастатином 10мг/сут. Титрация дозы до 20 мг/сут. способствовала достижению целевого ХС ЛНП при индивидуализации к фармакотерапии ГЛП у носителей данных генотипов при изолированной ГХС, для сочетанной ГХС требовалось повышение дозы до 40 мг/сут. В контрольной группе выявлена такая же

закономерность, но, полученицелевогоуровня ХС ЛНП при применении розувастатина в дозе 20мг/сут. получено у больных с сочетанной ГХС.

Выводы. На основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что полученные зависимости позволяют сформулировать алгоритм генетического тестирования больных ИБС с различными типамидля выбора оптимального дозового режима фармакологической коррекции ГЛП ГХС в условиях ОРВИ.

Список литературы.

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (V пересмотр) // Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – № 4. – С. 5-54.

2. Закирова, Н.Э. Иммуновоспалительные реакции при стабильном течении ишемической болезни сердца / Н.Э. Закирова, А.Н. Закирова, И.Е. Николаева // Мед. вестн. Башкортостана. – 2012. – Т. 7, № 4. – С. 26-28.

3. Максимов, М.Л. Выбор между оригиналом и дженериком в повседневной практике / М.Л. Максимов // Лечебное дело. – 2012. – № 1. – С. 44-50.

4. Association between Polymorphisms in IL-16 Genesand Coronary Heart Disease risk / T. Hai-Feng, W. Wei, Y. Yuan-Yuan [et al.] // Pak. J. Med. Sci. –2013. – Vol. 29, N 4. – P. 1033-1037.

5. Cho, K.H. Biomedicinal implications of high-density lipoprotein: its composition, structure, functions, and clinical applications / K.H. Cho // BMB Rep. – 2009. – Vol. 42, N 7. – P. 393-400.

6. Osteocalcin expression by circulating endothelial progenitor cells in patients with coronary atherosclerosis / M. Gössl, U.I. Mödder, E.J. Atkinson [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 52, N 16. – P. 1314-1325.

ОЦЕНКАИНФОРМИРОВАННОСТИПАЦИЕНТОВОНОВЫХЛЕКАРСТВЕННЫХФОРМАХ

Монастырева Д.Р.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В

Актуальность исследования. Ежегодно изобретается и выпускается в производство большое количество новых лекарственных форм известных препаратов [2]. Однако многие пациенты об этом не подозревают. Более того, в 54% случаев пациент отказывается от приема лекарственных средств [1]. Одной из ключевых причин подобного отказа является неудобная лекарственная форма.

Цель исследования – оценить информированность пациентов Курских больниц о новых лекарственных формах.

Материалы и методы: произведен анализ данных 60 пациентов, проходивших лечение в отделениях БМУ «Курская областная клиническая больница» и ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период 2018-2019 годы. Всем пациентам было предложено пройти авторскую анкету из 9 пунктов. Анкета включала вопросы о возрасте, образовании, состоянии здоровья и, непосредственно, информированности о современных лекарственных формах. На вопросы пациент отвечал самостоятельно, ориентируясь на свои знания и ощущения. Участие в анкетировании было добровольным, поэтому его результаты отражают мнение наиболее активных лиц, что может не соответствовать объективной оценке.

Пациенты были разделены на две группы. В состав первой группы вошло 30 пациентов, возраст которых составил от 20 до 40 лет.Во вторую группу (30 больных) вошли пациенты в возрасте от 40 до 60 лет. Подавляющее большинство пациентов представлено женщинами в возрасте от 20 до 40 лет.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов программы MicrosoftOfficeExcel 2007.

Результаты и обсуждения. Образование в исследуемых группах различалось (таблица 1).

Таблица 1. Состав пациентов по образованию

Образование	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс	%	Абс	%
Среднее	0	0%	4	13%
Среднее специальное	4	13%	15	50%
Высшее (неоконченное высшее)	26	87%	11	37%

Из таблицы видно, что среди пациентов второй группы преобладают люди со средним специальным образованием. Среди пациентов первой – люди с высшим (неоконченным высшим) образованием.

Личное мнение опрошенных о состоянии своего здоровья представлено в таблице 2.

Таблица 2. Оценка состояния здоровья

Оценка своего здоровья	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс	%	Абс	%
Хорошее	10	33%	7	23%
Удовлетворительное	17	57%	13	43%
Плохое	3	10%	10	33%

Из таблицы видно, что подавляющее число пациентов считают состояние своего здоровья удовлетворительным.

Частота употребления лекарственных средств колебалась. Во второй группе частота регулярного употребления лекарств возросла на 53%.Пациенты,

вообще не принимающие лекарства, во второй группе отсутствуют, что видно в таблице 3.

Таблица 3. Частота употребления лекарств

Частота употребления лекарств	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс	%	Абс	%
Принимаю регулярно	3	10%	19	63%
Принимаю по необходимости	20	67%	7	23%
Принимаю редко	5	17%	4	13%
Не принимаю	2	7%	0	0%

Как правило, пациенты старшей возрастной категории чаще полагаются на мнение врача при выборе лекарственного средства, чем пациенты первой группы, что показано в таблице 4. Этот факт подтверждает, что врач является ключевым звеном во внедрении современных лекарственных форм в массовое употребление.

Таблица 4. Ориентация при выборе лекарственно средства

Ориентация на мнение	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Врач	18	60%	20	67%
Фармацевт	2	7%	4	13%
Друзья/родственники	5	17%	6	20%
Интернет	5	17%	0	0%

Согласно данным опроса, пациенты обеих групп достаточно осведомлены о традиционных лекарственных формах (таблетки – 100%,порошки – 89%, аэрозоли – 83%, драже – 81%,). Слизи, суспензии, микстуры и линименты были известны во второй группе больше, чем в первой, на 7%, 4%, 4% и 9% соответственно.О новых лекарственных формах первая группа была осведомлена больше, чем вторая (полимерные лекарственные пленки – на 21,6%, глоссеты – на 10,8%, медулы – на 10,8%, турбохаллеры – на 10,8%, спансулы – на 5,4%, пеллеты – на 5,4%, спейстабс – на 5,4%, ретарды – на 5,4%,).О микрокапсулах, микрочастицах и микросферах обе исследуемые группы были осведомлены одинаково (35,1%).О диффузно контролирующих мембранах и матричных системах имели представление 8,1% опрошенных первой группы и 0% опрошенных второй группы.О друлах, дуплекс, ТТС, ОРОС не был осведомлен ни один опрошенный.

По частоте непосредственного употребления препаратов данные в двух группах меняются незначительно: 89,2% пациентов употребляют порошки, 100% − таблетки, 73% − драже, 94,6% − капсулы, 73% − аэрозоли.51,4% пациентов упомянули, что они когда-либо употребляли микстуры, 40,5% − суспензии, 8,1% - линименты, 5,4% − слизи, 18,9% − небулайзеры.Полимерные лекарственные пленки (2,7%)и диффузионно контролирующие мембраны и матричные системы (2,7%) употребляли только пациенты первой исследуемой

группы.Глоссеты, медулы, спансулы, пеллеты, спейстабс, друлы, дуплекс, ретарды, турбохаллеры, ТТС, ОРОС не употреблял ни один из опрошенных.

Вопрос о причинах неиспользования новых лекарственных форм имел свободный вариант ответа и пациенты самостоятельно вписывали причину, кажущуюся им наиболее обоснованной. Наиболее частыми были ответы, представленные в таблице 5.

Таблица 5. Причина, по которой пациенты не употребляют новые лекарственные формы

Причина	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Неосведовмленность	6	20%	6	20%
Неназначение врачами	15	50%	19	63%
Отсутствие в аптеках	2	7%	2	7%
Дороговизна	7	23%	3	10%

Таким образом, подавляющее число пациентов считает, что отсутствие в массовом употреблении новых лекарственных форм – недоработка врачей.

Выводы. Пациенты первой группы (20-40 лет) более осведомлены о новых лекарственных формах, нежели пациенты второй исследуемой группы (40-60 лет). Однако частота употребления новых лекарственных форм очень низкая в обеих группах. Чаще предпочтение и врачей, и пациентов отдается традиционным лекарственным формам как более привычным, доступным и дешевым.

Список литературы.

1. Н. Жанибекова Состояние и перспективы современной технологии микрокапсулирования в фармации // Вестник КазНМУ. 2014. № 5.

2. Мамучиева М.Б., Компанцев Д.В., Саградян Г.В. Получение липосом с наночастицами селена для применения в дерматологии // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. № 4.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМБИНАЦИИ С ИНГИБИТОРАМИ ЦИКЛИНЗАВИСИМЫХ КИНАЗ (НА ПРИМЕРЕ ПАЛБОЦИКЛИБА)

Мухина С.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что рак молочной железы является ведущей злокачественной онкологической патологией среди женского

населения в России, а также требует длительного лечения, значительно снижающего продолжительность и качество жизни больных.

Целью исследования является сравнение эффективности применения палбоциклиба в комбинации с тамоксифеном и ингибиторами ароматазы на основе данных клинических исследований.

Материалы и методы: обзор литературы.

Результаты и обсуждения.В зависимости от экспрессии на раковых клетках рецепторов эстрогенов ER и прогестерона PR принято различать два типа рака молочной железы (РМЖ). При этом ER/PR-положительные опухоли являются относительно благоприятно протекающими по сравнению с ER/PR-отрицательным раком. Однако не всегда гормональная терапия тамоксифеном или ингибиторами ароматазы (летрозолом, анастрозолом и др.) дает положительный результат вследствие неэффективности инактивации данных рецепторов или неполного ответа опухоли на длительное лечение [2].

Исследования последних лет доказали, что рецептор эстрогенов может быть активирован не только стероидными гормонами, но и сигнальными каскадами рецепторных тирозинкиназ. Следовательно, устранение взаимодействия ER с эстрогенами не всегда достаточно для угнетения активности данного рецептора. При раке молочной железы потеря контроля над CDK4/6 является ключевым механизмом эстроген-независимой активации нижележащих сигнальных путей, поэтому совместная блокада ER и CDK4/6 рецепторов является перспективным направлением для развития терапии упациенток с данной патологией [1].

Действие препарата палбоциклиб основано на ингибировании циклинзависимых киназ CDK4/6, стимулирующих митоз клеток РМЖ в костном мозге. В комбинации с тамоксифеном данный препарат продемонстрировал эффективность лечения тамоксифен-резистентых клонов раковых клеток, что позволяет говорить о возможности преодоления гормонорезистентности.

Клинические исследования, подтвердившие повышение эффективности лечения палбоциклибом РМЖ, проводились в комбинации с ингибитором ароматазы летрозолом в сравнении с терапией летрозолом в чистом виде. В исследовании приняли участие 165 пациенток в менопаузе, из числа которых были сформированы группы на основе длительности безрецидивного течения и локализации метастазов. По результатам данного исследования было отмечено двукратное (20,2 мес. против 10,2 мес.) увеличение выживаемости без прогрессирования болезни в независимости от возраста и предшествующей химиотерапии, частоты объективного ответа (43% против 33%), а тенденция к увеличению продолжительности жизни в группе составила в среднем 4,2 месяца [3]. Основными побочными эффектами при приеме данной комбинации препаратов были нейтропения, лейкопения и тромбоцитопения.

Достаточно перспективным вариантом применения палбоциклиба является терапия в комбинации с антиэстрогеном фулвестрантом в сравнении с лечением одним фулвестрантом у больных с ER-отрицательным РМЖ. Исследования проводились у 347 пациенток, которые получали

предшествующую адъювантную химиотерапию, химиотерапию по поводу метастатической формы болезни либо ингибиторы ароматазы. В случае комбинированного применения палбоциклиба с фулвестрантом средняя продолжительность жизни пациенток увеличилась на 9,5 мес. по сравнению с лечением одним фулвестрантом (4,6 мес.), клинический выигрыш отмечался у 64% пациенток против 36% [4]. Наиболее частыми нежелательными явлениями были нейтропения, анемия и лейкопения. Однако оценка показателей качества жизни в данном исследовании показала достоверные преимущества комбинации палбоциклиба с фулвестрантом по сравнению с одним фулвестрантом в отношении болевого синдрома [4].

Выводы. Имеющиеся данные многочисленных клинических исследований по долгосрочной безопасности палбоциклиба позволяют сделать вывод о высокой эффективности препарата и его управляемой и предсказуемой токсичности, а также об отсутствии риска кумулятивного накопления [5]. Стратегия комбинированного применения палбоциклиба и средств, использующихся для гормональной терапии рака молочной железы, является экономически обоснованной и должна применяться в широкой клинической практике с учетом коррекции и уменьшения риска возникновения нежелательных побочных явлений [5].

Список литературы.

1. Антоненкова, Н.Н. Первый опыт применения ингибитора циклинзависимых киназ CDK4/6 для лечения рака молочной железы / Н.Н. Антоненкова // Здравоохранение (Минск). – 2017. − № 11. – С. 48-52.

2. Артамонова, Е.В. Практические аспекты клинического применения нового класса препаратов – ингибиторов циклинзависимых киназ: эффективность и переносимость лечения / Е.В. Артамонова // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2018. − № 1. − С. 52-60.

3. Артамонова, Е.В. Новая стратегия лекарственного лечения люминального HER2-негативного метастатического рака молочной железы / Е.В. Артамонова// Медицинский совет. – 2017. − № 6. – С. 30-37.

4. Имянитов, Е.Н. Ингибитор циклинзависимых киназ палбоциклиб – новый препарат для лечения метастатического рака молочной железы / Е.Н. Имянитов, Т.Ю. Семиглазова // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2017. − № 4. – С. 34-43.

5. Плавинский, С.Л. Использование ингибитора циклинзависимых киназ 4/6 (палбоциклиб) в терапии гормон-зависимого метастатического рака молочной железы. Анализ затраты-последствия / С.Л. Плавинский, П.И. Шабалкин// Сибирский онкологический журнал. – 2017. − № 16. – С. 19-25.

КВОПРОСУ О ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Прудникова И.Н., Прудникова О.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

Актуальность исследования. Артериальная гипертензия (АГ) в современном мире представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Одними из факторов, ускоряющих развитие АГ, являются метаболические нарушения, в частности сахарный диабет (СД). Являясь взаимозависимыми заболеваниями, они ведут к прогрессированию поражений органов-мишеней: сердца, почек, сосудов мозга и сетчатки, создают у больных повышенный риск развития осложнений, инвалидизации и преждевременной смерти [1].

Актуальность этого вопроса обусловлена тем,что пациенты с коморбидной патологией занимают особую группу среди больных, так как их здоровье и лечение находится под огромным риском осложнений и новых поражений органов-мишеней [3]. Потому следует более внимательно относится к выявлению данных больных и к выбору лечения, индивидуально подбирая его для каждого пациента [2].

Целью исследования является оценка эффективности фармакологической коррекции АГ и СД IIтипа препаратами Периндоприл, Метформин, Гликлазид и Розувастатин.

Материалы и методы: материалами послужили показатели биохимического анализа крови (глюкоза крови, уровни липопротеидов) и уровни артериального давления (АД) 40 больных, страдающих АГ с СДII типа (21 женщина и 19 мужчин),которые находилисьна лечении в НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»»в период 2017-2018 годы.Средний возраст пациентов составил 58±5,2 года. Показатели оценивались на момент поступления в стационар и на 14 сутки лечения. Все больные получали лекарственные препараты: Периндоприл в дозе 2-8 мг/сут, Метформин в дозе 500-1000 мг/сут, Гликлазид в дозе 30-80 мг/сут иРозувастатин в дозе 10-20 мг/сут.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования были получены следующие результаты. При приеме данных препаратов в течение 14 дней 10 больных достигли целевых уровней АД, 11 пациентов оставались в диапазоне АГ Iстепени, 13 больных имели АГ II степени, у 6 больных АД сохранилосьна уровне III степени.Отмечались достоверное улучшениебиохимических показателей крови. Так содержание глюкозы в крови снизилось в 2 раза, многие пациенты вошли в группу содержания глюкозы в крови в пределах нормальных значений от 3,3-5,5 ммоль/л, на что оказал существенное влияние прием таких препаратов как метформин и гликлазид.К 14 дню терапии розувастатином фракции ЛПНП снизились у всех пациентов, а целевые значения отмечались у 18 больных (45%). Уровень ЛПВП увеличился

в 1,5 раза, а целевые значения выявлены у 22 человек (55%). Значения гликемии у пациентов к моменту выписки из стационара нормализовались.

Выводы. Таким образом, фармакологическая коррекция препаратами Периндоприл, Метформин, Гликлазид и Розувастатин больных АГ и СД II типа оказалась эффективнойу большей половины пациентов, проходивших лечение вНУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»»в период 2017-2018 годы. Это свидетельствует о том, что необходим дальнейший прием этих препаратов у данной категории больных с ежемесячной оценкой АД и биохимических маркеров крови.

Список литературы.

1. Кобалава Ж.Д. Новые Европейские рекомендации по артериальной гипертонии: долгожданные ответы и новые вопросы / Ж.Д. Кобалава // Артериальная гипертензия.2014. № 1.С.19-26.
2. Кардиоренальные взаимоотношения у больных с артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа/ М.Е Стаценко, М.В.Деревянченко, М.Н. Титоренко, О.Р. Пастухова // Нефрология.2014. № 5. С.41-45.
3. Фармакогенетические подходы к лекарственной коррекции гиперлипидемией у больных кардиологического профиля/ Г.С Маль, И.А Татаренкова, Н.В. Болдина, О.В. Полякова, Ю.А. Кувшинова // Московская медицина.2016.№ 12.С.148-149.

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА БАЗЕ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Симоненкова Л.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

Актуальность исследования. Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек и занимает 2-е место по частоте встречающихся заболеваний человека. По данным ВОЗ гестационный пиелонефрит составляет 11-13% среди патологии мочевыделительной системы у беременных женщин [1]. Среди беременных женщин данная патология представляют серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода. Болезни почек предрасполагают к развитию позднего токсикоза беременных, основные проявления которого (гипертензия, протеинурия, отеки) связаны с нарушением функции нефронов [2].

Целью исследования является анализ лекарственной терапии беременных женщин с пиелонефритом в клинической практике.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней 24 пациенток в возрасте от 23 до 34 лет с диагнозом пиелонефрит, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2014 по 2018 год. Пациентки были разделены на две исследуемые группы: первая группа – беременные женщины в I триместр беременности (14 человек, 58%), средний возраст группы – 26 лет;вторая группа – беременные женщины во II и III триместрах беременности (10 человек, 42%), средний возраст группы составил 28 лет.

Результаты и их обсуждение.Частота проявления клинических симптомов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Частота клинических симптомов у беременных с пиелонефритом

№	Оцениваемые симптомы	Первая группа (n=14)		Вторая группа (n=10)	
		Абс	%	Абс	%
1	Боли в поясничной области	14	58	10	42
2	Болезненное мочеиспускание	11	46	9	38
3	Повышение температуры тела	13	54	10	42
4	Повышенная утомляемость	9	38	7	29
5	Головная боль	10	42	10	42
6	Головокружение	7	29	8	33
7	Слабость	9	38	8	33
8	Изменение цвета и запаха мочи	14	58	10	42
9	Диспепсия	4	17	6	25

Наиболее частыми симптомами при гестационном пиелонефрите являются боли в поясничной области, болезненное мочеиспускание, изменение цвета и запаха мочи, повышение температуры тела.

На основе анализа назначенной терапии составлена таблица (таблица 2) с указанием частоты назначаемости отдельных препаратов.

Таблица 2. Препараты для лечения

Препараты, применяемые для лечения	Первая группа (n=14)		Вторая группа (n=10)	
	Абс	%	Абс	%
Ампициллин	6	25	2	8
Сульбактам	6	25	2	8
Амоксиклав (антибиотик + клавунат)	8	33	1	5
Цефтриаксон	0	0	3	13
Цефаклор	0	0	2	8
Папаверин	4	17	2	8

Дротаверин	10	42	8	33
Реосорбилакт	9	38	10	42
Фуросемид	9	38	7	30
Витамины группы В и С	14	58	10	42

При лечении гестационного пиелонефрита в основном используют антибактериальную терапию. Причем в I триместр беременности применяют антибиотики пенициллинового ряда (83%), а во II и III триместрах, помимо пенициллинового ряда (21%), применяются цефалоспорины 2 (8%) и 3 (13%) поколений. Так же проводят дезинтоксикационную терапию (80%). Спазмолитики (100%) необходимы для восстановления оттока мочи и устранения болевого синдрома. Мочегонные препараты (68%) назначают для восстановления нормального диуреза. В качестве общеукрепляющей терапии назначают витамины группы В и С (100%).

Основная часть препаратов соответствует клиническим рекомендациям, стандартам и протоколам лечения, утвержденным в Российской Федерации.

Вывод. Основной группой препаратов, применяемой для лечения гестационного пиелонефрита, являются антибиотики. Именно они направлены на достижение основных задач лечения: купирование клинической симптоматики и борьба с инфекционными агентами. Выбор группы антибиотиков зависит от триместра беременности. В I триместре беременности (период органогенеза) назначают малотоксичные препараты, для предотвращения повреждающего действия на эмбрион. Во II и III триместрах беременности (когда начинает функционировать плацента и выполнять свою барьерную функцию) спектр антибактериальных препаратов расширен. Не маловажную роль играет дезинтоксикационная терапия, направленная на выведение токсических продуктов метаболизма из организма.

Список литературы.

1. Братчиков О.И., Охотников А.И., Михайлов И.В., Шумакова Е.А. и др. Диагностическая тактика при остром гнойном гестационном пиелонефрите // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2009. № 3. С.97-104.

2. Локтионова С.И., Филиппенко Н.Г. Рецидивы инфекций мочевыводящих путей у беременных как следствие нерациональной антибиотикотерапии острого гестационного пиелонефрита // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. 2007. № 1. С.28-30.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Фаустова О.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Полякова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что ишемическая болезнь сердца (ИБС, атеросклероз коронарных артерий) является одной из ведущих и актуальных проблем медицины, занимающей по частоте встречаемости и смертности первое место, а за последние годы стала социально значимым заболеванием. При изучении этиологии ИБС основной причиной возникновения заболевания является атеросклероз коронарных артерий (90% и больше), который приводит к уменьшению или прекращению доставки кислорода к миокарду [1]. Не менее важными этиологическими факторами также являются острые тромбозы, спазмы и воспалительные поражения коронарных артерий. Самой распространенной формой ишемической болезни сердца является стенокардия напряжения, которая встречается у 50% пациентов с ишемией миокарда. Особенностью данной патологии является зависимость степени выраженности заболевания от влияния этиологического фактора (физической нагрузки, эмоционального напряжения), что приводит в конечном итоге к возникновению стенокардии в покое [2]. Данная патология при отсутствии медикаментозного лечения может привести к тяжелым последствиям, таким как аритмия, тахикардия, сердечная недостаточность, инфаркт миокарда и внезапная смерть. Именно поэтому выбор наиболее эффективных препаратов снизит риск возникновения осложнений и летальных исходов и улучшит качество жизни населения [2,3].

Целью исследования является изучение особенностей назначения препаратов, применяемых в терапии, направленной на устранение приступов стенокардии напряжения.

Материалы и методы: в ходе исследования было изучено 50 историй болезни пациентов, которые находились на стационарном лечении в БУЗ ОО «Ливенская ЦРБ» за период с октября 2018 по январь 2019 года с диагнозом стенокардия напряжения. Распределение по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу

Пол	Абсолют. кол-во (n=50)	Относит. кол-во (100%)
Мужской	42	84%
Женский	8	16%

Из данной таблицы можно увидеть, что большинство больных составили пациенты мужского пола – 42 человека (84%), в меньшем количестве – женского – 8 человек (16%). Распределение больных по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных по возрасту

Возраст	Абсолют. кол-во (n=50)	Относит. кол-во (100%)
45-54	16	32%
65-74	34	68%

Возраст пациентов варьировал от 45 до 74 лет, причем 16 человек находились в возрастной категории 45-54 лет (32%), а большинство пациентов – 34 человека – в категории 65-74 лет (68%). Заболевания у пациентов, увеличивающие риск возникновения стенокардии, представлены в таблице 3.

Таблица 3. Предрасполагающие заболевания

Патологии	Абсолют. кол-во (n=50)	Относит. кол-во (100%)
Гипертония	5	10%
Сахарный диабет	12	24%
Гиперхолестеринемия	33	66%

Из данной таблицы видно, что наиболее частым заболеванием, увеличивающим риск возникновения стенокардиибыла гиперхолестеринемия (66%), менее частое – сахарный диабет (24%), реже гипертония (10%).

Терапию стенокардии необходимо начать с устранения всех провоцирующих факторов. В первую очередь необходимо купировать острые приступы боли, которые возникают у пациентов. Лечение осуществлялось с помощью одной или нескольких таблеток нитроглицерина из группы органических нитратов до прекращения приступа. Основное комплексное лечение проводилось препаратами для улучшения прогноза и снижения риска осложнений: антитромбоцитарными (препятствующими тромбообразованию) – аспирин+эзомепразол (40%), клопидогрел (60%); статины – симвастатин; бета-адреноблокаторы – атенолол, бисопролол, карведилол и препаратами, предупреждающими появление приступов боли: нитратов – нитролонг (70%), нитросорбид, моночинкве ретард (20%); антагонисты кальция– верапамил (70%), амлодипин; активаторы К-каналов – никорандил; брадикардические – ивабрадин; ингибиторы АПФ – валсартан. Также комплексно назначаются седативные препараты валерианы и пустырника.

Органические нитраты снижают артериальное и венозное давление, уменьшая тем самым венозный возврат и сопротивление току крови и снижая пред- и постнагрузку на сердце. В результате уменьшается работа сердца и снижается потребность миокарда в кислороде [4].Эффект гиполипидемических препаратов заключается в снижении повышенного содержания в крови атерогенных липопротеинов, которые способствуют образованию холестериновых бляшек [2]. Бета-адреноблокаторы блокируют бета-адренорецепторы миокарда и устраняют адренергические влияния на сердце, тем самым снижая ЧСС и силу сердечных сокращений, следовательно, и работу сердца [2,3]. Антагонисты кальция и активаторы К-каналов снижают внутриклеточное содержание ионов кальция, что приводит к уменьшению силы

сокращения сердечной мышцы. Седативные препараты снижают эмоциональное перенапряжение, которое является одним из предрасполагающих факторов к возникновению ишемии [4,5].

Выводы. В результате комплексного лечения наиболее эффективным сочетанием препаратов был признан прем нитрокора и нитросорбида в комплексе с селективными бета1-адреноблокаторами, которые при непереносимостиможно было заменить верапамилом или амлодипином, и валсартаном, так как у пациентов отмечалось сочетание стенокардии с гипертонией и сахарным диабетом. Подбор препаратов проводился под контролем сахара вкрови и АД в амбулаторных условиях. Произведена оценка эффективности подобранных препаратов с помощью нагрузочного тестирования. В 70% процентах случаев болевые приступы снижены и пациентам после выписки назначен постоянный курс лечения данных препаратов для предотвращения риска осложнений и ухудшения состояния.

Список литературы.

1. Васютин А. М. Новый путь к здоровому сердцу, или как избавиться от стенокардии. – М.: Феникс, 2013. − 128с.
2. Волков В. С., Поздняков Ю. М. Лечение и реабилитация больных стенокардией в амбулаторных условиях. – М.: Культура, 2015. − 176с.
3. Князев М.Д., Стегайлов Р.А. Реконструктивная хирургия предынфарктной стенокардии и острого инфаркта миокарда. – М.: Медицина, 2014. − 248с.
4. Михин В.П., Коробова В.Н, Харченко А.В., Спасский А.А и др. Сравнительная оценка психоэмоционального и функционального состояния пациентов с острым коронарным синдромом в зависимости от его исхода // Человек и его здоровье. 2018. № 1. С. 25-29.
5. Шамес А.Б. Ишемическая болезнь сердца у женщин. – М.: Бином, 2013. – 178с.

ДИНАМИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ПРОВИЗОРОВ

Хмячина Ю.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Корнилов А.А.

Актуальность исследования. Сегодня можно говорить о том, что заболеваемость артериальной гипертензией (АГ) в России, как и в других развитых странах, принимает форму эпидемии. Согласно исследованиям, 7% мужчин 20-29 лет имеет проблемы с артериальным давлением, для категории 30-39 лет этот показатель увеличивается до 16,3%, для 40-49 лет он равен

26,9%, а для 50-54 лет – 34,4%. Не лучшая ситуация наблюдается и среди женщин, сегодня каждая пятая жительница РФ в возрасте 20-69 лет имеет какую-либо форму АГ. При этом в возрасте 30-39 лет примерно каждая 14-ая женщина болеет АГ. С помощью регулярной терапии гипотензивными препаратами удается на 40-50% снизить смертность от мозгового инсульта и на 15-20% − от инфаркта миокарда. Проведение анализа потребления антигипертензивных лекарственных средств на основе данных анкетирования провизоров является актуальным [1,2].

Целью исследования является сравнительный анализ структуры потребления сердечно-сосудистых лекарственных средств.

Материалы и методы: исследования проведено по данным анкет аптечных работников – 120 анкет за 2017 год и 90 анкет за 2018 год. Методы: контент-анализ, статистический анализ.

Результаты и обсуждения. На первом этапе был проведен анализ динамики потребления групп антигипертензивных препаратов на основании данных из 90 аптек города Курска в 2018 год, а также данные из 120 аптек, анкетированные в 2017 году. Антигипертензивные лекарственные средства в анкетах были представлены 6 общими группами препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), сартаны, β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики и комбинированные препараты.

Анализ структуры потреблений иАПФ за 2018г показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат эналаприл (32,2%), на втором месте – лизиноприл (16,8%), на третьем – каптоприл (15,6%). При сравнении структуры потреблений иАПФ за 2017г показал, что наибольшей популярностью пользовался препарат эналаприл (30,7%), на втором месте – лизиноприл (19,5%), на третьем – каптоприл (14,8%).

В результате проведенного анализа назначения сартанов за 2018год выявлено, что наибольшей популярностью пользуются два препарата: лозартан (43%) и валсартан (35,5%). Доля остальных препаратов не превышает 3% (азилсартан, кандесартан, олмесартан). Динамику потреблений антигипертензивных препаратов, а именно сартанов проследить невозможно, анкетирование аптечных работников в 2017году не проводилось.

Анализ структуры потреблений β-адреноблокаторов показал, что наибольшей популярностью пользуется препарат бисопролол (37,8%), на втором месте – метопролол (25,6%), на третьем – атенолол (13,8%). По данным анкетирования аптечных работников 2017 года лидировали препараты бисопролол (48,1%), на втором месте – метопролол (18,8%), на третьем – небиволол (14,3%).

Наибольшей популярностью из группы блокаторов кальциевых каналов пользуется препарат амлодипин (30,2%), на втором месте – нифедипин (25,6%), на третьем – верапамил (20,3%). Данные 2017 года показывают, что препараты амлодипин (51,4%) и нифедипин (23,1%) занимают верхние строчки потребления, как и в 2018 году.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что наиболее часто потребляемым диуретиком является индапамид, на долю которого приходится

26,6%. Вторым по количеству потребления является фуросемид (21,3%). Препараты спиронолактон и торасемид занимают 18,2%. Анализ структуры потреблений диуретиков 2017 года показал, что наибольшей популярностью пользовался препарат индапамид (26,5%), на втором месте – фуросемид (22,1%), на третьем месте препараты спиронолактон (20,9%) и торасемид (20,1%).

Выводы. Анализ потреблений комбинированных лекарственных препаратов показал, что наибольшей популярностью пользуются препараты: тенорик (14,1%), престанс (12,7%), лориста (8,3%), энап Н (8,3%), на втором месте препарат валз (7,7%), на третьем месте препараты лозап+ (6,8%). В результате анализа структуры назначения комбинированных лекарственных препаратов 2017 года было установлено, что наибольшей популярностью пользовались препараты: ко-перинева (12,3%), престанс (11,7%), тенорик (11,7%), на втором месте препарат нолипрел (9,3%), на третьем месте препараты лозап+ (7,9%), лориста Н (7,6%) и экватор (7,6%).

Список литературы.

1. Оганов Р.Г. РЕЛИФ – Регулярное лечение и профилактика - ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть II / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов и др. // Кардиология. – 2007. – Т. 47, № 11. – С. 30–39.

2. Оганов Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. / Р.Г. Оганов, Т.Н. Тимофеева, И.Е. Колтунов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10, № 1. – С. 9–13.

ПРИМЕНЕНИЕ КУВАНА (САПРОПТЕРИНА ДИГИДРОХЛОРИДА) В ЛЕЧЕНИИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ

Чуйков А.С
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель − ассистент Кривошлыкова М.С.

Актуальность исследования. Фенилкетонурия (ФКУ) наследственное заболевание, связанное с мутацией в гене, определяющем активность фермента фенилаланингидроксилазы (RAH), который контролирует метаболизмфенилаланина (ФА) в организме человека.При этом до 2% случаев ФКУ представлено атипичными формами, связанными с мутациями в других генах, отвечающих за кодирование ферментов, обеспечивающих синтез кофактора фенилаланингидроксилазы − тетрагидробиоптерина (BH4).Для больных ФКУ характерна прогрессирующая умственная отсталость, эпилептический синдром и другие психоневрологические расстройства [1, 4].

Актуальность исследования состоит в том, что в последние годы регистрируется больше атипичных форм фенилкетонурии, которые требуют специальной терапии. Атипичная ФКУ относится к числу орфанных болезней, к лечению которых в настоящее время приковано пристальное внимание. Кроме того, применениеКувана у больных с класической ФКУ позволяет значительно расширить диету и улучшить качество жизни пациентов [2].

Целью исследования является:

1. Изучить литературные данные по применению Кувана в терапии ФКУ.

2. Проанализировать данные по применению Кувана в лечении пациентов с ФКУ в медико-генетической консультации города Курска.

3. Сделать вывод на основе проделанной работы.

Материалы и методы: научные трудыпо физиологии, фармакологии, генетике иамбулаторные карты пациентов медико-генетической консультации города Курска. Методы исследования: экспериментальный инаучно-статистический.

Результаты и обсуждения. Результатыисследовательской работы дают понять, чтопоявление Кувана,препарата для лечения фенилкетонурии (ФКУ) предоставляет новые возможности для врачей и их пациентов.

Основной метод лечения ФКУ − диетотерапия. Для лечение пациентов разработаныспециализированные лечебные аминокислотные смеси не содержащие фенилаланиа. Диетотерапияпозволяет поддерживать уровень фенилаланина в организме в концентрациях, безопасных для нервной системы (120,0 мкмоль/л− 360,0 мкмоль/л), ноимеет целый ряд недостатков. Существенное ограничение в пищевом рационенатурального белка приводит кпоражению костной ткани и развитию остеопении и остеопороза,анемии, панкреатопатии [7], дефициту витаминов и микроэлементов.

Придерживаться правильного питания пациенты должны всю жизнь и поэтому необходимо сделать все возможное для улучшения качества их жизни.Много времени уходит на приготовление специальных блюд, осуществление контроля за питанием детей и выработку у них правильных пищевых привычек. Взрослея пациенты, особенно в подростковом возрасте, имеют проблемы адаптационного характера среди своих сверстников. Детям стыднов коллективах есть свою «правильную» еду или объяснять кому-либо, почему они должны это делать. С другой стороны, нарушение диеты приводитк повышению уровня фенилаланина и, как следствие, ухудшению памяти, внимания, обучаемости, самочувствия и поведения.

На XIII Всероссийском Конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и педиатрической хирургии» прошло заседание международных экспертов по современным методам диагностики и лечения пациентов с фенилкетонурией (ФКУ), на котором широкой медицинской общественности был представлен препарат Куван.

Препарат является аналогом естественного коферментатетрагидробиоптерина или BH4, который вырабатывается в организме.Действие препарата заключается в активациимолекул ФАГ, которые начнают активнее превращать ФА в тирозин.У больных атипичнойФКУ

обеспечиваеторганизм ВН4. Таким образом, применение Кувана позволяет снизить уровень фенилаланинадаже присущественном расширении диеты. Особенно препарат эффективен при умеренных и мягких формах ФКУ и у некоторыхбольных позволяетполностью обходиться без диеты.

Препарат рекомендуют к применению после определения чувствительности к Сапроптерину дигидрохлориду.

В медико-генетической консультации города Курска всего на учете с фенилкетонурией находятся 75 человек. Из них 40 детей до 18 лет, которым показана диетотерапия. В 2017 году ФГБНУ «Медико-генетический научный центр» поручил провести вКурской медико-генетической консультации исследования по определению чувствительности пациентов к Сапроптерину.

Для включения в программу тестирования были выбраны 7 пациентов, с определенными мутациями в гене RAH. Из них только пять родителей дали согласие на участие в исследовании, среди них две пациентки с атипичной формой ФКУ. Дети прошли тестировние по ускоренной программе. Тест состоит из 4-х дневного наблюдения. Сапроптерин дается только 2 дня − 48 часовой тест [8, 9]. Положительный ответ на лечение характеризуется снижением концентрации ФА не менее чем на 30%.У всех пяти пациентов было отмечено характерное снижение уровня ФА в крови (от 33,2% до 74,4%). Рекомендацию дополнить диетотерапию приемом лекарственного препарата Куван получили все пять пациентов. Прием препарата в течение года позволяет поддерживать необходимый уровень ФА в крови (120,0 мкмоль/л − 360,0 мкмоль/л) при значительном расширении диеты.

Родители отмечают, что поддерживать рекомендованный уровень аминокислоты в крови стало значительно легче, питание детей стало более разнообразным. Для детей дошкольного возраста появилась возможностьполноценного пребывания в детском саду, что благотворно сказывается на развитии ребенка и дает возможность мамам работать полный рабочий день.

Выводы. Анализ эффективности лечения ФКУ продемонстрировал преимущество терапии с применением Кувана и диеты в сравнении только с диетотерапией. Снижение содержанияфенилаланина в кровиотмечаетсяу пациентов с определенными мутациями в гене (RAH), которые соответствуют «умеренной или легкой» ФКУ [2]. Снижение концентрации ФА на 33,2%-74,4% соответствует ожидаемомууровню и свидетельствует о благотворном влиянии Сапроптерина на белковый обмен.

Применение диетотерапии вместе с назначением Кувана позволило пациентам с данным нарушением обмена веществ значительно улучшить социализацию и качество жизни, предотвратить тяжелую инвалидизацию, улучшитьпрогноз состояния здоровья.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению фенилкетонурии и нарушений обмена тетрагидробиоптерина, Москва 2014.

2. Куликов А.Ю., Рыбченко Ю.В. Фармаэкономический анализ применения препарата Куван у больных фенилкетонурией // Фармаэкономика. 2015. № 1. С. 12-16.
3. Лечебное питание при наследственных нарушениях обмена (Е70.0-Е74.2).Клиническая диетология детского возраста / Под ред. Боровик Т.Э., Ладодо К. С. − М.: «МИА». 2008. С. 330-383.
4. Стандарт медицинской помощи больным фенилкетонурией (Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г., № 250
5. Электронный ресурс: www.grls.rosminzdrav.ru (дата обращения 12.03.2019).
6. Электронный научный журнал «INNOVA» Т. 13. 2018. Rahalkar M.C., Pandit P. Genom-based insights into a putativ novel RAH.
7. Фетисова А.С., Хмелевская И.Г. Взаимосвязь семьи и семейных отношений с заболеваниям желудочно-кишечного тракта у детей 8-12 лет // Человек и его здоровье. 2017. N 1. С. 115-118.
8. Blau N: Phenylketonuria and BH4 deficiencies. Bremen-London-Boston: Uni-Med. 2013
9. Belanger et al. Molec Genetics Up to date knowledge on different treatment strategies for Phenylketonuria): Uni-Med. 2010.

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТЭЛА НА БАЗЕ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Шматько И.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Болдина Н.В.

Актуальность исследования. Проблема венозных тромбозов и тромбоэмболий до настоящего времени остается серьезным осложнением течения множества заболеваний, утяжеляя состояние больных и ухудшая результаты лечения. ТЭЛАзанимает 3-е место по причине смертности (ежегодно умирает 0,1% населения) после инфаркта миокарда и инсульта, а тромбоз глубоких вен регистрируется в 160 случаях на 100 тыс. населения. При хроническом течении, распространенный тромбоз глубоких вен может привести к формированию посттромбофлебитической болезни, проявляющейся хронической венозной недостаточностью, вплоть до развития трофических язв нижних конечностей, что в свою очередь снижает трудоспособность и качество жизни [2].

Целью исследования является анализ лекарственной терапии больных тромбозом глубоких вен и ТЭЛА в клинической практике.

Материалы и методы: данные историй болезней и результаты анкетирования пациентов, прошедших лечение на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Были опрошены 8женщин и 12 мужчин в возрасте от 41 до 90 лет.

В ходе исследования были сформированы две группы пациентов: 10 человек с тромбозом глубоких вен и 10 человек с тромбоэмболией легочной артерии. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Первая группа		Вторая группа (n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский
41-50	6	0	0	0
51-60	1	0	1	0
61-70	1	1	2	3
71-80	0	0	1	3
81-90	0	1	0	0
Всего	8	2	4	6

Среди больных с тромбозом глубоких вен преобладают мужчины в возрасте от 41 до 50 лет, а среди больных с ТЭЛА– женщины в возрасте от 61 до 80 лет.

Результаты и обсуждения. На основе анализа назначенной терапии составлена таблица (таблица 2) с указанием частоты назначаемости отдельных препаратов.

Таблица 2. Препараты для лечения

Препараты	1 группа (n=10)		2 группа (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Прадакса	9	90%	6	60%
Гепарин	10	100%	9	90%
Варфарин	1	10%	2	20%
Нимесил	4	40%	2	20%
Ксарелто	0	0%	3	30%
Детралекс	10	100%	8	80%
Цефтриаксон	2	20%	3	30%
Актовегин	1	10%	0	0%
Диклофенак	1	10%	3	30%
Эуфиллин	0	0%	2	20%
Кеторолак	1	10%	0	0%
Эналаприл	1	10%	1	10%
Спиронолактон	1	10%	0	0%
Верошпирон	0	0%	2	20%
Сорбифел Дурулес	0	0%	1	10%

Фуросемид	0	0%	1	10%

Основными препаратами, назначаемыми в клинике для лечения тромбоза глубоких вен и ТЭЛА являются в 95% случаев антикоагулянты (гепарин), 90% венопротективные средства (детралекс), 75% прямые ингибиторы тромбина (прадакса), противовоспалительные (нимесил).

Основная часть препаратов соответствует клиническим рекомендациям, стандартам и протоколам лечения, утвержденным в Российской Федерации.

Выводы. Основная группа препаратов, применяемая при лечении тромбоза и ТЭЛА − антикоагулянты. Именно они направлены на достижение основных задач лечения: остановить распространение тромбоза и не допустить повторного образования тромбов. Антикоагулянты назначаются всем больным с тромбозами, при отсутствии противопоказаний (состояния связанные с опасностью кровотечения; недостаточность функций печени и почек) [1,3].

Список литературы

1. Лавриненко К.И., БелоусА.С., Маль Г.С. Коррекция хронической ишемии конечностей силденафилом в эксперименте. Электронный научный журнал «INNOVA», 2015.

2. Лазаренко В.А., Парфенов Е.И., Чурносов М.И., Бобровская Е.А. Исследование ассоциаций генетических полиморфизмов генов наследственных тромбофилий с клинико-лабораторными показателями у больных после реконструктивных операций по поводу облитерирующих заболеваний брюшной аорты и артерий нижних конечностей // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2015. № 4. С. 51–56.

3. Суковатых Б.С., Суковатых М.Б., Перьков С.О. Результаты лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей оральными антикоагулянтами // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2017.Т.22. № 5. С. 278–283.

РАЗДЕЛ 9.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕВРОЛОГИИ, ПСИИАТРИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНОГО ГНОЗИСА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Абдулгалимова У.К.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психологии здоровья и нейропсихологии
Научный руководитель − д.п.н., доцент Запесоцкая И.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время наблюдается увеличение количества детей с умственной отсталостью. Восприятие поступающей информации из окружающей среды, сформированность познавательных процессов у умственно отсталых детей значительно отличается от детей с нормальным развитием.

Гнозис (от греч. Gnosis– познавание, знание) − способность узнавать предметы по чувственным восприятиям [3,5].

Различают виды гнозиса, которые соответствуют имеющимся у человека рецепторам − периферическим частям анализаторов: слуховой, зрительный и тактильный. Зрительный гнозис включает в себя следующие виды: предметный, цветовой, лицевой, симультанный. Предметный зрительный гнозис локализуется в височно-затылочных, теменно-затылочных и затылочных зонах обоих полушарий мозга. Зрительное восприятие перечеркнутых и наложенных изображений осуществляется в задне-височных отделах левого полушария.Симультанный зрительный гнозис локализован в правой затылочной области или двусторонних затылочных системах мозга. Оптико-пространственной гнозис осуществляется за счет взаимодействия нескольких анализаторных систем − зрительной, слуховой, тактильной, вестибулярной, кинетической и имеет локализацию в верхне-теменных и теменно-затылочных отделах коры левого или правого полушарий мозга. Буквенный гнозис имеет височно-затылочную локализацию в левом, доминантном по речи полушарии. Лицевой гнозис имеет локализацию в височно-теменно-затылочных отделах правого, субдоминантного, полушария. Цветовой гнозис имеет локализацию в височно-затылочных отделах правого, субдоминантного полушария [1,7].

В младшем дошкольном возрасте можно наблюдать взаимодействие зрительного восприятия и двигательных действий. К концу дошкольного возраста все воспринимается целостно. В младшем школьном возрасте восприятие начинает приобретать избирательный характер [5].

Отмечают, что детям с умственной отсталостью характерна узость зрительного восприятия. Особенностью зрительного восприятия умственно отсталых учащихся является также его недостаточная дифференцированность: они не могут точно распознавать цвета и цветовые оттенки [4].

Целью исследования является выявление особенностей гностических функций у детей с умственной отсталостью.

Методы исследования: исследование проводилось с помощью нейропсихологических проб (Глозман Ж.М) [2].

Для выявления особенностей зрительного гнозиса использовались следующие методики:

«Реалистичные изображения», «Перечеркнутые изображения», «Наложенные изображения», «Незавершенные изображения», «Химерные изображения», также исследование включало оценку буквенного и цветового гнозиса.

Результаты и обсуждения. А. 11 лет, проходила нейропсихологическое исследование на базе: Областное казенное общеобразовательное учреждение «Курская школа для детей с ограниченными возможностями здоровья «Ступени». Диагноз: Легкая степень умственной отсталости (МКБ-10 F70).

В контакт вступает охотно. Внешний вид опрятный. Мимика живая и адекватна ситуации. Эмоциональный фон ровный, эмоции носят адекватный характер. Задания выполняет в умеренном темпе.

Нейропсихологический статус: при исследовании наблюдались трудности выполнения заданий. Наблюдалось: утомляемость, отвлекаемость. При исследовании динамического праксиса наблюдалось напряженность мышц, замедленность выполнения, нарушение последовательности движений. При исследовании речи: наблюдались трудности построения развернутого рассказа. При проведении методики «4 лишний» наблюдаются трудности в определении общих признаков предметов. Также трудности возникали при проведении методики «7 слов».

Выводы. Зрительное узнавание реалистических изображений не отличается от нормы. Затруднения возникают при усложнении заданий (узнавание наложенных, перечеркнутых и недорисованных изображений). Также сложности возникают при исследовании буквенного гнозиса (не узнает буквы, наблюдается медленный темп выполнения).

Список литературы.

1. ВизельТ.Г. Основы нейропсихологии. М.:"АСТ", 384 с. 2009
2. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. − М.:Смысл,2012. – 264с.
3. Латышева В.Я. Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие/ В.Я.Латышева, Б.В. Дривотинов, М.В. Олизарович. – Минск:Выш. шк., 2013. 511 с.
4. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. − СПб.: Питер, 2008. − 288 с.
5. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников.
6. Смирнов В.М. Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков: Учеб. пособие для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. − М.: Издательский центр «Академия», 2000. − 400 с.
7. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. − СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Асеева С.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования состоит в том, что депрессия является наиболее частой формой психического заболевания, как в общей популяции, так среди пациентов с соматической патологией [1]. Депрессивное расстройство относится к состояниям мультифакторной этиологии, включающее генетические, биохимические, гормональные, психологические и социальные компоненты [2,4]. Развитие расстройства в социально активном возрасте, его хроническое течение, частые обострения считаются основной причиной социальной дезадаптации пациентов [3,4].

Целью исследования являлась оценка тяжести депрессии у больных с экзогенными причинами становления расстройства, в сравнении с таковой у пациентов с эндогенными причинами.

Материалы и методы: исследование проводилось в период с октября 2018 по январь 2019 года, на базе психосоматического отделения № 2 ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы», дневного стационара № 2 с АРЦ ОБУЗ «Курской клинической психиатрической больницы имени Святого Великомученика и Целителя Пантелеимона». В исследовании приняло участие 22 больных – 100,00%. Основную группу (ОГ) составили 11 (50,00%) пациентов с экзогенным депрессивным расстройством, длительность заболевания 18,91±10,94 мес. В контрольную группу (КГ) вошли больные, обнаруживающие проявления эндогенного депрессивного расстройства (11 пациентов – 50,00%), с длительностью заболевания 19,91±9,03 мес. Для оценки тяжести текущего депрессивного эпизода использовались «Шкала Монтгомери-Асберг (MADRS)». Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием t-критерия Стьюдента. Результаты обработаны с помощью программы StatSoft STATISTICA, версия 6.0.

Результаты и обсуждения. У больных ОГ при обследовании по шкале Монтгомери-Асберг были получены следующие результаты: малый депрессивный эпизод у 27,27% больных, умеренный – у 36,36% пациентов и большой депрессивный эпизод – у 36,36% обследуемых.

У больных КГ анализ тяжести текущего депрессивного эпизода показал следующие результаты: малый депрессивный эпизод был выявлен у 63,63% обследуемых, умеренный – у 27,27% больных, большой депрессивный эпизод – у 9,09% пациентов.

Анализ средних значений уровня депрессии по шкале Монтгомери-Асберг показал, что у больных ОГ и КГ обнаружены статистически значимые результаты (ОГ 29,00±1,82 и КГ 22,00±2,07, соответственно) при уровне значимости $\alpha=0,05$.

Выводы. Анализ пациентов с экзогенной причиной становления депрессивного эпизода выявил, что по шкале Монтгомери-Асберг преобладают больные с умеренным и большим депрессивным эпизодом, реже диагностируется малый депрессивный эпизод. При эндогенном депрессивном расстройстве, наоборот, преобладают случаи эпизода малой степени тяжести, в то время как умеренный и большой диагностируется значительно реже.

Полученные результаты носят предварительный характер. Дальнейшее изучение статуса больных позволит использовать полученные данные для составления психотерапевтических программ, а также послужат основанием для выбора дифференциального метода психотерапевтического вмешательства.

Список литературы.

1. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – № 4. – С.5-13.

2. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты): монография. – Курск: Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Курский гос. мед. ун-т Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2009. – 294 с.

3. Погосова, И.А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И.А. Погосова, А.В. Погосов, Т.Ю. Федоренко // Архів психіатрії. – 2008. – № 1 (52). – С.54-59.

4. Семке, В.Я. О коморбидности панических и шизотипических расстройств / В.Я. Семке, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 3. – С.116-118.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙТВАМИ

Асеева С.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования. На протяжении ряда лет депрессивные расстройства занимают первое место в структуре психических заболеваний [3,4]. Указанные расстройства имеют хроническое течение, высокую частоту обострений и достаточно часто являются основной причиной, приводящей к снижению качества жизни больных [4]. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессии займут второе место, после ишемической болезни сердца [1, 2].

Целью исследования является изучение социально-демографических показателей депрессивных больных в зависимости от причин, лежащих в их развитии (экзогенные и эндогенные).

Материалы и методы: исследование проводилось в период с октября 2018 по январь 2019 года, на базе психосоматического отделения № 2 ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы», дневного стационара № 2 с АРЦ ОБУЗ «Курской клинической психиатрической больницы имени Святого Великомученика и Целителя Пантелеимона». В исследование приняло участие 22 пациента – 100,00%. Основную группу (ОГ) составили 11 (50,00%) депрессивных больных с психогенными причинами, лежащими в основе их формирования, с длительностью заболевания 18,91±10,94 мес. В контрольную группу (КГ) вошли больные с депрессивными расстройствами эндогенной природы (11 пациентов – 50,00%), с длительностью заболевания 19,91±9,03 мес. Анализ социально-демографических характеристик предполагал изучение следующих показателей: пол, возраст, наличие или отсутствие психотравмирующего фактора, предшествующего дебюту заболевания, семейное положение, отягощенность сопутствующей соматической патологии с использованием индекса коморбидности Чарлсона. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы StatSoft STATISTICA, версия 6.0.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования было установлено, что 90,90% исследуемых больных ОГ – лица женского пола, 9,10% – мужского. В КГ отмечено преобладание женщин над мужчинами (81,81% и 18,18%, соответственно). Возраст больных ОГ 53,82±3,44 года, в КГ – 51,73±2,10 лет.

Анализ семейного положения больных в ОГ выявил преобладание лиц, состоящих в браке, и потерявших супругов (по 36,46% соответственно). 27,28% больных на момент исследования находились в разводе. В КГ преобладали больные, состоящие в браке – 72,72%. Доля пациентов, не состоящих в браке, составляет 18,18%. В КГ находились в состоянии развода 9,10% пациентов.

Среди психотравмирующих факторов, приводящих к развитию депрессивного расстройства у больных ОГ, были выделены: смерть близкого родственника (54,54%), хронически протекающая соматическая патология (27,27%), финансовые затруднения (18,19%). У больных КГ в 36,36% случаев дебют заболевания был связан со стрессом на фоне конфликтных отношений в семье и на работе. 27,27% пациентов находились в состоянии длительного психоэмоционального напряжения. В 36,36% случаев в анамнезе отсутствовали сведения о перенесенном остром или хроническом стрессе.

Детальный анализ отягощенности сопутствующей соматической патологии у больных, проведенный с помощью индекса коморбидности Чарлсона, выявил низкий уровень отягощенности – 1,45±0,38 и 1,55±0,30, соответственно.

Выводы. Таким образом, факторами риска для развития депрессивных расстройств, являются лица женского пола, находящиеся в пресенильном возрасте, что согласуется с литературными данными [1,2].

При анализе семейного положения больных с эндогенными и экзогенными причинами становления депрессивного эпизода, было выявлено, что в общей структуре заболеваемости преобладают лица, состоящие в браке.

Среди причин становления психогенного депрессивного эпизода наибольшая роль отводится психотравмирующему фактору на фоне смерти близкого родственника. При эндогенной депрессии в большинстве случаев острых психотравмирующих ситуаций, предшествующих развитию болезни не отмечалось, однако, у больных КГ имели место факты, свидетельствующие о перенесенных ими в анамнезе хронических психотравмирующих ситуаций.

Полученные данные носят предварительный характер. Дальнейшее изучение данных социально-демографических характеристик позволит выявить группы риска по формированию депрессивных расстройств, в зависимости от причин, лежащих в основе заболевания, что позволит врачам проводить профилактику указанных состояний в популяции.

Список литературы.

1. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – № 4. – С. 5-13.

2. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты): монография. – Курск: Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Курский гос. мед. ун-т Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2009. – 294 с.

3. Погосова, И.А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И.А. Погосова, А.В. Погосов, Т.Ю. Федоренко // Архів психіатрії. – 2008. – № 1 (52). – С. 54-59.

4. Семке, В.Я. О коморбидности панических и шизотипических расстройств / В.Я. Семке, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 3. – С. 116-118.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, РОДИВШИХСЯ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В ПЕРИОДЕ ПОЗДНЕЙ ЮНОСТИ

Барсова Д.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ласков В.Б.

Актуальность исследования. Крупная масса тела (КМТ) при рождении – 4000 г и более − служит фактором риска развития перинатальной энцефалопатии и натальной спинальной травмы шейного отдела позвоночника, сопровождаясь нейровегетативными нарушениями различной степени

выраженности [1]. Последние трансформируются с увеличением возраста, однако имеющиеся сведения ограничиваются периодом новорожденности и ранним школьным возрастом. Между тем практический и научный интерес представляет дальнейшая динамика адаптации нейровегетативных функций в процессе взросления людей, родившихся с КМТ, например, на этапе юношеского возраста, так как компенсаторные возможности организма в таких условиях, вероятно, понижены.

Целью исследования является изучение функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц студенческого возраста, родившихся с КМТ и находящихся в периоде поздней юности.

Материалы и методы: материалом исследования послужили данные обследования 40 студентов Курского государственного медицинского университета в возрасте 18-22 лет, из которых 15 имели КМТ при рождении (основная группа, 73% девушек), а 25 – среднюю массу тела (СМТ, контрольная группа, 80% девушек). КМТ составляла от 3,9 до 4,5 кг, СМТ – от 3,0 до 3,7 кг. При обследовании учитывали особенности акушерского анамнеза, длину и массу тела при рождении и на момент исследования, величину артериального давления, имевшиеся диагнозы в первые 1-3 года жизни. Для оценки вегетативных функций пользовались анкетами Российского центра вегетативной патологии [2]. Статистическая обработка произведена с помощью критериев непараметрической статистики.

Результаты и обсуждения. Анализ данных анамнеза, неврологического статуса и анкет позволил обнаружить достоверные различия между группами по ряду показателей. Так, в основной группе в первые годы жизни почти в 2 раза чаще встречался диагноз перинатальной энцефалопатии (7% против 4% у лиц без КМТ при рождении).

Частота вегетативной дисфункции превалировала у лиц основной группы и составляла 80%, тогда как в контрольной группе доля лиц с вегетативной дисфункцией было 64% ($p<0,05$). Средние значения балльного показателя вегетативной дисфункции и его доверительный интервал в основной группе существенно превышали таковые в контрольной: соответственно 29±15 и 19÷38 против 23±13 и 17÷30.

На особенности вегетативного обеспечения у девушек и юношей, имевших КМТ при рождении, указывали и данные артериального давления (АД). Так, доля лиц с низкими цифрами АД − 100 и 70 мм.рт.ст. и ниже − в основной группе составляла 20%, тогда как в контрольной – лишь 8%. Уровень АД 120 и 80 мм.рт.ст. и выше регистрировался у 40% лиц основной и у 65% − контрольной группы ($p<0,05$). Это свидетельствует о преобладании тонуса парасимпатической нервной системы у многих молодых людей с КМТ при рождении.

В основной группе чаще встречалась головная боль в юношеском возрасте (60 и 52%), а также случаи потери сознания (33 и 12%). Гипервентиляционные кризы, проявления дисфункция желудочно-кишечного тракта, нарушения сна также чаще отмечены у лиц основной группы. Такие изменения самочувствия указывают на высокую вероятность пароксизмальных

психовегетативных расстройств и риск соматизации тревоги и депрессии у лиц с КМТ при рождении.

Выводы. Полученные результаты расширяют наши представления о динамике вегетативного обеспечения у лиц с КМТ при рождении на различных возрастных этапах. Установлены существенные особенности вегетативных функций у девушек и юношей с КМТ при рождении, находящихся в возрастном интервале 18-22 лет) по сравнению с лицами аналогичного возраста, имевшими средние значения массы тела при рождении. Подобные особенности сводятся к наличию различных проявлений вегетативной дисфункции, которая может сужать возможности компенсации при развитии заболеваний соматического или неврологического профиля, при возникновении черепно-мозговых травм или ситуаций психологического стресса. Это обстоятельство следует принять во внимание при ведении пациентов, имевших КМТ при рождении. Очевидно, что для таких лиц особенно актуальны рекомендации соблюдения принципов здорового образа жизни.

Список литературы.

1. Ласков В.Б., Полянская М.В. Особенности нейровегетативных функций у лиц, родившихся с крупной массой тела // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2003. № 1. С. 53-59.

2. Ласков В.Б., Полянская М.В. Особенности нейровегетативной сферы у лиц, родившихся с крупной массой тела // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2001. Т. 33. № 3-4. С. 39.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМИ

Боева А.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования. На сегодняшний день возрастает распространенность коморбидных депрессивных и панических расстройств в популяции, что обуславливает актуальность изучаемой проблемы [3,4,6]. Тревога и депрессия по патофизиологическим механизмам и по клинической картине в значительной мере перекрывают друг друга. По данным Foldes-Busque и др., достаточно часто у больных, обнаруживающих депрессивные расстройства, в клинической картине присутствует тревога [5,6]. В отечественной литературе имеются указания на высокий процент распространенности в структуре депрессивных расстройств тревоги [1,2].

Целью исследования являеется оценка тяжести депрессии у больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами в сравнении с таковой у пациентов с депрессивным расстройством.

Материалы и методы: исследование проводилось в период с октября 2018 по январь 2019 года, на базе психосоматического отделения № 2 ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы», дневного стационара № 2 с АРЦ ОБУЗ «Курской клинической психиатрической больницы имени Святого Великомученика и Целителя Пантелеимона». В исследовании приняло участие 20 больных (100,00%). Основную группу (ОГ) составили 10 (50,00%) больных с рекуррентным депрессивным расстройством, сочетающимся с паническим расстройством, с длительностью заболевания – 1,6±0,84 лет, средним возрастом – 45,7±3,51 лет. В контрольную группу (КГ) вошли больные, обнаруживающие проявления депрессивного расстройства (10 человек – 50,00%), с длительностью заболевания – 1,48±0,90 лет, средним возрастом 55,8±2,15 лет. Для анализа тяжести текущего депрессивного эпизода, использовалась «Шкала депрессии Гамильтона (HRDS)». Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием t-критерия Стьюдента. Результаты обработаны с помощью программы StatSoft STATISTICA, версия 6.0.

Результаты и обсуждения. У 20,00% пациентов ОГ по шкале Гамильтона наблюдались проявления легкой депрессии. На долю больных депрессией средней степени тяжести приходилось 60,00%. Тяжелая степень депрессии отмечалась у 10,00% больных. Крайне тяжелое депрессивное расстройство зафиксировано у 10,00% пациентов. Среди больных КГ не выявлено депрессий легкой степени тяжести. Средняя степень тяжести депрессии диагностировалась у 70,00% пациентов. Тяжелая степень – у 20,00%. На долю депрессивного расстройства крайне тяжелой степени тяжести приходилось 10,00%.

Анализ средних значений уровня депрессии по шкале Гамильтона показал, что у больных ОГ и КГ не выявлено статистически значимых результатов (16,40±1,41 и 18,50±1,22, соответственно).

Выводы. Сравнительная оценка средних значений уровня депрессии у больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами с таковыми у больных депрессивными расстройствами показала, что в целом ее уровень не имел значимых различий. Однако среди больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами отмечались пациенты, обнаруживающие проявления легкого депрессивного эпизода, что не отмечается у больных депрессивными расстройствами.

Полученные результаты носят предварительный характер. Дополнительное изучение статуса больных с депрессивным и паническим расстройствами, позволит осуществлять грамотный подбор медикаментозной терапии.

Список литературы.

1. Пастух, И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией / И.А. Пастух // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2012. – Т. 44. – № 3. – С. 42-47.

2. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты): монография. – Курск: Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Курский гос. мед. ун-т Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2009. – 294 с.
3. Погосов, А.В. Психодиагностика и коррекция психосоматических расстройств / А.В. Погосов, И.А. Пастух, Ю.В. Богушевская, Е.В. Чеботарев // Курск: Изд-во КГМУ, 2016. – 249 с.
4. Семке, В.Я. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств / В.Я. Семке, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 50-57.
5. Холистический диагностический подход в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г Бутома и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013 – Т. 23. –№ 4 – С. 45-50.
6. Foldes-Busque, G. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update / G. Foldes-Busque, A. Marchand, P. Landry // Can. Fam. Physician. – 2007. – Vol. 53, № 10. – P. 1686 – 1693.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМИ

Боева А.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью в популяции смешанного тревожного и депрессивного расстройства, с наибольшей частотой встречаемости у лиц женского пола [1,5]. Увеличение показателей частоты развития тревожного и депрессивного расстройства связано с неблагоприятным воздействием социально-стрессовых факторов [2]. Коморбидно тревожному расстройству депрессия является важным прогностическим показателем, который предопределяет более тяжелое и хроническое течение депрессивного расстройства, увеличение числа обострений на протяжении жизни [5]. Указанные показатели являются основной причиной формирования психосоциальной дезадаптации и способствует снижению качества жизни больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами [3,4].

Целью исследования является изучение социально-демографических показателей больных коморбидным депрессивным и паническим расстройствами в сравнении с таковыми у пациентов с депрессивным расстройством.

Материалы и методы: исследование проводилось в период с октября 2018 по январь 2019 года, на базе психосоматического отделения № 2 ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы», дневного стационара № 2 с АРЦ ОБУЗ «Курской клинической психиатрической больницы имени Святого Великомученика и Целителя Пантелеимона». В исследовании приняло участие 20 больных – 100,00%. Основную группу (ОГ) составили 10 (50,00%) больных с рекуррентным депрессивным расстройством, сочетающимся с паническим расстройством, с длительностью заболевания 1,6±0,84 лет. В контрольную группу (КГ) вошли больные с депрессивным расстройством (10 пациентов – 50,00%), с длительностью заболевания 1,48±0,90 лет. Для анализа социально-демографических показателей в обследованных группах, были изучены следующие параметры: пол, возраст, психотравмирующий фактор, предшествующий дебюту заболевания, семейное положение больных. Полученные результаты статистически обработаны с использованием программы StatSoft STATISTICA, версия 6.0.

Результаты и обсуждения. Анализ распределения больных по полу показал, что в ОГ и в КГ 90,00% пациентов представлены женским полом, что согласуется с литературными данными [1,5]. Средний возраст больных ОГ составил 45,7±3,51 лет, в КГ – 55,8±2,15 лет.

Проанализировав распределение больных по семейному положению, нами были получены следующие результаты. В ОГ на долю лиц, состоящих в браке приходится 80,00%, в то время как на больных, которые не состоят в браке только 20,00%. В КГ по 40,00%, соответственно, приходится на лиц, состоящих в браке и на больных, потерявших супругов. На долю разведенных лиц и пациентов, не состоящих в браке, в КГ приходится по 10,00%, соответственно.

При анализе психотравмирующего фактора, предшествующего дебюту заболевания, нами были получены следующие результаты. В ОГ в 30,00% случаев коморбидные паническое и депрессивное расстройства возникают на фоне страхов, у 30,00% больных ОГ в анамнезе имел место хронический стресс на фоне конфликтных отношений в семье и на работе. У 20,00% пациентов отсутствовали сведения о перенесенных острых и хронических стрессовых ситуаций в анамнезе. У10,00% пациентов до развития болезни имеет место хронический стресс на фоне соматической патологии, у аналогичного числа больных в анамнезе диагностирована смерть близкого родственника. В КГ в 30,00% случаев отсутствуют ситуации, связанные с острыми психотравмирующими ситуациями, а имел место хронический стресс на фоне смерти близкого родственника – 30,00%. Хронический стресс на фоне соматической патологии и на фоне конфликтных отношений в семье и на работе наблюдался в 20,00% случаев, соответственно.

Выводы. В ходе проведенного исследования мы выявили, что среди больных с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами преобладают лица женского пола и пресенильного возраста, так же как и среди пациентов с депрессивным эпизодом.

Анализ семейного положения больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами не выявил отличий по сравнению с КГ, наибольшее число пациентов в обеих группах относится к лицам, состоящим в браке.

Среди причин становления коморбидного панического и депрессивного расстройств наибольшая роль отводится психотравмирующему фактору на фоне страхов и конфликтных отношений в семье и на работе.

Полученные результаты носят предварительный характер. Дальнейшее изучение социально-демографических показателей позволит сформировать группу риска из пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, у которых возможно развитие коморбидного панического расстройства.

Список литературы.

1. Пастух, И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией / И.А. Пастух // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2012. – Т. 44. – № 3. – С. 42-47.

2. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты): монография. – Курск: Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Курский гос. мед. ун-т Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2009. – 294 с.

3. Семке, В.Я. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств / В.Я. Семке, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 50-57.

4. Холистический диагностический подход в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г Бутома и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013 – Т. 23. –№ 4 – С. 45-50.

5. Foldes-Busque, G. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update / G. Foldes-Busque, A. Marchand, P. Landry // Can.Fam.Physician. – 2007. – Vol. 53, № 10. – P. 1686 – 1693.

КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Большанин А.В., Рязанова Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бельских И.А.

Актуальность настоящего исследования заключается в том, что в последнее время значительно возрос спрос на изучение когнитивного профиля больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Отчасти

это связано с высоким процентом инвалидизации данной нозологической группы, которая в значительной степени обусловлена когнитивным дефицитом.

Целью исследования является изучение особенностей когнитивного функционировании индивида при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, а также исследовать специфические особенности когнитивных проявлений шизофренического дефекта в зависимости от индивидуально-специфических характеристик психомоторной активности.

Материалы и методы: исследование проводилось с 27 пациентами с диагнозом «F20.00 Параноидная шизофрения. Непрерывный тип течения». Участвовало 19 женщин и 8 мужчин возрастом от 20 до 57 лет на этапе становления ремиссии.

Оценка психомоторной активности проводилась по методике теппинг-тест. Больные с помощью карандаша осуществляли постукивания по бланку каждые 5 секунд 8 раз подряд. Поочередно по 40 сек. измерялись оптимальный и максимальный темпы.

Использовалась методика дискриминации свойств понятий (МДСП). Она включает для сравнения 9 пар понятий. К каждой паре приложен список из 27-30 различий и сходств, всего 517 свойств. В список включены видородовые, детализирующие, малозначимые (латентные) свойства. В данном исследовании использованы 3 пары понятий (маленькая девочка – большая кукла, река – часы, барабан – скрипка). Испытуемый должен отметить в бланке номера самых главных различий и сходств [1,3]

Исследование проводилось методом сбора клинико-анамнестических данных и методом ретроспективного анализа историй болезней. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения. Для разграничения пациентов по группам психомоторной активности был взят показатель средних значений темпа: 1 группа – выраженное снижение психомоторной активности (значения ≤10), 2 группа – нерезкое снижение (значения >10 и ≤20), 3 группа – высокие показатели (значения >20 и ≤30) и 4 группа – очень высокие показатели (значения >30). Показатели последних 2-х групп были отмечены как входящие в пределы нормы, а показатели первых 2-х групп – как результаты со снижением психомоторной активности. Таким образом, количество испытуемых первой группы составило – 6 пациентов, второй – 13, третьей – 8, пациентов четвертой группы представлено не было. По результатам теппинг-теста можно сделать вывод, что представители 1 и 2 групп (70% пациентов) имеют сниженную психомоторную активность.

При разработке МДСП было установлено, что в первые 4 градации входят 90,8% здоровых испытуемых и 72,8% больных; 5-8 градации – 9,2% здоровых людей (9 и 10 не были отмечены ни у одного здорового испытуемого), а среди больных с шизофренией – 27,2% с 5 по 10 градацию, причем 5% из них соответствовали 2-м последним градациям [1, 3]

Все пациенты были разбиты на группы согласно результатам исследования по методике МДСП по градациям: 1-4 градация (10 пациентов),

5-8 градация (15 пациентов), 9-10 градация (2 пациента). Пациенты 1-4 градации при сравнительно малом количестве актуализированных признаков (от 16 до 69) за счёт видородовых и детализирующих признаков привлекали и латентные признаки (от 1 до 7). Пациенты 5-8 градации при большем количестве актуализированных признаков (от 80 до 136) привлекали латентные признаки также в большем количестве (от 2 до 12). Пациенты 9-10 градаций отмечали почти все представленные признаки как одинаково существенные (от 150 до 159).

Показатели градаций коррелировали с продолжительностью и прогредиентности патологического процесса, а также с показателями нейрокогнитивного исследования: при сравнении показателей когнитивного функционирования пациентов и градаций, которым они соответствовали, было выявлено, что когнитивные функции снижаются при нарастании градаций. Так, при сравнении показателей градаций и результатов исследования психомоторной активности (за показатель психомоторной активности был взят прирост точек в процентах при сравнении результатов оптимального и максимального темпов по методике теппинг-тест) были получены следующие результаты: градации 1-4 – 35,7%, градации 5-8 – 33,1%, градации 9-10 – 19,4%.

При качественном анализе результатов МДСП всех пациентов можно разбить на две группы в зависимости от преобладающего когнитивного стиля: 1 группа – пациенты с усиленной субъективированной абстрактностью (соответствует 1-4 градациям), 2 группа – пациенты с усиленной субъективированной конкретностью (соответствует 5-10 градациям).

Среди пациентов 1 группы 70% больных имеют сниженные показатели психомоторной активности, причём трое пациентов имеют выраженное снижение психомоторной активности: 8,0; 8,1 и 9,9 точек. При активизации на максимальный темп прохождения исследования все пациенты улучшили свои результаты. Показатели пациентов с выраженным снижением психомоторной активностью при максимальном темпе: 10,3; 12,8 и 26,4 точек соответственно. По результатам максимального темпа только 40% имеют сниженную психомоторную активности.

При исследовании 2 группы были полученные аналогичные результаты: 70% больных имеют сниженные показатели психомоторной активности, трое пациентов имеют выраженное снижение психомоторной активности: 5,5; 4,0 и 9,8 точек. Но при активизации на максимальный темп прохождения исследования пациенты с выраженным снижением психомоторной активности не только не улучшили, но даже и ухудшили свои результаты: 4,5; 5,5 и 10,4 точек соответственно. По результатам максимального темпа уже 47% пациентов имеют сниженную психомоторную активность.

Выводы. По результатам исследования было выявлено снижение психомоторной активности у 70% пациентов.

Была выявлена связь тяжести дефектного состояния при шизофрении с когнитивным дефицитом на примере психомоторной активности. Чем более выражено конкретное субъективное мышление, которое опирается на

латентные признаки со сниженной способностью к обобщению и абстракции, тем более выражен когнитивный дефицит.

При сравнении психомоторной активности пациентов в разных группах когнитивных стилей можно проследить не только снижение данной функции (прирост точек в первой группе в среднем 35,7% против 31,5% во второй), но и способность активизировать психомоторную функцию при мотивировании пациента со стороны исследователя, что у пациентов с усиленной субъективированной конкретностью проявляется в незначительном или даже в отрицательном приросте точек.

Список литературы.

1. Бельских И.А., Плотников Д.В. Когнитивный стиль конкретная абстрактная концептуализация как интегральный параметр индивидуальности // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2011. С. 13-19.

2. Бельских И.А., Плотников Д.В., Плотников В.В., Северьянова Л.А. Нейрофизиологические предпосылки интеллектуального стиля познавательной деятельности человека // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2010. С. 11-19.

3. Методика дискриминации свойств понятий (МДСП). / Плотников В.В., Северьянова Л.А., Плотников Д.В., Бердников Д.В., М.: Когито-Центр, 2009.
87 с.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Бондаренко П.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – д.м.н., профессор Погосов А.В.

Актуальность исследования. Патология желудочно-кишечного тракта на сегодняшний день характеризуется высокой распространенностью у детей. По мнению ряда авторов, в последние годы доля гастроэнтерологических заболеваний в структуре общей заболеваемости возросла в 2-2,5 раза. Это связано не только с истинным возрастанием доли пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта, но и с совершенствованием методов диагностики, которая позволяет выявлять органические повреждения органов желудочно-кишечного тракта на ранних стадиях [5].

В частности гастродуоденит является распространенным заболеванием среди патологии желудочно-кишечного тракта у детей и подростков. На сегодняшний день клинически доказана психосоматическая природа данного мультифакториального заболевания. Наряду с такими

этиологическими факторами, как алиментарные причины, генетическая детерминированность и инфицирование H.Pylori, актуальным остается влияние психоэмоционального стресса [3]. Воздействие стрессовых ситуаций стимулирует симпато-адреналовую систему. Под ее влиянием в системный кровоток активно выбрасываются глюкокортикоиды, которые увеличивают выделение соляной кислоты обкладочными клетками желудка и двенадцатиперстной кишки, а также выделение пепсина. Другими патофизиологическими механизмами влияния стресса на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки является ухудшение микроциркуляции в этих органах под влиянием избыточно продуцируемых глюкокортикоидов, снижение продукции слизи, обладающей протекторным свойством по отношению к агрессивным факторам, вырабатывающимся в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишке [2].

Целью исследования является изучение особенностей внутренней картины болезни у детей и подростков с гастродуоденитом и психокоррекция дисгармоничных реакций на болезнь.

Материалы и методы: методами исследования стали клинико-психопатологический (расспрос и наблюдение) и психологический (личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)). Обследовано 20 подростков в возрасте от 9 до 14 лет, находящихся на стационарном лечении по поводу обострения хронического гастродуоденита, из них 16 девочек и 4 мальчика. В специальную анкету заносились сведения о психологическом климате в семье ребенка, особенности его взаимоотношений со сверстниками, одноклассниками, проблемы в связи с возникшим заболеванием, о влиянии данной патологии на качество жизни подростка [4].

Результаты и обсуждения. В ходе беседы подростки обозначили ряд значимых для них обстоятельств, которые произошли с ними за последние несколько месяцев. Впервые были госпитализированы в отделение 8 человек, остальные поступили для уточнения диагноза и лечения в стационар повторно. При опросе семь подростков указали на то, что в этом учебном году в связи со сложившимися обстоятельствами были вынуждены перевестись в другую школу и начать обучение в новом классе. Опрошенные заявляли, что в результате этого они испытывали чувство психологического дискомфорта в новом коллективе, некоторые трудности в общении с одноклассниками. Подростки отмечали, что периодически в первый месяц у них возникало чувство страха, гипергидроз ладоней, першение в горле, трудности с засыпанием и периодически возникающая перед сном давящая головная боль. Двое из подростков, несмотря на продолжение обучения в прежней школе и классе, указывали на сильное волнение перед самостоятельными и контрольными работами, проблемы с засыпанием, усиление диспепсических явлений (появление диареи, отсутствие аппетита и сухость во рту) перед ответственным днем в школе.

Нами зафиксировано, что четверо опрошенных подростков имеют младших братьев или сестер. Подростки отмечали, что с появлением в семье брата или сестры они испытывали повышенный уровень ответственности,

старались угодить взрослым, чтобы подчеркнуть свою значимость. Подростки отмечали, что иногда они были вынуждены меньше проводить времени со сверстниками или ограничивать себя в занятиях хобби, так как помогали родителям в уходе за ребенком. В процессе лечения трое опрошенных подростков отметили, что в качестве лечебной диеты предпочитали самостоятельно разработанную систему питания. Данная диета имеет уклон в вегетарианство, дети старались употреблять больше растительной пищи (при этом отдавали предпочтение фруктам, нежели овощам), бобовым и зерновым. Продукты молочного производства старались употреблять, но от принятия мясных и рыбных продуктов они воздерживались. Такой уклон в вегетарианство и фрукторианство можно объяснить возросшей популяризацией подобных систем питания в отдельных субкультурах и СМИ в последнее время. Результаты опросника ЛОБИ продемонстрировали, что гармонический тип внутренней картины болезни характерен для 50% подростков, у 10% обнаружен сенситивный тип, у 10% – ипохондрический, у 10% – апатический, у 10% – паранойяльный и у 10% эйфорический тип отношения к болезни. Чтобы проанализировать взаимосвязь внутренней картины болезни от возраста, мы разделили подростков согласно периодизации психического развития Д.Б. Эльконина [1]. Период младшего школьного возраста (7-11 лет) характеризуется преобладанием сенситивного и эйфорического типов внутренней картины болезни. Сенситивный тип характеризуется у обследуемых детей страхом в результате своего заболевания быть отвергнутым ровесниками или оказывать неблагоприятное впечатление на окружающих и прежде всего своих близких. Эйфорический тип в период младшего школьного возраста объясняется недостаточным пониманием своего диагноза в силу возраста, как следствие, легкомысленным отношением к медицинским манипуляциям и соблюдению режима. В периоде отрочества, а именно в возрасте 11/12-15 лет, была отмечена тенденция преобладания ипохондрического, паранойяльного и апатического типов внутренней картины болезни. Ипохондрический тип у данной возрастной группы обусловлен преувеличением дискомфорта, вызываемого патологией желудочно-кишечного тракта, гипертрофированному восприятию опасности своего заболевания и уверенность в худшем ее исходе. Апатический тип наблюдается у детей с более частыми обострениями и вынужденной в результате этого госпитализацией, усталостью от проведения диагностических и лечебных мероприятий, проявляется безразличием к исходу заболевания. Паранойяльный тип внутренней картины болезни обусловлен индивидуальными особенностями характера: тревожностью, подозрительностью, мнительностью и уверенностью в чьем-либо злом намерении.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование с помощью личностного опросника Бехтеревского института, показывает, что внутренняя картина болезни у подростков с гастродуоденитом характеризуется значительной вариабельностью. В комплексном лечении патологии желудочно-кишечного тракта, в частности гастродуоденита, важным является не только применение эффективных методов фармакологической терапии, но и

адекватное отношение к назначениям и рекомендациям врача – соблюдение диеты, режима приема пищи, назначений и процедур. Приведенное обуславливает необходимость проведения психологической коррекции подросткам с дисгармоничными типами реагирования на болезнь Гармонизация внутренней картины болезни позволит не только достичь большей эффективности лечения, но и сократить продолжительность консервативной терапии, направленной на ликвидацию болевого и диспептического синдромов, снизить частоту обострений, достичь более продолжительной и стойкой ремиссии.

Список литературы.

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Научно-практическое руководство / науч. ред. Л.И. Вассерман. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
2. Детская гастроэнтерология. Руководство для врачей. Под ред. Шабалова Н.П. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 760 с.
4. Зрячкин, Н.И. Хронический гастрит и гастродуоденит у детей дошкольного и школьного возраста (2-я часть) / Н.И. Зрячкин, Г.И. Чеботарева, Т.Н. Бучкова // Вопросы детской диетологии. – 2015. – Т.13. – № 5. – С.55-61.
5. Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Пастух И.А., Чеботарев Е.В. Психодиагностика и коррекция психосоматических расстройств (Учебное пособие) / А.В. Погосов с соавт. // Курск, Изд-во КГМУ, 2016. – 252 с.
6. Репецкая, М.Н. Современные особенности течения хронического гастродуоденита у детей / М.Н. Репецкая, О.М. Бурдина // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т.34. – № 3. – С. 19-24.

РИСК РАЗВИТИЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ЛЮДЕЙ С АНОМАЛИЯМИ СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА НА ПРИМЕРЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Борзая А.Р., Горбачева К.А.
Северный государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научные руководители: к.м.н., доцент Артемова Н.А., ассистент Поповская Е.В.

Актуальность исследования. Виллизиев круг – резервная система кровообращения, обеспечивающая компенсацию недостаточности кровоснабжения за счет притока крови из других сосудистых бассейнов. Замкнутый Виллизиев круг встречается только у половины людей. Неклассический вариант круга, являясь результатом нарушения раннего развития сосудов, может постепенно создавать затруднения кровоснабжения или приводить к утрате компенсации при чрезмерной нагрузке, приводить к необратимым последствиям, особенно у пожилых людей, у которых со

временем накапливаются факторы риска, приводящие к развитию цереброваскулярных заболеваний. Врожденные отклонения развития Виллизиева круга приводят у них к значимой асимметрии кровотока и развитию инсультов, как по ишемическому, так и по геморрагическому типу, вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга, причинами развития которой является сам аномально функционирующий круг [4]. Разрыв мешотчатой аневризмы сосудов головного мозга является основной причиной развития субарахноидального кровоизлияния (САК) – в 85% случаев [1].

Целью исследования является выявление риска развития САК у людей с неклассическим вариантом Виллизиевого круга и определение наиболее часто встречаемый вариант его аномального развития.

Материалы и методы: методом целенаправленной выборки отобраны 52 истории болезни больных с неклассическим вариантом Виллизиева круга, находившихся на стационарном лечении в одном из лечебных учреждений города Архангельска, за период с 2005 по 2017 года.

Результаты и обсуждения. Все пациенты поступили экстренно с признаками острого нарушения мозгового кровообращения. Возрастная и половая структура пациентов: 54% мужчин и 46% женщин, средний возраст − 56±2,2. В зависимости от варианта строения Виллизиева круга сформированы 5 групп пациентов. Проведен корреляционный анализ (по Спирмену) закономерностей между данной аномалией и развитием САК.

Первую группу составили пациенты с гипоплазией правой и левой позвоночных артерий (17%). Среди них преобладали женщины (55,6%). Возраст пациентов этой группы − 58,2±3,4. Частота встречаемости САК у пациентов этой группы − 33,3%.

В состав второй группы вошли пациенты с трифуркацией правой и левой внутренней сонной артерии (67%). Среди них преобладали мужчины (60%). Возраст пациентов этой группы − 55,1±3,03. Частота встречаемости САК − 42,8%.

В третью группу были включены пациенты с артериовенозной мальформацией (6%). Среди них преобладали мужчины (66,7%). Возраст пациентов этой группы − 53,7±10,4. Ни у кого из пациентов этой группы САК не был зарегистрировано.

В состав четвертой группы входили пациенты с квадрифуркацией правой и левой внутренней сонной артерии (4%). Среди них преобладали женщины (100%). Возраст пациентов этой группы − 60,5±1,5. У всех больных при поступлении было САК (100%).

В пятую группу были включены пациенты с гипоплазией и трифуркацией левой внутренней сонной и левой позвоночной артерии (6%). Среди них преобладали мужчины (66,7%). Возраст пациентов этой группы − 53,3±11,32. У пациентов этой группы ни у кого САК не было зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, установлено, что наиболее встречаемый вариант развития Виллизиева круга у жителей Архангельска и Архангельской области – трифуркация артерий (67%). Выявлена прямая сильная зависимость

между наличием аномального варианта строения Виллизиева круга и развитием субарахноидального кровоизлияния ($r=0,99$, $p<0,05$).

Практические рекомендации:

1. Выявление особенностей сосудистой системы головного мозга у пациентов с аномалией развития Виллизиева круга обуславливает целесообразность углубленного нейровизуализационного исследования мозговых сосудов у пациентов старше 50 лет [2];

2. Аномалии Виллизиева круга следует рассматривать как фактор риска развития САК и учитывать при составлении индивидуальной программы профилактики инсульта;

3. Учитывая повышенный риск развития острого нарушения мозгового кровообращения, необходимо мониторировать артериальное давление и оптимизировать гипотензивную терапию (не допускать скачков артериального давления), особенно пристально у лиц с наличием дополнительного фактора риска в виде врожденной сосудистой аномалии [3].

Список литературы.

1. Адильбеков Е.Б., Ахмемжанова З.Б. и др. Нетравматические субарахноидальные кровоизлияниями //Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2017. № 1. С. 40-46.

2. Комяхов А.В. Диагностика, лечение и профилактика неврологических расстройств у пациентов с аномалией Киммерли // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2011. С. 117.

3. Попова Е.Н. Особенности ишемического инсульта у пациентов с аномалиями развития основания мозга (клинико-нейровизуализационное исследование) //Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2012. С.25.

4. Суханова О.П., Блинов И.М. и др. Аномалии развития сосудов головного мозга // Международный студенческий научный вестник. 2017. № 1.

СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Бунина А.Д.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии и психосоматики

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Актуальность исследования. В хирургической практике понятию предоперационный стресс уделяется недостаточно внимания. От эмоционального состояния больного перед операцией во многом зависит успешность проведения самого оперативного вмешательства, течение послеоперационного периода, эффективность проведенного лечения в целом

[1,2,4,5]. Абдоминальная хирургическая патология не является исключением. Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью психологической подготовки больного к предстоящей операции.

Целью исследования является изучение уровня стрессового состояния у хирургических больных с абдоминальной патологией в предоперационном периоде.

Материалы и методы: на базе хирургического отделения ОБУЗ «Курская городская больница скорой медицинской помощи» было обследовано 20 пациентов обоего пола в возрасте от 20 до 50 лет, потупивших на лечение в плановом порядке. Первую группу составили женщины (12 человек), вторую – мужчины (8). Методами, направленными на изучение актуального эмоционального состояния были клинико-психопатологический и психологический (шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Бека), описательная статистика.

На основании данных полученных в ходе обследования хирургических больных с абдоминальной патологией с помощью клинико-психопатологического метода было обнаружено стрессовое состояние у 100% обследуемых обеих групп (таблица 1).

Таблица 1Частота жалоб у хирургических больных с абдоминальной патологией

Жалобы	1 группа (п=12)		2 группа (п=8)	
	Абс.	%	Абс.	%
Беспокойство	12	100	8	100
Страх	9	75	4	50
Тревога	12	100	5	62,5
Беспокойство о своем здоровье	7	58,3	8	100
Боязнь того, что будет после операции	8	66,7	7	87,5
Опасения осложнений наркоза	10	83,3	5	62,5

В беседе с больными обнаружено, что тревожная симптоматика у связана, в первую очередь, с отсутствием информации о предстоящей операции.

Больные имели представления о хирургическом вмешательстве со слов своих знакомых, получали интересующую информацию из сети интернет, что способствовало лишь повышению уровня тревоги и отрицательно сказывалось на эмоциональном состоянии в целом. Здесь имел место так называемый феномен катастрофизации, который представляет собой психологический процесс, характеризующийся дезадаптирующей негативной оценкой определенных симптомов и повышенным вниманием к ним [3,6]. В структуре этого феномена выделяют 3 компонента: постоянное размышление (rumination) – пациент постоянно думает о каком-то симптоме; преувеличение

(magnification) – пациент ожидает чего-то плохого, преувеличивая тяжесть заболевания, безнадежность (helplessness) – пациент считает, что его состояние ужасно, и сложившаяся ситуация непреодолима.

Высокий уровень ситуативной тревожности наблюдается у 75% обследованных; умеренный у 25%, согласно результатам теста Спилбергера-Ханина (таблица 2).

Таблица 2 Уровень ситуативной тревожности у хирургических больных с абдоминальной патологией

Уровень	1 группа (n=12)		2 группа (n=8)	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкий	0	0	0	0
Умеренный	4	25	2	25
Высокий	8	75	6	75

В отношении исследования уровня депрессии данные, полученные по шкале Бека, демонстрируют наличие умеренно-выраженного уровня депрессивных реакций у 75% обеих групп; 33,3% имеют легкий уровень депрессивных реакций и 16,7% имеют явно-выраженный уровень депрессивных реакций у обследуемых хирургических больных с абдоминальной патологией (таблица 3).

Таблица 3Уровень депрессивных реакций у хирургических больных с абдоминальной патологией

Уровень депрессии	1 группа (n=12)		2 группа (n=8)	
	Абс.	%	Абс.	%
Легкий	1	8,3	2	25
Умеренно-выраженный	9	75	6	75
Явно-выраженный	2	16,7	0	0

Полученные результаты подчеркивают необходимость психологического сопровождения больных с хирургической патологией в предоперационном периоде. Речь идет о психологической подготовке больного к операции, которая должны включать информационно-разъяснительный компонент, психотерапевтические техники, направленные на снижение уровня ситуативной тревожности, формирование адекватных установок на лечение, конструктивных поведенческих паттернов. Проведение предложенных мероприятий позволит снизить уровень эмоциональной напряженности, повысит стрессоустойчивость организма к предстоящему хирургическому вмешательству, положительно скажется на прогнозе хирургического лечения.

Список литературы.

1. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. СПб.М.: Издательский центр «Академия», 2004. –736 с.

2. Кострова, Е.М. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, с учётом показателей деформируемости и резистентности эритроцитов/ Е.М. Кострова // Медицина. – 2009. – № 4. – С. 83-86.

3. Ласков В.Б., Логачева Е.А., Третьякова Е.Е. Катастрофизация боли: нейропсихологические аспекты заблуждений и ятрогенно обусловленных психогений в клинической практике / /Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. 23-25 ноября 2018 г. Часть I / Под ред. Ткаченко П.В. –Текстовое (сингольное) электронное издание (3,27 Мб). – Курск: КГМУ, 2017. – С. 192-196.

5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.:МЕДпрессинформ, 2002.

6. Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Пастух И.А., Чеботарев Е.В. Психодиагностика и коррекция психосоматических расстройств (Учебное пособие) / А.В. Погосов с соавт. // Курск, Изд-во КГМУ, 2016. – 252 с.

7. Погосов А.В, Ласков В.Б., Богушевская Ю.В. Причины необоснованного обращения больных соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики / А.В. Погосов с соавт. // Неврология, нейропсихиатрия, психосомтаика. – 2018. – Т.10. − № 4. – С. 40-45.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ЛИЦ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ватутина А.С

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии

Научный руководитель − к.м.н., доцент Бельских И.А.

Актуальность исследования. Взаимосвязь соматоформных расстройств с феноменом личностной тревожности в настоящее время является проблемой, не получившей должного отражения в научно-исследовательской сфере современной медицины. Отмечается сложность в диагностике и лечении данной патологии, что подтверждает необходимость разработки новых методов и подходов, а также модернизации существующих диагностических критериев. Выраженный клинический патоморфоз данной группы заболеваний и все большая невротизация соматических заболеваний, приводит к вовлечению в обслуживание данного контингента больных широкого круга специалистов.

По данным статистики на территории Российской Федерации на период 2017 года зарегистрировано 214000 человек на 100000 человек населения, страдающих психическими расстройствами не психотического характера, из них на долю соматоформных расстройств приходится до 18% случаев [3].

Тревога − это отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. Переживание тревоги влечет за собой чувство изоляции и одиночества, зачастую она может сопровождаться чувством физического дискомфорта и проявлениями произвольной и вегетативной дисфункции организма. В повседневной жизни тревога часто выступает корректором поведения человека, являясь препятствием для реализации умений и навыков, она отрицательно влияет на все сферы жизнедеятельности [1].

Согласно классификации МКБ-10 основными чертами соматоформного расстройства (F45.0) являются многочисленные, повторные, часто меняющиеся физические симптомы, имеющие место по крайней мере в течение двух лет [2].

Целью исследования является оценка уровня личностной тревожности у лиц с соматоформными расстройствами.

Материалы и методы: исследование проводилось на клинических базах кафедры психиатрии Курского государственного медицинского университета − ОБУЗ «Курской клинической психиатрической больницы имени Святого Великомученика и Целителя Пантелеимона» и ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы». В эксперименте приняли участие 38 пациентов, среди которых 13 (32,5%) мужчин и 27 (67,5%) женщин, средний возраст составил 42,4±0,4 года. Работа выполнялась путем анкетирования отобранной группы пациентов, с использованием теста дифференцированной оценки личностной тревожности, оценка результатов производилась согласно 4 факторам: 1 − нервно-психическая возбудимость, 2 − застенчивость, 3 − соматовегетативная нестабильность и 4 − низкая самооценка.

Результаты и обсуждения.В процессе исследования было сформировано 7 групп пациентов по уровню личностной тревожности. Первую группу составили лица с сильно выраженным уровнем личностной тревожности равным 10 стенам, в которую вошли 4 (10%) человека, где все лица женского пола (100%), во второй группе исследуемый показатель составил 9 стенов, что соответствует выраженной личностной тревожности, данную группу составили 7 (17,5%) человек, среди которых 3 (42,9%) женщины и 4 (57,1%) мужчин. Третья группа включила в себя 17 (42,5%) человек, где 7 (41,2%) − мужчин и 10 (58,8%) женщин, показатель личностной тревожности в которой был повышен умеренно и составил 8 стенов. Четвертая группа имела уровень тревожности 4-7 стенов, что соответствует границам нормативного разброса, группа включила 9 (22,5%) человек, среди которых 8 (88,9%) женщин и 1 (11,1%) мужчина. 5 группа с умеренно сниженной личностной тревожностью, равной 3 стенам составила 2 (5%) женщины. Шестая группа – с выраженным дефицитом личностной тревожности, равным 2 стенам включила 1 (2,5%) женщину. Седьмая группа с сильно выраженным дефицитом личностной тревожности при 1 стене составила 0 человек.

В первой группе у всех женщин уровень личностной тревожности был повышен за счет 4 фактора (100%). Во второй группе у 5 (71,4%) пациентов показатель нервно-психической возбудимости, у 3 (42,9%) пациентов уровень

застенчивости, у 3 (42,9%) пациентов 3 фактор и у 1 (14,3%) пациента 4 фактор находились в пределах нормативного разброса. В третьей группе у 10 (58,8%) человек в пределах нормы находился 1 фактор, у 9 (52,9%) человек – 2 фактор, у 14 (82,4%) больных – 3 фактор и у 9 (52,9%) человек – 4 фактор. В результате анализа четвертой группы, среди исследуемых лиц отмечено варьирование всех исследуемых факторов, определяющих степень личностной тревожности, в пределах нормативных значений. При изучении случаев умеренно сниженной личностной тревожности в пределах пятой группы было замечено, что у всех пациентов (100%) фактор 1 и 4 находился в пределах нормативного разброса.Шестая группа включила одного пациента с выраженным снижением уровня личностной тревожности, где наблюдалось сочетание умеренно сниженного 1 и 2 фактора, с выраженным снижением самооценки, при соматовегетативной нестабильности, находящейся в пределах нормальных значений.

Выводы. Личностная тревожность в современной клинической практике рассматривается как один из основных пусковых механизмов, лежащих в основе расстройства психической сферы личности.

Уровень личностной тревожности, соответствующий 8-10 стенам, наблюдался у 28 (70%) человек, среди которых 17 (60,7%) человек составили лица женского пола и 11 (39,3%) – лица мужского. На долю лиц с личностной тревожностью в пределах нормы, равный 4-7 стенам, пришлось 9 (22,5%) человек, среди которых 8 (89%) женщин и 1 (11%) мужчина. С уровнем тревожности ниже нормативных данных зарегистрировано 3 (7,5%) пациента, где 2 (66,7%) женщины и 1 (33,3%) мужчина. Лица женского пола, страдающие соматоформными расстройствами, в 1,5 раза чаще мужчин подвержены высокому уровню личностной тревожности.

Список литературы

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. – М.: Медицина, 2003. – Т.1.
– 698 с.

2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Статистический сборник за 2017 год [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Режим доступа: URL: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god (дата обращения 15.12.2018 год).

3. Новикова С.И Значение феномена тревожности в молодежной среде / С.И. Новикова, И.А. Бельских // «Молодежная наука и современность» Материалы 81-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием посвященной 81-летию КГМУ (20-22 апреля 2016 г.). – Курск: Изд-во КГМУ, 2016. – С. 31

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (С ПОЗИЦИИ ПСИХОЛОГИИ)

Головина Ю.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель − к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования. Биполярное аффективное расстройство – хроническое эндогенное заболевание, которое характеризуется чередованием противоположных фаз – маниакальной и депрессивной [2]. В последнее десятилетие пересмотрены взгляды на распространенность и возможные варианты благоприятного течения БАР. В общей популяции частота встречаемости расстройств, объединяемых в биполярный спектр, может достигать 5,0% и значительно превышает таковые показатели по шизофрении (0,8-1,0%) [3].

Впервые о клинико-психопатологических проявлениях БАР упомянуто в 1854 году французскими психиатрами – Фальре и Байярже. Однако в качестве отдельной нозологической единицы биполярное аффективное расстройство выделено в 1896 году Крепелиным. Изначально в литературе данное расстройство было названо маниакально-депрессивным психозом (МПД). В 1980 году в американской классификации DSM-III «маниакально-депрессивный психоз» был заменен на «биполярное расстройство». В DSM-5, опубликованное в мае 2013 г, биполярные и связанные с ними расстройства представлены в отдельной главе [9]. В МКБ-10 появился термин «биполярное аффективное расстройство», который заменил термин МДП [1].

Пациенты с диагнозом БАР намного чаще имеют коморбидные психические расстройства (алкоголизм, наркомания, тревожно-фобические расстройства). Коморбидность обусловливает сложности диагностики и лечения. БАР часто неверно диагностируют в ситуациях атипичного клинического течения картины, а также у больных в случаях коморбидности с тревожно-фобическими расстройствами [4].

Целью исследования является проведение теоретико-методологического анализа понятия биполярное аффективное расстройство.

Материалы и методы: в исследовании был проведен библиометрический анализ изучаемого объекта – биполярное аффективное расстройство по данным отечественной литературы. Анализ литературных источников проводился за период с 2009 по 2018 гг. Теоретико-методологический анализ осуществлялся с помощью информационного пространства – научная электронная библиотека «eLIBRARY». Опираясь на публикации в системе «eLIBRARY», ключевое слово «биполярное аффективное расстройство» в рубрике 15.00.00 – «Психология» с учетом доступности текста на портале, было найдено 102 статьи (100%).

Проведена оценка активности научных исследований по тематике биполярное аффективное расстройство с 2009 по 2018 годы. Выявлен высокий уровень публикационной активности в 2017 году (рисунок № 1).

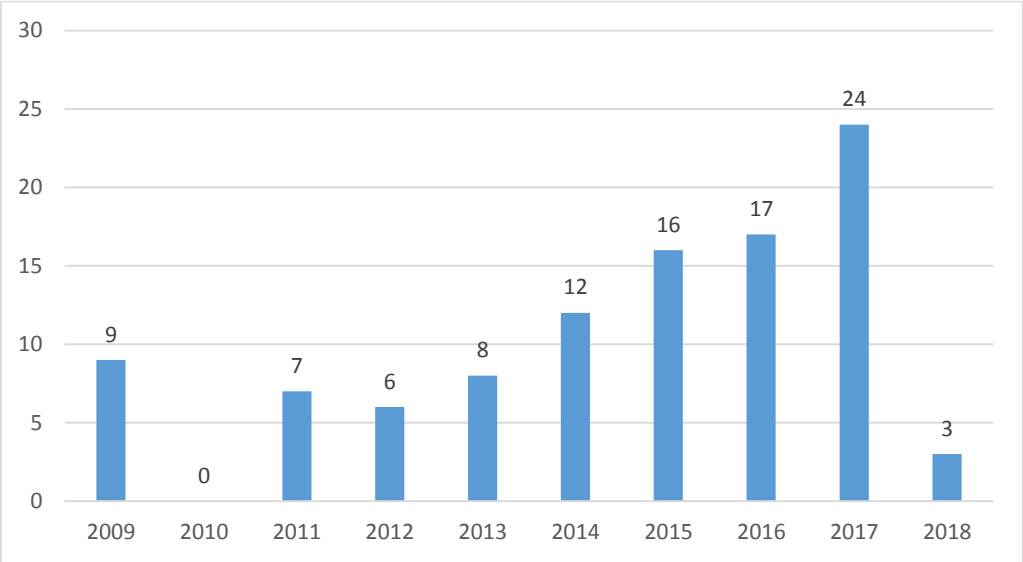


Рисунок 1. Публикационная активность по проблеме БАР с 2009 по 2018 год

В ходе изучения публикаций, посвященных биполярному аффективному расстройству, все статьи были разделены на тематические группы. Статьи, в которых изучались различные аспекты БАР: «диагностика и реабилитация БАР» – 9 статей (8,80%); «психологические особенности» при БАР – 9 статей (8,80%); «клинико-психологические проявления при БАР» – 12 статей (11,80%); «разновидности БАР» – 3 статьи (2,90%); «коморбидность БАР» – 7 статей (6,90%); «приемы психотерапевтического воздействия» – 26 статей (25,50%); а также группа, в которых описаны разнообразные составляющие изучения проблемы БАР – 36 статей (35,30%) (рисунок 2).

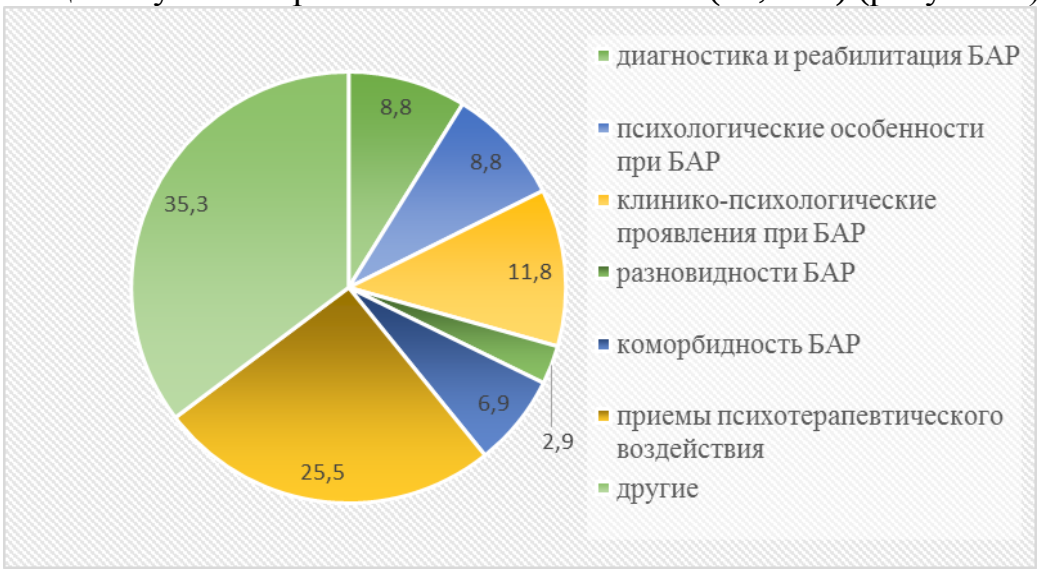


Рисунок 2 Удельный вес публикаций по проблеме БАР в соответствии с освещенными в них вопросами с 2009 по 2018 год

На основе полученных данных мы можем сделать выводы. С 2012 по 2017 годы произошло значительное увеличение публикаций в системе «e-library» по проблеме биполярного аффективного расстройства, что свидетельствует об актуальности изучения данной нозологической единицы. Из

проанализированных нами публикаций больший удельный вес приходится на работы, направленные на психотерапевтическую коррекцию БАР. Небольшой удельный вес работ, направленный на анализ психологических и клинико-психологических аспектов течения БАР, диктует необходимость детального изучения указанных параметров, что поможет выбрать дифференцированный подбор психокоррекционных мероприятий больных с биполярным аффективным расстройством.

Список литературы

1. Колягин В.В., Чернигова Е.П. Биполярное аффективное расстройство у подростков / В.В. Колягин, Е.П. Чернигова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2016. Т.141, № 2. С.48-52.

2. Мищенко А.Н., Мищенко М.М., Иванова А.П. Изучение коморбидности биполярного аффективного расстройства и алкогольной зависимости / А.Н. Мищенко, М.М. Мищенко, А.П. Иванова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. 2017. № 20-1. С.137-139.

4. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. 384 с.

5. Петрова Н.Н. К вопросу о коморбидности биполярных аффективных и тревожных расстройств / Н.Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т.26, № 2. С. 106-110.

6. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. 284 с.

7. Погосова И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией / И.А. Погосова // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2012. Т.44, № 3. С.42-47.

8. Погосова И.А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И.А. Погосова, А.В. Погосов, Т.Ю. Федоренко // Науково-практичний журнал Архівпсихіатрії. − 2008. − Т. 14, № 1 (52). − С. 54-59.

9. Семке, В.Я. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств / В.Я. Семке, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62). С.50-57.

10. Darrel A. Regier, Emily A. Kuhl, David J. Kupfer. DSM-5: Классификация и изменения критериев / Перевод: Павличенко А.В. // WorldPsychiatry. 2013. Т.12, № 2. С.88-94.

ЭПИЛЕПСИЯ. КАК РАБОТАЕТ МОЗГ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА

Гурачевская Е.Ю., Гурачевская И.Ю., Михалёва К.В., Тимашков О.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации и психиатрии
Научный руководитель –к.м.н., доцент Усова Н.Н.

Актуальность исследования состоит в рассмотрении основополагающих биомеханизмов эпилепсии, понимание которых необходимо для подбора эффективной индивидуальной терапии.

Целью исследования является изучение особенностей работы головного мозга во время приступа эпилепсии.

Материалы и методы: в данном исследовании использовалась медицинская литература, содержащая актуальную информацию об эпилепсии размещенную в англоязычных ресурсах «U.S. NationalLibraryofMedicine» и в ряде русскоязычных изданий за период 2009-2018 годы.

Результаты и обсуждение.Эпилепсия − хроническое расстройство, выражающееся в видерецидивирующих пароксизмов, при котором скопления нервных клеток или нейронов в мозге иногда функционируют атипично и вызывают судороги [2].

По данным D. S. Hesdorffer и соавт. (2011), один из 26 человек заболевает эпилепсией на протяжении жизни. Эпилепсия затрагивает как мужчин, так и женщин всех рас, этнического происхождения и возраста [2].Основой эпилептогенеза является дисбаланс между активностьютормозных и возбуждающихнейротрансмиттеров, измененичувствительностирецепторов к ним, нарушениефункционированияионныхклеточныхканалов [1].

В настоящее время из всех механизмов эпилептогенеза можно выделить основополагающие, которые наиболее близки к достижению потенциальных целей для лекарственной терапии:

1)путь передачи сигнала через mTOR (мишень рапамицина для млекопитающих).Путь mTOR является основным регулятором, который участвует в нескольких генетических и приобретенных формах эпилепсии. Ингибитор пути mTOR изучается для предотвращения судорог.

2) активация цитокинового белка интерлейкина-1 (IL–1).При различных типах эпилепсии воспалительные процессы могут играть ключевую роль. Цитокины являются сигнальными молекулами, которые, помимо других функций, помогают регулировать воспалительные реакции организма. Исследователи изучают, почему IL–1ß активируется при разных типах эпилепсии.

Другие области исследований эпилептогенеза включают в себя:

Изучение структуры мембран и каналов.Белки в клеточной мембране имеют решающее значение для генерации электрических импульсов, которые нейроны используют для связи друг с другом.Каналы в свою очередь позволяют таким молекулам, как натрий, кальций и калий, перемещаться по

ним, генерируя электрические импульсы. Нарушение любого из этих процессов может вызвать изменения, которые могут привести к эпилепсии.

Важную роль играет разрушение гематоэнцефалического барьера, которое может привести к судорогам. Когда белки из крови пересекают этот важный барьер между кровеносной системой и жидкостью, окружающей мозг, они вызывают реакцию, которая приводит к гиперактивности нейронов в области мозга, окружающей распад.

Глиальные клетки.Астроциты представляют собой тип глиальной клетки, которая действует как «экономка», удаляя чрезмерные уровни глутамата, основного нейротрансмиттера, который опосредует возбуждающие сигналы в центральной нервной системе. Когда астроциты повреждены, уровни глутамата чрезмерно повышаются в промежутках между клетками мозга, что может затем способствовать возникновению приступов.

Иммунная система организма.Именно иммунная система может способствовать развитию определенных форм эпилепсии. При агрессивных формах расстройств антитела могут нарушать функцию мозговых рецепторов, приводя к аномальной активности нейронов. Результаты клинических испытаний на ранних стадиях показывают, что стратегии, направленные на регулирование иммунной системы организма, могут обеспечить средства для лечения этих в противном случае неизлечимых форм эпилепсии [3].

Существуют факторы, которые провоцируют приступ − триггеры. Они не вызывают эпилепсию, но могут стать пусковым механизмом развития приступа у тех, кто восприимчив к ним, а также они провоцируют приступы у людей с эпилепсией, которая хорошо контролируется приемами лекарственных средств.Такими факторами чаще всего являются стресс и гормональные изменения, связанные с менструальным циклом, употребление или отмена алкоголя, обезвоживание или голодание.

По данным опросов люди, страдающие эпилепсией, чаще всего указывают стресс как первопричину развития приступа. Воздействие токсинов или ядов, таких как свинец или угарный газ, уличные наркотики, или даже чрезмерно большие дозы антидепрессантов или других предписанных лекарств, также могут вызвать судороги. Сильнейшим триггером является нарушение сна [2].

На основании эпидемиологического исследования эпилепсии среди взрослого населения города Гомеля и Гомельской области за период с 2006 по 2016 год было госпитализировано 1973 пациента.

Таблица 1. Анализ заболеваемости 2006-2016 годы

Год	Общее количество пациентов	Средний возраст
2006	190	44
2007	203	41
2008	207	42
2009	218	42
2010	180	41

2011	88	45
2012	161	44
2013	156	43
2014	163	44
2015	143	46
2016	84	45

Обработав статистические данные, мы установили средний возраст поступавших пациентов, который составил 43 года.

Выводы.Эпилепсия является результатом избыточной электрической активности корыголовного мозга. Ведущими механизмами развития являются путь mTOR и активация цитокинового белка интерлейкина-1 (IL–1).По результатам проведенного исследования эпилепсия чаще встречается у мужчин, средний возраст пациентов составил 43 года.

Список литературы.

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия / подред. Коновалова А.Н., Козлова А.В.; Гусев Е.И.,Коновалов А.Н., Скворцова В.И.: учебник: – т. 1. – 2009. – 624 с.
2. The Epilepsies and Seizures: Hope Through Research / National Institute of Neurological Disorders and Stroke // NIH Publication No. – August 2015.– 15–156.
3. Curing the Epilepsies: The Promise of Research / National Institute of Neurological Disorders and Stroke National Institutes of Health // NIH Publication No 13–61–20 – September 2013.

УРОВЕНЬ ПРИВЫКАНИЯ К АЛКОГОЛЮ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ 9-11 КЛАССОВ

Дорощенко А.А., Колесник Д.Г.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации и психиатрии
Научный руководитель − д.м.н., доцент Сквира И.М.

Актуальность исследования.Самым распространенным психоактивным веществом, употребляемым молодежью, является алкоголь. Согласно исследованию, проведенному независимым научным комитетом по изучению наркотических веществ (Independent Scientific Committee on Drugs), в котором вред от приема двадцати психоактивных веществ оценивался по шестнадцати критериям (непосредственный вред принимающему, риск возникновения зависимости, социальное воздействие и др.). Уровень вреда от употребления алкоголя занимает первое место, превышая уровень вреда от таких наркотических веществ, как героин, кокаин и другие [2]. Отдельной проблемой

является употребление алкоголя в подростковом возрасте. Злоупотребление алкоголем влияет на все стороны внутреннего мира подростка, определяя его отношения с другими людьми, вызывая расстройства личности, которые сопровождаются ухудшением здоровья. Распространению алкоголизма среди подростков способствуют особенности возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения, алкогольные традиции [1].

Целью исследования является оценка уровеня проблем связанных с алкоголем (ПСУА) среди школьников старших классов. Выявление цели первого употребления алкоголя и мотивы последующего его приема.

Материал и методы: было проведено анонимное анкетирование с помощью онлайн системы для создания опросов и анкет Survio.com школьников 9-11 классов Гомельской области. Степень риска употребления алкоголя оценивалась с помощью теста AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test. Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие 38 учащихся 9-11 классов. Было опрошено 30 девушек и 8 юношей. Средний возраст составлял 16,05±0,93 лет. С помощью теста AUDIT был оценен уровень ПСУА. Согласно результатам, 21 человек (55,26%) воздерживались от принятия алкоголя. 14 опрошенных (36,84%) употребляют алкоголь менее 1 раза в месяц. 2-4 раза в месяц употребляют алкоголь 3 опрошенных (7,89%). Общий удельный вес лиц, принимающих алкоголь, составил 44,74%. Удельный вес лиц, принимающих алкоголь, среди парней (25,0%) был в 2 раза меньше, чем среди девушек (50,0%). У 3 (7,89%) опрошенных был выявлен повышенный уровень ПСУА.

На вопрос, когда впервые был употреблен алкогольный напиток 14 опрошенных (36,84%) указали возраст 15-16 лет, 8 опрошенных (21,05%) указали возраст 13-14 лет и 8 опрошенных (21,05%) указали возраст 11-12 лет, а 6 опрошенных (15,79%) впервые попробовали алкоголь ранее 10 лет. На вопрос о случайном приеме алкоголя в несознательном возрасте положительный ответ дало 17 опрошенных (44,74%). Так же нами были оценены мотивы употребления алкоголя среди школьников и причины первого случая употребления алкоголя. Причинами первого употребления являлись: любопытство (18 опрошенных, или 47,36%), случайное принятие алкоголя (5 опрошенных, или 13,16%), с целью повышения самооценки и самоутверждения (1 опрошенный, или 2,63%), чтобы почувствовать себя взрослым (1 опрошенный, или 2,63%), по примеру друзей (2 опрошенных, или 5,26%), по предложению родителей (3 опрошенных, или 7,90%). Целями дальнейшего употребления алкоголя среди школьников являются: получение удовольствия (5 опрошенных, или 13,16%), чтобы чувствовать себя более свободно в компании (5 опрошенных, или 13,16%), чтобы перестать нервничать (4 опрошенных, или 10,53%), для повышения самооценки и самоутверждения (2 опрошенных, или 5,26%), один опрошенный не смог определить цель употребления алкоголя (2,63%).

Так же было оценено какие алкогольные напитки предпочитают употреблять школьники: слабоалкогольные напитки (пиво, слабоалкогольные коктейли и т.п.) предпочитают 9 опрошенных (23,68%), напитки средней крепости (вино, шампанское и т.п.) – 9 опрошенных (23, 68%), крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк и т.п.) – 1 опрошенный (2, 63%).

У лиц, употребляющих алкоголь доля друзей, которые употребляют алкоголь равна 88, 24%. Доля друзей, употребляющих алкоголь, среди лиц, которые воздерживаются от употребления алкоголя составляет 76,19%. Отсюда можно предположить, что влияние друзей является предпосылкой для употребления алкоголя. Однако на вопрос о том, если предложат выпить в компании 4 опрошенных (10,53%) ответили, что согласились бы выпить, 25 опрошенных (65,79%) – отказались бы и 9 опрошенных (23,68%) затруднились ответить.

Также опрошенных просили оценить эффективность профилактических бесед. 6 опрошенных (15,79%) считают профилактические беседы очень эффективными, 4 опрошенных (10,53%) – эффективными, 8 опрошенных (21,05%) считают эффективность незначительной и 15 опрошенным (39,47%) трудно оценить их влияние.

Выводы. Процент непьющих школьников незначительно превышает пьющих. Однако выявлено, что девушки употребляют алкоголь в 2 раза чаще, чем юноши. Также отмечается взаимосвязь с употреблением алкоголя в компании. 15 опрошенных набрало от 1 до 7 баллов по тесту AUDIT, что свидетельствует о минимальном риске алкоголизма. У двух опрошенных было 13 баллов (8-15 баллов) и они являются установившимся типом потребителя, такое употребление алкоголя несет с собой в будущем высокий риск ущерба здоровью.

Список литературы.

1. Палачева Т.И. Личностные особенности подростков с различным отношением к алкоголизации // Казанский педагогический журнал. 2014. № 5 (106). С. 165-171.

2. Nutt DJ [et.al.]. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis // Lancet. 2010. № 376. P. 1558-1565.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОННОГО ПАРАЛИЧА СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Жданок А.А., Пальчик Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – ст. преподаватель Чепелев С.Н.

Актуальность исследования состоит в значимости такого распространенного и не до конца изученного состояния, как сонный паралич

(СП), в современном мире. СП – состояние, представляющее собой паралич мышц, наступающий до засыпания, или же когда процесс пробуждения происходит до его спада. При этом движения глазных яблок и дыхательная мускулатура остаются в норме.

Как известно, СП проихсодит в фазе быстрого сна (REM-сон (rapid eye movement)) [2]. В эту фазу артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания увеличиваются, а на ЭЭГ наблюдаются быстрые колебания электрической активности, близкие по значению к бета-волнам. В этот период электрическая активность мозга сходна с состоянием бодрствования, поэтому и не удивительно, что во время фазы быстрого сна человек видит яркие и красочные сны, часто включающие сложный сюжет. Однако существуют специальные структуры в мозге, которые парализуют наше тело [3]. К этим структурам относятся мост (включая ядра ретикулярной формации) и вентромедиальное ядро. Они угнетают возбудимость скелетных мышц посредством торможения двигательных нейронов в спинном мозге и воздействия на нейротрансмиттеры (ГАМК и глицин), в результате чего происходит полная атония всех мышц, за исключением мышц глазного яблока и дыхательных мышц [2].

Эпизоды паралича часто сопровождаются различными галлюцинациями [6]. Галлюцинации бывают следующих видов: ощущение присутствия кого-либо рядом (может сопровождаться сенсорными галлюцинациями), слуховые галлюцинации, давление на грудную клетку (часто сопровождается ощущением удушья) [1]. Эти виды галлюцинаций чаще всего сопровождают друг друга. Также встречается такой вид галлюцинаций, как вестибулярно-моторный, включающий движение вокруг и ощущение себя вне тела. Эпизоды СП обычно связаны с чувством страха (по некоторым данным 90% случаев) [2]. Однако есть данные о том, что до 20% людей, испытывающих СП, имели приятные ощущения [2].

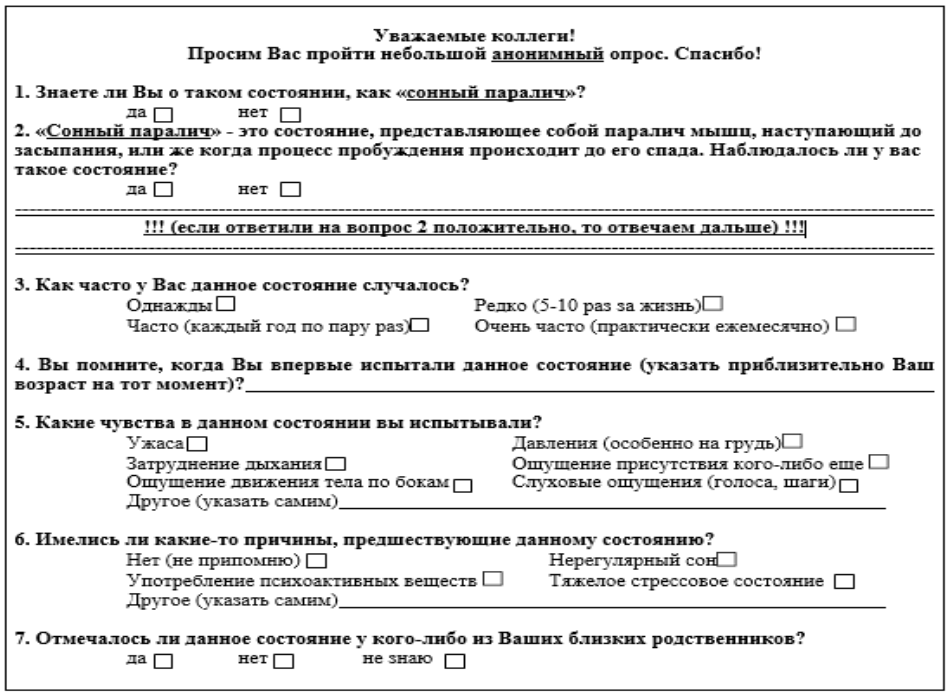
Согласно различным исследованиям, распространенность данного явления среди населения составляет порядка 8%, но, по некоторым исследованиям, распространенность варьирует от 2 до 60% [4, 5, 7].

Причины данного феномены остаются неизвестны, однако изучались факторы риска, потенциально способствующие возникновению СП. К ним относятся: употребление психоактивных веществ, стресс и психотравмы, генетические факторы, некоторые заболевания, особенности личности, интеллекта, расстройства сна, психические расстройства [2]. Также сообщается, что в группах студентов и психиатров данный феномен встречается значительно чаще [1, 4, 8]. Поскольку студенты-медики подвержены тяжелой учебной нагрузке, нерегулярному сну и другим факторам риска СП, то изучение распространенности данного феномена среди студентов-медиков представляет собой значительный интерес.

Целью исследования является изучение особенностей распространения СП среди студентов-медиков.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 205 студентов 3-4 курсов Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ)

в возрасте от 20 до 23 лет. Студентам предлагалось заполнить анонимную анкету, в которой они должны были ответить на вопросы, известно ли им такое состояние, как СП, наблюдалось ли оно у них, если да, то уточнялась частота встречаемости, приблизительный возраст, когда впервые испытали СП, чувства, которые испытывались во время СП, имелись ли какие-то причины (факторы риска), предшествующие данному состоянию, а также уточнялось про встречаемость подобного состояния среди близких родственников. Анкета-опросник представлена на рисунке 1.



Уважаемые коллеги!
Просим Вас пройти небольшой анонимный опрос. Спасибо!

1. Знаете ли Вы о таком состоянии, как «сонный паралич»?
да ☐ нет ☐

2. «Сонный паралич» - это состояние, представляющее собой паралич мышц, наступающий до засыпания, или же когда процесс пробуждения происходит до его спада. Наблюдалось ли у вас такое состояние?
да ☐ нет ☐

!!! (если ответили на вопрос 2 положительно, то отвечаем дальше) !!!

3. Как часто у Вас данное состояние случалось?
Однажды ☐ Редко (5-10 раз за жизнь) ☐
Часто (каждый год по пару раз) ☐ Очень часто (практически ежемесячно) ☐

4. Вы помните, когда Вы впервые испытали данное состояние (указать приблизительно Ваш возраст на тот момент)? _____

5. Какие чувства в данном состоянии вы испытывали?
Ужаса ☐ Давления (особенно на грудь) ☐
Затруднение дыхания ☐ Ощущение присутствия кого-либо еще ☐
Ощущение движения тела по бокам ☐ Слуховые ощущения (голоса, шаги) ☐
Другое (указать самим) _____

6. Имелись ли какие-то причины, предшествующие данному состоянию?
Нет (не припомню) ☐ Нерегулярный сон ☐
Употребление психоактивных веществ ☐ Тяжелое стрессовое состояние ☐
Другое (указать самим) _____

7. Отмечалось ли данное состояние у кого-либо из Ваших близких родственников?
да ☐ нет ☐ не знаю ☐

Рисунок 1. Анкета-опросник, предложенная студентам-медикам

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждения. При анализе анкет установлено, что 62% (127 человек) студентов БГМУ осведомлены о таком состоянии, как СП, при этом 19,5% студентов (40 человек) ощутили данное состояние. Дальнейший анализ данных проводился среди тех опрошенных, кто испытывал СП. Среди них только 87,5% (35 человек) знали, что это именно СП. При анализе частоты встречаемости данного состояния получены следующие данные: однажды – 50% (20 человек), редко (5-10 раз за жизнь) – 32,5% (13 человек), часто (каждый год по пару раз) – 12,5% (5 человек), очень часто (практически ежемесячно) – 5% (2 человека). Средний возраст, когда впервые опрошенные отметили у себя СП, составил 14,2±3,32 лет. Основные чувства, которые испытали студенты во время СП: ужас – 65% (26 человек), затруднение дыхания – 50% (20 человек), давление (особенно на грудь) – 42,5% (17 человек), ощущение присутствия кого-либо еще – 35% (14 человек), слуховые ощущения (голос, шаги) – 35% (14 человек), ощущение движения тела по бокам – 15% (6 человек). Среди возможных причин, предшествующих данному состоянию, 67,5% (27 студентов) отметили, что конкретные причины отсутствовали либо их не помнят, однако в 27,5% (11 человек) отметили нерегулярный сон, 25% (10

человек) – тяжелое стрессовое состояние и 2,5% (1 человек) – употребление психоактивных веществ. Лишь 2,5% (1 человек) отметило наличие данного состояния у своих родственников, 30% (12 человек) наследственный характер отрицают и 67,5% (27 человек) не осведомлено, имелось ли данное состояние среди родственников.

Выводы. Частота встречаемости СП среди студентов-медиков составила 19,5%, почти половина (48,7%) из которых испытала данное состояние лишь однажды. Средний возраст, когда впервые студенты отметили у себя СП, составил 14,2±3,32 лет. Среди основных чувств, которые испытали студенты во время СП, были отмечены ужас (65%), затруднение дыхания (50%), давление в груди (42,5%). 67,5% опрошенных не могут связать возникновение данного состояния с конкретной причиной, столько же опрошенных не осведомлено о наличии СП у родственников.

Списоклитературы.

1. Cheyne J. A. Hypnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis: neurological and cultural construction of the nightmare / J. A. Cheyne, S. D. Rueffer, I. R. Newby-Clark // Consciousness and Cognition. – 1999. – № 8. – P. 319-337.

2. Denis D. A systematic review of variables associated with sleep paralysis / D. Denis, C. C. French, A. M. Gregory // Sleep Medicine Reviews. – 2018. – Vol. 38. – P. 141-157.

3. Denis D., Terror and bliss? Commonalities and distinctions between sleep paralysis, lucid dreaming, and their associations with waking life experiences / D. Denis, G. L. Poerio // Journal of Sleep Research. – 2016. –Vol. 26, № 1. – P. 38-47.

4. Ohaeri J. U. The pattern of isolated sleep paralysis among Nigerian medical students / J. U. Ohaeri, A. O. Odejide, B. A. Ikuesan, J. D. Adeyemi // Journal of the National Medical Association. – 1989. – № 7. – P. 805-808.

5. O'Hanlon J. Experiences of sleep paralysis in a sample of Irish university students / J. O'Hanlon, M. Murphy, Z. Di Blasi // Irish Journal of Medical Science. – 2011. – № 4. – P. 917-919.

6. Sateia M. J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications / M. J. Sateia // Chest. – 2014. – № 5. – P. 1387-1394.

8. Sharpless B. A. Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: a systematic review / B. A. Sharpless, J. P. Barber // Sleep Med. Rev. – 2011. – Vol. 15, № 5. – P. 311-315.

9. Sharpless B. A. Sleep paralysis: historical, psychological, and medical perspectives / B. A. Sharpless, K. Doghramji // American Journal of Psychiatry. – 2015. – № 4. – P. 434-435.

ОТДЕЛЬНЫЕ ФЕНОМЕНЫ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Зданович А.И., Кривкин Н.А., Татаренков А.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бельских И.А.

Актуальность данного исследования заключается в возросшем спросе на исследование социально значимой патологии − шизофрении, как хронического прогрессирующего заболевания. По показаниям последних лет, около 40% больных с впервые выявленным психозом в Российской Федерации страдают шизофренией, из которых 65% − трудоспособного возраста. Данный факт является высоким процентом инвалидизации указанной нозологической группы, причем значительную роль в его формировании играет когнитивный дефицит.

Целью исследования является изучение особенностей когнитивного функционировании индивида при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, а также исследование корреляции отдельных когнитивных расстройств и когнитивного дефицита, как основополагающих частей шизофренического дефекта.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 27 пациентовКурской клинической психиатрической больницы имени святого великомученика и целителя Пантелеимона. Все пациенты находились в стадии стационарной ремиссии, с установленным диагнозом «F20.00 Параноидная шизофрения. Непрерывный тип течения». Участвовало 19 женщин и 8 мужчин возрастом от 20 до 57 лет.

Исследование функции памяти проводилась по методике запоминания 10 слов А.Р. Лурии. Оценивалась функция мгновенной памяти непосредственного воспроизведения 10 прослушанных слов в двух попытках, кратковременной и долговременной памяти после отставленного воспроизведения через 5 и 30 минут соответственно после интерфирирующего задания гетерогенного материала (теппинг-тест, корректурная проба Бурдона).

Для оценки зрительного внимания использовалась корректурная проба Бурдона, с помощью которой можно оценить устойчивость внимания и способность к концентрации. В данном исследовании был использован бланк, на котором в случайном порядке расположены буквенные символы (37 рядов по 40 символов в ряду). Испытуемый должен за 5 отведенных минут вычеркнуть максимальное количество букв, с которых начинается каждый новый ряд.

Познавательная деятельность оценивалась с помощью методики дискриминации свойств понятий (МДСП). Она включает для сравнения 9 пар понятий. К каждой паре приложен список из 27 – 30 различий и сходств, всего 517 свойств. В список включены видородовые, детализирующие, малозначимые (латентные) свойства. В данном исследовании использованы 3 пары понятий

(маленькая девочка – большая кукла, река – часы, барабан – скрипка). Испытуемый должен отметить в бланке номера самых главных различий и сходств [1,3]

Исследование проводилось методом сбора клинико-анамнестических данных и методом ретроспективного анализа историй болезней. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения: В ходе проведенного исследования были получены следующие данные:

Концентрация внимания составила 77% (норма для здорового человека – 80% и более), устойчивость – 9% (у здоровых людей приближается к нулю).Средние показатели внимания при 1-4 градациях составили 81,7%, а при 5-10 − 74%

При исследовании взаимосвязи когнитивных нарушений в патогенезе шизофрении на примере функций памяти и внимания была выявлена слабая прямая корреляция (корреляции Спирмена – 0,38), причём слабая прямая корреляция обусловлена в основном своём пациентами с глубоким апатоабулическим дефектом возрастом больше 40 лет, которые выполняли все виды тестов на более низком уровне. Пациенты с менее глубоким дефектом и моложе 40 лет выполняли все виды исследования на более высоком уровне, в некоторых случаях приближаясь своими показателями к здоровым людям.

Все пациенты были ранжированы на группы согласно результатам исследования по методике МДСП по градациям: 1-4 градация (10 пациентов), 5-8 градация (15 пациентов), 9-10 градация (2 пациента). Пациенты 1-4 градации при сравнительно малом количестве актуализированных признаков (от 16 до 69) привлекали латентные признаки (от 1 до 7). Пациенты 5-8 градации при значительном количестве актуализированных признаков (от 80 до 136) привлекали большое количество (от 2 до 12) латентных признаков. Пациенты 9-10 градаций отмечали почти все представленные признаки как одинаково существенные (от 150 до 159).

За показатель внимания был взят процент рядов, которое могли выполнить пациенты за 5 минут в корректурной пробе Бурдона, вычитая процент ошибок при выполнении данного исследования. Полученные значения: градации 1-4 – 71%, градации 5-6 – 68%, градации 9-10 – 46%.

Выводы. По результатам исследования было выявлено снижение всех показателей когнитивного функционирования. Полученные показатели когнитивного дефицита характерны для лобных поражений головного мозга, т.е. свидетельствую о нарастании апатоабулического дефекта.

Данное исследование продемонстрировало снижение средних показателей зрительного внимания при нарастании числа актуализированных признаков.

Теория взаимосвязи когнитивных расстройств в нашем исследовании не подтвердилась на примере корреляции расстройств памяти и внимания, которая показала слабую прямую взаимосвязь. Эти данные подтверждаются мировым опытом и последними научными публикациями, что даже такие близкие

когнитивные функции как память и внимание имеют разные механизмы развития в патогенезе шизофрении.

Тяжесть дефектного состояния при шизофрении влияет на когнитивную сферу пациента. Чем более выражено конкретное субъективное мышление, которое опирается на латентные признаки со сниженной способностью к обобщению и абстракции, тем более выражен когнитивный дефицит. Это может быть связано с тем, что у таких больных на данной стадии течения заболевания выражен шизофренический дефект со сниженной мотивационной и эмоциональной активностью.

Список литературы.

1. Бельских И.А., Плотников Д.В. Когнитивный стиль конкретная абстрактная концептуализация как интегральный параметр индивидуальности // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»; 2011. С. 13-19.

2. Бельских И.А., Плотников Д.В., Плотников В.В., Северьянова Л.А. Нейрофизиологические предпосылки интеллектуального стиля познавательной деятельности человека // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2010; С. 11-19.

3. Плотников В.В., Северьянова Л.А., Плотников Д.В., Бердников Д.В. Методика дискриминации свойств понятий (МДСП). М.: Когито-Центр; 2009. С. 25-87

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Канайкина А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедры психиатрии и психосоматики

Научный руководитель − к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования. Панические расстройства и генерализованные тревожные расстройства являются наиболее распространенными диагностическими проявлениями среди всех тревожных расстройств [3]. Данные нозологические единицы активно изучаются в зарубежной литературе по различным направлениям. В ряде работ зарубежных ученых описаны эпидемиологические аспекты, факторы риска, вопросы коморбидности [1,2].

На основе проведенного анализа мы выделили три научных направления наиболее часто встречаемых в описанных публикациях: факторы риска, методы психотерапевтического воздействия и сочетанность с другими заболеваниями.

Цельюисследования является проведение теоретико-методологического анализа проблемы генерализованного тревожного и панического расстройств.

Объект исследования: подходы зарубежных исследователей к изучению проблемы генерализованных тревожных и панических расстройств.

Глубина поиска определялась временным периодом с 2009 по 2018 год. Детальному изучению подвергались зарубежные научные исследования в области медицины и психологии.

Нами был проведен библеометрический анализ на основе информационного портала научной электронной библиотеки «PubMed».

Результаты и обсуждения. Изучению «факторов риска», приводящих к развитию генерализованного тревожного расстройства посвящено 551 статья, панического расстройства – 396 статей (2009-2018 годы.) (рисунок 1).

Рисунок 1. Публикационная активность по проблеме «факторы риска» становления генерализованного тревожного и панического расстройств (2009-2018 года)

Как видно из рисунка 1. научных статей по направлению «факторы риска» при генерализованном тревожном расстройстве опубликовано значительно больше, чем по указанному аспекту при паническом расстройстве. Наиболее выраженная публикационная активность авторов отмечено в 2017 году.

Следующее, изученное нами научное направление – «методы психотерапевтического воздействия». При генерализованном тревожном расстройстве по данной проблеме опубликовано 163 статьи, по паническому расстройству – 138 статьи (рисунок 2).

Рисунок 2. Публикационная активность по научному направлению «методы психотерапевтического воздействия», используемые в рамках генерализованного тревожного и панического расстройств (2009-2018 года)

Рисунок 2 отражает преобладание научных статей по научному направлению «методы психотерапевтического воздействия» при генерализованном тревожном расстройстве. Высокая публикационная активность по данному научному направлению отмечена с 2014 по 2017 год.

Далее мы изучили аспект – «сочетанность с другими заболеваниями». В 440 статьях описаны различные аспекты коморбидности генерализованного тревожного расстройства. Вопросы коморбидности панического расстройства отражены в 342 научных публикациях (рисунок 3).

Рисунок 3. Публикационная активность по научному направлению «сочетанность с другими заболеваниями» генерализованного тревожного и панического расстройств (2009-2018 года)

Рисунок 3 иллюстрирует рост числа научных публикаций посвященных изучению различных аспектов коморбидности генерализованного тревожного расстройства за период с 2009 по 2018 годы. В 2009, 2015 и 2017 годах по

данному научному направлению было опубликовано значительно больше научных статей, чем в остальные годы.

Выводы. На основе вышеизложенного следует вывод, что большее внимание зарубежных ученых отведено изучению генерализованного тревожного расстройства по сравнению с паническим расстройством. Наибольшей публикационной активностью по трем научным направлениям при генерализованном тревожном расстройстве отличается 2017 год. Кроме того, следует отметить, что работ, в которых отражены психологические особенности больных паническим расстройством значительно меньше по сравнению с таковыми при генерализованном тревожном расстройстве. Детальный анализ психологических характеристик больных генерализованным тревожным и паническим расстройством будет способствовать дифференциальному подходу при разработке психокоррекционнвх мероприятий указанных психических расстройств.

Список литературы.

1. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты). – Курск: ГОУ ВПО КГмУ Росздрава, 2009.

2. Погосов, А.В. Психодиагностика и коррекция психосоматических расстройств: учебное пособие / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, И.А. Пастух, Е.В. Чеботарев – Курск: Изд-во ГБОУ ВПО КГМУ, 2016.

4. Погосова И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами / И.А. Погосова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». − 2012. − № 4. − С. 74-79.

5. Семке В.Я. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств / В.Я. Семке,И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. −К., 2010. − № 5. − С. 50-57.

6. Alicia E. Meuret, Juliet Kroll, and Thomas Ritz. Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications. // AnnualReview of Clinical Psychology May 2017.№ 13:209-240.

7. Amy B. Locke, Nell Krirst, Cameron G. Shultz, Ann Arbor. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. // Am Fam Physician. 2015 May 1;91 (9):617-624.

8. Cord Benecke, Dorothea Huber, Hermann Staats. A Comparison of Psychoanalytic Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety (Panic/Agoraphobia) and Personality Disorders (APD Study): Presentation of the RCT Study Design. // Z Psychosom Med Psychother 62/2016, 252-269.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ МИГРЕНИ

Ковальчук Н.А.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Научный руководитель − д.м.н., профессор Табеева Г.Р.

Актуальность исследования. Ведение пациентов с головной болью, представляет собой сложную проблему повседневной практики, и не маловажную роль в ней играет приверженность пациентов к лечению. Мигрень, являясь первичной формой головной боли, которая проявляется приступами повторяющейся односторонней интенсивной головной боли, а также различным сочетанием соматических проявлений, входит в списокглобального бремени заболеваний и по данным ВОЗ занимает 3-е место среди ведущих причин снижения качества жизни населения в мире в возрасте до 50 [10]. Поэтому выявление факторов, на которых построен комплаенс пациента, разработка стратегии их контроля, позволит повысить качество лечения, и как следствие, качество жизни пациентов.

Целью исследования является анализ литературных источников и выявление факторов, определяющие приверженность к лечению мигрени.

Материалы и методы: проведен аналитический обзор литературы и электронных информационных ресурсов (PubMed, Scopus, WebofScience) за последние 10лет, по ключевым словам «migraine», «medication adherence», «medication compliance», «chronic migraine treatment», с целью выявления предикторов приверженности и комплаенса в отношении лечения мигрени. Отобрано и проанализировано 5 обзорных статей и 18 исследований, посвященных выявлению факторов, влияющих на терапию мигрени (n=1675).

Результаты и обсуждения. Понятие комплаентость или «приверженность к терапии», очень часто используется в последние годы. Данная тенденция обусловлена осознанием того, что неудачи в лечении, в большинстве случаев, объясняются несоблюдением рекомендациям врача. В ходе анализа литературы было выявлено, что приверженность к лечению в течение 2х месяцев от начала терапии составляет от 41% до 95%, через 6 месяцев − от 21% до 80%, через 12 месяцев диапазон приверженности уменьшается до 21%-81% [7,8].

Большое исследование, в котором были получены данные от 1160 пациентов с сильной головной болью, показало, что наиболее распространенными причинами отказа от лечения были высокая стоимость (33%) и проявление побочных эффектов (30%) [9].

По литературным данным, факторы, так или иначе обусловливающих соблюдение режима терапии пациентами с хроническими заболеваниями, можно разделить на четыре группы: связанные с пациентом; связанные с врачом; социально-экономические; обусловленные характером самой терапии.

При анализе литературы, приверженность к лечению у женщин в большинстве исследований преобладает, по сравнению с мужчинами, что

может является следствием более доверительных отношений с лечащим врачом. Так же не следует исключать действие на комплаентность проблем с психическим здоровьем, таких как депрессия, соматоформное расстройство, данные состояния могут ухудшать приверженность к лечению [4]. Что касается уровня образования, этнической принадлежности, то в данном случае не выявлено взаимосвязи данных факторов и лучшего результата терапии.

Влияние врача на соблюдение терапии, заключается, в первую очередь, на формирование у пациента мотивации к лечению. Доказано, что большинство пациентов не стремятся выполнять рекомендации врача, особенно если они не информированы о своем заболевании и его осложнениях [5,6].Для достижения комплаенса особенно важен процесс общения с врачом и врачебная компетентность. Информация о заболевании должна быть доступна к пониманию пациентом, с учетом образовательного ценза и уровня сложности материала. ToddJ. Schwedt и соавт. считают, что социо-экономические факторы играют одну из главных ролей в реальной практике, обуславливая терапевтические неудачи. Одним из данной категории факторов является проблема финансовой обеспеченности. Недостаток средств, приводит к отказу от лечения в связи с дороговизной медикаментов, которые предусмотрены медицинскими рекомендациями. Выраженное влияние на комплаенсоказывает сама лекарственная терапия. Достаточно серьезной проблемой являются побочные эффекты, особенно появляющиеся сразу после начала лечения, что заставляет прерывать терапию на ранних этапах. Влияет на комплайнс и длительность терапии. Доказано, что через 12 месяцев лечения приверженность к терапии существенно снижается [4, 6].

Однако, по данным исследования, изучавшего соблюдение терапии в зависимости от количества назначенных препаратов, не выявлено четкой разницы соблюдении монотерапии или политерапии (от одного до четырех препаратов) для профилактики мигрени.

Выводы. Несмотря на очевидную теоретическую и практическую значимость изучения данной проблематики, на сегодняшний день, методологические принципы, описывающие феномен комплаентности, недостаточно разработаны, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях формирования приверженности пациентов и ведущих факторах, определяющих ее уровень, остаются неразработанными основные диагностические критерии. За последние 10 лет, исследования проводившиеся в различных странах, как правило, немногочисленны и фрагментарны, теоретически недостаточно обоснованы. Исследования комплаенса у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями единичны, и в основном качаются наиболее распространенных неинфекционных категорий. Таким образом, детальное изучение комплаентности в отношении лечения мигрени является целесообразным и актуальным, поскольку изучение факторов приверженности позволит спрогнозировать поведение пациента при назначении медикаментозной терапии, а так же разработать оптимальный комплекс мер, направленный на повышение продуктивности лечения.

Список литературы.

1. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях// Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2013.№ 11. С. 6-15.
2. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2.
3. Наумова Е.А., Семенова О.Н.Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению//Кардиология: новости, мнения, обучение. 2016. № 2. С. 30-39.
4. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» [Текст]: монография / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
5. Осипенко М.Ф., Ливзан М.А., Бикбулатова Е.А. Эффективность эрадикационной терапии и комплаентность пациента//ConsiliumMedicum. 2013;8:14-16
6. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Yakhno N, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey. //Cephalalgia. 2012;32 (5):373-381. doi: 10.1177/0333102412438977).
7. Dozza A.L.,Krymchantowski A.V. Adherence to migraine treatment does not depend on the number of prescribed medications// Arq Neuropsiquiatr, 2013 Mar;71 (3):171-3. PMID: 23563717
8. Elizabeth K. Seng, Jeanetta A. Rains, Robert A. Nicholson, Richard B. Lipton, Curr Improving Medication Adherence in Migraine Treatment// Pain Headache Rep (2015) 19:24 DOI 10.1007/s11916-015-0498-8
10. Todd J. Schwedt, Aftab Alam, Michael L. Reed Schwedt et al.Factors associated with acute medication overuse in people with migraine: results from the 2017 migraine in America symptoms and treatment (MAST) study// The Journal of Headache and Pain (2018) 19:38 https://doi.org/10.1186/s10194-018-0865-z
11. Steiner et al. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s.// TheJournalofHeadacheandPain (2016) 17:104 DOI 10.1186/s10194-016-0699-5.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кочугова Е.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии и психосоматики

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Актуальность исследования. При рассмотрении психологических особенностей больных абдоминального профиля с хирургической патологией

отмечается значимость операционного стресса (предоперационного и постоперационного) который представляет собой сложный комплекс неспецифических ответных реакций организма. Основными его проявлениями являются эмоциональные феномены, такие, как страх, беспокойство, депрессия, тревога. Предоперационная тревога является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна [1,2]. Психообразование с элементами рациональной психотерапии у больных хирургического профиля с абдоминальной патологией должно помочь справиться со стрессом, депрессивным состоянием, тревожностью, различными опасениями по исходу операции, улучшить не только результаты оперативного вмешательства, но и течение всего послеоперационного и реабилитационного периода, а также ускорить процессы выздоровления [3,4,5].

Целью исследования являлась оценка эффективности психообразования у больных хирургического профиля с абдоминальной патологией.

Материалы и методы: было обследовано 20 больных, находящихся на лечении в хирургическом отделении ОБУЗ «Курской городской больницы скорой медицинской помощи» обоего пола в возрасте от 26 до 50 лет. Основная группа была представлена 10 пациентами, которым была проведена психообразовательная программа с элементами рациональной психотерапии, в контрольную группу вошли 10 больных, которым этой программы не проводилось. В работе использовались клинико-психопатологический метод (расспрос, наблюдение, сбор анамнеза), опросники Спилбергера-Ханина и Бека и описательная статистика.

Результаты и обсуждения. У 100% обследованных обнаруживалось актуальное стрессовое состояние. У пациентов основной группы была выявлена средняя (80%) и тяжелая (20%) степень депрессии, контрольной – умеренная (30%) и средняя (70%) степень. Уровень ситуативной тревожности у больных в основной группе был высокий (80%) и умеренный (20%), и в контрольной группе – высокий (60%), умеренный (40%). Результаты представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Уровень депрессии перед проведением психообразовательной программы

Уровень депрессии	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
умеренная	0	0	3	30
средняя	8	80	7	70
тяжелая	2	20	0	0

Таблица 2. Уровень тревожности перед проведением психообразовательной программы

Уровень тревожности	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
низкий	0	0	0	0
умеренный	2	20	4	40
высокий	8	80	6	60

После проведения психообразования с элементами рациональной психотерапии в основной группе пациентов были проведены исследования с пациентами обеих групп с помощью тех же методов, для определения эффективности психообразовательной программы. Результаты представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Уровень депрессии после проведения психообразовательной программы

Уровень депрессии	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
умеренная	6	60	3	30
средняя	4	40	7	70
тяжелая	0	0	0	0

Таблица 4. Уровень ситуативной тревожности после проведения психообразовательной программы

Уровень тревожности	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
низкий	2	20	0	0
умеренный	7	70	4	40
высокий	1	10	6	60

Выводы. После проведения психообразования с элементами рациональной психотерапии в основной группе пациентов показатели уровня тревожности снизились у 90% обследуемых, а депрессии – у 80%.

В контрольной группе, где пациенты остались без психообразовательной поддержки, все показатели остались без изменений. Возможно это связано с нарастанием тревоги и усилением переживаний по поводу предстоящего оперативного вмешательства, вследствие неосведомленности об ожидаемой операции и исходах лечения.

Проведенную программу можно считать эффективным способом повышения психологической адаптации у пациентов хирургического профиля с абдоминальной патологией. Улучшение эмоционального состояния связано со снижением уровня тревожности, вызванной необходимостью оперативного вмешательства и уменьшением степени депрессии, обусловленной наличием

заболевания и опасениями по поводу хирургического вмешательства и его исходов.

Оказанная психологическая поддержка поможет больным более легко перенести предстоящее оперативное вмешательство, улучшит течение всего послеоперационного периода и ускорит процессы регенерации и выздоровления.

Список литературы.

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие //М.: МЕДпресс-информ. – 2008. – С 173–175.
2. Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Пастух И.А., Чеботарев Е.В. Психодиагностика и коррекция психосоматических расстройств (Учебное пособие) / А.В. Погосов с соавт. // Курск, Изд-во ГБОУ ВПО КГМУ, 2016. – 252 с.
3. Севостьянов В.Г., Погосов А.В., Голодова А.А., Гуреева Е.В., Богушевская Ю.В., Погосова И.А. Психообразовательные программы: от теории и к практике / В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, А.А. Голодова, Е.В. Гуреева, Ю.В. Богушевская, И.А. Погосова // Психология в вузе. – 2010. – № 3. – С. 48-62.
4. Серых А.Р., Иванова А.Р. Модели и фокусы психообразования в медицинской практике // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. – 2012. – № 5.
5. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика // М: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО–Пресс. – 2001.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЛЕЙКОЗАМИ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лебедева М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 1,
Кафедра психиатрии
Научные руководители – д.м.н., профессор Степченко М.А.,
д.м.н., профессор Плотников Д.В.

Актуальность исследования состоит в том, что высокий уровень личностной тревожности негативно отражается на отдаленных результатах лечения, ухудшая качество жизни пациентов [1, 3].

Целью исследования является сравнительный анализ структуры личностной тревожности у больных хроническими лейкозами, артериальной гипертензией и язвенной болезнью.

Материалы и методы: были обследованы 156 пациентов: 54 с диагнозами «хронический лимфолейкоз» и «множественная миелома» (женщин – 32,

мужчин – 22); 50 с диагнозом «артериальная гипертензия» (женщин – 25, мужчин – 25); 52 с диагнозом «язвенная болезнь» (женщин – 27, мужчин – 25), находившиеся на стационарном лечении в гематологическом, кардиологическом и гастроэнерологическом отделениях БМУ «Курская областная клиническая больница» в 2018-2019 годах. В оценке тревожности использовался тест дифференцированной оценки личностной тревожности (ТДОЛТ) [2]. Используемый тест является информативным способом оценки как суммарного показателя личностной тревожности, так и отдельных ее компонентов: нервно-психической возбудимости, застенчивости, соматовегетативной нестабильности, низкой самооценки.

Результаты и обсуждения. Среди пациентов с хроническим лейкозом были получены следующие результаты: у 32 (59,3%) пациентов выявлен нормальный уровень общей личностной тревожности; у 21 (38,9%) – показатель повышен; у 1 (1,8%) – уровень личностной тревожности умеренно снижен. Установлено, что общая личностная тревожность повышена преимущественно за счет шкалы соматовегетативной нестабильности: этот показатель был повышен у 26 (48%) пациентов. Показатель нервно-психической возбудимости повышен у 6 (11%) пациентов, а у 20 (37%) он находится на верхней границе нормы. У 8 (14,8%) пациентов повышены значения по шкалам застенчивости и низкой самооценки (рисунок 1).

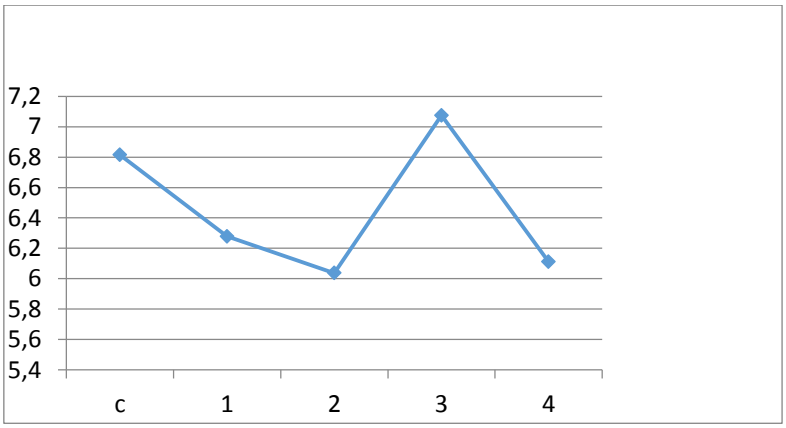


Рисунок 1. Тест дифференцированной оценки личностной тревожности у больных хроническими лейкозами

* – по ординате − стены, по абсциссе: с − суммарная оценка, 1 – нервно психическая возбудимость, 2 – застенчивость, 3 – соматовегетативная нестабильность, 4 – низкая самооценка.

Личностная тревожность повышена у 23 (46%) пациентов с артериальной гипертензией, у 25 (50%) – показатель находится в пределах нормативного разброса, 2 (4%) пациента имеют умеренно сниженный уровень тревожности. Показатель шкалы нервно-психической возбудимости повышен у 17 (34%) пациентов, в норме – у 26 (52%). По шкале застенчивости у 9 (18%) больных отмечается усиление признака, а показатели 34 (68%) находятся в пределах нормы. Повышение показателей соматовегетативной нестабильности и низкой

самооценки наблюдаются у 12 (24%) и 7 (14%) обследуемых соответственно (рисунок 2).

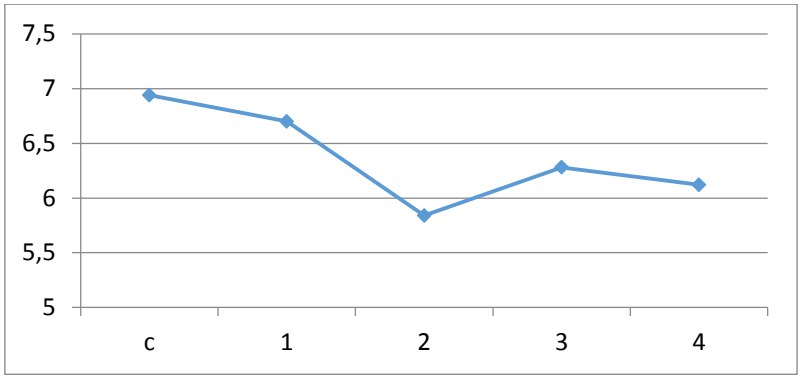


Рисунок 2. Тест дифференцированной оценки личностной тревожности у больных артериальной гипертензией

Среди пациентов с язвенной болезнью были получены следующие результаты: у 43 (83%) – личностная тревожность в пределах нормы, у 7 (13%) – показатель повышен, у 2 (4%) – показатель снижен. Нервно-психическая возбудимость была повышена у 3 (5,8%) обследуемых. По шкале соматовегетативной нестабильность усиление признака наблюдалось у 13 (25%) пациентов. Показатели застенчивости и низкой самооценки были повышены у 4 (7,7%) больных (рисунок 3).

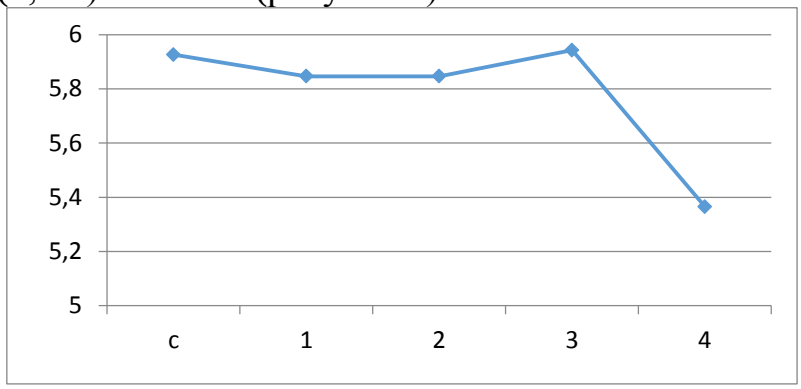


Рисунок 3. Тест дифференцированной оценки личностной тревожности у больных язвенной болезнью

Сравнительный анализ структуры личностной тревожности у больных хроническими лейкозами, артериальной гипертензией и язвенной болезнью представлен на рисунке 4.

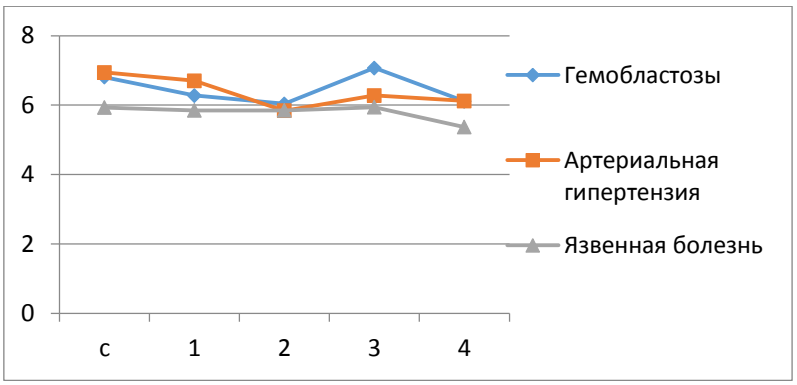


Рисунок 4. Сравнительный анализ структуры личностной тревожности у больных хроническими лейкозами, артериальной гипертензией и язвенной болезнью.

Выводы. Проведенные исследования показали, что уровень личностной тревожности повышен у значительной части больных хроническими лейкозами и артериальной гипертензией, при этом у больных хроническими лейкозами за счет соматовегетативной нестабильности, а у больных артериальной гипертензией – нервно-психической возбудимости. У подавляющего большинства больных язвенной болезнью уровень личностной тревожности находится в пределах нормативного разброса.

Список литературы.

1. Козловский, В.И. Качество жизни и уровень тревожности как факторы риска развития неблагоприятных событий у пациентов с артериальной гипертензией II степени. / В.И. Козловский, А.В. Симанович // Вестник ВГМУ. – 2014. – Том 13, № 4. – С. 54-61.

2. Плотников, В.В. Тест дифференцированной оценки личностной тревожности ТДОЛТ: методические рекомендации/ В.В. Плотников, Л.А. Северьянова, Д.В. Плотников – Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. – 40 с.

3. Шуваева, Л.Г. Уровень тревожности больных язвенной болезнью при длительном диспансерном наблюдении. / Л.Г. Шуваева, А.Ш. Нафикова, Л.В. Габбасова, Л.В. Волевач, А.Я. Крюкова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Том 11, № 6 (66). – С. 18-22.

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

Лентюгова Г.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель − д.м.н., профессор А.В. Погосов

Актуальность исследования. Алкоголь относится к числу самых распространённых экзогенных факторов, обладающих токсическим воздействием на центральную нервную систему и организм в целом [5]. M.A. Schuckit [12] отмечает негативное влияние алкоголя на соматическое и психическое здоровье людей: временные когнитивные нарушения со снижением памяти на текущие события, расстройства аффективного спектра – депрессивные эпизоды, высокий уровень тревожности. C. Harper., I. Matsumoto [10] продемонстрировали, что чрезмерное употребление алкоголя вызывает поражение головного мозга, сопровождаемое потерей нейронов лобной доли, мозжечка и гипоталамуса, что лежит в основе когнитивной дисфункции. В.В. Захаров [3] подчеркивает, что употребление алкоголя влияет на кору головного мозга и когнитивные функции. При этом снижается двигательная активность, концентрация внимания, нарушается процесс перехода информации из кратковременной в долговременную память. По данным И.И. Никифорова с соавт [5] хроническая алкогольная интоксикация приводит к развитию когнитивных нарушений, личностных изменений, повышает риск развития инсульта. О.А. Шавловская [8] обнаружила деструктивное действие алкоголя на кору головного мозга. Снижаются когнитивные функции: страдает объем механической оперативной памяти, познавательная сфера, снижается концентрация и переключаемость внимания.

Связанные с алкогольной зависимостью поражения головного мозга содержатся в работе A.M. Erdozain etal [9]. Нарушения префронтальной коры головного мозга способствует формированию когнитивного дефицита. Это влияет на обучаемость, мнестические способности, принятие решений, планирование, поведенческие реакции. A. Sachedevaatal [11] обнаружили взаимосвязь между длительным употреблением алкоголя и низким уровнем познавательных способностей вплоть до развития деменции различной степени выраженности.

В ряде работ уделяется внимание рассмотрению психических нарушений, возникающих в постпсихотическом периоде алкогольных психозов. Т.А. Абрамова [1] в структуре психических нарушений после выхода из алкогольного делирия выделила три составляющих: астеническую симптоматику, аффективные нарушения, интеллектуально-мнестическое снижение – истощаемость внимания, нарушение кратковременной и долговременной памяти, нарушение логически-опосредованного запоминания, снижение темпа психической деятельности. Ю.П. Сиволап с соавт [7] в постпсихотическом периоде алкогольного делирия выделил три разновидности

психических нарушений: когнитивную дисфункцию, эмоциональные расстройства, алкогольную анозогнозию. Когнитивная дисфункция проявлялась замедлением мышления, снижением способности к формированию умозаключений и абстрагированию, преобладанием конкретных ассоциаций, нарушением счета. Фиксационная амнезия наблюдалась у больных с повторными алкогольными психозами. Под когнитивными расстройствами в постпсихотическом периоде алкогольного делирия К.А. Куржупов, А.В. Погосов [4], А.В. Погосов, К.А. Куржупов [6] рассматривают проявления психоорганического синдрома. Для него характерны снижение памяти, низкий уровень концентрации внимания, эмоциональная лабильность, психическая и физическая истощаемость. Т.Б. Дмитриева с соавт [2] указывают на выраженность у больных, имеющих алкогольный психоз в анамнезе, психоорганического снижения от легкой до тяжелой степени, характерного для экзогенно-органических процессов.

Материалы и методы: нами для изучения когнитивной сферы больных с алкогольным делирием в анамнезе было проведено исследование на базе ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» в период с 2018-2019 годы. Обследовано 57 больных, находящихся на лечении в наркологических отделениях № 1 и № 2. Основную группу составили 29 больных второй стадией алкогольной зависимости, перенесших алкогольный делирий по данным анамнеза. В контрольную группу вошли 28 больных со второй стадией алкоголизма, не имеющих в анамнезе алкогольный делирий. Средний возраст больных в основной группе составил 41,77± 9,01 лет, контрольной – 41,43±6,15. Длительность злоупотребления алкоголем у больных основной группы была 10,13±5,33 лет, контрольной (без алкогольного делирия в анамнезе) – 12,37±2,74 года.

Состояние когнитивных функций, в том числе выраженность когнитивного дефицита изучалось Адденбрукской когнитивной шкалой в адаптации отечественных авторов (Иванцова Н.Н. с соавт.) упомянутая шкала представляет собой набор нейропсихологических методик для диагностики когнитивных функций по следующим параметрам: «внимание и ориентация», «память: оперативная и долговременная», «вербальная беглость», «речь – понимание, письмо, повторение, название изображенных предметов, чтение», «зрительно-пространственная ориентация». Подсчет результатов осуществлялся путем суммирования количества баллов по каждому из представленных выше параметров. О наличии когнитивного дефицита свидетельствует количество баллов менее 80 баллов из 100 максимальных, которые характеризуют оптимальное состояние когнитивной сферы.

Результаты и обсуждения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что различия по частоте встречаемости когнитивного дефицита у больных основой и контрольной групп обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$). Частота встречаемости когнитивного дефицита у больных с алкогольными психозами в анамнезе была выше, чем у больных второй стадией алкогольной зависимости (25 – 86,21%; 11 – 39,29% соответственно). У больных основной группы лишь в 4-х случаях (13,79%) не

обнаружены проявления когнитивного дефицита. В тоже время таких больных в контрольной группе было 17, что составило 60,71%. Наличие когнитивного дефицита у больных основной и контрольной групп связано с длительным злоупотреблением алкоголем, негативно воздействующим на структуры головного мозга, отвечающие за когнитивные функции. Имеющий место в анамнезе алкогольный делирий приводит к более выраженному нарушению когнитивной сферы, которое сохраняется продолжительный период времени. С этим и связана большая частота встречаемости когнитивного дефицита в основной группе больных. Полученные данные подтверждались и оценкой выраженности когнитивного дефицита, проведенной с учетом анализа показателей по параметрам «внимание и ориентировка», «память», «речевые процессы».

Выводы. Таким образом, в результате проведенного изучения выраженности когнитивного дефицита в основной и контрольной группе можно сделать вывод о том, что его проявления преобладают у больных с алкогольными психозами в анамнезе, для которых характерно снижение мнестических способностей, ориентировки, внимания и речи. Снижение вербальной беглости, зрительно-пространственной ориентации и перцептивных способностей обнаруживается в обеих группах.

Список литературы.

1. Абрамова Т.А. Структура и динамика психических нарушений у больных, перенесших различные виды алкогольного делирия / Т.А. Абрамова // Наркология. 2003. № 7. С. 28-32.

2. Дмитриева Т.Б. Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением алкоголем/ Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко и др. // Наркология.2002. № 12. С.11-16.

4. Захаров В.В. Злоупотребление алкоголем: неврологические осложнения и современные подходы к терапии /В.В. Захаров // Эффективная фармакотерапия. Кардиология и ангиология. 2014. № 8. С. 36-43.

5. Куржупов К.А. Клинико-динамическая оценка алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя / К.А. Куржупов, А.В. Погосов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2009. Т. 330. № 3. С. 48-53.

6. Никифоров И.А. Алкогольная болезнь и коморбидные церебральные расстройства (обзор литературы) / И.А. Никифоров, И.И. Никифоров, П.В. Аронов // Профилактическая медицина. 2015. № 3. С.47-54.

7. Погосов А.В. Алкогольные психозы (клиника, патоморфоз, терапия) / А.В. Погосов, К.А. Куржупов // Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011, 228 с.

8. Сиволап Ю.П. Когнитивные расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем / Ю.П. Сиволап, И.В. Дамулин, В.А. Савченков, М.В. Янушкевич, А.А. Иванов, С.В. Менделевич // Практическая медицина. 2007. С. 51.

9. Шавловская О.А. Алкогольные поражения нервной системы. Нейропротективная терапия / О.А. Шваловская // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 17. С. 16-22.

10. Erdozain A.M. Alcohol-Related Brain Damage in Humans / A.M. Erdozain, B. Morentin, L. Bedford, E.King, D. Tooth, C. Brewer, D. Wayne, L. Johnson, H.K.Gerdes, P. Wigmore, L.F. Callado, W.G. Carter // Ploss one. 2014. Vol.9. № 4.

11. Harper C. Ethanol and brain damage / C. Harper, I. Matsumoto // Curr Opin Pharmacol.2005.Vol.5.P.73-78.

12. Sachedeva A. Alcogol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A. Review Study / A. Sachdeva, M. Chandra, M. Choudhary, P. Dayal, K.S. Anand. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. 2016. Vol.5. № 3.

13. Schuckit M.A. Alcohol-use disorders/ M.A. Schuckit // Lancet. 2009. Vol.373. − № 9662. – P. 492-501.

ВНИМАНИЕ И ПАМЯТЬ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Мастренко Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии и психосоматики

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Актуальность исследования шизофрении связана с высокими показателями распространенности заболевания, большим процентом госпитализации и уровнем инвалидизации. А также необходимостью разработки более точного экспериментального материала и диагностических критериев для оценки степени выраженности нарушений психических функций, в частности внимания и памяти [1,2,3]. В настоящее время уже проведено значительное количество исследований посвященных нарушениям познавательных процессов при шизофрении, однако при этом исследователи так и не пришли к единому мнению о месте нарушений познавательных функций в процессе заболевания [3].

Целью исследования является изучение различия в нарушениях внимания и памяти у больных шизофренией, с разными сроками заболевания.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеймона» дневной стационар № 2 города Курска. В исследовании приняло участие 20 больных параноидной шизофренией в возрасте от 34 до 57 лет.

Материалы и методы: клинико-психологическая беседа, методика «Заучивание 10 слов», MMSE, методика корректурная проба (тест Бурдона).

В качестве статистических критериев использовались – U Манна Уитни и X^2 Пирсона.

Результаты и обсуждение. В результате проведения патопсихологической методики «Заучивание 10 слов», были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости при отсроченном воспроизведении. У больных при более длительном течении заболевания (от трех) выявлено более грубое снижение механического запоминания и долговременной памяти. Это можно объяснить следствием нарушения мотивационно-потребностной сферы у больных шизофренией, которые носят прогредиентный характер. Также нарушения отсроченного запоминания у больных шизофренией могут иметь вторичный характер и снижаться за счет длительной фармакотерапии, возраста больного, снижения активного внимания, снижения общей активности (наличие апатии, снижение побудительной силы мотивов к деятельности), что приводит к утрате больными способности к целенаправленной деятельности. Это имеет прямое отношение и к мнестическим функциям.

По результатам сравнения экспериментальной и контрольной групп методикой «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости. У больных с длительным течением шизофрении, по сравнению с больными сроком заболевания до 3-х лет, отмечаются более грубые нарушения механической памяти, концентрации внимания, ориентировки во времени, по данной шкале. Больные испытывают трудности в запоминании 3-х слов, отсчитывании от 100 по 7. У больных сроком до 3-х лет нет когнитивных нарушений у 60%, преддементные когнитивные нарушения – 40%. У пациентов с длительным сроком заболевания преобладают преддементные когнитивные нарушения – 60%, нет когнитивных нарушений у 30%, деменция легкой степени выраженности у 10%. Такие результаты объясняются тем, что у больных с более длительным течением, кроме более выраженных нарушений механического запоминания и концентрации внимания, по сравнению с больными до трех лет, отмечаются также нарушения других психических процессов и операций, которые диагностируются в данной шкале: восприятие, речь, письмо, ориентировка во времени и месте. Такие нарушения могут проявиться вследствие длительного течения заболевания, усугубления симптоматики, а также возраста больных.

В результате обработки методики «Корректурная проба (тест Бурдона)» по показателям «Устойчивость» и «Концентрация» внимания статистически значимых различий не обнаружено. А по показателю «Переключаемость» внимания обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости.

У 80% больных шизофренией сроком до трёх лет наблюдается очень высокий уровень переключаемость внимания, у 10% − средняя переключаемость и у 10% − низкая переключаемость внимания. При исследовании длительно больных шизофренией всего у 10% выявлена очень высокая переключаемость, у 30% − высокая переключаемость, у 30% − средняя и у 30% − низкая. У контрольной группы наблюдаются более низкие

результаты, чем у экспериментальной. Это возможно объяснить снижением энергетического потенциала, нарушениями в эмоциональной сере (мотивационный компонент), следствием развития замедленности реакции на смену раздражителя (как побочный эффект приема нейролептиков), Такие больные не обнаруживают быстрого привыкания к стимулам, у них увеличивается возраст. Нарастание когнитивного дефицита следует прогнозировать у больных шизофренией независимо от типа течения, что согласовывается с данными специальной литературы.

Выводы. По показателю «Отсроченное воспроизведение» обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. У больных при длительном течении заболевания (от трех лет) выявлено более грубое снижение механического запоминания и долговременной памяти. Это можно объяснить следствием нарушения мотивационно-потребностной сферы при шизофрении. Также нарушения отсроченного запоминания у больных шизофренией могут иметь вторичный характер и снижаться за счет длительной фармакотерапии, возраста больного, снижения активного внимания, общей активности, утраты больными способности к целенаправленной деятельности.

По шкале MMSE обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. У больных с длительным течением шизофрении, по сравнению с больными сроком заболевания до 3-х лет, отмечаются более грубые нарушения механической памяти, концентрации внимания, ориентировки во времени. Для них характерны, кроме более выраженных нарушений механического запоминания и концентрации внимания, нарушения других психических процессов и операций, которые диагностируются данной шкалой: восприятие, речь, письмо, ориентировка во времени и месте. Такие нарушения могут проявиться вследствие длительного течения заболевания, усугубления негативной симптоматики, а также более возрастными изменениями у больных.

По показателю «Переключаемость» внимания обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости, что можно объяснить снижением энергетического потенциала, нарушениями в эмоциональной сере (мотивационный компонент), следствием развития замедленности реакции на смену раздражителя (как побочный эффект приема нейролептиков).

Выводы. Таким образом, по результатам исследования, можно сделать вывод о подтверждении гипотезы о существовании различий в состоянии внимания и мнестических функций у больных шизофренией с разной длительностью заболевания. Единственный показатель в отношении, которого не получены существенные различия – это «Концентрация и «Устойчивость» внимания. Их одинаковое состояние у больных шизофренией с разной длительностью можно объяснить тем, что изначально нами был выбран небольшой временной диапазон заболевания (3 года).

Результаты исследования показали целесообразность использования показателей внимания и мнестических функций, по которым получены значимые различия, в качестве маркёров начинающегося когнитивного дефицита у больных параноидной шизофренией.

Список литературы.

1. Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция // Современная терапия психических расстройств, 2015. № 1. С. 2-9.
2. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Специфика когнитивного дефицита в зависимости от клинических характеристик заболевания у пациентов с параноидной шизофренией //XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 2015. С. 294.
3. Мухитова Ю.В. Диагностика когнитивных функций при распознании степени выраженности психического дефекта у больных шизофренией //Научное мнение, 2013. № 9. С. 231-235.
4. Практикум по патопсихологической диагностике и экспертизе/ А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, Е.В. Феоктистова ; Курск. гос. мед. ун-т. – Курск : Изд-во КГМУ, 2015. – 183 с.

УСРЕДНЕННЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Машошина Д.О., Романова А.С., Чиркова Н.В., Овсяников В.В., Белов А.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии
Научный руководитель –к.м.н., доцент Захарова Л.И.

Актуальность исследования. В современной практике врача любой специальности встречается все больше пациентов, страдающих недиагностированными психосоматическими расстройствами. К сожалению, они длительно находятся под наблюдением врачей различных специальностей, проходят огромное количество ненужных дорогостоящих диагностических процедур, получают неэффективное лечение, которое лишь на короткое время нивелирует симптомы заболевания, но не решают саму проблему. Зачастую такие пациенты либо не попадают под наблюдения врачей-психиатров, либо приходят спустя длительное время, когда заболевание приобретает запущенный характер. Все это ведет к тому, что больные начинают сомневаться в компетентности врачей и прекращают попытки решить свою проблему [1,2]. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена не только широкой распространенностью таких расстройств, но и недостаточной компетентностью врачей различных специальностей в проблеме психосоматической патологии.

Целью исследования является выявление и описание усредненного психологического профилябольного с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 20 пациентов БМУ «Курская областная клиническая больница» и ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в возрасте 22-56 лет, из

них 10 мужчин и 10 женщин, с установленным и подтвержденным диагнозом бронхиальная астма. Для изучения личностных особенностей больных были использованы следующие психодиагностические методики: тест на тревожность Спилберга-Ханина, ТАСТ, MMPI (ипохондрия), СМОЛ-тест, шкала тревоги Бека. Методологическая основа исследования состояла в применении метода статистического анализа результатов тестирований пациентов (программа MicrosoftOfficeExcel).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования на основании данных, полученных с помощью психодиагностических тестов, был выявлен и определенусредненный личностный профиль больного сбронхиальной астмой.

Методикой тестирования, наиболее полно характеризующей личностный профиль больных, оказался ТАСТ, разработанный кафедрой психиатрии ФБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет». На основании результатов ТАСТ выявлены следующие личностные характеристики: независимо от половой принадлежности у больных определяются завышенные значения (8-10 стенов) по шкале сенситивности, робости, эмоциональной лабильности и заниженные (1-3 стена) по шкале гипертимности. Лица с чрезмерной чувствительностью (сенситивностью) склонны к эмпатии, волнениям, излишней ранимости. Из-за осознания собственной повышенной сенситивности они часто имеют негативную самооценку. Такие личности имеют художественно-интуитивное восприятие мира, а их интересы имеют эстетическую направленность. В реальной жизни эти лица сталкиваются с недостатком практичности, смелости, избеганием конфликтных обстановок. Высокие показатели по шкале робости говорят о том, что обследованным свойственна повышенная тревожность, мнительность, застенчивость, пугливость, им сложно устанавливать социальные связи, так как они излишне скованны в социальном общении. Больные, которые имеют высокие значения по эмоциональной лабильности, склонны к эмоциональной неустойчивости и излишней реактивности. Даже незначительные переживания вызывают у них изменение настроения. Несущественные неприятности вгоняют их в мрачность, а позитивные события возвращают им жизнерадостность и оптимизм. Колебания настроения могут возникать у таких лиц даже без видимых причин. Усиленная эмоциональная реактивность характеризуется повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы, что проявляется повышенной потливостью, дрожью, сухость слизистой полости рта. Личности, склонные к дистимности, страдают от сниженного настроения, повышенной угрюмости, серьезности. Они легко впадают в апатию, медлительны как в двигательной сфере, так и в ментальной [3].

По результатам теста Спилберга-Ханина было установлено, что у пациентов с бронхиальной астмой высокий уровень (>45 баллов) как ситуативной (СТ), так и личностной тревожности (ЛТ): СТ у мужчин составила 59,3±1,77 баллов, у женщин – 56,1±1,66 баллов; ЛТ у мужчин – 56,8±1,75 баллов, у женщин – 57,8±2,25 баллов. Ситуативная тревожность представляет собой состояние эмоционального напряжения, развивающееся под влиянием конкретной ситуации. Личностная тревожность в свою очередь является

наследственно-обусловленной. Такие лица склонны испытывать тревогу вне зависимости от характера угрожающего фактора, который оказывает влияние на человека. Пациенты, имеющие высокоразвитую тревожность, склонны испытывать повышенное, безосновательное беспокойство.

Высокий уровень тревожности (>19 баллов) у больных с бронхиальной астмой был выявлен и при анализе результатов теста Бека (у мужчин этот показатель составил 21,6±4,22 баллов, у женщин 23,4±4,24 баллов) [6,7].

По результатам MMPI (ипохондрия) и СМОЛ-теста были выявлены высокие показатели (>70 Т-баллов) ипохондрии и депрессии у лиц обоих полов. Это говорит о том, что большинство лиц страдающих бронхиальной астмой подвержены раздражительности, выраженному негативному отношению к своим проблемам, уверенности в пессимистическом исходе, высокой требовательности к окружающим [4,5].

Выводы. Выявлены следующие черты характера: тест Спилберга-Ханина и тест Бека показали, что для больных с бронхиальной астмой характерны высокий уровень ситуативной и личностной тревожности как для мужчин, так и для женщин; по ТАСТу у мужчин и женщин определяются завышенные значения (8-10 стенов) по шкалесенситивности, робости, эмоциональной лабильности и заниженные значения (1-3 стена) по шкале гипертимности;по MMPI и СМОЛ-тесту у мужчин и женщин определены высокие показатели (>70 Т-баллов) ипохондрии и депрессии.

Выявлен усредненный личностный профиль больных с бронхиальной астмой, представленный такими акцентуированными чертами, как сенситивность, робость, эмоциональная лабильность и дистимность.

Данные результаты являются основанием для присоединения к традиционному лечению психотропной медикаментозной коррекции, и разработке наиболее эффективной психотерапевтической терапии.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации по психосоматической медицине / Ф.И. Белялов [и др.] – Иркутск, 2018. – 29 с.

2. К вопросу о психосоматических заболеваниях/ Ю.И. Беспалов [и др.] // Вестник КазНМУ. – 2014. – № 2-2. – С.74-76.

3. Плотников В.В., Северьянова Л.А., Плотников Д.В., Бердников Д.В. Тест акцентуации свойств темперамента (ТАСТ): методическое руководство. – СПб.: Иматон, 2006. – 80 с.

5. Сокращенный тест Мини-Мульт / СМОЛ [Электронный ресурс] – URL:http://psytests.org/mmpi/minimult-run.html (дата обращения 15.03.2019 годы)

6. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности MMPI [Электронный ресурс] – URL: https://hr-portal.ru/tool/standartizirovannyy-mnogofaktornyy-metod-issledovaniya-lichnosti-mmpi (дата обращения 15.03.2019 годы)

7. Онлайн тест – Шкала депрессии Бека [Электронный ресурс] – URL: https://jekyll-hyde.ru/test/online-test-shkala-depressii-beka/ (дата обращения 15.03.2019 годы)
8. Шкала тревоги Спилберга-Ханина [Электронный ресурс] – URL: http://psytests.org/psystate/spielberger-run.html (дата обращения 15.03.2019 годы)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАССЕЯННОГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Миронова Д.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Ласкова И.В.

Актуальность исследования состоит в том, что своевременное распознавание, дифференциальная диагностика и эффективная терапия острого рассеянного энцефаломиелита (ОРЭМ) сопряжены с серьезными затруднениями [1]. Лечебно-диагностические вопросы ОРЭМ, как и рассеянного склероза, весьма сложны и входят в перечень наиболее значимых проблем современной неврологии [2]. Повышенный интерес к ОРЭМ связан не только с тем, что этой патологией часто страдают люди молодого возраста, социально активные и ведущие трудовую деятельность, но и с неуклонным увеличением числа больных с этой патологией. Распространенность ОРЭМ в мире составляет в среднем от 1,1 до 8,3 случаев на 100 000 населения в год. Чаще всего ОРЭМ встречается у лиц детского и подросткового возраста, во взрослом возрасте − несколько реже; при этом существуют особенности течения патологического процесса, характерные для той и другой возрастной категории [3, 4]. Вследствие неправильной или несвоевременной постановки диагноза ОРЭМ может привести к инвалидности и/или летальному исходу [1].

Целью исследования является сравнительный анализ особенностей возникновения, клиники и течения ОРЭМ у больных различных возрастных категорий.

Материалы и методы: материалом исследования послужили данные 12 карт стационарных больных неврологического отделения Курской областной клинической больницы, лечившихся по поводу ОРЭМ, а также материалы источников литературы по проблеме. Использованы методы научного анализа, сравнения и обобщения причин развития, клиники и течения ОРЭМ в зависимости от возраста.

Результаты и обсуждение. Судя по анализу карт стационарных больных, ОРЭМ являлся полиэтиологическим заболеванием и характеризовался полисимптомностью и быстро прогрессирующим течением. Во всех случаях ОРЭМ протекал как острое воспалительное заболевание центральной нервной системы с диссеминированным демиелинизирующим поражением спинного и

головного мозга; в ряде случаев нельзя было исключить и возможность поражения серого вещества.

Анализ клинических данных и сведений из литературных источников указывал на наличие определенных особенностей возникновения и течения ОРЭМ у больных детского и взрослого возраста. Так, наиболее часто триггерным фактором в развитии патологии у больных детей выступала предшествующая инфекция или вакцинация; у взрослых эту роль играли предшествующие бактериальные и вирусные заболевания.

Клиническая картина ОРЭМ весьма многообразна, однако его отличительной чертой как у детей, так и у взрослых является наличие синдромов энцефалопатии, миелопатии и − иногда − общемозгового синдрома, причем выраженность их может быть различной. В детском возрасте ОРЭМ протекает более тяжело, с выраженными общемозговыми проявлениями: с тошнотой, сильными головными болями, судорогами, нарушением сознания вплоть до уровня комы. В отличие от этого, у взрослых общемозговой синдром ОРЭМ выражен обычно умеренно, однако в ряде случаев может сопровождаться галлюцинациями и бредом.

У детей в начале заболевания часто встречается лихорадка, являющаяся важным дифференциально-диагностическим признаком, так как она предшествует появлению неврологической симптоматики [4]. У взрослых чаще лихорадка отсутствует или выражена незначительно [5]. Для течения ОРЭМ у детей характерны признаки менингоэнцефалита, атаксия; у больных во взрослом возрасте в клинической картине преобладает двигательный или сенсорный дефицит, часто возникает корешковый синдром.

Имеются и диагностические различия. Так, для изменений на магнитно-резонансных томограммах у больных детского возраста нехарактерно вовлечение перивентикулярной области, тогда как у взрослых больных эта зона практически всегда поражается патологическим процессом. Кроме того, у взрослых картина МРТ головного мозга при ОРЭМ очень часто напоминает картину рассеянного склероза, и это осложняет диагностику заболевания.

Период восстановления у детей, как правило, протекает быстро и исход заболевания чаще благоприятный, смертность составляет около 5%, тогда как у взрослых восстановление и реабилитация занимают длительный период, редко бывают полноценными и часто завершаются грубым остаточным дефицитом различных функций, а в 8-25% случаев − и летальным исходом [5].

Выводы. Для развития ОРЭМ в детском возрасте характерны связь с предшествующими инфекциями или вакцинацией, во взрослом возрасте – с бактериальными или вирусными заболеваниями. У детей ОРЭМ протекает более остро, но характеризуется более благоприятным исходом, чем у взрослых, меньшим числом осложнений, более коротким периодом восстановления. Для течения ОРЭМ у взрослых характерны тяжелые осложнения, приводящие к глубокой инвалидизации, утрате трудоспособности. Указанные особенности следует учитывать при диагностике и прогнозировании исхода ОРЭМ.

Список литературы.

1. Аджибрагимова З.К., Устинов Д.Н., Стародубцев А.А. Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, современные методы диагностики и дифференцировки рассеянного склероза и острого рассеянного энцефаломиелита // Международный студенческий научный вестник. – № 5. – 2018. – С. 79-90.
2. Ласков В.Б., Логачева Е.А., Третьякова Е.Е., Гриднев М.А. Клинико-эпидемиологические особенности больных рассеянным склерозом в Курской области // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. − 2017. − Т. 9. № 1. − С. 55-60.
3. Острый рассеянный энцефаломиелит и рассеянный склероз: открытые вопросы дифференциальной диагностики на примере клинического случая / М.В. Мельников [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – № 9. – 2012. – С. 52-58.
4. Стеценко Т.И. Особенности течения у детей острого рассеянного энцефаломиелита // Журнал «Нейропews». – 2009. – № 3 (14). – С. 80-85.
5. Хафизова И.Ф., Попова Н.А., Якупов Э.З. Случай позднего развития острого рассеянного энцефаломиелита (клиническое наблюдение) Вестник современной клинической медицины. – Том 7 (приложение 2). – 2014. – С. 193-198.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССОВОГО СОСТОЯНИЯ, СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Некрасов Д.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Плотников Д.В.

Актуальность исследования. Поставленная руководством страны амбициозная задача значительного повышения качества Российского образования, экспорта образовательных и медицинских услуг, требует обеспечения удовлетворенности процессом получения знаний и формирования компетенций учащимися.

Весьма важно в таких условиях изучение возможностей всех видов внутривузовской адаптации учащихся, а так же обеспечение на этой основе не только общего психологического климата среди студентов, но и зачастую их адаптивных индивидуально-психологических траекторий [1,3].

Изучение уровня стрессового состояния, стрессоустойчивости и распространенности невротических расстройств среди учащихся ВУЗа является одним из шагов в этом направлении [2,4].

Целью исследования является определение уровня стрессового состояния, стрессоустойчивости и предварительная доврачебная оценка распространенности невротических расстройств среди студентов 5 курса лечебного медицинского ВУЗа.

Материалы и методы: были обследованы 134 студента-волонтера (103 женщины и 31 мужчина в возрасте 21-29 лет), успешно проходящие обучение на 5 курсе лечебного факультета Курского государственного медицинского университета.

В оценке уровня стрессового состояния использовалась методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге − опросник, предназначенный для определения уровня стрессового состояния человека на момент обследования и прогноза его стрессоустойчивости.

В результате обработки полученных данных подсчитывается и оценивается сумма баллов: 150-199 баллов – высокая степень сопротивляемости стрессу; 200-299 баллов – пороговая; 300 и более баллов – низкая.

Большое количество баллов – это сигнал тревоги, предупреждающий об опасности; обследуемому необходимо срочно что-то предпринять, чтобы ликвидировать стресс.

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесс (шкала жалоб BFB, K. Höck, H. Hess, 1975) разрабатывалась как опросник скрининга невроза, используемый в целях предварительной доврачебной диагностики и эпидемиологических обследований массового характера.

Использован сокращенный вариант оригинальной методики, включающий перечень 40 симптомов невроза (соматических и психических жалоб).

При обработке результатов, сумма более 24 баллов трактуется как наличие выраженного невроза у обследуемого.

Результаты и обсуждения. Среди учащихся 5 курса лечебного факультета по результатам исследования методикой Хека и Хесс выделено 2 группы:

1 группа – испытуемые с выраженной невротической симптоматикой (более 24 баллов), что составляет 25% от общего числа испытуемых. Из них у 11 человек (33%) отмечается низкая сопротивляемость к стрессу, у 4 человек (12%) пороговая, у 18 человек высокая (55%).Средний балл группы по методике определения стрессоустойчивости − 250 баллов (пороговая сопротивляемость стрессу).

2 группа – «здоровые” (менее 24 баллов) − 75% от общего числа испытуемых. Из них у 14 человек (14%) низкая сопротивляемость стрессу, у 17 человек (17%) пороговая, у 70 человек (69%) высокая.

Средний балл группы по методике определения стрессоустойчивости– 172 (высокая сопротивляемость стрессу).

Гендерная специфика: Среди испытуемых – 31 человек составляли мужчины, которые по данным методики Т. Холмса и Р. Раге разбились на 3 группы: 1) 6 человек (19%) продемонстрировали низкую сопротивляемость

стрессу; 2) 4 человека (13%) пороговую; 3) 21 человек (68%) высокую. При этом в 1 группе по данным теста Хека и Хесс выявлен 1 человек с выраженной невротической симптоматикой, в 3 группе – 3 человека.

Средний балл группы по стрессоустойчивости – 182 (высокая сопротивляемость стрессу).

103 человека составляли женщины, которые так же по данным методики Холмса и Раге разделились на 3 группы: 1) 29 человек (18,5%) – низкая; 2) 16 человек (15,5%) – пороговая; 3) 68 человек (66%) – высокая сопротивляемость стрессу. В 1 группе по данным теста Хека и Хесс выявлено 10 человек с выраженной невротической симптоматикой, во 2 группе – 5 человек, в 3 группе 14 человек.

Средний балл группы по стрессоустойчивости– 194 (высокая сопротивляемость стрессу).

Возрастная специфика: 1 группа: 17 человек – 21 год:

4 человека – низкая сопротивляемость стрессу (23%) – 1 человек с выраженной невротической симптоматикой (25%);

2 человека – пороговая сопротивляемость стрессу (12%) – 1 человек с выраженной невротической симптоматикой (50%);

11 человек – высокая сопротивляемость стрессу (65%)- 1 человек с выраженной невротической симптоматикой (9%).

Средний балл 196 – высокая сопротивляемость стрессу.

2 группа: 92 человека − 22 года:

14 человек – низкая сопротивляемость стрессу (15%) – 5 человек с выраженной невротической симптоматикой (36%);

13 человек – пороговая сопротивляемость стрессу (14%) – 2 человека с выраженной невротической симптоматикой (15%);

65 человек – высокая сопротивляемость стрессу (71%) − 14 человек с выраженной невротической симптоматикой (21%).

Средний балл группы по шкале Холмса и Раге − 173 высокая степень сопротивляемости стрессу.

3 группа: 17 человек – старше 23 лет:

7 человек – низкая сопротивляемость стрессу (28%) – 5 человек с выраженной невротической симптоматикой (71%);

6 человек- средняя сопротивляемость стрессу (24%) – 2 человека с выраженной невротической симптоматикой (33%);

12 человек – высокая сопротивляемость стрессу (48%) – 3 человека с выраженной невротической симптоматикой (25%).

Средний балл группы по шкале Холмса Раге 258 – пороговая сопротивляемость стрессу.

Выводы. По данным проведенных исследований:

1) распространенность случаев выраженной невротической симптоматики среди студентов 5 курса лечебного факультета КГМУ является достаточно высокой (25%).

2) В группе студентов с выраженной невротической симптоматикой в сравнении с группой “здоровых” больше число лиц с низкой и пороговой сопротивляемостью стрессу, и меньше лиц с высокой сопротивляемостью.

3) Имеется определенная гендерная специфика: если среди мужчин с низкой сопротивляемостью стрессу случаи выраженной невротической симптоматики составляют 17%, то среди женщин 28%.

4) Возраст оказывает определенное влияние на сопротивляемость стрессу: если в возрастных группах 21, 22 года такой показатель высок, то в группе студентов 23 и выше лет он опускается до уровня порогового.

Список литературы.

1. Казаковцев Б.А. Организация психологической, психиатрической и социальной помощи в образовательных учреждениях // Психическое здоровье. – 2010. – № 12. – С. 3–18.

2. Маслова Н.Н., Зайцева В.М., Ковалева Э.А. и др. Исследование показателей выраженности тревожности и депрессии у студентов-медиков // Смоленский медицинский альманах. 2015. № 2. С. 92–95.

3. Ребко Э.М., Федорова А. П. Развитие культуры здоровья студентов как основа формирования культуры безопасности жизнедеятельности // Молодой ученый. – 2014. – № 3. – С. 1005–1009.

4. Шагина И.Р. Влияние учебного процесса на здоровье студентов // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 26–29.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРВИЧНОГО И ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Никитенкова В.Е.

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Научный руководитель − ассистент Майорова Н.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что инсульт традиционно считается заболеванием пациентов, относящихся к старшим возрастным группам. Однако в последние годы сосудистые катастрофы, уносящие миллионы жизней, стали стремительно молодеть [1,2].По данным различных исследований, частота инсульта в молодом возрасте колеблется от 2,5 до 10% [1]. Одним из грозных осложнений течения сосудистой патологии головного мозга является повторный инсульт, который служит основной причиной инвалидности и смерти при этом заболевании, что особенно важно для лиц молодого, трудоспособного возраста.

Целью исследования является изучение и сравнении факторов риска первичного и повторного инсульта у лиц молодого возраста

Материалы и методы: для решения задач исследования были проанализированы истории болезни (56) и амбулаторные карты (14)

у 70 больных до 49 лет перенесших первичны инсульт (61) и повторный (9), находящихся на лечении в ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» и диспансерном наблюдении в ОГБУЗ "Поликлиника № 4" в 2017-2018 годах. Обработка результатов проводилась методом простой статистики. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждения.Пациенты были разделены на две группы. В первую группу включили 61 больных молодого возраста с первичным инсультом. Во вторую группу были включены 9 пациентов с повторным случаем ОНМК. Средний возраст пациентов из первой группы составил 38,3±9,1 лет. Средний возраст госпитализированных пациентов с повторным инсультом составил 43±6,3 лет. (Факторы риска пациентов первой группы представлены в таблицах 1,2,3).

Таблица 1. Сердечно- сосудистые факторы риска первичного инсульта

Фактор риска	Количество пациентов, чел	Доля пациентов,%
Артериальная гипертензия	43	70,7
Дислипидемимя	24	39,3
УЗДГ БЦА (атеросклеротические изменения)	21	34,4
Другие кардиальные причины:		
патология клапанного аппарата сердца	2	3,3
МААС (незаращение овального окна, дополнительные хорды	2	3,3
Нарушения ритма сердца	2	3,3

Таблица 2.Факторы, связанные с нарушением углеводного обмена и социальные причины

Фактор риска	Количество пациентов, чел	Доля пациентов, %
Повышенная масса тела	14	22,9
Нарушения углеводного обмена:	19	31,1
нарушение толерантности к углеводам	6	9,8
сахарный диабет 2 типа	10	16,4
сахарный диабет 1 типа	3	4,9
Социальные факторы (курение, злоупотребление алкоголем):	33	54
Курение	20	32,7
Злоупотребление алкоголем	13	21,3

Таблица 3. Другие факторами риска первичного инсульта

Фактор риска	Количество пациентов, чел	Доля пациентов, %

Применение оральных контрацептивов	2	3,4
Развитие эклампсия на разных сроках беременности и ранний послеродовый период	3	4,9
Тромбозы вен нижних конечностей	8	13,1
Инфекции (вирусный гепатит В и С, ВИЧ-инфекция, пневмония, бактериальный менингоэнцефалит)	6	9,8
Церебральные аневризмы и интракраниальные опухоли	8	13,1

У 2-х больных специфических факторов риска выявить не удалось, но отмечался отягощённый семейный анамнез по цереброваскулярным заболеваниям. У 96,5% пациентов имелось сочетание более 2 модулируемых факторов риска.

Повторные случаи ОНМК были зарегистрированы у 12,8% больных, что выше по сравнению с данными литературы [3].Повторный инсульт у молодых пациентов является мультифакторной проблемой, однако достоверно преобладающий фактор риска развития повторного инсульта выявить не удалось. Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у всех больных с повторным ОНМК, что значимо выше ($p<0,05$), чем среди больных из первой группы.Повторные ОНМК среди пациентов с нарушением углеводного обмена встречались в 4 случаях (без существенных отличий по частоте от группы пациентов с первичным ишемическим инсультом), однако обращал на себя внимание тот факт, что у всех пациентов на момент госпитализации наблюдался уровень глюкозы крови выше 20 ммоль/л при стаже диабета более 10 лет. При анализе факторов социального неблагополучия курение и злоупотребление алкоголем отмечено у 55,5% изучаемой группы в сочетании с такими факторами как пребывание в СИЗО, потеря родственника, хронический стресс на работе или её отсутствие. Одной из причин повторных инсультов у молодых, являются гематологические нарушения, выявленные у 2 больных (гиперкоагуляция связанная с продолжительным приёмом комбинированных оральных контрацептивов; железодефицитная анемия средней степени тяжести, вероятно связанная с миомой матки больших размеров и аномальными маточными кровотечениями). Среди других факторов риска существенных отличий по частоте встречаемости от группы пациентов с первичным ишемическим инсультом выявлено не было.

Выводы. На основе полученных в исследовании результатов можно сделать вывод, что факторы риска первичного так и вторичного инсульта очень разнообразны, однако достоверно отличающегося по характеру выявить не удалось. В структуре факторов риска первичного инсульта в молодом возрасте чаще регистрировались артериальная гипертензия, дислипидемия, социальные факторы, нарушение углеводного обмена. Факторы риска повторного инсульта в молодом возрасте имели некоторые отличия. У пациентов из этой группы

достоверно чаще преобладала артериальная гипертензия. Нарушения углеводного обмена были представлены высокими цифрами сахара крови с длительным стажем течения заболевания. В структуре социального неблагополучия у больных с повторным инсультом, кроме курения и злоупотребления алкоголем, отмечалась такие факторы как (пребывание в СИЗО, потеря родственника, хронический стресс на работе или её отсутствие).

Список литературы.

1. Кимельфельд Е.И., Кольцова Е.А., Скворцова В.И. Сравнительный анализ факторов риска и патогенетических вариантов ишемического инсульта в молодом и пожилом возрасте // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2012.– № 3 – С.81-87.
2. Карпов С.М., Ревегук Е.А. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 5. – С.61-62.
3. Ходжамжаров Б.Е. Факторы риска у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения молодого возраста / Чуканова Е.И., Ходжамжаров Б.Е.// Материалы X Всероссийского Съезда неврологов с международным участием. Нижний Новгород. − 2012. − 182-183 с.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ

Никулин Е.А., Ильин М.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ласков В.Б.

Актуальность исследования обусловлена высокой частотой болей в спине – дорсалгий, возникающих у лиц трудоспособного возраста и ограничивающих их трудоспособность и негативно влияющих на качество жизни [1]. При этом значительную роль в хронизации скелетно-мышечной боли имеют психологические особенности пациентов, их личностная и ситуативная тревожность, а повышение тревожности нередко связано с катастрофизацией представлений о негативных последствиях имеющегося недомогания [2]. Таким образом, тревога выступает как фактор инициации и поддержания болевого синдрома при скелетно-мышечной дорсопатии, что препятствует выздоровлению больных. В связи с этими обстоятельствами при дорсопатии целесообразна оценка ситуативной тревожности.

Целью исследования явилось изучение ситуативной тревожности у больных со скелетно-мышечной болью в зависимости от степени ее выраженности.

Материал и методы: материалом исследования послужили 22 пациента Областного казенного учреждения социального обслуживания Курской области

«Областной медико–социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского» (18 женщин и 4 мужчин в возрасте от 41 до 69 лет). Пациенты имели диагноз дорсалгии, обусловленной проявлениями дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника (люмбалгия, лимбоишиалгия), верифицированного с помощью магнитно-резонансной томографии. Исследование проводилось с помощью анализа анамнестических сведений и медицинской документации, оценки неврологического статуса. Ситуативная тревожность определялась с помощью шкалы Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина и визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ). ВАШ представляла собой 10-сантиметровый отрезок, где 1 см равнялся 10%, начало отрезка (деление «0%») соответствовало отсутствию боли, а конец отрезка («100%») – максимальной боли. Статистическая обработка результатов, в том числе вычисление критерия корреляции Спирмена, осуществлена общепринятыми методами математического анализа SPSS, версия 19,0.

Результаты и обсуждения. Диагноз люмбалгии установлен в подавляющем большинстве случаев – у 64% больных, люмбоишиалгии – у 36%. Основная масса больных − 91% − имела рецидивирующий или хронический характер течения болевого синдрома и находилась на лечении повторно. Уровень ситуативной тревожности у больных составлял в среднем 43±10 баллов, меньше у мужчин (35±2) и больше у женщин (45±10). Субъективная интенсивность болевых ощущений по ВАШ характеризовалась средним показателем 66±15%. При этом мужчины оценивали выраженность боли ниже, чем женщины (соответственно41±3 против 71±11; $p<0,05$).

Поиск взаимосвязи показателей уровня тревоги, боли, пола и возраста позволил обнаружить следующую корреляцию: между уровнями тревоги и боли ($r_s=0,743$; $p=0,0001$), между уровнем тревоги и полом ($r_s=0,449$; $p=0,036$); между интенсивностью боли и полом ($r_s=0,669$; $p=0,001$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии зависимости субъективной интенсивности болевых ощущений при дорсалгиях от пола и уровня ситуативной тревожности. Женский пол обычно связан с более сильными болевыми ощущениями и высоким уровнем ситуативной тревожности. Вместе с тем болевой синдром способствует повышению уровня ситуативной тревоги. Наличие подобных взаимосвязей следует учитывать при ведении больных с дорсалгиями, а также применять методы оценки ситуативной тревожности для обоснования назначения противотревожных средств в комплексе лечебных мероприятий.

Результаты исследования указывают на целесообразность обследования больных с вертеброгенными дорсопатиями, особенно при длительном течении болевого синдрома и повторных госпитализациях, с помощью психолога и/или психиатра. Для этой цели актуально введение ставки данного специалиста в штатное расписание неврологических стационаров.

Список литературы.

1. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. − 2010. − № 4. − С.65–71.

2. Погосов А.В., Ласков В.Б., Богушевская Ю.В. Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. − 2018. − Т. 10., № 4. − С.40-45.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Новикова Л.Б., Шарапова К.М., Колчина Э.М., Латыпова Р.Ф., Закирова А.Р.
Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии ИДПО
Научный руководитель – д.м.н., профессор Новикова Л.Б.

Актуальность исследования. Церебральный инсульт – это медико-социальная проблема, требующая мультидисциплинарного подхода к реабилитации, а также требует от семьи больного, существенных функционально-ролевых изменений, материальной и психологической поддержки, изменения привычного образа жизни. Наиболее частыми последствиями инсульта являются физические, однако в некоторых случаях не менее важными становятся психологические, социальные, бытовые и другие проблемы, которые ухудшают не только реабилитационный прогноз, но и качество жизни [1].Реабилитационные мероприятия начинаются с первых суток и продолжаются в течение всего периода лечения. Особое место в системе реабилитационных мероприятий постинсультных больных занимает социальная работа, целью которой является содействие больным в адаптации к условиям состояния после инсульта и решение всех проблем, связанные с болезнью. Постинсультный больной может существенно изменить свой социальный статус в зависимости от тяжести инсульта. Роль специалиста по социальной работе в реабилитации больных, перенесших инсульт, остается весьма актуальной [1].

Целью исследования является изучениероли социальной реабилитации больных, перенесших инсульт.

Материал и методы: в Региональном сосудистом центре ГБУЗ РБ «Больницы скорой медицинской помощи» города Уфы было пролечено 1184 больных с церебральным инсультом за 2018 года, из них были ретроспективно проанализированы 200 историй болезни. Средний возраст больных составил 66,25±11,73 лет. Соотношение мужчин и женщин 1,7:1. Среди больных с ОНМК 163 (81,5%) больных проживали в городе Уфе, 37 (18,5%) − в районах РБ.Всем больным было осуществлено комплексное клинико – инструментальные и лабораторные исследование. В процессе

восстановительного лечения больные получали базисную, кинезиотерапию, механотерапию, физиотерапию, эрготерапию, логопедическую, психологическую и социальную помощь. Для оценки двигательной, повседневной активности, жизнедеятельности и мобильности больного были использованы шкалы NIHSS, модифицированная шкала Рэнкин, шкала мобильности Ривермид. С целью определения наличия когнитивных расстройств проведено нейропсихологическое исследование с использованием краткой шкалы исследования психических функций (MMSE). Также анализировались деятельность социального работника (алгоритм оформления медицинской документации поступающих пациентов, наличие контактов с родственниками пациентов, информированность родственников об особенностях ухода за пациентом). Статистическая обработка данных проводилась с помощью Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. В структуре ОНМК преобладали пациенты с ишемическим инсультом (ИИ) (86%). Подтип ИИ определялся согласно критериям НИИ неврологии РАМН: неуточненный – у 65 (37,8%) больных, лакунарный – у 52 (30,2%), кардиоэмболический − у 37 (21,5%), атеротромботический − у 17 (9,9%), гемореологический – у 1 (0,6%). Патогенетическиеподтипы ГИ были представлены: паренхиматозное – у 11 (38,1%), паренхиматозно-вентрикулярное − 1 (14,3%); по локализации гематом: кортикальные – 2 (16,7%); субкортикальные – 2 (16,7%); подкорковые – 6 (50%), ствол – 1 (8,3%), смешанные – 1 (8,3%). Ишемические очаги при нейровизуализации определялись у 132 (66%) больных с локализацией в каротидных бассейнах с небольшим преобладанием в левом полушарии, у 60 (30%) − в вертебро-базилярном бассейне и у 8 (4%) больных ишемические очаги визуализировались в 2 сосудистых бассейнах. У большинства больных имелась соматическая патология: артериальная гипертензия – у 194 (97%) больных, ишемическая болезнь сердца – у 84 (42%), сахарный диабет −у 24 (12%), фибрилляция предсердий – у 8 (4%). В неврологическом статусе преобладали двигательные расстройства у 89 (44,5%) больных в виде гемипареза различной степени выраженности и речевые нарушения у 55 (27,5%), умеренные когнитивные нарушения (КН) имели – 49 (33,3%), до степени деменции у 3 (2,0%) больных. Степень неврологического дефицита, уровень активности и жизнедеятельности больных с ИИ.

Таблица 1.Динамика неврологического дефицита, повседневной активности

Шкалы	Количество баллов	
	При поступлении	При выписке
NIHSS	5,41±4,27	3,12±3,09
Модифицированная шкала Рэнкина	2,8±1,49	1,5±1,39
Индекс мобильности Ривермид	4,18±3,25	10,04±4,12

Как видно из приведенных данных, к концу острого периода инсульта неврологические расстройства оценивались как легкие с легкой степенью зависимости в повседневной жизни и средним уровнем мобильности больных.

Одним из важных составляющих реабилитации является участие в восстановительном процессе близких родственников больного, их отношение к нему и его болезни. Членам мультидисциплинарной бригады (МДБ) необходимо оценить физические и психические возможности родственников в предоставлении необходимой помощи. Совместно всеми членами мультидисциплинарной бригады определяется реабилитационный диагноз, разрабатывается индивидуализированная реабилитационная программа, оценивается реабилитационный потенциал. Важно, чтобы родственники приходили помогать медицинским сестрам, инструкторам ЛФК, эрготерапевтам. В свою очередь члены МДБ должны обучать родственников правильному уходу за больным. Для улучшения преемственности специалист по социальной работе МДБ сосудистых центров взаимодействуют с различными поликлиниками, больницами, хосписом, а также с социальными и правоохранительными учреждениями. Социальная работа с постинсультными больными заключается в обучении навыкам самообслуживания. Деятельность социального работника основывается в оказании помощи больному и его семье на всех этапах заболевания. В основе реабилитационной программы социолога лежат рекомендации близким родственникам по созданию благоприятных условий жизнедеятельности после выписки, планировании тех изменений и выявление необходимых перемен, которые необходимо произвести в его квартире, выяснение желаний и потребностей больного и его семьи и удовлетворение их. Также в его обязанности относятся: обеспечение взаимопонимания и взаимодействия больного, его близких с лечащим врачом, консультирование по поводу получения льготных препаратов, предметов гигиены и других вспомогательных средств, по вопросам оформления различных пособий и опекунства над больным, консультирование и содействие в получение пенсии родственниками больного на момент нахождения его в стационаре, помощь в решении материальных проблем больного и его семьи, содействие в трудоустройстве одиноких больных в дома престарелых, дома-интернаты, решение вопроса о его трудоустройстве с учетом функциональных возможностей. Социальный работник может помочь в решение вопросов оформления инвалидности, опеки, организации оказания психологической помощи семьям, имеющим постинсультного больного. Именно благодаря участию семьи, наряду с поддержкой специалиста по социальной работе, больной сможет вернуться в социум. В период деятельности неврологического отделения для больных с ОНМК за анализируемый период было устроено 6 больных в хосписы, дома-интернаты, найдены родственники у 70 больных, 124 больных по различным социальным вопросам (оформление инвалидности, переосвидетельствовании, работа по медицинским полюсам, консультирование по возможностям ухода на дому, льготных препаратов, помощь по вопросам оформления различных пособий и опекунства, и т.д.). Таким образом, проблема социальной реабилитации больных, перенесших инсульт, является актуальной и важной для больных и их родственников.

Выводы. Для повышения эффективности реабилитации постинсультных больных необходимо с учетом мультидисциплинарного подхода, которая будет способствовать снижению инвалидизации, а также улучшить качество жизни пациентов. Таким образом, важным направлением социальной работы является создание благоприятных условий и возможностей для поддержания здоровья, что позволит вернуть больного к полноценной социальной жизни.

Список литературы.

1. Гусев А.О., Ковальчук В.В. Пути повышения уровня социально-бытовой адаптации пациентов, перенесших инсульт // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2010. XVII. № 3. С. 23-27.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ ПО ДАННЫМ НЕЙРОСОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО

Орлова А.Д., Герасимов А.В.
Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева
Кафедра психиатрии и неврологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Евзельман М.А.

Актуальность исследования. Болезни системы кровообращения занимают лидирующее место в структуре общей заболеваемости и смертности. Временная и постоянная потеря трудоспособности, снижение возраста пациентов с впервые выявленными острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), большое количество требуемых ресурсов для диагностики, лечения и реабилитации больных способствуют тому, что болезни данной группы относят к социально значимым [1] Актуальность исследования состоит в том, что учет возможного влияния определенных факторов при поступлении и постановке диагноза может способствовать снижению количества случаев инвалидизации и летальных исходов при ОНМК.

Целью исследования является изучение заболеваемости ОНМК по данным БУЗ Орловской области.«Больница скорой медицинской помощи им. Н.А. Семашко»

Материалы и методы: изучены истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении для больных ОНМК БУЗ Орловской области«Больница скорой медицинской помощи им. Н.А. Семашко». в период 2016-2018 годов. Диагноз ОНМК устанавливался на основании клинических данных и результатов КТ/МРТ (инструментальное исследование проведено в 100% случаев). Проведен анализ возрастного состава пациентов, соотношения нозологических форм ОНМК, случаев гипердиагностики инсульта, влияния сопутствующей патологии на исход заболевания.

Результаты и обсуждения. В 2016 году госпитализировано 1072 пациента, из них: диагноз ишемического инсульта поставлен 846 пациенту,

геморрагического инсульта – 95 пациентам, ТИА – 87 пациентам. В 2017 году госпитализировано 1133 пациентов, из них: диагноз ишемического инсульта поставлен 860 пациентам, геморрагического – 142 пациентам, ТИА – 106 пациентам. В 2018 году госпитализировано 1065 пациентов, из них: ишемический инсульт – у 845 пациентов, геморрагический инсульт – у 122 пациентов, ТИА – у 87 пациентов. Проведен анализ возрастной структуры выписанных пациентов, результат отображен в таблице.

Таблица 1. Возрастной состав выбывших больных

Возраст в годах	2016	2017	2018
15-19	0	0	0
20-29	18	0	1
30-39	18	31	10
40-49	46	141	110
50-59	177	285	317
60-69	539	325	372
старше 70	298	351	269

Летальные исходы наиболее часто встречались в группе пациентов от 60 лет и старше (43%), $p<0,05$.

Больных ишемическим инсультом, госпитализированных в первые 3 часа с момента развития симптомов в 2018 году – 143, в 2017 году − 128, 2016 году − 100. В первые сутки в 2018 году госпитализировано 738 больных, в 2017 году − 710, в 2016 году − 608. Выросло количество больных обратившихся самостоятельно. Эти показатели могут свидетельствовать в пользу повышения информированности населения о признаках ОНМК. Тем не менее, процент больных ишемическим инсультом, госпитализированных в первые 4,5 часа остается низким – 15,0% в 2018 году (11,6% в 2017 году). Из числа умерших, в первые 6 часов с момента развития заболевания, госпитализировано в 2018 году–39,3%, в 2017 году− 40,5%, в 2016 году – 33,6% от общего количества летальных исходов. Среди умерших в первые 24 часа в 2018 году госпитализировано 27,4%, в 2017 году− 29,2%, в 2016 году –31,8% от общего количества летальных исходов. Анализ показывает, что сроки госпитализации не повлияли на летальный исход. Определяющим исход заболевания является тяжесть состояния пациентов при поступлении и коморбидный фон. Летальные исходы имели место при тяжелой сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, декомпенсированная ХСН, эндокардит), дыхательной системы (пневмонии) и онкопатологии (рак легких, рак кишечника).

В 6 случаях имела место гипердиагностика ишемического инсульта на фоне тяжелой и декомпенсированной соматической патологии. В этих случаях имели место не только клинические признаки ОНМК, но и нейровизуализация подтверждала поражение головного мозга. Такая клиническая ситуация рассматривается как псевдоинсульт.

Тромболитическая терапия проведена 48 раз в 2018 году, 29 раз в 2017 году, 20 раз в 2016 году.

Выводы. Таким образом, наиболее часто ОНМК встречается в группе пациентов 60-69 лет, риск летального исхода высок в возрасте от 60 лет и старше. Наибольший процент госпитализированных приходится на первые сутки от момента появления первых симптомов заболевания, при этом сроки госпитализации не влияют на исход заболевания. Значительный вес в развитии летального исхода имеет сопутствующая патология, в некоторых случаях диагностированная только при патологоанатомическом вскрытии, особенно онкологические заболевания – рак легких и рак кишечника.

Список литературы.

1. Пирадов М.А., Сергеев Д.В., Максимова М.Ю., Домашенко М.А. Новые возможности нейропротекции при ишемическом инсульте // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 4. С. 56-63.

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ СДВИГИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Орлова А.Д.
Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева
Кафедра психиатрии и неврологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Евзельман М.А.

Актуальность исследования. Лечение и реабилитация пациентов с ишемическим инсультом требуют огромных экономических и социальных затрат. В связи с этим возрастает роль простых в использовании методов прогнозирования исхода ишемического инсульта на раннем сроке, что способствует скорейшему началу адекватной терапии. Актуальность исследования состоит в изучении практических аспектов прогнозирования по показателям лейкоцитарных индексов периферической крови, которые могут быть использованы в качестве предикторов тяжести течения и исхода ишемического инсульта.

Целью исследования является определение характера влияния показателей лейкоцитарных маркеров на прогноз течения и вероятного исхода ишемического инсульта в условиях клиники.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении для больных острыми нарушениями мозгового кровообращения БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи им. Н.А. Семашко». Выборочная совокупность составила 50 пациентов обоего пола в возрасте 56-75 лет, благоприятный исход наблюдался у 30 человек, летальный – у 20. Критерии включения в исследование: для подтверждения диагноза проведены КТ/МРТ, отсутствуют опухолевые поражения головного мозга, тяжелые

сопутствующие соматические патологии, способные существенно повлиять на показатели общего анализа крови. Летальный исход наблюдался в первые сутки от момента госпитализации пациентов вследствие отека мозга и его дислокации, полиорганной недостаточности, основные проявления которой были следующими: острая сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность. В качестве маркеров тяжести состояния и исхода ишемического инсульта нами были выбраны показатели индекса сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) и индекса соотношения нейтрофилов и лейкоцитов (ИСНЛ). Они рассчитывались по данным общего анализа венозной крови, забранной при госпитализации и исследованной на гематологическом анализаторе Hemolux 19, с использованием следующих формул:

$$\text{ИСЛК}=\frac{\text{эозинофилы+базофилы+нейтрофилы (сегменты,палочки,юные,миелоциты)}}{\text{моноциты+лимфоциты}};$$

$$\text{ИСНЛ} = \frac{\text{палочкоядерные+сегментоядерные}}{\text{лимфоциты}}$$

* – значения форменных элементов крови учитываются в процентах.

Нормальные показатели ИСЛК включают интервал значений 1,96±0,56, нормальные показатели ИСНЛ– 2,47±0,65 соответственно [1].Полученные в ходе анализа данные статистически обработаны в программе MicrosoftOfficeExcel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациентов с благоприятным исходом составил 67±1,55 года, средний возраст умерших пациентов − 71,1±2,7 года соответственно. Анализ показал, что при благоприятном исходе ИСЛК находится в пределах нормы у 40% пациентов, повышен – у 60% пациентов. В случае летального исхода выявлено повышение данного показателя у 95% пациентов. Повышение индекса сдвига лейкоцитов крови свидетельствует об активном воспалительном процессе и нарушении иммунологической реактивности. При благоприятном исходе ИСНЛ повышен у 67%, при летальном – у 95% пациентов. Индекс соотношения нейтрофилов и лейкоцитов отражает соотношение клеток неспецифической и специфической защиты. Повышение данного показателя свидетельствует о нарушении иммунологической реактивности, эндогенной интоксикации. Интервалы средних значений интегральных лейкоцитарных индексов при благоприятном исходе следующие: ИСЛК=3,74±0,39, ИСНЛ=4,96±0,59. Усредненные значения в случае летального исхода приблизительно в два раза превышают аналогичные в случае благоприятного исхода: ИСЛК=7,58±1,32, ИСНЛ=10,35±1,75, что наглядно отображено на диаграммах.

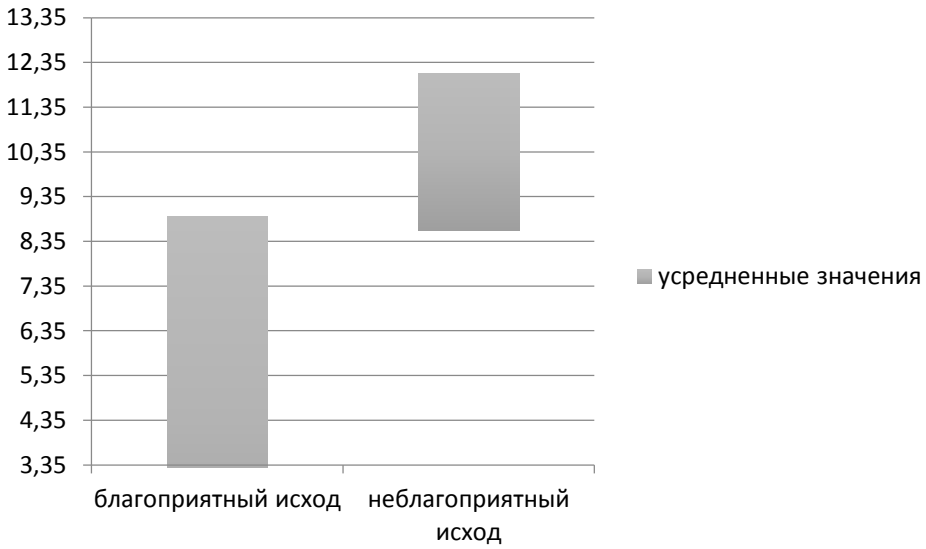


Диаграмма 1. Ряды усредненных значений ИСЛК при благоприятном и неблагоприятном исходах

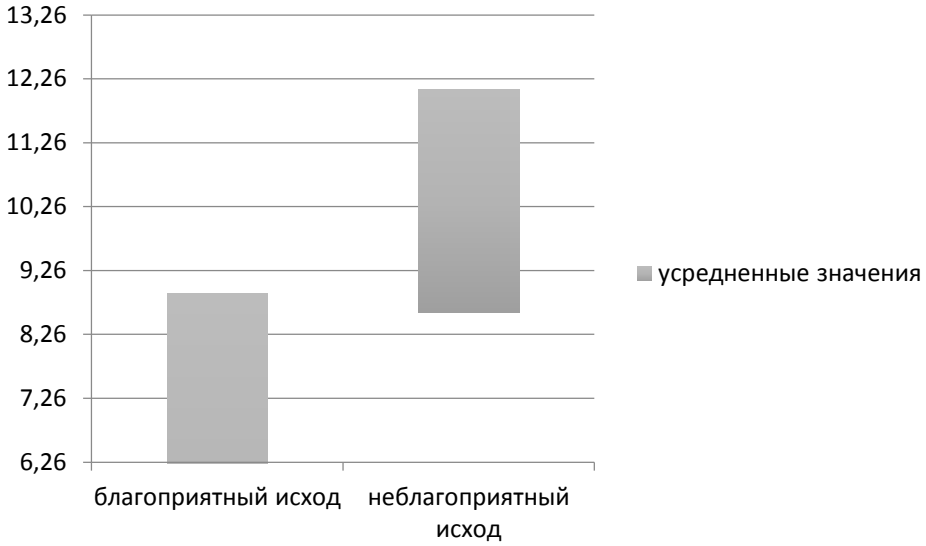


Диаграмма 2. Ряды усредненных значений ИСНЛ при благоприятном и неблагоприятном исходах

Выводы. Анализ лейкоцитарных индексов крови позволяет оценить тяжесть состояния пациентов и спрогнозировать возможный исход заболевания в каждом конкретном случае. Высокие показатели ИСЛК и ИСНЛ свидетельствуют о тяжелом течении инсульта, что указывает на необходимость более рационального выбора тактики лечения ишемического инсульта в острую стадию с целью снижения вероятности летального исхода.

Список литературы.

1. Шойхет Я.Н., Устинов В.Г. Интегральные лейкоцитарные индексы при острых инфекционных деструкциях легких // ActaBiomedicaScientifica. 2011. S4. С.119-120.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Павилова Е.Ю., Петрова М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Актуальность исследования. Понятие «стигма» подразумевает под собой многогранный и сложный феномен, который присутствует в нашем обществе, определяя его отношение к психическим заболеваниям. Совокупность разнообразных предрассудков и стереотипов приводит к навешиванию «ярлыков» на пациентов, формируя ответную реакцию в виде возникновения внутренней стигмы как процесса переживания новой для себя роли больного [1,6]. Представляет интерес изучение самого процесса стигматизации у больных соматизированными расстройствами, за которым скрываются психологические проблемы пациента. Наряду с другими причинами, феномен стигматизации рассматривается нами ка фактор, препятствующий обращению больных за квалифицированной психиатрической помощью [4]. Диагностика указанного явления обуславливает необходимость разработки образовательных программ для больных СР. Больные, длительное время безрезультатно наблюдающиеся у врачей общесоматической практики нуждаются в консультации психолога, проведении психотерапевтических мероприятий [2,3,5].

Целью исследования является изучение взаимосвязи психологических особенностей стигматизации у больных соматизированными расстройствами.

Материалы и методы: в работе были использованы клинико-психопатологический и клинико-психологический метод, который включал следующие психодиагностические инструменты: методику изучения личностной идентичности (МИЛИ) Л.Б. Шнейдер. Она основана на принципах ассоциативного эксперимента и отражает способность субъекта воспринимать себя как целостное единство. Расширенная методика Дембо-Рубинштейн направлена на исследование самооценки, она содержит шкалы «здоровье», «уверенность в себе», «характер», «ум», «счастье», «стереотипы», «комфорт», «зависимость от окружающих», «ощущение вины», «ощущение стыда». Также нами разработана анкета для изучения уровня самостигматизации у больных СР, представленная вопросами об отношении к своему диагнозу и лечению, влиянии заболевания на взаимоотношения с окружающими. В качестве объекта исследования выступили больные СР с разной длительностью наблюдения у врача психиатра, которые проходили очередной курс лечения в психосоматическом отделении.

Результаты и обсуждения. Сравнение изучаемых аспектов в группе больных, которые впервые направлены в психиатрическое учреждение и имеющих опыт длительного наблюдения у врача-психиатра позволило сделать следующие выводы.

Формирование внутренней стигмы у больных СР обусловлено несколькими причинами: образовательный уровень, личностные особенности, влиянием стереотипов и предрассудков, сложившихся в обществе. Нами установлено, что процесс стигматизации, как предвзятое отношение к психическим больным в социуме непосредственно связан с феноменом самостигматизации. Он отражает ответную реакцию пациента на свое заболевание и существующую общественную стигму. Данный процесс предполагает наличие ряда психологических особенностей – изменение идентификации психически больного, снижение самооценки и социального статуса, нарушения в мотивационно-личностной сфере. У пациентов с соматизированными расстройствами обозначенные особенности влияют на своевременность обращения за психиатрической помощью. Таким образом, подтверждается модель, отражающая взаимосвязь психологических особенностей стигматизации у больных соматизированными расстройствами и длительности наблюдения в психиатрических учреждениях.

Высокая выраженность самостигматизации характерна для пациентов соматизированными расстройствами, которые впервые обратились за психиатрической помощью. Они сильнее переживают новую для себя роль психически больного и испытывают ограничения в различных сферах психологического и социального функционирования человека в сравнении с пациентами, длительно наблюдающимися у психиатра и имеющими опыт госпитализаций.

Полученные результаты лягут в основу психокоррекционных и психообразовательных программ, направленных на преодоление самостигматизационных факторов у больных соматизированными расстройствами. Программы рекомендуется использовать в практической работе клинических психологов первичного звена здравоохранения.

Список литературы.

1. Михайлова И.И. Клинико–психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2005. – № 7 – С.58–65.

2. Погосов А.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия). / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – 268 с.

3. Погосов А.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С.29-34.

4. Погосов А.В., Клинические, личностно–психологические и социально–демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017–. № 4 (97). – С.22–30.

5. Погосов А.В., Севостьянова (Николаевская) А.О., Богушевская Ю.В. / А.В.Погосов, А.О.Севостьянова (Николаевская), Ю.В. Богушевская // Клинико-психологические особенности больных на донозологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. – Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2013. – № 1. – С.119-125.

6. Положий Б.С. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением / Б.С. Положий, В.В. Руженкова //Научные ведомости БелГу. Серия Медицина. Фармация. – 2015. – № 4 (201). – С.49–56.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТОВ КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

Протопопова М.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н, доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования связана с тяжелым течением сочетанных аффективных и тревожных расстройств, что обусловлено частыми рецидивами, отсутствием стабильных, длительных ремиссий, увеличением продолжительности периодов обострения заболевания [2].Присоединение панического расстройства к депрессивному, влечет за собой проблемы в подборе способов медикаментозного и психокоррекционного воздействия, трудности социального и профессионального функционирования больных [3,4]. Все это указывает на необходимость детального изучения и поиска адекватных и эффективных стратегий психотерапевтического воздействия для больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами [3].

Выделение копинг-стратегий как психотерапевтических мишеней кажется нам полезным и целесообразным и обусловлено существующими проблемами функционирования личности в стремительно меняющихся жизненных условиях и тесно связано с процессами приспособления человека к требованиям окружающей среды [1].

Целью исследования является изучение психоэмоционального состояния и копинг-стратегий пациентов коморбидными депрессивным и паническим расстройствами получающими психофармакологическое и психотерапевтическое лечение.

В исследование были включены 22 пациента 100% дневного стационара ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» (14 женщин (64%) и 8 мужчин (36%); средний возраст пациентов составил 33±10 лет). Критериями включения пациентов в исследование были наличие в клинической картине

одновременного присутствия клинических проявлений, отвечающих диагнозам в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 рекуррентного депрессивного расстройства средней степени тяжести (F33.1) и панического расстройства (F41.0). В ходе исследования были сформированы две группы. Основную группу (ОГ) составили пациенты, в лечении которых применяли сочетание фармакотерапевтических и психотерапевтических методов воздействия (11больных – 50,0%). Терапия пациентов контрольной группы (КГ) (11 больных – 50,0%) ограничивалась медикаментозным лечением.

Материалы и методы исследования: измерение психоэмоционального состояния больных проводилось с помощью «Шкалы Гамильтона для оценки депрессии», «Шкалы оценки тревоги Шихана», методики «САН», для определения особенностей копинг-стратегий пациентов был применен опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Статистические расчеты осуществлялись с помощью статистического пакета StatSoft STATISTICA 6.0, при сравнении полученных показателей в ОГ и КГ использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни ($p<0,05$). Психотерапевтическая программа, используемая при комплексном лечении больных ОГ, включала в себя методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированной на решение краткосрочной терапии, техники релаксации. Мероприятия носили групповой характер и проводились 2 раза в неделю, в течение 1месяца. Продолжительность каждого занятия составляла 45-90 минут.

Результаты и обсуждение. Исследование эмоционального состояния больных ОГ и КГ на первом этапе не выявило статистических значимых различий. Шкала оценки депрессии Гамильтона зафиксировала у 22 больных проявления депрессивного расстройства средней степени тяжести (15,4±1,6). Уровень тревоги по шкале Шихана у обследованных групп достиг клинически выраженных значений и составил 60,5±9,5. У 100% испытуемых наблюдаются сниженные показатели пошкалам методики «САН» – «самочувствие»–22,4±7,6, «активность»– 28,9±3,1, «настроение» – 25,5±4,5. Среди способов совладающего поведения у больных ОГ и КГ доминировали следующие: дистанцирование – 8 (36%), принятие ответственности – 8 (36%), бегство-избегание – 6 (27%), поиск социальной поддержки – 5 (23%).

Присоединение психотерапевтических мероприятий к медикаментозному лечению у больных в ОГ привело к получению различий на высоком уровне статистической значимости ($p\leq0,01$) по ряду шкал: «уровень депрессии» (Гамильтон) – $p=0,000150$, «тревога» (Шихан) – $p=0,000180$, «Настроение» (САН) – $p=0,000659$. На достоверном уровне статистической значимости ($0,01<p\leq0,05$) обнаружены результаты по шкалам методики «САН»: «Самочувствие»– $p=0,013365$ и «Активность»– $p=0,012014$.

Частотное распределение значений показателей эмоциональной сферы больных ОГ и КГ, представлено на рисунке 1.

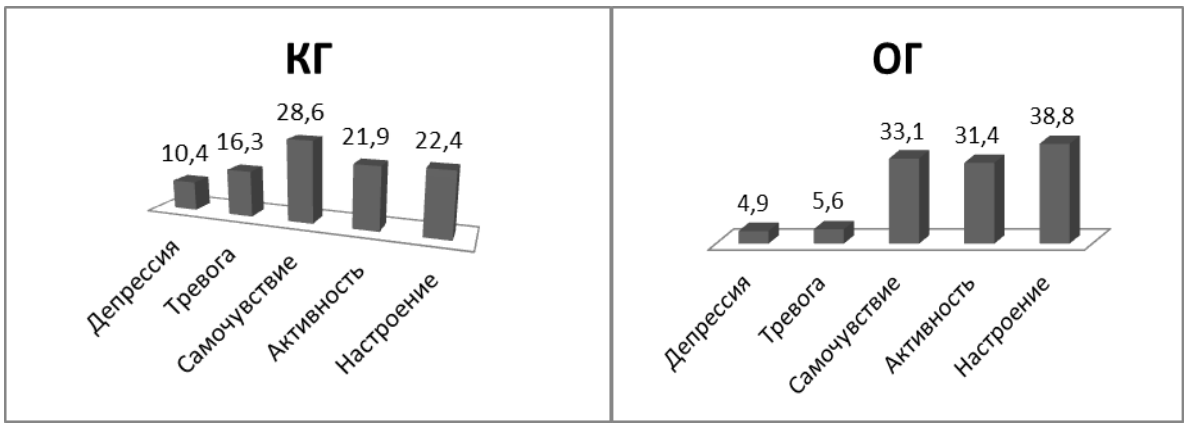


Рисунок 1. Показатели психоэмоциональной сферы больных основной и контрольной групп после лечебных мероприятий

В ОГ проведенные фармако- и психотерапевтические мероприятия привели к снижению показателей по следующим шкалам: «Депрессия» (Гамильтона) – на 5,5 балла, «Тревога» (Шихана) – на 10,7 баллов. У больных ОГ произошло повышение значений по трем шкалам методики САН. Показатели шкалы «настроение» улучшились на 16,4 балла, «самочувствие» на 7 баллов, «активность» на 9,5 баллов. Так, проведение комплексного лечения пациентам ОГ привело к снижению тревоги и депрессии, благоприятно повлияло на общее самочувствие, настроение и активность.

На рисунке 2 продемонстрировано, что присоединение к медикаментозному лечению психотерапевтических мероприятий в ОГ оказало благоприятное влияние на увеличение количества больных с более адаптивными способами совладающего поведения. Увеличился удельный вес пациентов со следующими копинг-механизмами: положительная переоценка (36%), планирование решения проблемы (18%), по сравнению с данными копинг-стратегиями в КГ.

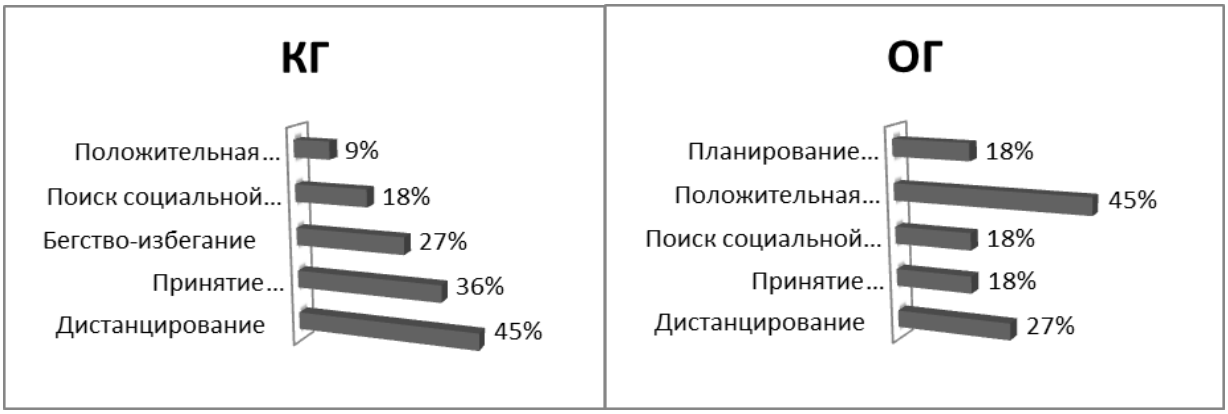


Рисунок 2. Способы совладающего поведения в основной и контрольной группах после проведения терапевтических мероприятий

Выводы. Таким образом, включение психотерапии в лечебный процесс больных с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами привело к формированию у пациентов адаптивных способов поведения, за счет которых произошло повышение социального функционирования пациентов.

Психотерапевтические встречи дали возможность больным коморбидными депрессивным и паническим расстройствами более осознанно выбирать способы разрешения проблемных ситуаций, в результате чего у пациентов появилась возможность реалистично посмотреть на жизненные обстоятельства, в которых они оказались.

Список литературы.

1. Исаева Е.Р. Возрастные и гендерные особенности стресс-преодолевающего поведения (копинга) на примере Российской популяции // Вестник ТГПУ. 2009. № 6. С. 86-90

2. Погосова И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2012. Т. 44, № 3. С.42-47.

3. Погосова И.А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И.А. Погосова, А.В. Погосов, Т.Ю. Федоренко // Науково-практичний журнал Архів психіатрії. − 2008. − Т. 14, № 1 (52). − С. 54-59.

4. Семке В.Я., Погосова И.А. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5. С.50-57.

СИНДРОМ ОДНОСТОРОННЕГО ПРОСТРАНСТВЕННОГО ИГНОРИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Сивик О.А.

Курский государственный медицинский университет
Кафедра психологии здоровья и нейропсихологии
Научный руководитель – д.п.н., доцент Запесоцкая И.В.

Актуальность исследования. При поражениях в бассейне правой средней мозговой артерии, затрагивающие 18, 19 и 39 поля головного мозга, могут возникать различные нарушения, в частности расстройства гнозиса.

Гнозис (от лат. «gnosis» − знание, узнавание) − это аналитико-синтетическая деятельность отдельного анализатора, позволяющая объединить разрозненные признаки в целостный образ и осуществлять узнавание окружающих предметов, явлений и их взаимодействий, а также частей своего организма [3].

Агностические нарушения – это гностические расстройства, которые возникают при корковых поражениях. Зрительные агнозии −нарушения зрительного восприятия, образующиеся при поражении задних отделов коры больших полушарий и при относительной сохранности простейших зрительных функций [4].

При обширных поражениях, выходящих за пределы корковой «зрительной» области, затрагивающие теменные отделы головного мозга преимущественно правого полушария возникает односторонняя пространственная агнозия. Она проявляется в игнорировании стимулов, возникающих на стороне, противоположных поражению [1]. Также данное нарушение часто сопровождается анозогнозией, при которой у пациентов отсутствует осознание наличия болезни [2].

Основными причинами формирования данного синдрома являются инфаркт мозга, преимущественно в правом каротидном бассейне, который дает среднюю мозговую артерию, или внутримозговое кровоизлияние [2].

В норме у людей пожилого возраста наблюдается незначительное снижение прежнего уровня когнитивных функций как следствие геронтологических особенностей. Пространственная односторонняя агнозия является патологией для данной возрастной категории [3].

Целью исследования является выявление нейропсихологических особенностей пациентов, перенесших ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, находящихся в остром периоде.

Анализ клинического случая.

Исследование проводилось на базеГАУЗ «Брянскаягородскаябольница № 1» Неврологическое отделение с ОМНК в городе Брянск в июле 2018 года. В нем принимали участие пациенты с диагнозом ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (острый период): КАП-Ж69; ППА-М65.

Методический инструментарий. В начале исследования проводилась клиническая беседа для определения общей ориентировки во времени, пространстве и собственной личности. Также для формирования мотивации активного контакта. Проводилось полное нейропсихологическое обследование. Исследование зрительного гнозиса пробами: «Реалистичные предметные изображения», «Перечеркнутые изображения», «Наложенные фигуры», «Геометрические фигуры разных цветов», «Немые часы», «Незаконченные изображения», «Химеры», «Зашумленные изображения предметов», «Цифры, числа и арифметические примеры», «Буквы», «Реалистические и стилизованные изображения лиц».

КАП − Ж69, профиль латеральной организации – левополушарный, дата госпитализации 01.07.2018 года. Критика к собственному состоянию снижена. В ходе проведения исследования наблюдались следующие ошибки: перцептивно далекие замены; смешение фигуры и фона; фрагментарность восприятия. Схожим синдромом во всех пробах является односторонняя пространственная агнозия (левостороннее игнорирование).

ППА − М65, профиль латеральной организации – левополушарный, дата госпитализации 03.07.2018 года. Критика к собственному состоянию снижена. В ходе проведения исследования наблюдались ошибки в виде игнорирования левосторонних стимулов (односторонняя пространственная агнозия).

Гностические функции данных пациентов соответствуют возрастной норме. Синдром односторонней пространственной агнозии (пространственное

игнорирование) является следствием перенесенного ишемического инсульта в правой средней мозговой артерии. У данных пациентов наблюдается снижение критики к собственному состоянию, волевой и речевой активности, что является характерными проявлениями данного синдрома. Отмечаются нарушения чтения, проявляющиеся в игнорировании левой половины текста, и письма – использование только правой части листа.

Выводы. Представления о проявлениях синдрома односторонней пространственной агнозии (одностороннее пространственное игнорирование) при поражении средней мозговой артерии субдоминального полушария подтверждаются результатами проведенного исследования.

Список литературы.

1. Диагностика одностороннего зрительно-пространственного невнимания: стандартизация и апробация модифицированной цифровой корректурной пробы / Л.И. Вассеман [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 2. С. 45-51.

2. Лебедев В.И., Андреева М.А. Синдром игнорирования в клинике инфаркта мозга в правом каротидном бассейне и особенности его диагностики // Инновации в медицине и фармации: материалы дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Минск. 2016. С. 221-226.

3. Русских О.А., Перевощиков П.В., Бронников В.А. Гностические расстройства у пациентов с поражениями головного мозга и возможности их психологической коррекции // Человек. Искусство. Вселенная. 2017. № 1. С. 183-190.

4. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е изд. СПб.: Питер, 2018. 496 с.

ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМИ

Сирош Д.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н, доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования. Паническое расстройство (ПР) представляет собой психическое заболевание, проявляющееся симптомами неконтролируемой тяжелой тревоги, возникающей параксизмально в сочетании с рядом вегетативных симптомов [4,6]. Присоединение панического расстройства к аффективному приводит к отрицательному воздействию на соматический статус пациента, усложнению клинической картины заболевания и тем самым приводит к инвалидизации больного [1,2]. Коморбидное заболевание способствует видоизменению личностного профиля депрессивных

больных [3]. Более подробный анализ особенностей личности больных коморбидным аффективным и паническим расстройством необходим для разработки психологической интервенции.

Целью исследованияявляется изучение структуры личности больных депрессивными паническим расстройством. Исследование проводилось на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областной наркологической больницы». В основную группу (ОГ) вошли 10 (50%) больных обнаруживших сочетанное течение аффективного и панического расстройства, в контрольную (КГ) – 10 (50%) больных с проявлениями умеренного депрессивного расстройства.

Материалы и методы: исследование проводилось с помощью сокращенного варианта Миннесотского многоаспектного личностного опросника (Мини-мульт).Для оценки статистической значимости уровня различий в двух группах был использован U-критерий Манна-Уитни ($p<0,05$). Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты и обсуждения. Анализ оценочных шкал (L, F, K) опросника Мини-мульт показал, что все полученные профили можно считать достоверными (показатели не выходили за пределы нормативного разброса). Сравнительный анализ Т-баллов по основным клиническим шкалам выявил, что у 20 (100%) больных ОГ и КГ наблюдался дисгармоничный профиль личности, который у пациентов основной группы был представлен несколькими вариантами: «зубчатый» – 3 (30%) больных, «пикообразный» – 4 (40%) и «утопленный» – 3 (30%). На рисунке 1. отражено повышение значений у больных ОГ по шкале «истерия» (70,6Т) и тенденция к увеличению значений по шкалам «депрессия» (63,3Т) и «психастения» (62,1Т). Пациенты с данным личностным профилем обладают повышенной чувствительностью, нерешительностью, склонны к сомнениям. Больные, страдающие коморбидными аффективным и паническим расстройствами используют защитные реакции по типу «конверсии», соматическое неблагополучие для них является средством избегания ответственности, они склонны драматизировать свое состояние.

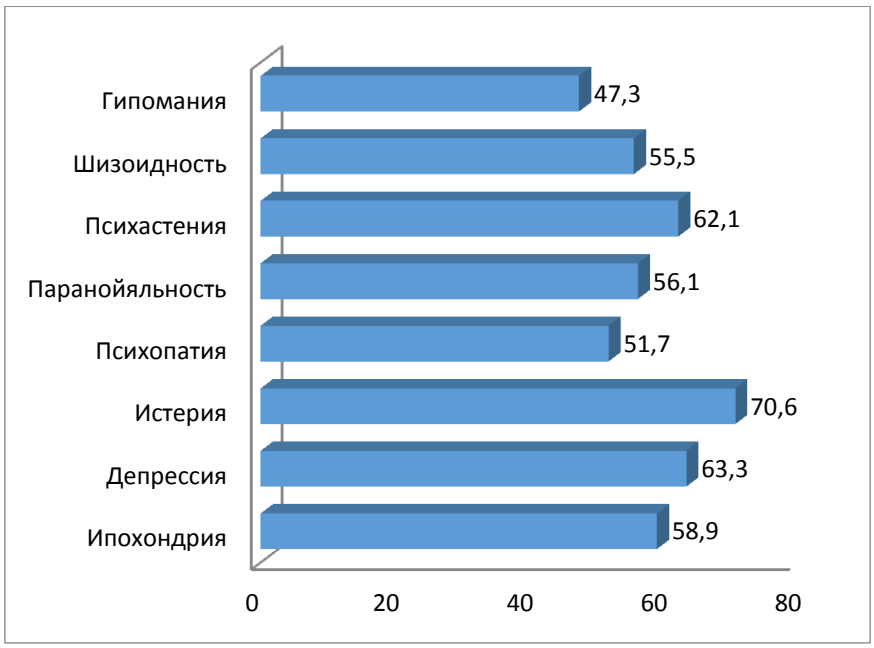


Рисунок 1. Усредненный личностный профиль больных ОГ

Усредненный личностный профиль больных депрессивным расстройством представлен на рисунок2. У данной группы пациентов наблюдается повышение значений по шкале «депрессия» (70,6Т), что свидетельствует о застенчивости, робости, неуверенности в собственных силах. Больные не готовы принимать решения самостоятельно и при незначительных неудачах впадают в отчаяние.

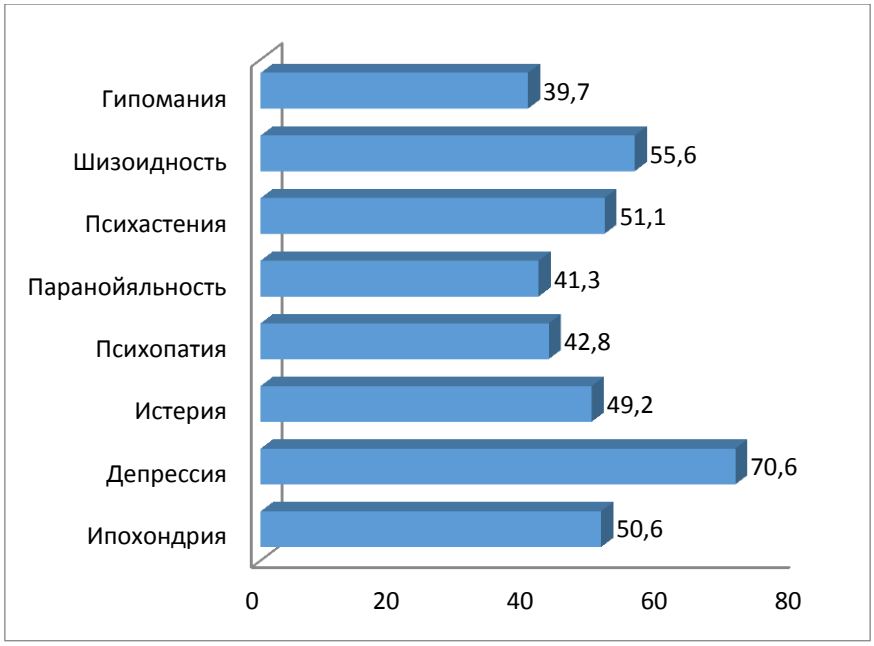


Рисунок 2. Усредненный личностный профиль больных КГ

Достоверные различия на уровне статистической значимости между основной и контрольной группой выявили по двум шкалам: «истерия» (U=134,0; p=0,028366) и «паранойяльность» (U=138; p=0,012612).

Выводы. Пациенты страдающие коморбидным аффективным и паническим расстройством в структуре личности обнаруживают

дисгармоничный профиль, проявляющийся боязливостью, робостью, склонностью к сомнениям. В повседневной жизни свое соматическое и психическое неблагополучие используют как способ для избегания ответственности, привлекая к своему состоянию внимание окружающих.

Полученные результаты носят предварительный характер. Более подробный анализ данной научной проблемы позволит выделить необходимые мишени для разработки и проведения эффективной психологической коррекции для больных коморбидными аффективным и паническим расстройствами.

Список литературы.

1. Горбунова А.А., Колюцкая Е.В. Паническое расстройство и аффективная патология (аспекты коморбидности) // Психиатрия. 2014. № 3 (63). С.33-33а.

2. Иванец Н.Н., Тартынский К.М., Кренкель Г.Л., Прохорова С.В. Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017. Т. 9, № 3. С.18-23.

3. Коршунова О.А. Психологические и психиатрические аспекты депрессивных состояний // Вестник Российского нового университета. Серия: Человек в современном мире. 2018. № 1. С.83-89.

4. Михайлова А.П., Усков Д.А. Паническое расстройство: обзор отечественных и зарубежных исследований // Психология в меняющемся мире: проблемы, гипотезы, исследования. 2016. С. 381-388.

5. Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты) // Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Курский гос. мед.ун-т Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». 2009. С. 284.

6. Погосова И.А., Сергеева О.Н. Комплексный подход к лечению больных паническими расстройствами // Психическое здоровье. 2017. Т. 15. № 5 С. 59-62.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2018 ГОДА

Суфранович В.В., Гончарова Л.В.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии
Научный руководитель – ассистент Смирнов В.С.

Актуальность исследования состоит в сопровождаемости рассеянного склероза (РС) частыми случаями госпитализации и инвалидизации больных. РС является заболеванием молодых людей, которое развивается, как правило, у женщин в возрасте 25-35 лет и у мужчин 35-40 лет. РС в 1,5-2 раза чаще

поражает женщин [1]. В Республике Беларусь общая заболеваемость составляет около 41 случая на 100 000 населения [2].

РС характеризуется полиморфизмом клинических форм, разнообразием течения и различными исходами заболевания. Выделяют 3 варианта течения РС: прогредиентно-ремиттирующее, первично-прогрессирующее, вторично-прогрессирующее.

Целью исследования является проведение анализа распределения заболеваемости РС по годам во временном промежутке с 2009 по 2018 года среди жителей Гомельской области по данным неврологического отделения Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ), учитывая пол, возраст и форму данной патологии.

Материал и методы: ретроспективный анализ заболеваемости РС по данным историй болезней пациентов, находившихся на лечении в неврологическом отделении УГОКБ за период 2009-2018 гг. Было отобрано 1240 историй болезней с различными формами течения РС.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel» и программы «Statistica» 7.0.

Результаты и обсуждения

Таблица 1. Распределение пациентов по годам в зависимости от формы течения РС, пола и возраста

Формы течения	Пол	Возраст, лет	Год госпитализации									
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Прогре-диентно-ремитти-рующая	Мужчины	<44	13	14	18	29	31	17	48	39	31	40
		45-59	5	5	7	9	11	5	13	11	8	16
		>60	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
	Женщины	<44	46	31	28	35	33	22	43	47	44	52
		45-59	27	30	18	38	36	18	35	44	34	47
		>60	0	0	1	0	2	0	2	1	0	2
Первично-прогрес-сирующая	Мужчины	<44	1	1	1	1	0	1	2	1	2	3
		45-59	3	2	1	2	1	1	1	2	1	0
		>60	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
	Женщины	<44	4	2	2	1	0	2	3	1	2	3
		45-59	5	1	3	3	0	3	4	3	4	3
		>60	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Вторично-прогрес-сирующая	Мужчины	<44	1	0	3	1	1	1	2	2	4	2
		45-59	0	0	0	2	1	0	1	2	2	0
		>60	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
	Женщины	<44	7	2	6	1	2	0	1	1	1	2
		45-59	3	1	0	5	4	1	0	0	0	1
		>60	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1

По результатам исследования было обнаружено, что число пациентов с РС, проходивших лечение в неврологическом отделении УГОКБ в период с 2009 по 2018 года составило 1240 человек, количество мужчин – 432 (34,8%) человека, женщин – 808 (65,2%) человек.

В ходе изучения данного временного периода выяснили, что наибольшее количество заболевших РС приходится на 2018 год – 173 зарегистрированных случая (14% от общего числа заболевших). Так же был отмечен спад заболеваемости РС в 2014 году – 73 зарегистрированных случая (6%).

Распределение по количеству госпитализированных с различными формами течения РС в определенные годы среди пациентов за данный период составило:

1. прогредиентно-ремиттирующая форма: наибольшее число пациентов с данной формой было выявлено в 2018 году (157 случая), наименьшее в 2014 году (63 случая).

2. первично-прогрессирующая форма: наибольшее число пациентов выявлено в 2009 году (13 случаев), наименьшее в 2013 году (1 случай).

3. вторично-прогрессирующая форма: наибольшее число было выявлено в 2009 году (11 случаев), наименьшее в 2014 году (2 случая).

Преобладание данных форм по годам в зависимости от пола составило: прогредиентно-ремиттирующая форма среди мужчин преобладала в 2015 году – 61 случай за данный год. Среди женщин данная форма наиболее часто встречалась в 2018 году – 101 зарегистрированный случай. Первично-прогрессирующая форма преобладала среди мужчин в 2009, 2015 и 2017 годах – по 4 случая в каждом году, среди женщин в 2009 – 9 случаев за год. Вторично-прогрессирующая форма наиболее часто встречалась среди мужчин в 2017 году – 7случаев, среди женщин за 2009 год – 10 случаев.

Распределение мужчин с РС по возрасту: до 44 лет наиболее ярко выражено преобладание прогредиентно-ремиттирующей формы, наибольшее количество в 2015 году (48 случаев), а так же, в данном возрасте, преобладала вторично-прогрессирующая форма в 2017 году (4 случая). Первично-прогрессирующая форма проявлялась одинаково часто до 44 лет и в возрастном промежутке 45-59 лет − по 3 случая в 2009 и 2018 годах.

Распределение женщин с РС по возрасту: до 44 лет также преобладала прогредиентно-ремиттирующая форма, наибольшее количество в 2018 году (52 случая), а также в данном возрасте преобладала вторично-прогрессирующая форма в 2009 году (7 случаев). Первично-прогрессирующая форма наиболее часто проявлялась и в возрастном промежутке 45-59 лет в 2009 году (5 случаев).

Выводы.

1. По результатам полученных данных наибольшее количество госпитализированных с различными формами РС приходится на 2018 год, наименьшее – на 2014 год.

2. Наибольшее количество пациентов с прогредиентно-ремиттирующей формой госпитализировано в 2018 году, с первично-прогрессирующей и вторично-прогрессирующей формами в 2009 году.

3. Преобладание всех форм заболевания в большей степени характерно для женщин.

4. Пик заболеваемости различными формами РС и для мужчин, и для женщин, в большей степени, приходится на возраст до 44 лет.

Список литературы

1. Куликов А.Ю., Тищенко Д.Г. Экономическое бремя рассеянного склероза в республике Беларусь // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2015. – Т.3, № 2. – С.96-101.

2. Смирнов В.С., Канаш Т.И., Галиновская Н.В. «Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза» // ГомГМУ. – 2018. – С.20.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ, ВПЕРВЫЕ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Сухих И.В., Надеина А.А., Нечипоренко М.С.

Ярославский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией

Научный руководитель – д.м.н., профессор Баранова Н.С.

Актуальность исследования состоит в том, что сердечно-сосудистая заболеваемость среди населения неуклонно растёт из года в год и по последним статистическим данным составляет 32,1‰ (2014 – 28,8‰, 2015 – 31,2‰, 2016 – 31,7‰), очень часто последствием этих заболеваний является инсульт. Данное состояние является наиболее частой причиной инвалидизации трудоспособного населения, уступая лишь злокачественным новообразованиям. Эта патология приводит к появлению неврологического дефицита, снижению когнитивных функций, ведёт к ухудшению качества жизни [3]. Лечение и реабилитация пациентов с инсультом – важные медицинские, социальные и экономические проблемы [1]. Данное исследование позволит оценить уровень когнитивного дефицита и качество жизни пациентов с целью разработки адекватных лечебных мероприятий.

Целью исследования является оценка когнитивного дефицита у двух групп пациентов, перенесших ишемический и геморрагический инсульт; сравнение результатов двух групп; выявление зависимости выраженности когнитивного дефицита от уровня образования, пола; оценка уровня тревоги и депрессии, их зависимость от типа инсульта, образования, пола; оценка активности повседневной жизнедеятельности.

Материалы и методы: на базеотделений ГБУЗ «Ярославская областная клиническая больница» было обследовано 42 пациента с впервые выявленным полушарным инсультом (26 по ишемическому, 16 по геморрагическому типу), из которых 17 мужчин и 25 женщин в возрасте от 33 до 82 лет (58,9±6,82).

Критерии включения в исследование [2, 4]:

Первичный полушарный инсульт;

Отсутствие тяжелой неврологической симптоматики, которая препятствовала бы нейропсихологическому обследованию.

Критерии исключения из исследования [1]:

Прединсультное дементное состояние по данным шкалы IQCODE.

Для оценки когнитивного дефицита были использованы стандартизированные шкалы:

MoCA (монреальская шкала оценки когнитивных функций) – разработана как средство быстрой оценки при умеренной когнитивной дисфункции. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения MoCA составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов – 30; 26 баллов и более считается нормальным [3].

MMSE (краткая шкала оценки психического статуса) – короткий опросник из 30 пунктов, широко используемый для первичной оценки состояния когнитивных функций и скрининга их нарушений, в том числе деменции. MMSE также используют для оценки динамики когнитивных функций на фоне проводи мой терапии [3].

FAB (батарея тестов лобной дисфункции) – методика была предложена для скрининга деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур. 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям. В диагностике деменции с преимущественным поражением лобных долей имеет значение сопоставление результата FAB и MMSE: о лобной деменции говорит крайне низкий результат FAB (менее 11 баллов) при относительно высоком результате MMSE (24 и более баллов) [3].

Родственникам предлагалось заполнить опросник IQCODE для исключения прединсультного дементного состояния пациентов.

Шкала IQCODE представляет собой анкету, которую может заполнить родственник или другой сторонник пожилого человека, чтобы определить, отклонение когнитивных функций до инсульта [1].

Для оценки уровня тревоги и депрессии использовался стандартизированный опросник HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии) – шкала составлена из 14 утверждений, разделенных на 2 подшкалы: подшкала A – «тревога»; подшкала D – «депрессия». Интерпретация HADS: отсутствие достоверно выраженных симптомов (0-7 баллов), субклинически выраженная тревога или депрессия (8-10 баллов); клинически выраженная тревога или депрессия (11 и более баллов) [1].

Оценка активности повседневной жизнедеятельности производилась по шкале Бартел – основана на оценке 10 функций, колеблющихся по степени их выполняемости больным от полностью независимо выполняемых до полностью зависимых от посторонней помощи. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов: от полной зависимости больного до полной независимости в повседневной деятельности [3].

Для статистического анализа использованы непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни (статистический пакет программы Статистика 10.0).

Результаты и обсуждения. По данным MoCA был выявлен когнитивный дефицит у 81% пациентов (34 человек), у остальных 19% значения в пределах нормы (8 человек). Среднее значение составило 20,85±4,28. Этот опросник не предусматривает градацию по когнитивному дефициту, в отличие от MMSE, в котором были выявлены лёгкие когнитивные расстройства (24-27 баллов) у 42,9% пациентов (18 человек), лёгкая у 28,6% (12 человек), умеренная у 7,1% (3 человек) и тяжелая деменция у 4,7% (2 человека), нормальные значения у 16,7% (7 человека). По результатам FAB умеренная лобная дисфункция у 62% (26 человек) и выраженная у 19% (8 человек), 19% (8 человек) – без патологии. По данным HADS субклиническая депрессия выявлена у 19% (8 человек) и клинически выраженная у 19% (8 человек), 62% (26 человек) – отсутствие симптомов депрессии; субклиническая тревога у 35,7% (15 человек), клинически выраженная у 9,5% (4 человека), 54,8% (23 человека) – без признаков тревоги. По результатам индекса Бартел умеренно и выраженно зависимы по 35,7% (по 15 человек), полностью зависим 2,4% (1 человек), остальные независимы от помощи окружающий 26,2% (11 человек).

Отмечена прямая зависимость между типом инсульта и степенью выраженности когнитивных нарушений ($p \leq 0,05$): у пациентов с геморрагическим инсультом среднее значение MoCA 16,9 балла, MMSE 21,2 балла, FAB 12,5 балла, а у пациентов с ишемическим – среднее значение MoCA 24,8 балла, MMSE 26,3 балла, FAB 15 баллов. Также выявлена прямая зависимость между типом инсульта и уровнем тревоги и депрессии ($p \leq 0,05$): у больных с геморрагический инсультом уровень тревоги в среднем составил 7,8 баллов, а у другой группы – 3,8 балла, уровень депрессии также достоверно выше у пациентов с геморрагическим инсультом и равен 8,1 балла, в сравнении с ишемическим – 3,2 балла. Кроме того, больные с геморрагическим инсультом больше нуждаются в помощи окружающих ($p \leq 0,05$): индекс Бартел у них составил в среднем 52,5 балла, у пациентов с ишемическим инсультом – 79 баллов. Выявлена прямая зависимость снижения когнитивных функций от уровня образования: у пациентов, имеющих высшее образование, когнитивные расстройства менее выражены ($p \leq 0,05$): с высшим образованием показатели MoCA – 24,4 балла, MMSE – 27 баллов, FAB – 15,2 баллов, что выше, чем у людей без высшего образования (MoCA – 19,6 балла, MMSE – 22,6 баллов, FAB – 13,2 баллов). Достоверно значимой разницы между полом и когнитивным дефицитом после инсульта не выявлено ($p \geq 0,05$).

Выводы. Когнитивные расстройства более выражены у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, а также у них выше уровень тревоги и депрессии, а уровень повседневной активности ниже. Следовательно, к вопросу о физической и когнитивной реабилитации у таких пациентов нужно подходить более внимательно и всесторонне.

Список литературы.

1. Захаров В.В. Инсульт и когнитивные нарушения [Электронный ресурс] / В.В. Захаров, Н.В. Вахнина // MEDI. – 2013. URL: http://medi.ru/info/10484/ (дата обращения 17.03.2019 год).

2. Пизова Н.В. Особенности когнитивных расстройств после инсульта: диагностика и терапевтические подходы [Электронный ресурс] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. научн. журн. – 2013. – № 2. URL: https://cyberleninka.ru/article/v/osobennosti-kognitivnyh-rasstroystv-posle-insulta-diagnostika-i-terapevticheskie-podhody (дата обращения 17.03.2019 год).

3. Скоромец А.А. Нервные болезни: учебн. пособие / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – с. 50-59, 260, 270-289.

4. Henry J. Riordan, Laura A. Flashman. Cognitive impairments after stroke [Электронныйресурс] // Journal of the International Neuropsychological Society. – 2011. – № 2 (40). URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/16487 (дата обращения 17.03.2019 год)

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПОДРОСТКОВ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Токмачева Ю.Л.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии и психосоматики

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

Актуальность исследования. Борьба с табакокурением является одной из важнейших задач здравоохранения. Важный аспект борьбы с табакокурением − предупреждение подросткового и молодежного курения. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации (со ссылкой на опросы ВЦИОМ и фонда «Общественное мнение», 2018) в России курят более 15 процентов подростков 13-15 лет. В последнее время средний возраст начинающих курить значительно снизился. Возросло количество курящих девочек и девушек. Согласно статистическим данным, в среднем, дети начинают курить в 13 лет, а зависимость от курения у этой группы подростков формируется чуть позже − в 15 лет.

Каждый второй из попробовавших в подростковом возрасте становится курильщиком. Из числа попробовавших табачные изделия 30% курят постоянно, 20% эпизодически.

Подростковоекурение является сложным поведенческим актом, который обусловлен целым комплексом социальных, психологических и физиологических факторов [4].

В связи с тем, что центральная нервная система детей и подростков имеет повышенную чувствительность, табакокурение в детском и подростковом возрасте приводит к ускоренному и прочному формированию никотиновой

зависимости, которая увеличивается по мере нарастания стажа курения, а также приводит к развитию серьезных заболеваний. Важной особенностью никотиновой зависимости в подростковом возрасте является то, что степень ее выраженности находится в обратно пропорциональном соотношении с возрастом начала табакокурения.

Обращает внимание тот факт, что у большинства курильщиков, пробовавших курить в подростковом возрасте, формируется никотиновая зависимость [5].

В большинстве случаев школьники неправильно оценивают наличие у себя никотиновой зависимости. Как отмечают Инглик Т.Н., Чернявская Н.М., в подростковой среде достаточно распространены мифы о курении, такие как: «курят все», «бросить легко», «курение представляет опасность только для курящих», «курить не затягиваясь, не вредно» [2].

Погосов А.В. отмечает, что формирование табачной зависимости у подростков детерминировано совокупностью социальных, учебных и биологических факторов [3, 4].

Однако, проблема рассмотрения личностных и поведенческих особенностей, а также оценка их влияния на статус курения является недостаточно разработанной.

Таким образом, изучение клинико-психологических особенностей подростков с табакокурением и табачной зависимостью с дальнейшей разработкой профилактических и коррекционных мероприятий представляется актуальным.

Целью исследования является исследование и анализ механизмов психологической защиты у подростков с табакокурением и табачной зависимостью.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 60 подростков в возрасте от 11 до 16 лет. Экспериментальную группу составили 30 школьников с табачной зависимостью, контрольную - 30 школьников с табакокурением без табачной зависимости. В качестве основных методов исследования были использованы: тест оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема К., методика диагностики механизмов психологической защиты Плутчика Р. в адаптации Вассермана Л.И., Ерышева О.Ф., Клубовой Е.Б. Первичная и вторичная обработка реализованы при помощи программы Statistica (версия 7.0) StatSoft. Для статистического анализа использованы описательная статистика, φ-критерий Фишера.

Результаты и обсуждения. Полученные данные указывают на то, что для испытуемых основной группы статистически значимо чаще ($0,01<p<0,05$) характерно использование механизма психологической защиты «Отрицание» (23 человека – 76,67%). Данный вид защиты проявляется следующим образом: подростки, зависимые от никотина, склонны игнорировать информацию, которая противоречит установкам личности, либо представляет угрозу самоуважению или самосохранению (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная оценка частотного распределения механизмов психологической защиты в основной и контрольной группах

Испытуемые / МПЗ	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Отрицание	23	76,67	14	46,67	2,436*
Вытеснение	14	46,67	13	43,33	0,267
Регрессия	15	50	18	60	0,778
Компенсация	16	53,33	19	63,33	0,786
Проекция	14	46,67	17	56,67	0,775
Замещение	16	53,33	24	80	2,235*
Интеллектуализация	17	56,67	12	40	1,301
Реактивные образования	9	30	18	60	2,374*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

В контрольной группе статистически значимо чаще ($0,01<p<0,05$) встречались механизмы психологической защиты «Замещение» (24 человека – 80%) и «Реактивные образования» (18 человек – 60%). Полученные данные свидетельствуют о том, для разрядки возникшего неприятного внутреннего напряжения курящие подростки склонны использовать объекты менее опасные или более доступные, чем те, что вызывают данную реакцию. Так же, подростки склонны к формированию обратной реакции: при возникновении ощущения угрозы − трансформировать неприятные мысли и чувства в противоположные. Фрустрирующую ситуацию таким образом разрешить не удается, однако уровень напряжения временно снижается.

Выводы. Установлены следующие различия в использовании механизмов психологической защиты: подростки, зависимые от употребления никотина, склонны использовать МПЗ «Отрицание»: информация, противоречащая установкам и ценностям, или представляющая угрозу самоуважению или самосохранению не воспринимается ими как должное. Подростки с табакокурением наиболее часто используют МПЗ «Реактивные образования» и «Замещение», приписывая окружающим свои неприятные мысли, чувства, поступки или же трансформируя эти неприемлемые элементы в преувеличенные или противоположные их варианты по типу гиперкомпенсации. Так же, для разрядки подавленных эмоций, вызывающих неприятное напряжение, для них характерно использование объектов менее опасных или более доступных, чем те, что вызывают данную реакцию.

Список литературы.

1. Бельских И.А., Полевой Ю.Ю., Любицкая Ю.А. Индивидуальные особенности личности с никотиновой зависимостью// Научные исследования и разработки молодых ученых.2015. № 3. С. 49-52.

2. Инглик Т.Н., Чернявская Н.М., Айбазова Л.Б. Изучение мотивации подростков к табакокурению // Современные проблемы науки и образования.2012. № 6. С.273.

3. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.

5. Погосов А.В., Ламонова Ю.Л. Сравнительная оценка клинико-психологических проявлений табакокурения и табачной зависимости у школьников // Непрерывное медицинское образование и наука. 2017. № 3, Т12. С.28-32.

6. Червяков А.В., Гуревич К.Г., Червина В.В. Никотиновая зависимость и мотивации начала курения у школьников // Наркология. 2010. Т. 9, № 12. С.47-51.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ ЮНОШЕЙ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Токмачева Ю.Л.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – д.м.н., профессор Погосов А.В.

Актуальность исследования. Проблема сохранения здоровья является исключительно важной. Курение по-прежнему остается одной из самых распространенных вредных привычек. По данным ВЦИОМ в 2018 году доля взрослых курильщиков в России составляет 29%. Интенсивность курения крайне высока: 20% всех опрошенных выкуривают в день пачку сигарет или более. Традиционно выше, чем в целом по выборке, потребление табака в группах мужчин (среди них курят 44%), респондентов в возрасте 25-34 лет (40%), со средним образованием (40%) (ВЦИОМ-СПУТНИК, 2017).

Высокая распространенность употребления табачных изделий среди населения объясняется психостимулирующим и седативным действием никотина, который, однако, таит угрозу физическому и психическому здоровью личности. Так, в 25-90% случаев у лиц, прибегающих к систематическому табакокурению, формируется никотиновая зависимость, а также развиваются серьезные поражения организма [5].

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, традиционно в отечественной наркологии рассматриваются как табакокурение (эпизодическое или систематическое) и табачная зависимость [3].

Представляет интерес тот факт, что среди курящих молодых людей только 5,5% не имеют сформированной никотиновой зависимости. Что касается курящих девушек, никотиновая зависимость не выявлена у 28,4%. Однако, девочки и девушки подвержены более быстрому формированию никотиновой зависимости, чем молодые люди [2,5].

Основными факторами становления и формирования табачной зависимости, согласно данным Погосова А.В., являются [3,4]:

внутренний биологический фактор (представлен существующей индивидуальной реактивностью организма на вдыхание табачного дыма).

внешний социальный фактор (отражается в форме традиций курения табака). Взаимодействие этих факторов в конечном счете формирует курение табака.

Развитие никотиновой зависимости начинается спустя 12 месяцев постоянного употребления любой табачной продукции (сигарет, сигар, папирос). На этапе табакокурения курильщику еще под силу прекратить этот процесс, поскольку физическая зависимость еще не сформировалась [1].

Внастоящее времясуществуетпотребностьвпоискеиизучениираличныхусловий,препятствующих употреблению табака среди молодежи, а также в разработке и проведениимероприятийпо профилактике курения, направленных на повышение устойчивости личности к началукурения.

Целью исследования является оценка удовлетворенности жизнью лиц с табакокурением и табачной зависимостью.

Материалы и методы: в основу настоящей работы легли результаты обследования 59 юношей в возрасте от 17 до 19 лет. Испытуемые были разделены на 2 группы – основную и контрольную. В основную группу вошли 29 человек с табачной зависимостью (49,2%), в контрольную − 30 человек с табакокурением (50,8%).

В качестве основных методов исследования были использованы: тест оценки степени никотиновой зависимости Фагерстрема К., Тест «Индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ)», адаптация Н.В. Паниной (Опросник общего психологического состояния человека). Первичная и вторичная обработка реализованы при помощи программы Statistica (версия 7.0) StatSoft. Для статистического анализа использованы: описательная статистика, U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения. Под категорией «Жизненная удовлетворенность» в данной работе понимается интегративный показатель, отражающий общее представление человека о психологическом благополучии. Составляющими данного показателя являются: целеустремленность, согласованность между поставленными и реально достигнутыми целями, последовательность в их достижении, а также положительная оценка собственных качеств и поступков и общий фон настроения.

Полученные показатели ИЖУ респондентов являются низкими и позволяют установить сниженный уровень жизненной удовлетворенности у юношей с табачной зависимостью и табакокурением. При обработке результатов с помощью U-критерия Манна-Уитни были получены следующие различия (таблица 1).

Таблица 1. Оценка различий в уровне компонентов жизненной удовлетворенности респондентов основной и контрольной группы

Испытуемые / Компоненты ИЖУ	Основная группа (n=29)	Контрольная группа (n=30)	U-критерий Манна-Уитни
	M	M	
Интерес к жизни	3,7	5,1	291,0*
Последовательность в достижении целей	5,7	5,3	354,5
Согласованность между поставленными и достигнутыми целями	4,5	4,2	395,5
Положительная оценка себя и собственных поступков	4,1	4,6	375,5
Общий фон настроения	4,8	5,3	394,5
Индекс жизненной удовлетворенности	22,7	24,5	397,0

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

По показателю «Интерес к жизни» выявлены значимые различия ($0,01<p<0,05$). Среднее значение показателя в основной группе ниже, чем в контрольной. Это может свидетельствовать о том, что юноши, зависимые от употребления никотина, обладают сниженным интересом к жизни, что чаще всего сопровождается общей повышенной утомляемостью организма, существенной потерей аппетита, абсолютной апатией и нежеланием учувствовать в общественной жизни, крайне скептическим взглядом в будущее. Причинами данного состояния могут быть: длительное напряжение, хроническая усталость, воздействие стрессоров, нездоровый образ жизни и др. Часто, ошибочно считая, что психоактивные вещества позволяют снижать уровень напряжения, повышать настроение – люди склонны приобщаться к вредным привычкам (например, курению табачных изделий). Однако, на физиологическом уровне процесс воздействия никотина на ЦНС напоминает состояние стресса, «снимать стресс» в действительности никотин не может. Кроме того,в дальнейшем, употребление никотина может повлечь за собой серьезные психические и соматические заболевания.

Выводы. Таким образом, установлено, что для юношей с табакокурением и табачной зависимостью характерны низкие показатели индекса удовлетворенностью жизнью. Так же выявлены значимые различия по показателю «Интерес к жизни» – низкие показатели отмечаются у юношей с табачной зависимостью. Заинтересованность и удовлетворенность жизнью во многих аспектах оказывают огромное влияние на настроение, образ жизни, психическое и соматическое состояние.Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения мониторирования курения и перспективности работы по подбору и проведению профилактических методов, направленных на

мотивацию на здоровый образ жизни, а также повышение адаптированности и устойчивости личности.

Список литературы.

1. Ковалева Г.М., Козаченко В.Ф., Макиев А.Г. и др. Эффективность лечения никотиновой зависимости (табакокурения) различными методами // Главный врач. Наркология. 2016. № 2 (49).С.50-52.
2. Надеждин А.В. Влияние возрастного фактора на клинику наркологических заболеваний // Наркология. 2016. № 5. С.90-99.
3. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
4. Погосов А.В., Ламонова Ю.Л. Сравнительная оценка клинико-психологических проявлений табакокурения и табачной зависимости у школьников // Непрерывное медицинское образование и наука. 2017. № 3, Т12. С.28-32.
5. Червяков А.В., Гуревич К.Г., Червина В.В. Никотиновая зависимость и мотивации начала курения у школьников // Наркология. 2010. Т. 9., № 12. С.47-51.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМИ

Феоктистова Е.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность исследования. В настоящее время в мировой психиатрической практике наблюдается тенденция к увеличению числа лиц, заболевших депрессивными и тревожными расстройствами. В работе М.М. Петровой и С.Ю. Штарик авторы связывают данный факт с повышением уровня стресса в современном обществе [3]. По данным Б.Д. Карвасарского депрессивные и тревожные расстройства являются значительной медико-социальной и медико-психологической проблемой современности [2].

Существует достаточное количество исследований устанавливающих взаимосвязи между депрессивными растройствами и когнитивными нарушениями, предполагая наличие общих мозговых механизмов в развитии вышеназванных нарушений. Так G.I. Papakostas и L.Culpepper пишут о том, что когнитивные нарушения обнаруживаются до дебюта заболевания и рассматриваются как главный процесс развития болезни [5]. R.N. Sapolskyуказывает, что при депрессии возникают атрофические изменения в гиппокампе и медиальной височной области, которые могут способствовать снижению способности к запоминанию новой информации [6]. L. Clark etal.

связывают нарушение произвольной памяти с поражением гиппокампальных структур [4].

Аналогичные взаимосвязи отмечаются при тревожных и панических расстройствах. С.А. Гордеев в своем исследовании установил, что у больных с паническим расстройством дисфункция в эмоциональной и когнитивной сфере возникает вследствие структурно-функциональных нарушений височно-лимбико-ретикулярных структур [1]. Также имеются данные ряда исследований демонстрирующие наличие у пациентов с паническими расстройствами повышенной активности в дорсолатеральной префронтальной коре, задней части левой поясной извилины, передней части правой и левой поясных извилин, средней парагиппокампальной области, в правой части гиппокампа и миндалины [5].

Тем не менее, отмечается существенный дефицит фактов о влиянии коморбидности вышеперечисленных расстройств на изменение картины когнитивных нарушений.

Целью исследования является изучение когнитивных особенностей больных коморбидными депрессивными и паническими расстройствами.

В период с 2018-2019 годов на базе психосоматического отделения № 2 ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы», дневного стационара № 2 с АРЦ обследовано 60 (100%) больных изолированным депрессивным расстройством и коморбидным депрессивным и паническим расстройствами. Критерием деления больных на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ) послужило наличие коморбидного панического расстройства в клинической картине у больных, обнаруживающих проявления депрессивного расстройства.

Основные методы, использованные в исследовании: клинико-психологический; экспериментально-психологический, основанный на качественной и количественной оценке нейропсихологических особенностей пациентов с применением ряда нейропсихологических методик и проб; оценка уровня депрессии основана на применении «Шкалы депрессии Бека», путем самооценки пациентами своего состояния. Статистический анализ включает: описательную статистику (среднее значение, СКО); методы сравнительной статистики. Расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 10.0.

Основную группу составляли 27 (45%) пациентов, имеющих коморбидные депрессивные и панические расстройства. В контрольную группу вошли 33 (55%) больных с проявлениями депрессивного расстройства (депрессивный эпизод средней степени, F32.1; рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени, F33.1). Критериями исключения явились: манифестный психоз эндогенного происхождения, шизотипическое расстройство, возраст больных старше 53 лет, наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы средней и тяжелой степени, органические поражения головного мозга, декомпенсированная соматическая патология. Исследование носило индивидуальный характер, в первой половине дня, до получения больными психотропных препаратов.

Анализ социально-демографических показателей у больных коморбидными депрессивным и паническим расстройством выявил наибольшую частоту встречаемости среди лиц женского пола (59,26%), в возрастном диапазоне от 47 до 53 (33,33%) лет, проживающих в городской местности (59,26%), имеющих средне-специальное образование (62,96%), постоянную работу (51,85%) и состоящих в браке (51,85%).

Таблица 1.Долевое распределение показателей выполнения пациентами основной и контрольной групп методики «Таблицы Шульте»

Группы	В пределах нормы (до 50 сек.)		Ниже нормы (более 50 сек.)		P-Level
	Абс.	%	Абс.	%	
КГ (n=33)	12	36,36	21	63,63	0,013**
ОГ (n=27)	2	7,41	25	92,59	

В таблице 1 представлено долевое распределение показателей выполнения пациентами основной и контрольной групп методики «Таблицы Шульте». Обнаружены различия на достоверном уровне статистической значимости по продолжительности выполнения заданий методики больными основной и контрольной групп.

Результаты исследования механической памяти методикой «10 слов», выявили различия на достоверном уровне статистической значимости ($0,01<p\leq0,05$) у пациентов основной и контрольной групп. Средние значения воспроизведенных слов в процессе выполнения «Методики 10 слов» пациентами основной и контрольной групп имели ряд различий. Больные основной группы, по сравнению с контрольной, испытывали затруднения в воспроизведении слов при четвертом предъявлении 7,93 и 8,64 слова соответственно. На достоверном уровне статистической значимости обнаружены различия по показателю «отсроченное воспроизведение» у больных основной и контрольной групп 5,93 и 6,82 слова соответственно. Таким образом, у больных коморбидными депрессивным и паническим расстройством отмечается снижение объема слухоречевой памяти, обусловленное снижением врабатываемости, высокой инертностью психических процессов, повышенной истощаемостью психических процессов и отвлекаемостью пациентов.

Анализ возможностей больных основной и контрольной групп устанавливать последовательность событий был основан на оценке результатов применения методики А.Н. Берштейна. Так 22 (66,67%) пациентов, страдающих депрессией, безошибочно выполнили задания по данной методике. Среди пациентов основной группы только 9 (33,33%) справились с поставленной задачей самостоятельно. Оставшиеся пациенты основной и контрольной групп выполняли предложенные им задания, опираясь на наводящие вопросы.

Несмотря на регистрируемые изменения в когнитивном профиле у всех обследованных нами больных, следует отметить, что у больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами отмечается большая выраженность нарушений высших корковых функций, что связано с общими

механизмами в их развитии. Выявленные нейропсихологические изменения, имеющие отражение на состоянии когнитивных функций больных коморбидным депрессивным и паническим расстройствами, негативно сказываются на социальном функционировании, затрудняют выполнение ими ряда профессиональных обязанностей, снижают качество жизни и дезадаптируют их. Кроме того, не всегда адекватно проведенная медикаментозная коррекция указанных расстройств, приводит к полной редукции когнитивных нарушений.

Список литературы.

1. Гордеев, С.А. Психофизиологические особенности пароксизмальных расстройств не эпилептической природы / С.А. Гордеев и др. // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2014. − № 64 (1). – С. 41-53.

2. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский.− М.: Медицина, 2000. – 576 с.

3. Петрова, М.М. Эпидемиология тревожно депрессивных расстройств среди взрослого населения г. Красноярска / М.М. Петрова, С.Ю. Штарик // Сибирское медицинское обозрение. – 2006. – № 3. – С. 93-95.

4. Crocker, L.D. Relationships among cognition, emotion, and motivation: implications for intervention and neuroplasticity in psychopathology / Crocker, L.D., Heller, W., Warren, S.L. et al. // Front. Hum. Neurosci. – 2013. – Vol. 7. – P. 261.

6. Papakostas, G.I. Understanding and managing cognition in the depressed patient / Papakostas, G.I., Culpepper, L. // J. Clin. Psychiatry.– 2015.– Vol. 76. – N 4.– P. 418-425.

7. Sapolsky, R.N. Depression, antidepressants, and the shrinking hippocampus / Sapolsky, R.N. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. − 2001.–Vol. 98.–N 22. –P. 12320–12322.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Хомидов Д., Хотамов Б., Шутеева Е.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Бухарский государственный медицинский институт
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель – ассистент М.А. Гриднев

Актуальность исследования. Рассеянный склероз относится к распространенным заболеваниям лиц молодого возраста [2]. Информирование врачом больных о том, что они больны рассеянным склерозом, как и осознание наличия этого заболевания, является мощным стрессирующим фактором, который оказывает влияние на течение болезни [1]. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе достаточно широк,

и тревога и депрессия выступают как дополнительный фактор патологического влияния на состояние пациентов. Позитивный настрой, согласованные с лечащим врачом усилия по приему препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, – важнейшая составляющая успешной терапии и поддержания оптимистического настроя больных. Тревожно-депрессивные нарушения не способствуют достижению ремиссии и приводят больных в группу риска по суицидальным тенденциям [3].

В связи с этими обстоятельствами при рассеянном склерозе целесообразна оценка ситуативной тревожности.

Целью исследования является изучение выраженности и распространенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, страдающих рассеянным склерозом (ремиттирующее течение), поступивших для купирования обострения в неврологическое отделение БМУ «Курской областной клинической больницы».

Материалы и методы: работа проведена на клинической базе кафедры неврологии и нейрохирургии в неврологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница». Обследовано 25 пациентов с рассеянным склерозом, поступивших в неврологическое отделение БМУ «Курская областная клиническая больница» в фазе обострения. Гендерный состав: 13 женщин и 12 мужчин, возраст − от 20 до 52 лет, средний возраст − 37±8 лет. Критерии включения в исследование: наличие рассеянного склероза с ремиттирующим течением; фаза обострения; женский и мужской пол; возраст: без ограничений. Критерии исключения: сопутствующие соматические и неврологические заболевания; суицидальные попытки в анамнезе.

Диагноз рассеянного склероза установлен с учетом требований Международной статистической классификации и шкалы оценки степени инвалидизации (EDSS) [4]. Наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств диагностировали по шкале депрессии А. Бека и госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии HADS.

Результаты и обсуждения. Неврологический статус и функциональные возможности обследованного контингента по шкале EDSS соответствовали в среднем 4,2±2,1 балла (колебания от 3,5 до 6,0). Тревожные и депрессивные нарушения объективизированы по шкале HADS у 23 пациентов (92% от всей выборки). При этом все они относились к средней и высокой степени выраженности; в легкой степени они не были установлены. Тревожные расстройства выявлялись у 22 пациентов (88% выборки). В 21 случае (84%) нами определены депрессивные расстройства, причем у большинства пациентов одновременно встречались и тревожные, и депрессивные нарушения. Результаты оценки депрессивных нарушений по шкале Бека также подтвердили полученные данные у 84% больных. Сопоставление тяжести неврологического дефекта по шкале EDSS позволило выявить зависимость глубины тревожно-депрессивных проявлений от выраженности неврологической дисфункции − снижения силы мышц, атаксии, дизартрии. В этом плане тревожные и депрессивные расстройства углублялись с повышением степени инвалидизации по шкале EDSS: тревожные расстройства

и депрессия средней степени выраженности преобладали среди пациентов с показателями 3,5-4,5 балла, высокой степени выраженности – 4,5 балла и выше.

Выводы. Выявлен почти полный охват пациентов с обострением рассеянного склероза тревожными и депрессивными симптомами. Возможность объективизации симптомов тревоги и депрессии позволила указать дополнительную цель лечебных мероприятий – коррекцию тревожных и депрессивных проявлений, что повысило их эффективность.

Отсутствие тревожно-депрессивных расстройств у 8% пациентов не свидетельствует о реальном их благополучии, так как у них нельзя исключить возможность понижения критики с недооценкой значимости имеющегося дефекта и прогноза. Результаты тестирования носят ориентировочный характер и пригодны для первичного скрининга, позволяя сократить время на выявление того или иного признака вреди большой группы респондентов. Поэтому уместно рекомендовать дальнейшее обследование пациентов с привлечением психиатра или психолога для более квалифицированного уточнения психоэмоциональных отклонений и выбора метода коррекции – медикаментозного или немедикаментозного.

Список литературы.

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянным склерозе // Журн. Неврологии и психиатрии. 2000. № 11. С 15-20.

2. Ласков В.Б., Логачева Е.А., Третьякова Е.Е., Гриднев М.А. Клинико-эпидемиологические особенности больных рассеянным склерозом в Курской области // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017. Т.9. № 1.
С.55-60.

3. Caine, E. D. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide / E.D. Caine, R. Schwid // Neurology. 2002. № 59. P. 662-663.

4. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology. 33 (11): 1444-52.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Шибаев П.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель – д.м.н., профессор Погосов А.В.

Актуальность исследования. Служба в Вооруженных Силах и иных силовых ведомствах Российской Федерации связана с интенсивными физическими нагрузками и психологическим стрессом [1], что сопряжено с высокой вероятностью формирования невротических расстройств [2,3].

Военнослужащие и сотрудники полиции, принимающие участие в контртеррористических операциях, имеют повышенный риск развития психической патологии [4], в том числе – расстройства приспособительных реакций (общепринятое название в отечественной психиатрии – расстройство адаптации). В отечественной и зарубежной научной медицинской литературе идет дискуссия о предпочтительности методов лечения и реабилитации при расстройстве приспособительных реакций [5], что указывает на недостаточную проработанность данного вопроса.

Целью исследования является изучение эффективности рациональной психотерапии и психофармакотерапии при расстройствах приспособительных реакций у сотрудников полиции, вернувшихся из служебных командировок в Северо-Кавказский регион.

Материал и методы: исследование проведено на базе госпиталя медико-санитарной части МВД России по Курской области. В исследование были включены 477 сотрудников УМВД России по Курской области в возрасте 35,3±6,97 лет: 192 бойцов специального отряда быстрого реагирования (СОБР) и отряда мобильного особого назначения (ОМОН), 285 сотрудников подразделений криминальной полиции и полиции охраны общественного порядка. Все участники исследования были обследованы на базе поликлиники и Центра психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по Курской области с применением клинико-психопатологического анализа и следующих психометрических методик:«Шкала Гамильтона для оценки депрессии» (HDRS), «Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина», «Индивидуальный типологический опросник (ИТО) Л.Н. Собчик», опросник качества жизни «SF-36». Статистическую значимость различий сравниваемых величин определяли с применением критерия Фишера.

Результаты и обсуждения. У сотрудников полиции УМВД России по Курской области, вернувшихся из длительных (до 6 месяцев) служебных командировок в Северо-Кавказский регион, в 21% случаев (100 случаев) диагностировались расстройства приспособительных реакций. В соответствии с особенностями клинической картины были выделены три разновидности расстройства приспособительных реакций: обсессивная реакция, обсессивно-депрессивное состояние и обсессивно-депрессивное состояние с нарушениями поведения. В ходе исследования сравнивалась эффективность реабилитации больных расстройством приспособительных реакций с применением рациональной психотерапии (при обсессивной реакции, 36 больных), психофармакотерапии (при обсессивно-депрессивном состоянии, 31 больной) и их сочетания (при обсессивно-депрессивном состоянии с нарушениями поведения, 33 больных).

Цель реабилитации состояла в проведении комплекса медикаментозных и психотерапевтических мероприятий, направленных на восстановление психического здоровья сотрудников, больных расстройством приспособительных реакций, и нормализацию их социального функционирования после длительной служебной командировки в Северо-Кавказский регион.

Индивидуальная рациональная психотерапия применялись для коррекции ошибочных представлений относительно имеющегося психического расстройства. В ходе клинической беседы изучалась личность больного и определялись элементы искаженной внутренней картины болезни (гипогнозия, гипергнозия, аггравация). Психотерапия применялась для снижения интенсивности переживаний, связанных с психотравмой, и нормализации социальной адаптации. Продолжительность психотерапии ограничивалась сроками стационарного курса реабилитации (13-14 дней), однако, по показаниям могла быть продолжена и на амбулаторном этапе.

В качестве основного препарата психофармакотерапии был выбран пароксетин – антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина по причине сочетания антидепрессивного и анксиолитического эффекта при относительно выраженном стимулирующем (активизирующем) действии, что важно для нормализации социального функционирования больных. Также при выборе препарата учитывалось отсутствие угнетающего действия на центральную нервную систему. Пароксетин назначался больным в дозировке 20 мг в сутки (утром) в течение 5 недель с постепенным снижением дозы перед отменой препарата.

После курса реабилитации сотрудники полиции прошли контрольное обследование, по результатам которого было констатировано выздоровление 100% пролеченных больных, что подтверждалось снижением уровня депрессии по шкале HDRS и нормализацией показателей опросника SF-36 по шкале МН (психическое здоровье).

Рациональная психотерапия продемонстрировала эффективность в коррекции социального функционирования ($F=6,012;p<0,01$) и эмоционально-ролевого функционирования (SF-36) ($F=4,567;p<0,01$). Психофармакотерапия расстройства приспособительных реакций с применением пароксетина оказалась эффективнее рациональной психотерапии в купировании тревожной симптоматики ($F=8,673;p<0,01$).

При изучении личностного профиля больных расстройством приспособительных реакций после курса реабилитации было выявлено, что достоверного снижения высокой личностной тревожности, установленной по методике Спилбергера-Ханина, не произошло ($F=1,112$; $p>0,05$). Несмотря на проведенную реабилитацию, определенные черты характера остались в диапазоне акцентуированных (выше 5 баллов по ИТО): сензитивные – при обсессивной реакции, лабильные и ригидные – при обсессивно-депрессивном состоянии, агрессивные – при обсессивно-депрессивном состоянии с нарушениями поведения.

Таким образом, сочетанное применение рациональной психотерапии и психофармакотерапии позволяет добиться редукции психопатологической симптоматики и улучшить качество жизни больных расстройством приспособительных реакций. Для больныхрасстройством приспособительных реакций показана дифференцированная реабилитация в зависимости от клинического варианта: при обсессивной реакции возможно ограничиться психотерапией; при обсессивно-депрессивном состоянии следует сочетать

психотерапию с антидепрессантами; при наличии в клинической картине нарушений поведения наряду с антидепрессантами следует назначать курсы транквилизаторов длительностью 7-10 дней.

Список литературы.

1. Малашенко О.И., Новиков В.А., Ласков В.Б., Погосов А.В. Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Военно-медицинский журнал. 2009. Т. 330, № 3. С. 48–53.
2. Погосов А.В., Ласков В.Б., Погосова И.А. и др. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия). Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2006. 268 С.
3. Погосов А.В., Пастух И.А., Смирнова Л.В. Личностные факторы, влияющие на формирование и хроническое течение посттравматических стрессовых расстройств // Архів психіатрії. 2004. Т. 10, № 3 (38). С. 36–39.
4. Погосов А.В., Смирнова Л.В., Пастух И.А. Клинико-динамические и прогностические особенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2003. № 1. С. 66–70.
5. Погосов А.В., Шибаев П.В. Эффективность рациональной психотерапии расстройства адаптации у сотрудников полиции//Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 42–47.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЯХ В СПИНЕ

Ячменев К.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шутеева Т.В.

Актуальность исследования. С жалобами на боль в спине часто встречаются врачи различных специальностей, это междисциплинарная проблема. Ее причины различны, но наиболее часто боль связана с неврологическими синдромами поясничного остеохондроза, миофасциальным синдромом, артритом фасеточных суставов. Пик заболеваемости приходится на работоспособный возраст – от 30 до 55 лет. Причем у 25-60% больных с впервые зарегистрированной поясничной болью возникают повторные эпизоды или боль приобретает хроническое течение. В России заболеваемость населения неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза − от 5 до 23 случаев на 100 работающих за год; временная нетрудоспособность, связанная с данным заболеванием, колеблется от 32 до 161 дня, что сопряжено с огромными финансовыми потерями [1].

Основной целью лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза является купирование боли и улучшение качества жизни пациентов. В связи с этим препаратами выбора при данном заболевании являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и миорелаксанты. Однако эти средства не препятствуют дальнейшему прогрессированию дегенеративно-дистрофического процесса и не предупреждают последующее обострение, в связи с чем возникает необходимость в назначении таким больным препаратов, влияющих на восстановление метаболизма в гиалиновом хряще межпозвоночного диска – хондропротекторов. Одним из таких препаратов является алфлутоп, обладающий не только хондропротективным, но и противовоспалительным, обезболивающим эффектами [2].

Целью исследования является определение возможности использования препарата алфлутоп у больных с поясничным остеохондрозом на фоне комплексной традиционной терапии, которая включает назначение НПВС и миорелаксантов.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 60 пациентов, находившихся на лечении в неврологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница». В зависимости от получаемого лечения разделенных на две группы: основная и контрольная. Основная группа включала 30 пациентов (19 женщин и 11 мужчин) со средним возрастом 45±7,6 лет. Основной группе, помимо традиционной терапии (НПВС + миорелаксанты), назначался алфлутоп в дозе 2 мл через день внутримышечно, курсом 20 дней. Контрольная группа состояла из 30 пациентов (17 женщин и 13 мужчин) со средним возрастом 41±8,5 лет, лечение которых включало только традиционную терапию. В обеих группах болевой синдром с локализацией в нижней трети спины наблюдался не менее 3-х месяцев, и не являлся следствием других специфических причин.

Оценка эффективности использования препарата производилась с помощью опросника Освестри и визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ), по которым сравнивалось состояние пациентов до лечения и через 20 дней от начала терапии. Затем производилась обработка полученных результатов с помощью программ «Statistica 6.0» и Microsoft Excel с последующим сравнением 2-х несвязанных совокупностей по критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. У пациентов обеих групп на фоне лечения улучшилось субъективное состояние по всем пунктам опросника Освестри (интенсивность боли, самообслуживание, поднимание предметов, сидение, ходьба, стояние, сон, образ жизни, поездки, сексуальная жизнь), а также уменьшилась выраженность болевого синдрома по данным ВАШ.

Однако у пациентов основной группы уже через 20 дней после начала лечения выявлено более выраженное, статистически значимое улучшение состояния по всем подпунктам: уменьшилась общая интенсивность болей, пациенты стали отмечать улучшение самообслуживания и возможность безболезненного подъема предметов, увеличилась длительность стояния, сидения, ходьбы без болевого синдрома, улучшились сон и сексуальная жизнь,

стали возможны поездки на более далекие расстояния. Общий показатель основной группы уменьшился на 29,6%, что на 11,7% больше показателя контрольной группы − 17,9% (таблица 1).

Таблица 1. Показатели опросника Освестри у пациентов с поясничным остеохондрозом до и после проведенного лечения

	до лечения (в %)	через 20 дней после начала терапии (в %)
Основная группа	59,5±2,0	41,9±1,6*
Контрольная группа	57,7±2,2	47,4±1,9*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

По данным ВАШ, у пациентов основной группы наблюдалось более выраженное уменьшение интенсивности боли и улучшение общего состояния по сравнению с пациентами контрольной группы (таблица 2).

Таблица 2. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале

	До лечения (в %)	Через 20 дней после начала терапии (в %)
Основная группа	7,6±0,3	4,9±0,3*
Контрольная группа	7,5±0,4	5,5±0,3*

* – при $p<0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Таким образом, лечение алфлутопом на фоне традиционной терапии приводит к статистически достоверному уменьшению интенсивности боли у пациентов с хронической болью в спине, более быстрому и полному восстановлению двигательных функций, улучшению общего состояния, а также сокращению сроков реабилитации пациентов.

Список литературы.

1. Алексеев В.В., Алексеева Л.И. Хондропротекторы в терапии неспецифической боли в спине. Предварительные результаты просективного исследования// Российский журнал боли. 2013. № 1. С. 31

2. Курушина О.В., Барулин А.Е. Современные аспекты лечения болей в спине// РМЖ. 2012. № 10. С. 528-533.

РАЗДЕЛ 10.

ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Баталова Е.М., Шайхинурова Г.З.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Черникова И.А.

Актуальность исследования. Миома матки (ММ) – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток миометрия [1] – наиболее часто встречающееся доброкачественное новообразование половой системы женщины. Наличие у беременной ММ обусловливает проблемы вынашивания беременности и формирует определенные риски у плода [2].

Целью исследования является оценка особенностей течения беременности и родов у женщин с миомой матки. Оценить состояние детей при рождении и в раннем неонатальном периоде, родившихся от женщин с миомой матки.

Материалы и методы: в ходе исследования проведен ретроспективный анализ медицинской документации (амбулаторная карта наблюдения беременных, история родов и история развития новорожденного) 61 пациентки с диагнозом «миома матки» и 63 новорожденных, находившихся в родильном отделении ГБУЗ ПК «Медико-санитарная часть № 9 им. М.А. Тверье» в 2015 году.

Возраст обследуемых составил от 22 до 46 лет, средний возраст пациенток – 35 лет. Среди всех обследуемых женщины в возрасте 35 лет и старше составили 57% (35 человек), что является значимым, так как возраст от 35 до 45 лет считается поздним репродуктивным и во время него риск возникновения ММ повышается [4]. Среди всех обследуемых первородящие составили 43%; женщины с вторыми родами – 44%; с третьими – 11%; с четвертыми – 2%. У половины пациенток в анамнезе были аборты (48%). У 21% от всех обследуемых – 1 аборт, 15% – 2, 12% – 3 и более. У 82% пациенток (49 человек) наблюдались генитальные заболевания воспалительного и не воспалительного характера до беременности. Половина женщин страдала эрозией шейки матки (48%). Хронический аднексит наблюлся в 18% случаев. Эндометрит составил 13%, Эктопия шейки матки – 11%. По 8% носительство ВПЧ и полип матки. В 7% наблюдалось бесплодие. Экстрагенитальные заболевания до беременности. У 84% пациенток (51 человек) встречалась экстрагенитальная патология. У трети обследуемых была диагностирована патология со стороны ЖКТ (33%) и, также, у трети – со стороны органов чувств (31%). По 16% составили заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем. 15% и 11% пациенток страдали заболеваниями мочевой и эндокринной систем соответственно.

Характеристика миомы матки. У большинства женщин – 68% – была одиночная миома матки, у остальных – множественная, содержащая 2 и более

узлов. Миоматозные узлы классифицируют по размеру как малые, средние и крупные. У половины обследуемых (49%) встречались узлы среднего размера (рисунок 1).

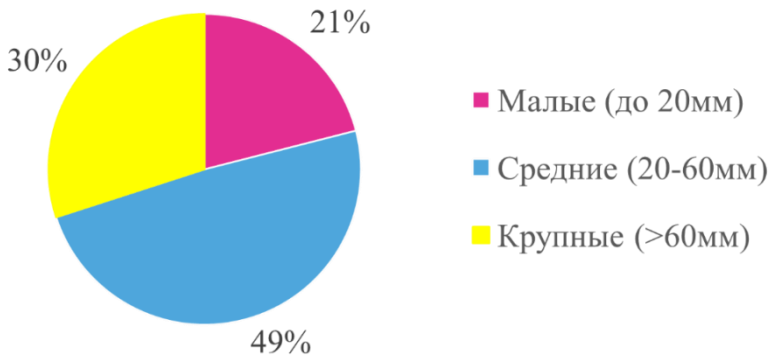


Рисунок 1. Размеры миоматозных узлов, %

По литературным данным, выделяют 5 видов расположения миоматозных узлов: дно матки, задняя и передняя стенка, шейка матки, интралигаментарная локализация. Среди обследуемых чаще встречались узлы на передней стенке матки – 57% (рисунок 2).

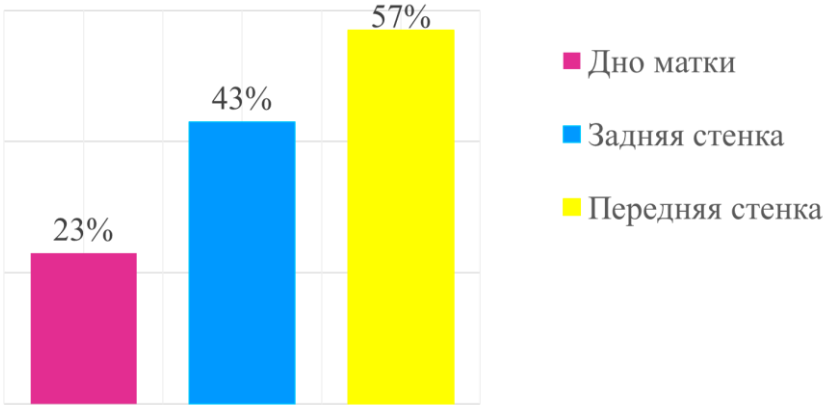


Рисунок 2. Локализация миоматозных узлов, %

У 2/3 женщин (70%) выбрана тактика родоразрешения путем операции кесарева сечения в связи с наличием миомы матки, а также сопутствующей патологии. В ходе операции кесарево сечение половине женщин (56%) выполнена миомэктомия и была диагностирована субсерозная миома матки. В ходе операции кесарево сечение 1 женщине произведена экстирпация матки с правыми придатками, диагностирована субмукозная миома матки.

Общая характеристика новорожденных. Родилось 63 ребенка. Распределение новорожденных по полу равномерное – 1:1. Средние значения антропометрических данных у обследуемых в пределах нормы. По шкале Апгар на 1 и 5 минуте состояние всех новорожденных было удовлетворительным. Среди всех новорожденных незрелыми родились 22% детей, в том числе 6% доношенных и 16% недоношенных детей. Остальные 78% обследуемых – родились зрелыми. Чаще всего среди патологии новорожденных встречалось перинатальное поражение ЦНС – 63% (40 новорожденных) – и синдром двигательной дисфункции – 62%

(39 новорожденных). У четверти новорожденных (25%) предполагался риск развития внутриутробной инфекции (ВУИ). Транзиторная желтуха наблюдалась у 16% детей (10 человек). Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) диагностирована у 10% детей. Анемия наблюдалась у 5% детей. У 6 детей были диагностированы ВПР.

Выводы. Среди всех обследуемых женщины в возрасте 35 лет и старше составили 57%, что является значимым, так как возраст от 35 до 45 лет считается поздним репродуктивным и во время него риск возникновения ММ повышается [3].

Большинство пациенток были перво- (43%) и второродящими (44%). У половины пациенток в анамнезе были аборты (48%).

Более чем у 80% пациенток наблюдалась генитальная и экстрагенитальная патология до беременности. Среди генитальной патологии лидирующее место занимала эрозия шейки матки – 48%, что сопоставимо с исследованием, проведенным на базе Тюменского областного онкодиспансера (2011г.) – у 51,3% больных миомой матки выявлена паталогия шейки матки: эрозия, дисплазия, цервикоз. Среди экстрагенитальной патологии выявлены заболевания ЖКТ в 33% и органов чувств в 31%, в сравнении – в выше указанном исследовании заболевания ЖКТ составили 34,2% [3].

Миома матки. В 68% случаев диагностирована одиночная миома матки. Чаще миоматозные узлы встречались среднего размера – 49%. Преобладающая локализация миоматозных узлов – передняя стенка матки в 57% случаев.

Роды путем кесарева сечения у 70% обследуемых, так как в 48,8% случаев, по данным аналитического обзора современных данных зарубежных источников, при наличии миомы матки показано кесарево сечение [5]. В ходе операции кесарево сечение половине женщин (56%) выполнена миомэктомия.

Состояние новорожденных: средние значения антропометрических данных в пределах нормы, по шкале Апгар на 1 и 5 минуте состояние удовлетворительное. Незрелость у 22% детей, 78% – зрелые. ППЦНС – 63%. СДД –62%. Риск ВУИ – 25%, Транзиторная желтуха – 16%. ЗВУР – 10%. Анемия – 5%. ВПР у 6 детей.

Список литературы

1. Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Чочаева Е.М., Лечение миомы матки: от настоящего к будущему (Jacques Donnez and Marie-Madeleine Dolmans, 22.11.2016). Реальность, перспективы, комментарии. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017; 16 (1): 7–17.

2. Кузнецова И.В., Евсюкова Л.В. Миома матки и фертильность. Гинекология. 2016; 18 (3): 23-29.

3. Малхазова М.Т., Яскевич Н.Н. Особенности клинико-анамнестической характеристики больных миомой матки. Тюменский медицинский журнал, 2011; № 3-4: 27.

4. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В., Чирков А.В. Рациональный выбор тактики ведения пациенток с миомой матки. Обзор литературы. Гинекология, 2017; 19 (5): 15.

5. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Тутченко Т.Н. Миома матки и репродуктивная функция женщины: критическая оценка терапевтических подходов. Обзор литературы. Репродуктивная эндокринология, 2011; № 1: 56-63.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПОЛИПОВ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Белов А.И.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пономарева Н.А.

Актуальность исследования. На сегодняшний день полипы эндометрия (ПЭ) среди гинекологических больных встречаются с частотой от 7.5% до 35%. На репродуктивный возраст приходится от 1.9% до 17% случаев. Клинические проявления при ПЭ у женщин репродуктивного возраста различные − бесплодие, аномальные маточные кровотечения, а у части больных протекают бессимптомно [1, 2].

В анализе морфологической структуры длительное время использовалась классификация, предложенная Хмельницким О.К., в которой ПЭ разделяются на 8 типов по гистологическому строению [2, 3]. В 2015 году A. Maplica и E.D. Euscher представили международную патоморфологическую классификацию полипов, в настоящее время которой рекомендовано придерживаться [3, 6]. Данная классификация включает 5 вариантов ПЭ: гиперпластический, атрофический, функциональный, смешанный и аденомиоматозный [4, 5].

Целью исследования является определение характеристики морфологической структуры ПЭ у женщин репродуктивного возраста в соответствии с международной классификацией (2015 год).

Материалы и методы: в ходе исследования было проанализировано 105 пациенток, находившихся на лечении в отделение оперативной гинекологии ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» за 2016-2018 годы, которым проводилось комплексное обследование (таблица 1), включающее клинико-анамнестическое, общепринятое гинекологическое, лабораторное и гистероскопическое исследования, УЗИ, а также гистологическое исследование материала после полипэктомии. Статистическая обработка результатов производилась с использованием программ: Microsoft Excel 2017 и Statistica 13.0.

Результаты и обсуждения. Все женщины были разделены на две группы: 1-ая – ранний репродуктивный возраст (20-35 лет) – 20 (19,1%) женщин, 2-ая – поздний репродуктивный возраст (35-45 лет) – 85 (80,9%) женщин.

Таблица 1. Результаты комплексного обследования

	Женщины раннего репродуктивного возраста		Женщины позднего репродуктивного возраста	
	абс.	%	абс.	%
Паритет				
Первородящие	10	50,0	25	29,4
Повторнородящие	10	50,0	60	70,6
Диагностические мероприятия с повреждением эндометрия				
Производилось диагностическое выскабливание	11	55,0	68	80,0
Не производилось диагностическое выскабливание	9	45,0	17	20,0
Размеры матки				
Увеличенная матка	13	65,0	78	91,8
Не увеличенная матка	7	35,0	7	8,2
Лабораторные исследования				
Инфекция шейки матки	10	50,0	59	69,4

У всех женщин по результат ультразвуковой диагностики были выявлены ПЭ, но при проведении гистероскопии данный диагноз подтвердился у 93 (88,6%) женщин, среди них одиночный полип был у 72 (77,4%) женщин, а полипоз у 21 (22,6%) женщины.

Женщинам, с подтвержденным диагнозом ПЭ, была произведена полипэктомия и выполнено гистологическое исследование (рисунок 1).

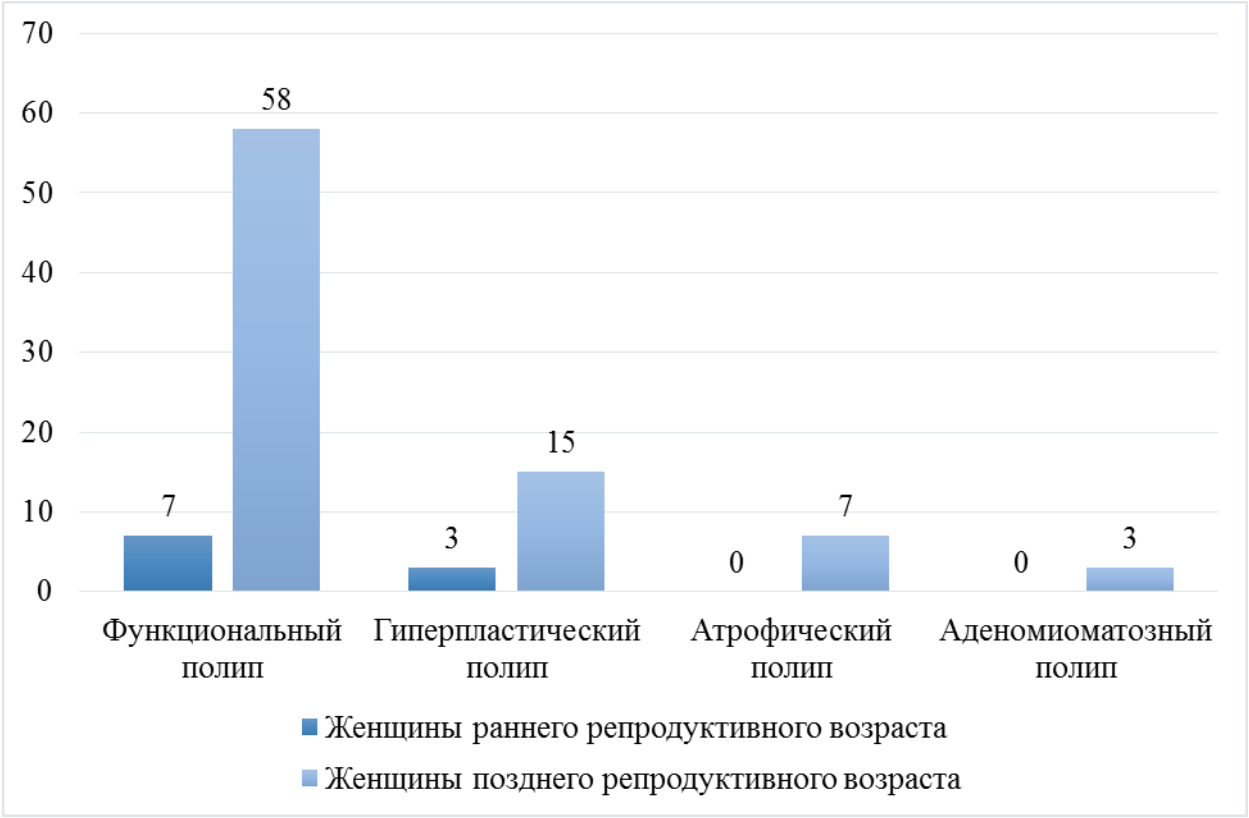


Рисунок 1. Частота встречаемости морфологических вариантов полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста

По результатам проведенного исследования было установлено, что в большинстве случаев у женщин репродуктивного возраста встречаются функциональные ПЭ у 65 (69,9%) женщин, из них в раннем репродуктивном возрасте у 7 (10,8%) женщин, а в позднем у 58 (89,2%) женщин; на втором месте – гиперпластические ПЭ у 18 (19,4%) женщин, из них в раннем репродуктивном у 3 (16,7%) женщин, позднем у 15 (83,3%) женщин. Атрофические и аденомиоматозные полипы встретились только у женщин позднего репродуктивного возраста и составили соответственно: 7,5% − 7 женщин и 3,2% − 3 женщины. Смешанные ПЭ в данных возрастных группах обнаружены не были.

Выводы. Из приведенных выше данных выявлено, что полипы эндометрия чаще встречаются у женщин позднего репродуктивного возраста, а по гистологической структуре в данной возрастной группе преобладают функциональные ПЭ, что необходимо учитывать при подборе противорецидивной терапии.

Список литературы.

1. Белов А.И. Анализ сочетания полипа матки с патологией эндометрия у женщин разных возрастных групп // Научные достижения и открытия современной молодёжи сборник статей V Международной научно-практической конференции. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2018. С. 201-204.

2. Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Рогозина А.А., Казачкова Э.А., Гошгарлы А.В., Рогозин Д. С. Соотношение гистологических вариантов полипов эндометрия на биопсийном и операционном материале в возрастном аспекте с учетом новой международной классификации // Уральский медицинский журнал. 2018. № 2. С. 12-15.

3. Казачков Е.Л., Воропаева Е.Е., Рогозина А.А., Казачкова Э.А., Затворницкая А.В. Полипы эндометрия: современная морфологическая классификация (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал. 2017. № 4. С. 73-77.

4. Carvalho F.M., Aguiar F.N., Tomioka R., de Oliveira R.M., Frantz N, Ueno J. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013; 170 (1): 152–156.

5. Kenny S.L., McCluggage W.G. Adenomyomatous Polyp of the Endometrium With Prominent Epithelioid Smooth Muscle Differentiation: Report of Two Cases of a Hitherto Undescribed Lesion. Int J Surg Pathol 2014;22 (4): 358-363.

6. Maplica A., Euscher E.D. Biopsy Interpretation of the Uterine Cervix and Corpus. 2nd ed. Wolter Kluwer; 2015.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПЛОДУ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА

Борзенкова Е. А., Коханова Д. А., Жиляева Д.В.,
Мамина Ю.Р., Московская Л.В.
Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научные руководители- к.м.н, ассистент Сенникова Ж.В.;
ассистент Воронцова Н.А.

Актуальность исследования. Гемолитическая болезнь плода − заболевание, характеризующееся гемолизом резус-положительных эритроцитов плода под воздействием антирезусных антител матери, проникающих в кровоток плода, при несовместимости крови матери и плода по системе резус, и проявляющееся развитием анемии, увеличением числа бластных форм эритроцитов, повышением концентрации билирубина в крови плода [1].

Гемолитическая болезнь плода в России диагностируется у 0,6% новорожденных, при этом частота развития резус-иммунизации за последние годы еще не получила тенденции к снижению [2]. Показатели перинатальной смертности при гемолитической болезни плода остаются высокими и составляют 15-16%. Лечение ГБП состоит во внутрисосудистой гемотрансфузии плоду при среднетяжёлой и тяжелой анемии плода [3]

Цель: оценить эффективность внутриутробного переливания крови плоду как метода патогенетического лечения гемолитической болезни плода.

Материалы и методы: были изучены истории болезни 10 беременных женщин сенсибилизированных по резус-антигену с признаками гемолитической болезни плода, которым провели внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду в Областном перинатальном центре г. Оренбурга за 2017-2018 годы. Проанализированы данные акушерского анамнеза пациенток: количество беременностей, паритет родов, течение предыдущих беременностей. Всем пациенткам проведена диагностика ГБП с помощью ультразвуковой фетометрии и плацентометрии, исследования количества околоплодных вод, допплерометрического исследования мозгового кровотока плода с целью выявления анемии, оценки функционального состояния плода. В качестве маркера анемии проводилось измерение кардиофеморального индекса (КФИ), а также скорость кровотока в средней мозговой артерии (СМА).

Результаты и их обсуждение. Все пациентки повторнородящие, старше 30 лет. Распределение по паритету родов: вторые роды – 40%, третьи роды – 10%, четвертые− 40%, пятые роды – 10%. В 50% случаев у пациенток в анамнезе было прерывание беременности (по желанию). У 50% беременных в анамнезе оперативное абдоминальное родоразрешение. Случаи гемолитической болезни плода в прошлых беременностях установлены у 70% пациенток, при этом у 40% в исходе зафиксирована антенатальная гибель плода. В 100% случаев введение антирезусного иммуноглобулина для профилактики резус-сенсибилизации во время и после первой беременности не проводилось.

Минимальный титр антиэритроцитарных антител был 1:64, максимальный составил 1:8192. У большинства пациоенток (70%) выявлен титр антител в пределах 1:2000. Нарастание титра антител в динамике выявлено у всех беременных.

Во всех случаях уровень скорости кровотока в СМА был выше 51 см/с и максимально достигал 79 см/с, максимальная скорость кровотока у всех пациенток (100%) больше 1,5 МоМ. Уровень КФИ во всех случаях был выше 0,59 и максимально достигал 0,72. У 50% имели место признаки водянки плода. Полученные данные интерпретированы как признаки анемии плода тяжелой степени, что явилось показанием для внутриутробного переливания крови плоду.

Для диагностики степени тяжести анемии у плода осуществлен кордоцентез, определен уровень гемоглобина у плода. В 100% случаев уровень гемоглобина у плодов не превышал 80 г/л. У одного плода при проведении кордоцентеза выявлено критическое снижение уровня гемоглобина до 23 г/л.

Полученные значения определили показания для внутриутробного переливания крови. В 100% случаев после проведения гемотрансфузии зафиксировано повышение уровня гемоглобина. В среднем оно составило 72 г/л, что в 70% случаев позволило достичь нормативных (для соответствующего срока беременности) значений гемоглобина.

При контрольном УЗИ с допплерометрией также зафиксирована положительная динамика. У 60% пациенток значения показателей, являющихся маркерами гемолитической болезни плода, достигли пределов нормы. В

остальных 40% случаев выявлена положительная динамика, но значения показателей остались на уровне меньше нормы. Следует отметить, что именно у данной группы пациенток были самые высокие показатели титра антител,КФИ, СМА, признаки водянки на УЗИ, а гемоглобин плода на начало операции был менее 40 г/л. Данной группе пациенток по показаниям проведено повторное внутриутробное переливание крови. В итоге полной нормализации показателей удалось достичь у 70% пациенток этой группы. Осложнений при проведении внутриутробного внутрисосудистого переливания крови не было.

Выводы. внутриутробное внутрисосудистое переливание крови позволяет улучшить показатели крови у плода, снизить степень тяжести или устранить анемию и пролонгировать беременность до более благоприятных сроков. Однако метод эффективен не всегда, особенно при тяжелом течении, и не позволяет полностью устранить проявления гемолитической болезни плода. Возможные осложнения как со стороны плода (брадикардия, транзиторный спазм артерий пуповины, гематомы пуповины, вплоть до антенатальной гибели плода) и матери (преждевременные роды, преждевременное излитие вод) ограничивают применение данного метода внутриутробной терапии плода. Именно поэтому выполнение внутриутробного внутрисосудистого переливания крови должно осуществляться медицинских центрах, обладающих необходимыми условиями для его реализации, а также требует особой подготовки медицинского персонала, осуществляющего внутриутробные вмешательства.

Список литературы

1. Конопляников А.Г. Новые технологии в диагностике и профилактике гемолитической болезни плода и новорожденного: автореф. дис. д-ра мед.наук. – М.,2009.

2. Кордоцентез: четырехлетний опыт применения в целях пренатальной диагностики и лечения заболеваний плода / Айламазян Э. К [и др.] // Ультразвуковая диагностика акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 1993. – N 3. – С. 33-39.

3. Румянцев А.Г., Масчан А.А. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гемолитической болезни новорожденных. − М. − 2014. – с. 5-6.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С МИОМОЙ МАТКИ

Буданова М.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель − к.м.н., доцент Шевлякова Т.В.

Актуальность исследования состоит в изучении тактики ведения беременности и родов у женщин с миомой матки. Это связано с увеличением частоты встречаемости этого заболевания. В настоящее время миома матки выявляется у 20-50% женщин, достигших 30-летнего возраста. Прогрессирующий интерес к сочетанию миомы матки и беременности обусловлен расширением границ репродуктивного возраста, увеличением числа первородящих после 30 лет, тенденцией к появлению опухоли в более молодом возрасте [1].

При необходимости удаления миоматозного узла общепринятым считалось проведение после кесарева сечения надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. Исключение составляли лишь узлы, расположенные на ножке, небольшие узлы миомы по линии разреза матки. Однако молодой возраст многих рожениц ставит вопрос о максимально бережном подходе к данному контингенту больных и сохранению матки [2]. Отношение к миомэктомии во время кесарева сечения в России претерпело определенные изменения: в 1950-1960 годах производилось удаление миоматозных узлов или при наличии большой миомы – гистерэктомия. В 1970-1980 годы миомэктомия во время кесарева сечения не рекомендовалась из-за большого количества послеоперационных осложнений. В конце 1980-х годов вновь начали широко прибегать к миомэктомии во время кесарева сечения [3,4] Снижение числа осложнений при этом связывают с повышением качества шовного материала, внедрением в акушерскую практику антибиотиков широкого спектра действия, улучшением анестезиологического пособия.

Целью исследования является анализ клинического случая беременности и осложненных родов при наличии миомы матки, гигантских размеров (в области перешейка).

Материалы и методы: проанализирована история болезни и проведено динамическое наблюдение пациентки. Методы исследования: ОАК, БАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, измерение размеров таза, влагалищное исследование, КТГ плода, фетометрия, допплерометрия маточно-фетоплацентарного кровотока.

Результаты и обсуждения. Поступила по направлению женской консультации КДП Рязанского областного клинического перинатального центра на дородовую госпитализацию с диагнозом: миома матки, гигантских размеров (в области перешейка) при 2 беременности 38 недель, 1 предстоящих родах в 31 год, с целью подготовки к родоразрешению.

Из анамнеза: ветряная оспа, ОРВИ, грипп, ангина, хр. гайморит, НЦД по гипертоническому типу, сотрясение головного мозга в 2006 году. Наследственность не отягощена. Гепатит А, гемотрансфузию отрицает. Вредные привычки отрицает. Корью не болела. Данных о прививках нет. Менструация: с 13 лет по 4 дня, через 28 дней. Начало половой жизни с 16 лет. Гинекологический статус: при поступлении матка возбудима, расслабляется, безболезненная. Положение плода продольное, головка над входом в м/таз. С/биение плода ясное, ритмичное 145 уд. в мин. Шевеление плода ощущает.

Таз: 26-29-33-20 см, ОЖ 111 см, ВДМ 43 см, ИС 14 см, ПМП 3200, ПДК 350,0. Срок гестации: по УЗИ 37-38 нед., по последней менструации 39-40 нед. С целью выяснения акушерской ситуации в асептических условиях проведено влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно. Все влагалище выполнено миоматозным узлом, исходящим из задней стенки матки, области перешейка, диаметром до 20 см. Шейка не определяется. План лечения: Полное клинико – лабораторное обследование. Учитывая размер миоматозного узла (до 20 см), заполняющего влагалище, родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке, в ходе операции принять решение об удалении узлов. Пациентка была информирована. Протокол операции. Под спинальной анестезией разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная стенка. Обнаружено: в рану предлежит беременная матка. Ротирована вправо. За головку извлечен живой доношенный плод женского пола без видимых уродств. Вес 3720 г, 56 см. Пуповина рассечена между зажимами. После отсечения пуповины интраоперационно введен амикацин для профилактики септических осложнений. Рукой извлечен послед. Дополнительно произведен кюретаж Лебедевской кюреткой. Плацентарная площадка по задней стенке матки. На углы разреза наложены отдельные викриловые швы. Матка выведена в рану. Обнаружено: слева от матки в области перешейка субсерозно, интерлигаментарно располагаются 3 миматозных узла размерами один около 20 см, другой около 15 см, с общим основанием аспологающимся в области левого ребра матки с переходом на заднюю стенку. Узел вылущен, основание узла ушито. Перитонизация, ложе ушито. Передняя стенка матки ушита: 1 непрерывным слизисто – мышечным швом, 2 мышечно – мышечными швами. Перитонизация листками пузырно – маточной складки брюшины. Матка сократилась, плотная. Туалет брюшной полости. Осмотрены придатки: без особенностей. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо. Внутрикожный шов нитью викрил. Асептическая повязка. Счет салфеток и инструментов совпал. Моча по катетеру светлая, 100 мл. Туалет влагалища. Проводилась интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов аппарат CELL-SAVER. Кровопотеря 900,0. Гистология миоматозного узла − лейомиома с нарушением кровообращения в узле. Выводы. данный клинический случай демонстрирует полноценный подход к родоразрешению женщин с миомой матки, гигантских размеров. Данный случай произошел в стационаре III уровня вследствие своевременной госпитализации женщины в рамках трехуровневой системы, пациентке было проведено всё необходимое лабораторно-диагностическое обследование в дородовом периоде и подготовка к плановой операции [2]. Благодаря слаженной работе акушера – гинеколога, анестезиолога, гемотрансфузиолога была проведена органосохраняющая операция с использованием кровосохраняющей методики, интраоперационная реинфузия аутоэритроцтов аппарат CELL-SAVER.

Список литературы.

1. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. − М.: МЕДпресс-информ, 2001.

2. Мамонтова И.К., Шевлякова Т.В., Петрова Е.И. «Near miss» в акушерстве: место в оценке технологий здравоохранения, подходы к классификации и оценке. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2018;12 (4):98–102. DOI: 10.17749/2313-7347.2018.12.4.098-102.

4. Курцер М.А., Лукашина М.В., Тищенко Е.П. Консервативная миомэктомия во время кесарева сечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: научно-практический журнал Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины. 2008;

5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медицина, 1999.

6. Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy – common but poorly understood. Obstet Gynecol Surv 2005;

СТРУКТУРА ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В 2016-2018 ГОДАХ

Ветрова А.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель − к.м.н., ассистент Недосейкина М.С.

Актуальность исследования. Кесарево сечение (КС) (caesarean section) − хирургическая операция, при которой рассекается беременная матка, извлекаются плод и послед, восстанавливается целостность стенки матки. КС − одна из самых распространенных операций в акушерской практике, относящаяся к неотложным пособиям, которые должен уметь выполнять не только каждый акушер-гинеколог, но и врач любой специальности, владеющий оперативной техникой. В современном акушерстве КС имеет огромное значение, так как при осложненном течении беременности и родов оно позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка [1].

Согласно данным ВОЗ, частота КС повысилась во всём мире, достигнув максимального уровня в текущем десятилетии, и приблизилась к 25-30% в экономически развитых странах [2].

Цель. Оценить структуру показаний к операции КС и проследить динамику их изменений.

Материалы и методы исследования. Был проведён анализ оперативных абдоминальных родоразрешений, выполненных в акушерском стационаре родильного дома ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница», за 2016-2018 годы. При изучении структуры показаний для абдоминального оперативного родоразрешения сравнивались показания и частота произведенных операций КС. Исследовались 3 группы: 1 группа –

родоразрешения в плановом и экстренном порядке, произведенные в 2016 году, 2 группа – операции КС, выполненные в 2017 году, 3 группа – КС, выполненные в 2018 году.

Для статистического анализа данных использовалась программа «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Описание количественных признаков, имеющих нормальное распределение, производилось при помощи среднего арифметического и стандартного отклонения (M±SD), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли (p±sp%). Частота встречаемости качественных признаков оценивалась при помощи критерия $\chi 2$ и точного критерия Фишера (ТКФ). Результаты считали значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. За период 2016-2018 года было произведено 511 оперативных абдоминальных родоразрешений, где 201 (39,3±2,2%) операция выполнена в 2016 году, 183 (35,8±2,1%) – в 2017, 127 (24,9±1,9%) – в 2018.

Количество плановых родоразрешений в 2016 году составило 82 (40,8±3,5%), в 2017 – 50 (27,32±3,3%), в 2018 − 47 (37,01±4,3%). За период с 2016 по 2018 год отмечается убыль оперативных родоразрешений на 41,3%. Показаниями к плановому КС в 2016-2018 годах явились оперированная матка, хроническая гипоксия плода, тазовое предлежание, предлежание плаценты, экстрагенитальная патология матери, узкий таз, неправильное положение плода, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), многоплодная беременность. Результаты исследования в таблице 1.

Таблица 1. Показания к плановому КС в 2016-2018 годах, n (p±sp%)

	2018 (n=47)	2017 (n=50)	2016 (n=82)	Статистическая значимость
Оперированная матка	23 (48,9±7,3%)	23 (46±7,1%)	46 (56,1±5,5%)	χ^2=0,01, p=1; χ^2=0,9, p=0,3
Хроническая гипоксия плода	–	1 (2±2%)	1 (1,2±1,1%)	ТКФ, p=1; χ^2=0,1, p=0,7
Тазовое предлежание	6 (12,8±4,9%)	6 (12±4,6%)	6 (7,3±2,8%)	χ^2=0,04, p=1; χ^2=0,4, p=0,6
Предлежание плаценты	–	–	3 (3,7±2,2%)	ТКФ, p=0,3
Экстрагенитальная патология	2 (4,3±2,9%)	2 (4±2,8%)	–	χ^2=0,2, p=0,7; ТКФ, p=0,1
Узкий таз	–	1 (2±2%)	1 (1,2±1,1%)	ТКФ, p=1; χ^2=0,1, p=0,7
Неправильное положение плода	8 (17±5,5%)	4 (8±3,8%)	6 (7,3±2,8%)	χ^2=0,7, p=0,4; χ^2=0,04, p=0,9
ЭКО	1 (2±2%)	–	2 (2,4±1,6%)	ТКФ, p=0,5; ТКФ, p=0,5
Многоплодная беременность	2 (4,3±2,9%)	10 (20±5,7%)	8 (9,8±3,3%)	χ^2=4,2, p=0,04; χ^2=1,7, p=0,2

Число экстренных операций КС в 2016 году составило 119 (59,2±3,5%), в 2017 – 133 (72,68±3,3%), в 2018 −80 (63±4,3%). Показаниями к проведению экстренного абдоминального родоразрешения стали оперированная матка, хроническая гипоксия плода, тазовое предлежание, предлежание плаценты, крупный плод, клинически узкий таз, гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), аномалии родовой деятельности (АРД), острая гипоксия плода, неправильное положение плода, многоплодная беременность. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показания к проведению экстренного абдоминального родоразрешения в 2016-2018 годах, n (p±sp%)

	2018 (n=80)	2017 (n=133)	2016 (n=119)	Статистическая значимость
Оперированная матка	–	2 (1,5±1,2%)	1 (0,8±0,9%)	ТКФ, p=0,5; χ^2=0,009, p=0,9
Хроническая гипоксия плода	16 (20±4,5%)	30 (22,6±3,7%)	19 (16±3,4%)	χ^2=0,004, p=1; χ^2=1,4, p=0,3
Тазовое предлежание	–	–	4 (3,7±1,7%)	ТКФ, p=0,05
Предлежание плаценты	1 (1,3±1,1%)	–	–	ТКФ, p=0,4
Крупный плод	2 (2,5±1,9%)	3 (2,3±1,2%)	–	χ^2=0,1, p=0,7; ТКФ, p=0,3
Узкий таз	10 (12,5±3,8%)	20 (15±3,1%)	12 (10±2,8%)	χ^2=0,1, p=0,8; χ^2=0,9, p=0,3
Гестоз	–	2 (1,5±1,2%)	3 (2,5±1,6%)	ТКФ, p=0,5; χ^2=0,02, p=0,9
ПОНРП	11 (13,8±3,9%)	9 (6,8±2,2%)	11 (9,2±2,6%)	χ^2=2,1, p=0,2; χ^2=0,2, p=0,6
АРД	22 (27,5±5%)	44 (33,1±4,1%)	43 (36,1±4,4%)	χ^2=0,5, p=0,5; χ^2=0,1, p=0,7
Острая гипоксия плода	10 (12,5±3,8%)	8 (6±2,1%)	16 (13,5±3,2%)	χ^2=1,9, p=0,2; χ^2=3,2, p=0,07
Неправильное положение плода	–	2 (1,5±1,2%)	1 (0,8±0,9%)	ТКФ, p=0,5; χ^2=0,009, p=0,9
Многоплодная беременность	–	3 (2,3±1,2%)	2 (1,7±1,3%)	ТКФ, p=0,3; χ^2=0,02, p=0,9

Выводы. В ходе исследования выявлено, что наблюдается уменьшение числа оперативных абдоминальных родоразрешений, большая доля которых выполняется в экстренном порядке. Как в 2016, так и в 2017 и в 2018 годах отмечаются высокие показатели экстренного родоразрешения в связи с хронической гипоксией плода (χ^2=0,004, p=1; χ^2=1,4, p=0,3) и с крупными

размерами плода (χ^2=0,1, p=0,7) в последние годы. Последнее можно связать с несвоевременной диагностикой, неправильным ведением беременностей. КС должно выполняться в исключительно в тех случаях, когда польза превалирует над риском, при этом требуется стремиться к увеличению числа оперативных родоразрешений, выполняемых в плановом порядке.

Список литературы.

1. Классификация Робсона М. Коэффициент эффективности кесарева сечения / Л.Е. Михайлова, Е.И. Горкольцева, Ю.О. Демкина // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2016. − № 4 – С. 6-9.
2. Михайлова Л.Е. Структура и анализ показаний для оперативного абдоминального родоразрешения в БУ ХМАО-Югры «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» за период 2013 г. – 9 месяцев 2016 г.
3. Савельева Г.М. Кесарево сечение / Г.М. Савельева, Е.Я. Караганова // Акушерство и гинекология: новости, мнение, обучение. – 2015. − № 2 – С.53-60.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ПОСЛЕ ЭКО

Гатицкая А.Л., Нуркаева М.Р.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − ассистент Колесова Т.Е.

Актуальность исследования состоит в том, что частота бесплодия не снижается, поэтому доля детей, рождённых в результате применения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), продолжает расти [1, 2, 3].

Целью исследования является изучение особенности течения беременности и родов у женщин после ЭКО и оценка перинатальных осложнений.

Материалы и методы: проанализированы 32 амбулаторные карты детей в возрасте до 1 года, рожденных в результате применения ЭКО за 2012-2017 годы, и наблюдавшихся в отделении катамнеза Пермского краевого перинатального центра.

Результаты и обсуждения. В зависимости от возраста матерей были выделены 2 группы: 1-я гр. − до 30 лет (6 женщин), 2-я гр. − старше 30 лет (17 женщин). У женщин 1-й гр. родилось 9 детей, из них 3 двойни; у женщин 2-й гр. − 23 ребенка, из них 6 − двоеня. Первобеременными в 1-ой гр. было 67%, повторнобеременными − 33%. Во 2-ой группе первобеременными было 59%, повторнобеременными – 41%. У 67% женщин в 1-й гр. и у 59% во 2-й гр. показанием для ЭКО было первичное бесплодие, у 33% женщин в 1-й гр. и 41%

во 2-й гр. − вторичное бесплодие. Предыдущие беременности у 33% женщин 1-й гр. завершились медицинским абортом, у 17% – внематочной беременностью, у 17% – неразвивающейся беременностью. Предыдущие беременности у 18% женщин 2-й группы завершились родами, у 24% женщин − медицинским абортом, у 6% – внематочной беременностью, у 30% – неразвивающейся беременностью. Беременности женщин 1-й гр. протекали на фоне анемии (50%), вегетососудистой дистонии (17%), гидронефроза (17%), хронического пиелонефрита (17%), метаболического синдрома (17%). (Рисунок 1). Беременности первородящих 2-й гр. протекали на фоне анемии (36%), тромбоцитопении (21%), гипертонической болезни (14%), миопии (14%), полиморфизма генов гемостаза (14%), синдрома гиперкоагуляции (7%), субклинического гипотиреоза (21%), аутоиммунного тиреоидита (7%), хронического холецистита (7%), хронического пиелонефрита (14%), хронической сердечной недостаточности (7%). У повторнородящих 2-й гр. беременность протекала на фоне хронического пиелонефрита в 33% случаев. Течение беременности у 67% женщин в 1-й гр. осложнилось угрозой прерывания, у 17% − истмико–цервикальной недостаточностью (ИЦН), корригированной акушерским пессарием, у 50% − кольпитом (в 17% кандидозным), у 17% − гестационным пиелонефритом, у 17% − гестационным сахарным диабетом (ГСД), у 33% − анемиией, у 33% − маловодием. У первородящих 2-й гр. в структуре осложнений беременности угроза прерывания отметилась в 50% случаях, ИЦН в 14%, кольпитом в 7%, гестационной артериальной гипертензией (АГ) в 7%, преэклампсией в 7%. Беременность у 33% повторнородящих 2-й гр. осложнилась угрозой прерывания на фоне ИЦН, миомой матки (33%), бактериурией (33%), многоводием (33%). У всех женщин 1-й гр. роды были первыми, 82% женщин 2-й гр. – первородящие, 18% – повторнородящие. В 1-й гр. роды были срочными у 50% женщин 1-й гр., из них 33% – оперативными, показанием были плацентарные нарушения (33%) и тазовое предлежание (67%); 67% женщин родили самостоятельно; роды осложнились крупным плодом (17%) и хорионамнионитом (17%). У 50% женщин 1-й группы роды были преждевременными, из них 67% − оперативными, показаниями были тазовое предлежание (67%) и плацентарные нарушения (33%); 33% преждевременных родов произошли через естественные родовые пути, осложнились слабостью родовой деятельности в 17% случаев и были стремительными у 17% родильниц. Во 2-й группе у первородящих роды были срочными у 14%, все они были оперативными, показаниями были тромбофилия высокого риска (50%) и тяжелая экстрагенитальная патология (50%). Преждевременными роды были у 86% первородящих, из них оперативными – 60%, показаниями были дистресс плода (20%), преждевременная отслойка плаценты (10%), тазовое предлежание (40%), преэклампсия (20%), плацентарные нарушения (30%), центральное предлежание плаценты (10%). В 40% случаев преждевременные роды были самостоятельными, и осложнились аномалией родовой деятельности (были стремительными) у 33%. У повторнородящих 2-й группы все роды были преждевременными, из них 43% − оперативными, показаниями были

несостоятельный рубец на матке (33%), предлежание петель пуповины (33%), миома матки (33%); 57% преждевременных родов были самостоятельными, осложнились нетугим обвитием пуповиной вокруг шеи плода (33%). Состояние доношенных детей 1-й группы при рождении в 100% случаев − удовлетворительное, у 75% недоношенных 1-й группы − тяжелое, у 25% − крайне тяжелое. Во 2-й группе состояние доношенных детей при рождении − удовлетворительное в 100% случаев, недоношенных – удовлетворительное в 3%, средней тяжести – в 20%, тяжелое – в 77%. Масса тела новорожденных от преждевременных родов составила от 710 до 2490 г., от срочных родов − от 3200 до 4016 г. Масса тела детей с тяжелым состоянием при рождении в 1-й гр. была от 1100 до 2600 г., с тяжёлым 750 г.; во 2-й гр. с тяжелым состоянием – от 1300 до 2500 г., с крайне тяжелым – от 710 до 1500 г. При рождении в 1-й гр. у доношенных были диагностированы функционирующее овальное окно (ФОО) (80%), перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) (40%), синдром двигательных дисфункций (СДД) (40%), гипербилирубинемия (20%), задержка внутриутробного развития (ЗВУР) (20%); у недоношенных выявлены респираторный дистресс-синдром (РДС) (100%), ППЦНС (100%), ФОО (100%), экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) (50%), СДД (25%), врождённый кардит (25%). В раннем и позднем неонатальном периоде у доношенных были выявлены ФОО (80%), каликопиелоэктазия (20%), аплазия почки (20%), ретинопатия (20%), церебральная ишемия (20%); у недоношенных диагностировались внутриутробная инфекция (ВУИ) (100%), ФОО (100%), гипербилирубинемия (50%), бронхолёгочная дисплазия (БЛД) (50%), ИДС (50%), открытый аортальный проток (ОАП) (75%), внутриутробная пневмония (25%), тяжёлая анемия (25%), субэпендимальное кровоизлияние (25%), церебральная ишемия (25%), бронхопневмония (25%). В грудном возрасте у доношенных были установлены врождённая колобома радужки глаза (20%), анемия (20%), иммунодефицитный синдром (ИДС) (20%); у недоношенных обнаружены ретинопатия недоношенных (50%), тяжёлая анемия (25%), двусторонняя пневмония (25%), дисбактериоз (25%). Были определены следующие группы здоровья: у доношенных − 2а (50%), 2б (33%) и 4 (16%); у недоношенных – 2б (60%) и 3 (40%). Во 2-й гр. у 100% доношенных детей на всех этапах наблюдения патологии выявлено не было. У недоношенных при рождении диагностировались ППЦНС (81%), РДС (76%), гипербилирубинемия (14%), ЗВУР (14%), анемия (10%). В ранний и поздний неонатальный период были выявлены ФОО (76%), СДД (43%), церебральная ишемия (29%), ВУИ (29%), анемия (24%), каликопиелоэктазия (24%), ретинопатия (10%), пневмопатия (5%), субэпендимальные кисты (5%), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) (5%), желудочно-кишечное кровотечение (5%), гемолитическая болезнь новорождённых (ГБН) (5%), ранний неонатальный сепсис (5%), атрофия паренхимы головного мозга (5%), множественные кисты головного мозга (5%), неонатальное расстройство кишечника (5%). В период грудного возраста обнаружены дисбактериоз кишечника (19%), пневмония (19%), внутриутробная пневмония (14%), вирусно-бактериальный менингит (14%), дистрофия по типу гипотрофии (5%), поликистоз яичника (5%), анемия

(5%), эпилепсия (5%), врождённая миопия (5%). У доношенных детей 2-й гр. были определены следующие группы здоровья: 2а (75%) и 2б (25%); у недоношенных – 2б (72%) и 3 (28%).

Выводы. Большее количество преждевременных родов было у женщин 2-й группы, более старшей по возрасту. Это может быть связано с возрастом, отягощенным гинекологическим анамнезом, более частой экстрагенитальной патологией, анамнезом и осложнениями течения беременностей женщин данной группы. Тяжелое и крайне тяжелое состояние при рождении имели только недоношенные дети с ЭНМТ и ОНМТ, большинство из них было из 2-й возрастной группы. Таким образом, перинатальные осложнения в обеих группах встречаются чаще у недоношенных детей, что требует более тщательного выяснения причин развития преждевременных родов, и выбора правильной тактики ведения беременности после ЭКО с целью профилактики невынашивания и развития других осложнений беременности.

Список литературы.

1. Адамян Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // Современные технологии диагностике и лечении гинекологических заболеваний – М., 2007. – С. 5-19.

2. Корсак В.С. Регистр центров ВРТ в России. Отчёт за 2011 год // В.С. Корсак, А.А. Смирнова, О.В. Шурыгина // Проблемы репродукции. – 2013 − № 5 − С. 7 – 16.

3. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство // − М.: Гоэтар-Медиа, 2009 – 1088с.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОК ШЕЙКИ МАТКИ С УЧЁТОМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Глуховцова Т. А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хуцишвили О.С.

Актуальность исследования. По данным ВОЗ, в мире распространённость CIN I степени составляет 30 миллионов случаев, а CIN II-III степени − 10 млн. Цитологический метод является одним из доступных, недорогих и информативных способов диагностики предраковых состояний и рака, поэтому цитологическая диагностика клеток шейки матки остаётся актуальной по сегодняшний день.

Целью настоящего исследования являлся анализ результатов цитологического обследования шейки матки в разных возрастных группах в зависимости от клинического диагноза [1, 4].

Материалы и методы: журнал цитологического обследования больных, литературные данные. Методы: анализ, индукция, обобщение.

Цитологическое обследование является скрининговым, и относится к методам вторичной профилактики заболеваний женских половых путей. Главной задачей цитологического исследования шейки матки является выявление атипичных клеток. В Российской Федерации нет конкретных возрастных границ для пациенток, у которых необходимо провести цитологическое обследование шейки матки и, в основном, мазок делают в случае обращения женщин за помощью [2, 3].

Результаты и обсуждения. Проведено ретроспективное исследование на базе гинекологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница № 4» в течении 3 месяцев 2018 года. Было проанализировано 347 результатов цитологического обследования женщин с различными гинекологическими заболеваниями, включая беременных. Патология клеточного состава была выявлена в 116 случаях (33,5%), а у 231 женщины (66,5%) результаты анализов без особенностей. Результаты исследования оценивались по классификации Bethesda.

Пациентки, у которых выявлены изменения клеточного состава шейки матки (116 человек) были разделены на 3 группы в зависимости от возраста. Количество женщин в I группе (от 18 до 35 лет) составило 26 человек (22,5%), во II группе (от 36 лет до пременопаузы) 35 пациенток (30%), в III группе (постменопаузальный период) 55 женщин (47,5%). При этом средний возраст пациенток I группы − 27 лет, II группы − 45, III группы 62 года.

В ходе исследования выявлено, что среди женщин активного сексуального возраста (от 18 до 35 лет), в каждом втором случае (54%), в мазках найдены воспалительные изменения. При этом клинический диагноз весьма варьирует: от сальпингоофорита, метроррагии и полипа цервикального канала, до патологии беременности, в единичных случаях шейка матки интактна. На втором месте в данной группе признаки гиперплазии железистого эпителия шейки матки, с такими клиническими диагнозами, как: миома, аномальное маточное кровотечение (АМК), полип цервикального канала, полип эндометрия, функциональная киста яичника – 31,0% (8 человек), что свидетельствует о гиперэстрогенном воздействии. У одной женщины (3,9%) со спонтанным выкидышем в мазке обнаружены признаки CIN-2 (HSIL) (предраковое состояние). Мазок с единичными клетками метаплазированного плоского эпителия (МПЭ) встретился в трёх случаях (11,0%), с диагнозами: функциональная киста яичника, неразвивающаяся беременность и при интактной шейке матки. Клетки МПЭ являются нормой для шейки матки, но малое количество клеточного состава привело к неинформативным результатам. Таким образом, среди молодых женщин при цитологическом обследовании шейки матки, изменения клеточного состава (ASCUS) выявлены в 85,0% случаев, у 4,0% наблюдалась умеренная дисплазия CIN-2 (HSIL), а не достоверные результаты в 11,1%,

У женщин II группы в мазках шейки матки наиболее часто обнаружены признаки железистой гиперплазии (34,0%), при этом клинические диагнозы те же, что и у женщин в первой группе. В каждом пятом случае (20,0%) была выявлена эктопия цилиндрического эпителия (ЭЦЭ), сопутствующая таким

патологическим состояниям, как полип ц/к, полип эндометрия, АМК, миома, рождение миоматозного узла. Промежуточный тип мазка обнаружен у 17% женщин с диагнозами: от АМК, атрезия цервикального канала, и патология беременности до интактной ш/м. У 3 пациенток (9%) с полипом ш/м, миомой и внутриматочной спиралью, обнаружены воспалительные изменения клеточного состава шейки. А у 6,0% женщин (2 человека) обнаружены признаки CIN-2 (HSIL), при этом клинически присутствовали полип ш/м и аденомиоз II. У 5 пациенток с различными диагнозами в мазке единичные клетки МПЭ (14,0%). Итак, среди женщин от 36 лет до пременопаузы при цитологическом обследовании шейки матки, изменения клеточного состава (ASCUS) выявлены в 80,0% случаев, у 6,0% наблюдается умеренная дисплазия CIN 2 (HSIL), а не достоверные результаты получены в 14,0%.

Больше трети женщин постменопаузального периода в результатах цитологии шейки матки имели атрофический тип мазка (36,5% пациенток) при этом их клинические диагнозы: возрастной цервицит, доброкачественная опухоль матки, полип эндометрия, полип ц/к, АМК, киста яичника. Промежуточный тип (что соответствует гипоэстрогенному мазку) встретился в 29,0% случаях (16 человек), при этом у данных пациенток имели место: миома, полип эндометрия, полип ц/к, киста яичника, интактная шейка матки. У 11,0% женщин (6) с полипами эндометрия и ц/к обнаружен эстрогеновый тип мазка. Железистая гиперплазия в третей группе пациенток наблюдалась в 5,5% случаев с миомой, полипом ц/к и эндометрия. Гиперкератоз плоского эпителия обнаружен у одной пациентки с миомой (2,0%). ЭЦЭ наблюдалась в 2 случаях (4,0%) при диагнозе полип эндометрия. У 1 пациентки (2,0%) цитологическое исследование выявило признаки CIN 2 (HSIL). А у 2 женщин с миомами железистый рак шейки матки (4,0%). Результат анализа с единичными клетками МПЭ встретился в 4 случаях (7,0%).

Таким образом, среди женщин постменопаузального возраста при цитологическом обследовании шейки матки, патология клеточного состава (ASCUS) выявлена в 87,0% случаев, вместе с тем, не достоверные данные для морфологической оценки в 7,0%. У 2,0% наблюдается умеренная дисплазия CIN-2 (HSIL), а в 4% случаев присутствует железистый рак шейки матки (AGC).

Исходя из проведенного анализа, можно сделать следующие Выводы.

Среди женщин активного сексуального возраста в мазках преобладают воспалительные изменения. Высокий уровень эстрогенов у молодых женщин снижает риск возникновения предраковых состояний шейки матки, но тем не менее, и в I группе в 1 случае (4,0%) присутствует CIN-2 (HSIL). У женщин II группы в результатах анализов преобладает гиперплазия железистого эпителия и ЭЦЭ, при этом признаки CIN-2 наблюдаются в 6,0% случаев. Среди женщин постменопаузального периода, в результатах цитологии шейки матки преобладает атрофический тип мазка (что является нормой для данной возрастной группы), но в связи с понижением эстрогенного фона выявляется и большее количество женщин с предраковыми состояниями и раком шейки. В случае с единичными клетками МПЭ, можно сделать вывод, что забор

материала происходил не адекватно, и обследование не дало чёткого представления о клетках. У данных пациенток необходимо провести исследование повторно, поскольку не информативный результат цитологического исследования не исключает патологию шейки матки. Цитологическое обследование необходимо проводить всем женщинам с началом половой жизни, поскольку, по нашим данным, интактная ш/м может иметь патологическую структуру клеток. Таким образом, исследование доказывает, что цитологический метод является необходимым для диагностики патологических состояний, не зависимо от возраста, поскольку выявляет фоновые, предраковые состояния и рак шейки матки.

Список литературы.

1. Предраковые заболевания шейки матки, влагалища, вульвы. Диагностика и лечение./А. Сингер., А. Хан; подред. С.И. Роговская. − М.:«Гэотар-Медиа», 2017. − 312с.
2. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки / С.И. Роговская. − М.:«Гэотар-Медиа», 2014. − 216с.
3. Роговская, С.И. Практическая кольпоскопия/С. И. Роговская. − М.: «Гэотар-Медиа»,2015. − 232с.
4. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция. Руководство для практикующих врачей / под ред. С.И. Роговская., Е.В. Липова. − М.: «Гэотар-Медиа». 2016. − 315с.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Забелина М.С., Прудникова И.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунева И.С.

Актуальность исследования состоит в том, что в сложившейся социально-демографической ситуации состояние репродуктивного здоровья является одним из важнейших факторов, обеспечивающих рост народонаселения страны и ее демографическую устойчивость в долгосрочной перспективе [1].

Целью исследования явилась оценка, анализ и сравнение основных показателей репродуктивного здоровья женщин, проживающих в районе деятельности взрослой поликлиники ОБУЗ «Курская городская больница № 6», а так же женщин прикрепленных к МСЧ № 125 ФМБА России г. Курчатова, с показателями репродуктивного здоровья женщин в Российской Федерации.

Материалы и методы: репродуктивное здоровье женщин оценивалось на основании выкопировки данных из официальных отчетов по работе женской консультации ОБУЗ КГБ № 6, МСЧ № 125 ФМБА России, использованы данные из статистических ежегодников, находящихся в общем доступе на

электронном ресурсе Федеральной службы государственной статистики [4]. Для сравнения полученных данных были выбраны: t-тест (Стьюдента). Отличия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. По данным 2017 года женская консультация ОБУЗ КГБ № 6 обслуживает 28938 женщин, из них женщин фертильного возраста – 13866 (47,9%). Женская консультация МСЧ № 125 ФМБА России обслуживает 5783 женщины, из них фертильного возраста – 2950 (51,0%).

Анализируемые демографические индикаторы включают основные показатели смертности (коэффициент перинатальной смертности, коэффициент материнской смертности). Коэффициент перинатальной смертности в 2017 году по данным женской консультации КГБ № 6 составил 1,4‰, что достоверно ниже чем по Российской Федерации на 6,1‰ ($t=4,3$; $p<0,05$) [4]. Перинатальная смертность в районе деятельности женской консультации № 6 за период с 2014 по 2018 год остается на одном уровне без тенденции к снижению. Коэффициент перинатальной смертности в МСЧ № 125 ФМБА России в 2017 году составил 2,3‰, что достоверно ниже чем по Российской Федерации на 5,2‰ ($t=2,3$ $p<0,05$) [4]. В г. Курчатов уровень перинатальной смертности за период с 2014 по 2018 год остается на прежнем уровне. Случаев материнской смертности за 2017 год зарегистрировано не было как в районе обслуживания женской консультации ОБУЗ КГБ № 6, так и в МСЧ № 125.

Показателем, характеризующим физическое состояние женщин репродуктивного возраста, является заболеваемость беременных [5]. По данным женской консультации КГБ № 6 на конец 2017 года, основными формами патологии, осложняющими течение беременности, являются анемии, удельный вес которых составляет 27,2%, угроза преждевременных родов – 20,0 %, болезни мочеполовой системы – 14,5%. В структуре заболеваемости беременных женщин по Российской Федерации также преобладают анемии – 34,0%, болезни мочеполовой системы – 17,0% и угроза преждевременных родов – 12,6%. Анализ заболеваемости беременных в России выявляет стабильно высокий уровень анемий, болезней мочеполовой системы и угрозы преждевременных родов без тенденции к снижению [4]. В районе деятельности женской консультации КГБ № 6 также отмечается сохранение частоты заболеваемости анемией и болезнями мочеполовой системы на одном уровне. Однако частота угрозы преждевременных родов достоверно снижается с 27,4% в 2016 году до 20,0% в 2017 году ($t=2,3$; $p<0,05$). Кроме того, наблюдается достоверное снижение частоты болезней системы кровообращения с 8,9% в 2016 году до 1,02% в 2017 году ($t=4,9$; $p<0,05$). Иначе складывается ситуация в г. Курчатов. Наиболее распространенными патологиями среди беременных являются: угроза прерывания беременности, удельный вес которой составил 7,2 %, болезни мочеполовой системы – 6,3%, анемии - 5,0%. Не смотря на это, отмечается достоверное снижение частоты анемии на 2,1 % с 2016 года ($t= 1,9$; $p < 0,05$) и болезней мочеполовой системы на 2,6% по сравнению с 2016 годом ($t=2,0$; $p<0,05$), частота угрозы прерывания беременности остается на одном уровне без тенденции к снижению.

Проанализированы показатели репродуктивного здоровья, которые характеризуют использование современных методов контрацепции. Охват современными методами контрацепции по данным на конец 2017 года в ОБУЗ КГБ № 6 составил 7,6%, из них 7,5% приходится на гормональную контрацепцию, удельный вес использования внутриматочной спирали (ВМС) составил 0,8%. В целом по России на конец 2017 года на 1000 женщин фертильного возраста 12,9 используют гормональную контрацепцию, 10,3 используют внутриматочную спираль. По железнодорожному округу города Курска за период с 2014 по 2017 год отмечается тенденция к достоверному снижению использования современных методов контрацепции: использование ВМС снизилось на 77% ($t=15,2$; $p<0,05$), применение гормональной контрацепции снизилось на 57,1% ($t=25,0$; $p<0,05$). В целом по России использование внутриматочной спирали также снизилось на 10,4% ($t=7,2$; $p<0,05$), однако частота использования гормональной контрацепции остается на стабильном уровне [4]. Использование современных методов контрацепции в г. Курчатов за 2017 года составило 9,8%, из них 6,7% приходится на гормональную контрацепцию, 3,1% составило использования внутриматочной спирали (ВМС). Сопоставляя полученные данные с показателями по Российской Федерации, в г. Курчатов отмечается достоверное снижение использования ВМС на 65% ($t=9,7$; $p<0,05$) за период с 2014 по 2017 год, применение гормональной контрацепции также имеет тенденцию к снижению на 68% ($t=17.6$; $p<0,05$), что отличается от показателей по России.

Одной из самых актуальных проблем охраны репродуктивного здоровья являются аборты [1]. По данным женской консультации КГБ № 6 на конец 2017 года доля женщин, закончивших беременность абортами составила 10,8 ‰, что в целом ниже, чем по Российской Федерации в 1,6 раз (общее число абортов по России на конец 2017 года составило 17,9‰) ($t=7,2$; $p<0,05$) [4]. Однако, анализируя показатели частоты абортов с 2014 по 2017 год по железнодорожному округу города Курска, можно отметить, что данный показатель не имеет тенденции к снижению. По данным женской консультации МСЧ № 125 на конец 2017 года доля женщин, закончивших беременность абортами составила 7,11‰, что в целом ниже чем по Российской Федерации в 2,5 раза ($t=2,3$; $p<0,05$). Установлено, что за период с 2014 по 2017 год число абортов в г. Курчатов не имеет тенденцию к снижению. В России в целом данный показатель имеет тенденцию к снижению: за период с 2014 по 2017 год число абортов снизилось на 34,6% ($t=2,3$; $p<0,05$) [4]. Большинство абортов приходится на возрастной диапазон 20-34 года [6].

Выводы. По данным Федеральной службы государственной статистики в России имеет место ухудшение репродуктивного здоровья женщин [4]. Репродуктивная ситуация усугубляется стабильно высоким уровнем заболеваемости беременных анемиями, болезнями мочеполовой системы, отсутствием тенденции к снижению угрозы преждевременных родов. Положительным стоит считать снижение частоты абортов в Российской Федерации [1]. Анализ показателей репродуктивного здоровья показывает необходимость создания научно обоснованных мер по укреплению

репродуктивного здоровья населения, использование комплексного подхода с учетом всех социальных проблем. Кроме того, снижение числа абортов является основным реальным резервом улучшения демографической ситуации в стране [3]. Защита материнства и детства – одна из основных задач государственной политики и важная составляющая здравоохранения на данный момент [2].

Список литературы.

1. Аполихин О.И. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России / О.И. Аполихин, Н.Г. Москалева, В.А. Комарова // Организация урологической помощи. – 2015. - № 4. – С. 4-14.

2. Вишнякова Ю.А. Заболеваемость матерей, новорожденных и детей первого года жизни / Ю.А. Вишнякова, Е.П. Ваняева, О.С. Стародубцева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. - № 4. – С. 244-245.

3. Демографические показатели рождаемости и медико-социальное влияние на них / И.С. Лунёва, О.Ю. Иванова, А.В. Хардиков и др. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 2. – С. 40–48.

4. Здравоохранение в России 2017: стат. сб. / Росстат. – М., 2017. – 170 с.

5. Лашкевич С.В. Репродуктивное здоровье населения: понятие и основные показатели / С.В. Лашкевич, Н.Е. Порада // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века: материалы 18-й международ. науч. конф. (Минск, 17-18 мая 2018 г.). – Минск, 2018. – С. 67-69.

6. Лунева И.С. Междисциплинарный взгляд на проблему репродуктивного выбора женщины / И.С. Лунева, О.С. Хуцишвилли, Н.В. Абросимова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. - № 5. – С.47-51.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ В НИХ ГЕСТАГЕНОВ И ЭСТРОГЕНОВ

Зайцева Е.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологиис курсом ФПКиП
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Кустова М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время комбинированные оральные контрацептивы (КОК) пользуются большой популярностью во всем мире, обеспечивая высокую контрацептивную надежность, хорошую переносимость, доступность и простоту применения,адекватный контроль менструального цикла, обратимость (полное восстановление фертильности в течение 1-12 месяцев после прекращения приема) [1]. Это наиболее часто используемое средство контрацепции в развитых индустриальных странах [2]. КОК содержат в своем составе

эстрогенный и гестагенный компоненты [1]. В качестве эстрогенного компонента КОК используется синтетический эстроген этинилэстрадиол, в качестве гестагенного – различные синтетические прогестагены [1]. Изучение возникновения побочных эффектов в зависимости от состава КОК, позволит выявить нежелательное влияние гестагенов и эстрогена на организм женщины и сделать подбор контрацептива более индивидуальным.

Целью исследования является изучить возникновение побочных эффектов КОК в зависимости от количества эстрогена (20 и 30 мкг) и вида гестагена (производные гонана – гестоден, дезогестрел, левоногестрел; производные спиронолактона – дроспиренон) в нем.

Материалы и методы: нами изучены побочные эффекты КОК у 27 женщин, использующих данный вид контрацепции, путем анкетирования. Анкета включала в себя 22 вопроса, предлагала варианты ответов на них. Проведен статистический анализ полученных данных. При обработке качественных признаков использовали: определение доли (P) и ошибки доли (Sp), хи-квадрат (χ^2), точный критерий Фишера (P). Количественные признаки описывали средним значением (M) и средним квадратическим отклонением (s). Для установления направления и силы статистической связи количественных и/или порядковых признаков использована ранговая корреляция Кендалла (τ). Статистически значимым уровнем ошибки считали $p \leq 0,05$. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты обсуждения. Средний возраст опрошенных составил 28,4±7,9 лет. Значимая доля респонденток находилась в возрасте до 30 лет – 17 (63±8,9%) человек, против 7 (23,3±7,7%) человек в возрасте 31-40 лет и 3 (11,1±6%) женщины в возрасте старше 41 года (χ^2=6,1; p=0,01 и P=0,0002 соответственно).Подавляющее число респонденток принимали КОК впервые в жизни –18 (66,7±9,1%), повторно – 9 (33,3±9,1%) женщин (χ^2=4,7; p=0,03).

Побочные эффекты при приеме КОК отмечали 17 (62,9±9,3%) женщин. Замена КОК понадобилась в 5 (18,5±7,5%) случаях. Выявлены прямые корреляционные связи необходимости замены КОК с дискомфортом в желудочно-кишечном тракте (τ=0,44; p=0,001) и увеличением объема менструальной кровопотери (τ=0,41; p=0,003).

Нами проанализированы побочные эффекты при приеме КОК в зависимости от вида гестагена, содержащегося в препарате. Установлено, что в целом, частота побочных эффектов при содержании производныхгонанаили гибридного гестагена (дроспиренон) была сопоставимой – 10 (71,4±12,1%) и 8 (72,7±13,4%) случаев соотвественно (таблица 1).

Таблица 1. Побочные эффекты в зависимости от видагестагена, содержащегося в КОК, (P±Sp, %)

Побочный эффект	Вид гестагена		Уровень значимости
	Производные гонана (N=14)	Производные спиронолактона (N=11)	
Сухость во влагалище	2 (14,3±9,4%)	2 (18,1±11,6%)	P=1,0

Изменение характера кровянистых выделений и их регулярности	5 (35,7±12,8%)	1 (9,1±8,7%)	P=0,046
Изменение настроения (нервозность, депрессия)	3 (21,4±10,9%)	8 (72,7±13,4%)	P=0,017
Головная боль, головокружение	1 (7,1±6,9%)	4 (36,4±14,5%)	P=0,13
Дискомфорт в ЖКТ, тошнота	3 (21,4±10,9%)	2 (18,1±11,6%)	P=1,0
Изменение аппетита	0	5 (45,5±15%)	P=0,009
Увеличение молочных желез	1 (7,1±6,9%)	0	P=1,0
Выпадение волос	1 (7,1±6,9%)	1 (9,1±8,7%)	P=1,0

Изменение характера кровянистых выделений проявлялось нерегулярными межменструальными кровотечениями и увеличением объема менструальной кровопотери. Нервозность и депрессия наблюдались значимо чаще среди женщин, принимающих КОК с гибридным гестагеном, а также были напрямую ассоциированы с длительностью использования гормональной контрацепции (τ=0,34; p=0,01). Производные гонана не вызвали изменение аппетита ни у одной женщины. При приеме гибридного гестагена повышение аппетита наблюдалось у 4 (36,4±14,5%) женщин, снижение – у одной (9,1±8,7%).

Также нами проанализирована частота развития побочных эффектов на фоне приема КОК, в зависимости от уровня этинилэстрадиола в нем (таблица 2). Отмечено, что женщины, принимающие КОК с 20 мкг эстрогена, отмечали побочные эффекты в 1,2 раза реже – 10 (62,5±12,1%) случаев, в сравнении с 30 мкг – 8 (72,7±13,4%) случаев.

Таблица 2. Побочные эффекты в зависимости от количественного содержанияэтинилэстрадиола в КОК, (P±Sp, %)

Побочный эффект	Количественное содержание этинилэстрадиола в КОК	
	20 мкг (N=16)	30 мкг (N=11)
Сухость во влагалище	2 (12,5±8,3%)	2 (18,2±11,6%)
Изменение характера кровянистых выделений и их регулярности	4 (25±10,8%)	2 (18,2±11,6%)
Изменение настроения (нервозность, депрессия)	7 (43,8±12,4%)	4 (36,4±14,5%)
Головная боль, головокружение	2 (12,5±8,3%)	3 (27,3±13,4%)
Дискомфорт в ЖКТ, тошнота	3 (18,8±9,8%)	2 (18,2±11,6%)
Изменение аппетита	3 (18,8±9,8%)	3 (27,3±13,4%)
Болезненность молочных желез	0	1 (9,1±8,7%)
Увеличение молочных желез	0	1 (9,1±8,7%)

Выпадение волос	0	2 (18,2±11,6%)

Нами не установлено значимого влияния уровня эстрогенов в КОК на развитие тех или иных побочных эффектов, однако при дозировке 20 мкг наиболее часто встречались изменение характера кровянистых выделений и их регулярности и изменение настроения; при дозировке 30 мкг – изменение настроения, аппетита, головная боль и головокружение.

Выводы. Нежелательные реакции при приеме КОК возникали в равной степени как от препаратов, содержащих производныегонана (гестоден, дезогестрел, левоногестрел), так и, содержащих производный спиронолактона (дроспиренон). Нервозность и депрессия отмечались значимо чаще среди женщин, принимающих КОК с дроспиреноном, который также вызывал изменение аппетита. КОК с производными гонана значимо чаще вызывали изменение характера кровянистых выделений и нарушали их регулярность.Установлено, что КОК, содержащие меньшее количество эстрогена (20 мкг), вызывают побочные эффекты в 1,2 раза реже, чем препараты с 30 мкг этинилэстрадиола. Но в целом нет существенного влияния уровня эстрогенов в КОК на развитие конкретных нежелательных реакций.

Список литературы.

1. Руководство по контрацепции / под ред. проф. В.Н.Прилепской. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – С.400.

2. Trussell, James. Contraceptive efficacy // Contraceptive technology / Hatcher, Robert A.; Trussell, James; Nelson, Anita L.; Cates, Willard Jr.; Kowal, Deborah; Policar, Michael S. (eds.).– 20th revised ed.– New York: Ardent Media, 2011.– P.779–863.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ВАКУУМ-ЭСТРАКЦИИ ПЛОДА

Замореева А.А., Ермоленко Е.А.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − ассистент Желобкова Т.И.

Актуальность исследования. Вакуум-экстракция плода – это операция извлечения живого плода во время родов через естественные родовые пути с помощью вакуум-экстрактора, принцип работы которого состоит в создании отрицательного давления между внутренней поверхностью чашечки и поверхностью головки плода [1].

Важнейшей задачей, стоящей перед врачами акушерами-гинекологами, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода [2]. Своевременная и правильно выбранная тактика оказания акушерской помощи позволяет сохранить здоровье женщины и снизить перинатальные потери [3]. В ситуациях, при необходимости срочного

родоразрешения, когда данную операцию можно осуществить быстрее, чем кесарево сечение или имеются противопоказания для абдоминального родоразрешения, вакуум-экстракция плода является единственно возможной операцией для извлечения живого плода [4].

Цель исследования − проанализировать показания, возможные осложнения и исходы для женщины и новорожденного после влагалищного оперативного родоразрешения путём наложения вакуум-экстрактора системы «KIWI».

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ 56 историй родов женщин, родоразрешенных методом вакуум-экстракции плода, и историй развития новорожденного родильного отделения Учреждение «Гомельская областная клиническая больница» за 2017-2018 годы.

Материал обработан с применением методов вариационной описательной статистики на ПК с использованием Microsoft Excel 2010. Для сравнения групп по изучаемым признакам вычисляли критерии Фишера, значения χ^2 с поправкой Йейтса.

Результаты и обсуждения. Исследованы 56 женщин, родоразрешённых с применением вакуум-экстракции плода, в возрасте от 19 до 38 лет. Среди исследованных пациенток первородящих было 49 женщин (87,5±4,4%; χ^2=60,04; p≤0,001), повторнородящих − 7 женщин (12,5% ±4,4%).

Основные показания для вакуум-экстракции плода: острая гипоксия плода и вторичная родовая слабость. Данная операция проведена по показаниям со стороны плода, острый дистресс-синдром, у 31 пациентки (55,4%±6,6%) и по показаниям со стороны матери (слабость родовой деятельности) у 25 женщин (44,6%±6,6%) на сроке гестации с 37 по 41 неделю беременности. Из 56 проанализированных родов индуцированными являются 38 (67,86%, ±6,2%, χ^2=12,89, p≤0,001). Следует подчеркнуть, что в случаях начавшейся асфиксии плода в основной группе наблюдений имелось обвитие пуповины вокруг шеи у 23,2% всех новорожденных.

Все новорожденные дети в ходе исследования были разделены на 3 клинические группы: 1 группа – дети, рождённые без асфиксии, 2 группа – умеренная степень асфиксии, 3 группа – тяжёлая степень асфиксии.

На первой минуте после рождения оценку по шкале АПГАР выше 8, то есть рождённые без асфиксии, имели 23 новорожденных (41,07%, ±6,6%). Умеренная степень асфиксии диагностирована у 33 человек (58,93%, ±6,6%), причем 100% из этих детей повысили оценку по шкале АПГАР на пятой минуте на 1-2 позиции. Тяжёлой степени асфиксии диагностировано не было. Данные отражены в Таблице 1.

Таблица 1: Оценка степени асфиксии новорожденных на 1 и 5 минутах жизни по шкале АПГАР.

Клиническая группа	1 минута жизни	5 минута жизни
I группа	23 чел (41,07%)	34 чел (60,71%)
II группа	33 чел (58,93%)	22 чел (39,29%)
III группа	0 чел (0%)	0 чел (0%)

Масса тела исследованных детей составила от 2630 г до 4360 г. Исходя из этого, выделены 3 группы: I – до 3000 г (5,36%, ±3%) , II – от 3000 г до 4000 г (89,28%,±4,1, χ^2=66,04, p≤0,001), III – более 4000 г (5,36%, ±3%).

У 52 женщин (92,86%, ±3,4%, χ^2=78,89, p≤0,001) послеродовой период протекал без осложнений.

Со стороны новорожденных в раннем неонатальном периоде выявлены следующие осложнения: изменения кожных покровов в виде мелких ссадин и кровоизлияний отмечались в 14,3% случаев (8 новорожденных). У 8,93% (5 новорожденных) выявлена кефалогематома различной локализации, не требующая хирургического лечения. Субапоневротическая гематома выявлена у 1 ребенка (1,8%). У 42 младенцев (75%, ±5,79%, χ^2=26,04, p≤0,001) осложнение после произведённой вакуум-экстракции не выявлено.

Выписаны домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему выхаживанию под наблюдение участкового педиатра 47 новорожденных (83,93%, ±4,91%, χ^2=48,89, p≤0,001), 9 новорожденных (16,07%, ±4,91%) переведены в Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница» для дальнейшего лечения.

Выводы. Главными показаниями, согласно нашему исследованию, для проведения операции вакуум-экстракция плода являются: прогрессирующая острая гипоксия плода во время родов и слабость родовой деятельности во втором периоде родов.

Результаты анализа показали, что, несмотря на неоспоримые риски оперативного родоразрешения, женщина и новорожденный имеют очень высокие шансы на успешное протекание родов, а также послеродового и раннего неонатального периодов.

Проведенное исследование доказывает, что применение вакуум-экстрактора «KIWI» врачом, отлично знающим особенности, биомеханизм родов, владеющего способностью быстро оценивать сложившуюся акушерскую ситуацию в динамике, является достаточно безопасным методом оперативного влагалищного родоразрешения беременной женщины, что позволяет снизить количество операций путём кесарева сечения.

Список литературы.

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева; Краткое издание. − М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – С. 608.

2. Кравченко Е.Н., Лопушанский В.Г., Башмакова Н.В. Роль прогнозирования интранатальных факторов риска //Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 57-61.

3. Кравченко Е.Н., Башмакова Н.В. Значение интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8. – № 2. – С. 25-29.

4. Малевич, Ю.К. Вакуум-экстракция плода: методические рекомендации / Ю.К. Малевич, В. А. Шостак; Белорусский государственный

медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии. − Минск: БГМУ. –2011. – С. 3–5.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Захарова К.В., Себякина Т.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Иванова О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время частота оперативного родоразрешения неуклонно растет. Согласно данным литературы, за последние 10 лет наблюдается рост частоты проведения кесарева сечения в 3-4 раза и составляет 13-32% [1, 3]. Увеличение частоты повторного кесарева сечения значительно повышает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, что ведет к увеличению материнской заболеваемости и неблагоприятно сказывается на последующей репродуктивной функции [4]. Для предотвращения осложнений необходимо диагностировать состоятельность постоперационного рубца [2].

Цель исследования − изучить клинико-анамнестические факторы, влияющие на состояние послеоперационного рубца на матке после родоразрешения путем кесарева сечения.

Материалы и методы: бследовано 50 беременных женщин на доношенном сроке с имеющимся рубцом на матке после ранее перенесенного кесарева сечения. Состоятельность рубца мы оценивали исходя из данных УЗИ. К эхографическим признакам несостоятельности рубца относили: толщину маточного сегмента менее 3 мм и более 6 мм, неоднородность контура рубца на матке, кратерообразное истончение рубца на матки [5].

Женщины были разделены на две клинические группы. Первую группу составили 25 пациенток с состоятельным рубцом на матке. У женщин второй группы рубец на матке был несостоятельным.

В критерии исключения входили: отсутствие рубцов на матке, полученных вследствие других операций на матке; отсутствие тяжелой хронической экстрагенитальной патологии.

Все исследуемые были родоразрешены оперативным путем повторного кесарева сечения.

Результаты и обсуждения. Ретроспективный анализ полученных данных показал, что все пациентки находились в репродуктивном возрасте в интервале от 21 до 42 лет, составив в среднем для первой группы 28,2±3,9 лет; для второй – 31,6±5,2 лет.

При изучении соматического анамнеза было выявлено что, у 76% женщин в обеих группах имеются сопутствующие хронические экстрагенитальные заболевания. В 1-й группе имелись заболевания желудочно-

кишечного тракта – 34%; варикозная болезнь вен нижних конечностей − 16%; болезни мочевыделительной системы были у 20%. В группе у женщин с несостоятельным рубцом на матке в анамнезе отмечались – заболевания ЖКТ – 42%; варикозное расширение вен нижних конечностей имеется у 30%; Бронхиальная астма обнаружена у 8%. Достоверных отличий в экстрагенитальной патологии не обнаружено ($p>0,05$). Однако, отмечалась высокая частота миопии у пациенток, исследуемых группах − 46%, в группе с несостоятельным рубцом данная патология встречается чаще – 32% ($p\leq0,05$).

Возраст менархе у исследуемых в среднем составил – 12,1±3,5 у первой группы, 11,9±3,3 − у второй ($p>0,05$). Продолжительность менструального цикла была 26,4±2,1 дней в группе с состоятельным рубцом на матке, 25,1±3,8 дня во второй группе; длительность менструации – в первой группе – 4,5±1,5 дня, во второй группе – 5,1±2,3 дня ($p>0,05$). Достоверных различий по данным показателям не выявлено ($p>0,05$).

При анализе репродуктивного анамнеза выявлено, что в первой группе большинство исследуемых имели двое родов – 20%, трое родов у 14%, 16% − четверо и более родов. Во второй группе дважды рожали 32%, три раза – 18%, четыре и более родов у 10%.

В структуре гинекологической заболеваемости выявлено, что у женщин 1-й группы отмечались: эндометрит 26%, эктопия цилиндрического эпителия шейки матки 24%, сальпингоофорит 10%. А в группе женщин, имеющих неполноценный рубец, имеются: эктопия цилиндрического эпителия шейки матки 30%, сальпингоофорит 18%, киста яичников 10%.

На наличие медицинских абортов, выполненных хирургическим методом, указали 32% женщин с состоятельным рубцом на матке, а во второй группе этот показатель равен 72%, что достоверно больше.

Был определен интервал между предыдущим кесаревым сечением и настоящей беременностью в исследуемых группах. У 48% пациенток во второй группе интервал между операциями составил более 7 лет, что достоверно чаще, чем в группе с состоятельным рубцом на матке – 26%.

Был проведен анализ структуры показаний к первому родоразрешению путем кесарева сечения в исследуемых группах. В группе пациенток с состоятельным рубцом на матке среди показаний к кесареву сечению были: преждевременная отслойка плаценты 22%, клинически узкий таз 6%, крупный плод 12%, тяжелая преэклампсия 20%, упорная слабость родовой деятельности 20%, выпадение пуповины 12%, начинающаяся асфиксия плода 6%, поперечное положение плода 6%.

В группе женщин с несостоятельным рубцом на матке показаниями к родоразрешению оперативным путем послужили: клинически узкий таз 28%, тяжелая преэклампсия 12%, упорная слабость родовой деятельности 26%, преждевременный разрыв плодных оболочек 12%, выпадение пуповины 14%, преждевременная отслойка плаценты 24%.

Были изучены показания к повторному кесареву сечению в исследуемых группах были: истончение рубца на матке 50%, два и более рубца на матке

после кесарева сечения 58%, многоплодная беременность 6%, многоводие плода 4%. первичная слабость родовой деятельности 8%.

В группе женщин с состоятельным рубцом на матке среди показаний к повторному кесареву сечению были: 2 и более рубцов на матке 30%, первичная слабость родовой деятельности 6%, многоводие плода 4%.

У пациенток второй группы показания были следующими: истончение рубца на матке 50%, 2 и более рубцов на матке 28%, первичная слабость родовой деятельности 20%.

Выводы. Таким образом, проведенный нами анализ позволяет сделать следующие выводы, в анамнезе у женщин с несостоятельным рубцом на матке воспалительные заболевания малого таза, а также внутриматочные вмешательства встречаются чаще, чем у женщин с состоятельным рубцом на матке. К клинико-анамнестическим факторам можно отнести: интергравидарный период менее 2 лет, аномалии родовой деятельности и преждевременную отслойку плаценты среди показаний к первому кесареву сечению.

Список литературы.

1. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., Киселевич В.М. Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке // Научный результат. Серия «Медицина и фармация». 2014. № 2.

2. Медведева И.Н., Святченко К.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: свести риск к минимуму // Акушерство, гинекология и репродукция. 2016. № 3 С.29-34.

3. Перепелова Т.А., Газазян М.Г., Бежин А.И., Ишунина Т.А. Клинико-морфологическая оценка состояния нижнего сегмента матки после операции кесарева сечения // Акушерство, гинекология и репродукция. 2016. № 1.

4. Ярмамедов Д.М., Захарова К.В. Удовлетворенность населения средней полосы России качеством медицинской помощи (на примере Курской, Белгородской и Брянской областей) // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2017. Т. 8. № 9. С. 147-162.

5. Sen S., Ultrasonographic evaluation of lower uterine segment thickness in patients of previous cesarean section Int J. Gynaecol Obstet. 2004; 3: 215-219.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С ОПУЩЕНИЕМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Захарова К.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии
Научные руководители – д.м.н., доцент Иванова О.Ю.;
д.м.н., доцент Затолокина М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что опущение тазовых органов является сложной медико-социальной проблемой [4]. Пролапс органов малого таза составляет до 40% среди гинекологических заболеваний и является одной третью от общего количества оперативных вмешательств в гинекологии [1, 2, 3]. Сложные и тяжелые формы пролапса нарушают образ жизни больных, создают трудности в их социальной среде, половых функциях и порой приводят к изоляции больных от общества [4].

Целью исследования является изучение особенностей семейного, соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, а также выявление морфологических особенностей строения тканей у женщин с опущением тазовых органов.

Материалы и методы: обследовано 40 пациенток с опущением органов малого таза, поставленное на основании: жалоб пациенток, влагалищного исследования, УЗИ органов малого таза. Для оценки состояния промежности применялся подсчет промежностного индекса (PI) при помощи шкалы «Оценка состояния промежности» [2]. При исследовании были использованы: анализ анамнеза и медицинских карт пациенток. Было проведено морфологическое исследование соединительной ткани, окрашенное по Ван Гизону. Статистическая обработка материалов.

Результаты и обсуждения. Ретроспективный анализ полученных данных показал, что возраст пациенток варьировал от 39 до 84 года, в среднем составил 62,3±10,92 лет.

Ведущими жалобами при наличии опущения тазовых органов были: чувство инородного тела в области промежности − у 100% исследуемых, недержание мочи отмечают 67,5%, болезненность внизу живота имеется у 35%, дизурия – у 10%, нарушения дефекации у 10%.

Изучение семейного анамнеза среди родственников первой степени показало, что у 47,5% пациенток матери также страдают пролапсом органов малого таза.

При изучении индекса массы тела было выявлено, что у 25% данный показатель в пределах нормы. У 20% имелась избыточная масса тела. 55% пациенток страдают ожирением.

Рост исследуемых варьировал от 1,53 м до 1,83 м, в среднем составил 1,7±0,13 м. Это говорит о том, что подавляющее большинство обследуемых имеет высокий рост [5].

Хроническое повышение внутрибрюшного давления было выявлено у 72,5%: профессии были связаны с тяжелым физическим трудом в 57,5%; на вынужденное нахождение тела в длительном статическом положении указывают 12,5%; 12,5% отмечают в анамнезе хронический кашель; затруднения при дефекации имеются у 10%.

При изучении соматического анамнеза было выявлено, что у 87,5% исследуемых женщин были хронические экстрагенитальные заболевания: патология сердечно-сосудистой системы − 75%; заболевания ЖКТ − 47,5%, болезни дыхательной системы − 17,5%, патология мочевыделительной системы − 20%; 25% обследуемых страдают сахарным диабетом 2 типа; патология органов зрения − 40% женщин; заболевания костной системы – 17,5% пациенток; 30% женщина отмечает в анамнезе наличие грыж.

Среди гинекологических заболеваний чаще встречались: эктопия цилиндрического эпителия шейки матки встречается у 37,5%, миома матки имела место у 35%, киста яичника была выявлена у 25% пациенток. Медицинские аборты были проведены у 80% анкетируемых, в среднем 5,2+4,32 раз.

При анализе репродуктивного анамнеза 100% женщин имели в анамнезе роды. Большинство обследуемых имеют двое родов – 67,5%, у 25% – одни роды, у 7,5% − трое родов. Среди женщин роды per vias naturalis наблюдались у 85%, а 15% − родоразрешены путем кесарева сечения. Осложнения в родах были у 70%: у 47,5% − была проведена эпизиотомия, у 22,5% – во время родов произошел разрыв промежности. Дополнительное акушерское пособие в родах потребовалось 7,5% исследуемых. Средний вес детей при рождении был 3521,6±607,24 гр, а рост – 51,4±2,25 см. В 40% случаев вес новорожденных превышает 4 кг.

По результатам исследования PI установлено, что травма в единственных родах была у 12,5% женщин, среднее значение PI – 12,7±4,25 балла. Травма при повторных родах имелась у 55% обследуемых, PI в среднем составил 16,8±3,51 баллов. У 12,5% женщин, не имеющих травмы в единственных родах, средний показатель PI равен 5,2±4,15 баллов. 20% пациенток при повторных родах не имели травму, их PI составил 4,4±7,23 балла.

Проведен морфологический анализ тканей задней стенки влагалища. В клеточном составе преобладают клетки фибробластического ряда – фибробласты, фиброциты, которые преобладают в поле зрения над клетками резидентами. Соединительно-тканные волокна расположены хаотично, неупорядочено. Между соединительно-тканными прослойками располагается мышечная ткань, образованная гладкими миоцитами. Участок заднего свода влагалища хорошо васкуляризован, т.к. визуализируется большое количество кровеносных сосудов с явлениями краевого стояния лейкоцитов.

При окраске гематоксилином и эозином хорошо визуализируется кровеносные сосуду с явлениями тромбоза.

Выводы. Более половины исследуемых имели семейные факторы риска (у каждой третьей обследуемой с пролапсом тазовых органов в семье имеются женщины, страдающие опущением органов малого таза), соматическом

анамнезе (более половины анкетируемых имеют нарушения жирового обмена) и акушерско-гинекологическом анамнезе (свыше 70% обследуемых женщин имели осложнения во время родов).

В результате подсчета суммы баллов мы получили значительно большее значение PI в группах исследования, где в анамнезе имелась перинеальная травма, особенно при повторных родах.

Морфологическое исследование выявило преобладание соединительнотканного компонента свидетельствует о нарушении эластичности заднего свода влагалища. Обнаруженная гиперваскуляризация заднего свода влагалища, возможно, является адаптивным процессом, в результате нарушения трофики.

Список литературы.

1. Захарова К.В., Иванова О.Ю. Выявление клинико-анамнестических особенностей у женщин с опущением тазовых органов // Актуальные вопросы в науке и практике. Самара: ВЕСТНИК НАУКИ, 2018. С. 170-174

2. Радзинский В.Е. Перинеология. М.: МИА, 2006. 336 с.

3. Chang Y. Pelvic organ prolapse // Journal of the Chinese Medical Association. 2017.

4. Sheyn D., Addae-Konaedu K.L., Bauer A.M., Dawodu K.I., Hackney D.N., El-Nashar S.A. History of cervical insufficiency increases the risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence in parous women. // Maturitas. 2017.

5. Reeves S., Bernstein I.M. Optimal growth modeling // Seminars In Perinatology. 2008 Vol. 32 (3) P.148-153. doi: 10.1053/j.semperi.2007.11.001.

ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ивих К.А., Коростелева Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – ассистент Коростелева Е.С.

Актуальность исследования состоит в том, что несмотря на значительное улучшение методов ранней диагностики и лечения, внематочная беременность продолжает оставаться одной из ведущих проблем акушерства и гинекологии.

Внематочная беременность (ВБ) – имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках и др.) [2].

В последние десятилетия отмечается стойкая тенденция к увеличению частоты встречаемости ВБ. Согласно статистическим данным в РФ ВБ диагностируется в 1,2-2,2% случаях по отношению ко всем беременностям [1]. ВБ в структуре материнской смертности составляет около 10%. Заболевание в основном встречается в возрасте 20-40 лет, максимальная ее частота приходится на 26–35-летний возраст, не редкость и у девушек 17-18 лет [3].

Причин для этого много: воспалительные заболевания органов малого таза, аномалии развития половых органов, эндометриоз, погрешности в применении гормональных и внутриматочных методов контрацепции, использование вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе широкое внедрение в практику лечения бесплодия индукторов овуляции, рост частоты хирургических вмешательств на маточных трубах [5]. У каждой четвертой женщины после проведенного оперативного вмешательства развивается внематочная беременность, у каждой пятой – спаечный процесс в малом тазу, что также повышает риск возникновения ВБ [4].

Выявление пациенток группы риска по возникновению ВБ и своевременная коррекция патологических изменений репродуктивной системы является залогом сохранения репродуктивного здоровья и качества жизни женщин.

Целью исследования является выявление факторов риска внематочной беременности.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» в период с сентября 2018 по март 2019 года, в которое были включены 18 женщин. Все пациентки разделены на 2 группы: основная группа − 11 женщин, находящихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении № 1 с диагнозом ВБ, контрольная группа – 11 практически здоровых женщин с физиологическим течением беременности.

Критерии включения пациенток в исследование:

Женщины, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом ВБ;

Практически здоровые женщины с физиологическим течением беременности;

Согласие женщины принять участие в исследовании.

Критерии исключения пациенток из исследования:

Отказ от участия в исследовании.

Оценивались следующие критерии: возраст, менструальная функция, акушерский анамнез, гинекологические и соматические заболевания. Для статистической обработки полученных данных использовались пакеты программ статистического анализа MS Excel 2013 и STATISTICA 10,0. Для оценки статистической значимости различий между сравниваемыми показателями использовали t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали отличия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения.Результаты исследования показали, что средний возраст женщин основной группы составил 28,2±4,9 лет, контрольной 23,4±2,1 лет ($p<0,05$). В основной группе уровень образования был ниже 45,5% (5) по сравнению с контрольной 81,8% (9) ($p<0,05$). При оценке трудовой деятельности статистически значимых различий в группах не было. У 45,5% (5) пациенток основной группы среди вредных привычек отмечено курение, женщины контрольной группы придерживались здорового образа жизни ($p<0,05$).

Среди соматических заболеваний у 63,6% (7) женщин основной группы была диагностирована патология мочевыводящей системы (71,4% (5) –

хронический цистит, 28,6% (2) – хронический пиелонефрит). Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлена у 36,4% (4) пациенток (50% (2) – хронический гастрит, 50% (2) – хронический гастродуоденит). Заболевания эндокринной системы диагностированы у 18,2% (2) женщин (узловой зоб щитовидной железы). В контрольной группе у 18,2% (2) женщин диагностированы заболевания ЖКТ (хронический гастрит) и у 9,1% (1) заболевание ЛОР-органов (хронический тонзиллит). Полностью соматически здоровыми были 18,2% (2) пациенток основной группы и 72,7% (8) контрольной группы ($p<0,05$).

Менструальный цикл у 18,2% (2) пациенток основной группы был нерегулярным. Средний возраст наступления менархе в основной группе составил 12,2 ±0,9 лет, контрольной − 12,1±1,4 лет. Дисменорея наблюдается у 63,6% (7) женщин основной группы и у 27,3% (3) контрольной группы ($p<0,05$). В основной группе длительность менструального цикла составила 28,9±1,8 дней, продолжительность менструаций – 5,9±0,8 дней, в контрольной − 27,3±0,4 дней и 4,1±0,6 дней соответственно ($p<0,05$).

В основной группе 27,3% (3) женщин в качестве контрацепции используют барьерный метод, 27,3% (3) – комбинированные оральные контрацептивы (КОК), 36,4% (4) − прерванный половой акт и у 9,1% (1) была установлена внутриматочная спираль. В контрольной группе прерванный половой акт используют 63,4% (7) женщин, барьерный метод – 27,3% (3), КОК – 9,1% (1) ($p <0,05$).

У 90,9% (9) женщин основной группы отмечены заболевания органов малого таза, в контрольной группе гинекологической патологии выявлено не было. Структура гинекологических заболеваний: хронический сальпионгоофорит 44,4% (4), хронический цервицит 33,3% (3), спаечный процесс малого таза 22,2% (2), хронический эндометрит 22,2% (2), функциональные кисты яичников 11,1% (1), миома матки 11,1% (1). У 3 (27,3%) пациенток в анамнезе отмечена ВБ, которая во всех случаях закончилась лапароскопией и тубэктомией.

При сравнении паритета контрольной и основной групп было выявлено, что в основной группе преобладали повторнобеременные (66,7%) по сравнению с контрольной (44,4%) ($p <0,05$).

Акушерский анамнез был отягощен только у женщин основной группы. Медицинские аборты отмечены у 72,7% (8) пациенток, из них 62,5% (5) было выполнено выскабливание полости матки, 37,5% (3) фармакологический аборт. Осложнения аборта в виде развития эндометрита наблюдались у 37,5% (3) женщин. Потеря плода в I триместре беременности выявлена у 45,5% (5) женщин: 60% (3) самопроизвольный выкидыш на сроке до 12 недель и 40% (2) неразвивающаяся беременность (на сроке 4 недели и 8 недель). Следует отметить, что у 9,1% (1) пациенток самопроизвольный выкидыш закончился выскабливанием полости матки.

С клиникой прогрессирующей трубной ВБ поступило 63,6% (7), ВБ по типу разрыва трубы 36,4% (4) пациентки. Левосторонняя трубная ВБ диагностирована у 81,8% (9) женщин, правосторонняя у 18,2% (2).

Всем пациенткам была выполнена односторонняя тубэктомия 100% (11) лапароскопическим доступом.

Выводы. Результаты полученных исследований показали, что основными факторами риска развития ВБ является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (воспалительные заболевания органов малого таза, медицинские аборты и др. манипуляции, репродуктивные неудачи), нарушение менструальной функции, наличие вредных привычек, соматические заболевания, такие как воспалительные заболевания мочевыводящих путей. С целью повышения эффективности выявления женщин, входящих в группу высокого риска развития ВБ, целесообразен тщательный сбор анамнеза еще на этапе планирования беременности и своевременная коррекция факторов риска.

Список литературы.

1. Авакимян Х.В, Мельник Е.Г. Факторы риска внематочной беременности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 11. С. 581-582.

2. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. Внематочная (эктопическая) беременность // Клинические рекомендации (протокол лечения). МЗ РФ приказ 15-4/10/2-729 от 06.02.2017/ Москва.2017

3. Климко У.В., Смирнова Т.А. Диагностика внематочной беременности на различных этапах // Наука через призму времени. 2018. Т.12. № 3. С. 75-77.

4. Климко У.В., Смирнова Т.А. Современные аспекты хирургического лечения внематочной беременности // Наука через призму времени. 2018. Т.12. № 3. С. 75-77.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ

Камышева Е.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − д.м.н., профессор Пономарева Н.А.

Актуальность исследования. Воспалительные заболевания цервикального канала являются одним из наиболее частых патологических состояний женской репродуктивной системы и не имеют тенденции к снижению. С этой проблемой сталкиваются более 70% женского населения мира. Во время беременности с данной патологией риски развития осложнений для матери и плода возрастают в несколько раз. На данный момент имеется ряд факторов и причин, которые предрасполагают к развитию патологии шейки матки: раннее начало половой жизни, чрезмерная сексуальная активность, наличие непостоянного партнера, курение, отсутствие гигиены половых органов [1].

Цель исследования: оценка осложнений беременности и родов при воспалительных заболеваниях цервикального канала у женщин во время беременности.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 30 беременных. Исследуемые были разделены на две группы: беременные без патологии цервикального канала (n=10) и беременные с различными патологиями шейки матки (n=20). Исследование проводилось следующими методами: сбор клинико-анамнестических данных, анализ течения беременности и исхода родов, осмотр шейки матки при помощи зеркал, бактериоскопия мазков, обследование на хроническую урогенитальную инфекцию методом реакции микропреципитации [3]. Статистическая обработка полученных результатов анкетирования проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждение: первородящими женщинами были 4 (13,3%) в первой группе и 12 (40%) во второй группе, повторнородящими в первой группе 6 (20,0%) и 8 (26,7%) во второй. Все женщины находились на диспансерном учете в ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом». В ходе анализа анамнеза беременных женщин за 2018 − начало 2019 года с патологиями шейки матки составили 20 беременных − это 67,0% от общего количества обследуемых. Возраст пациенток колебался в исследуемой группе от 18-37лет, в контрольной от 20-35лет. У пациенток исследуемой группы имели место ранние угрожающие 3 случая (10,0%) и поздние угрожающие 6 случаев (20,0%) выкидыши, в контрольной группе же наблюдалось только 2 случая (6,7%). При бактериоскопии мазков у 5 из 30 беременных определялась первая степень чистоты (в мазке эпителиальные клетки и нормальное количество лактобацилл, pH – кислая), у 5 − вторая степень чистоты (небольшое количество лейкоцитов 3-8, присутствуют грамположительные диплококки. pH – остается кислой), у 15 − третья и четвертая степень чистоты (повышенное количество клеток эпителия и лейкоцитов, снижение лактобацилл, множество кокковых бактерий) [2]. У 5 пациенток был диагностирован хламидиоз и токсоплазмоз методом реакции микропреципитации.

При цитологическом исследовании шейки матки у беременных исследуемой группы во всех наблюдениях были подтверждены признаки воспаления в тканях цервикального канала. В контрольной группе у 3 (10,0%) женщин была выявлена эктопия шейки матки, но в течении беременности все лабораторные показатели были в норме.

При сравнивании двух групп на протяжении беременности и в послеродовом периоде было выявлено, что у беременных с воспалительными заболеваниями цервикального канала прослеживались с наибольшей вероятностью осложнения как со стороны плода, так и матери.

В исследуемой группе были выявлены осложнения родов: преждевременное излитие околоплодных вод 11 женщин (36,7%), в контрольной группе 2 женщины (6,7%), преждевременные роды у 7 беременных (23,3%), в контрольной группе у 2 беременных (6,7%), аномалии родовой деятельности 2 женщин (6,7%). Вследствие осложнений в исследуемой

группе было выполнено кесарево сечение 9 (30,0%) беременным женщинам, а в контрольной группе 2 женщинам (6,7%). Показанием к экстренному кесареву сечению была острая гипоксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод.

В контрольной группе родилось 10 младенцев: 6 мальчиков и 4 девочки. В ходе осмотра по шкале Апгар все новорожденные данной группы были оценены от 7-9 баллов. В исследуемой группе родились 20 младенцев: 9 мальчиков и 11 девочек. По шкале Апгар оценку 5 баллов получили 5 младенцев, 6 баллов − 4 новорожденных, 7 баллов − 6 новорожденных и 8 баллов − 5 младенцев.

В исследуемой группе были зарегистрированы случаи внутриутробного инфицирования плода и рождение ребенка с инфекционными заболеваниями: с пневмонией 3 случая (10,0%), с сепсисом 1 случай (3,0%); фетоплацентарной недостаточностью 4 случая (13,3%).

Выводы. На протяжении беременности беременным необходимо наблюдение в женской консультации, для исключения в дальнейшем риска септических осложнений для матери и плода.

Наиболее часто течение беременности у пациенток с воспалительными заболеваниями шейки матки осложняется угрожающими поздними выкидышами, что по сравнению с контрольной группой в 3 раза чаще.

Самым частым осложнением воспалительных заболеваний цервикального канала для женщины было преждевременное излитие околоплодных вод 11 (36,7%), а для плода внутриутробное инфицирование 8 (26,7%).

Список литературы.

1. Инфекционная патология влагалища и шейки матки у женщин со спонтанными преждевременными родами/ В.Ф. Долгушина [и др.]// Уральский медицинский журнал. 2017. № 1. С.62-64.

2. Курносенко, И.В. Инфекционная патология репродуктивного тракта у беременных женщин/ И.В. Курносенко, Долгушина В.Ф., Сандакова Е.А.// Человек. Спорт. Медицина. 2017. Т.17. № 1. С. 46-56.

3. Структура инфекционной патологии влагалища и шейки матки у женщин в I триместре беременности / Ю.С.Шишкова [и др.]// Современные проблемы науки и образования. 2018. № 1. С.69.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ Г. КУРЧАТОВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Коваленко Д.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − д.м.н. Иванова О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что, на сегодняшний день патология становления репродуктивной функции детей и подростков достигает высокой отметки, что способствует изучению данной проблемы с позиции влияния состояния репродуктивной системы матери на развитие половой системы и менструальной функции девочек. Согласно опубликованным данным, частота гинекологической патологии в детской популяции в Уфе составляет 15%, в Брянске до 50%; в Тульской области 89,2% девочек имеют гинекологическую патологию, а в Астане (Казахстан) этот показатель составляет 20% [3].

Говоря о патологии менструального цикла, необходимо вспомнить о норме. Диагностические критерии физиологического течения менструального цикла представлены в таблице 1 [1].

Таблица 1. Характеристики менструального цикла

Параметры	Описательные термины	Показатели
Интервал между менструациями (дни)	Короткий	<24 (>4 эпизодов за 90 дней)
	Нормальный	24-38. Допустимы колебания первые и последние 2 года от 20 до 60 дней. Более 60 % женщин имеют цикл 28 дней
	Длинный	>38 (1–2 эпизода за 90 дней)
Длительность менструального кровотечения (дни)	Длительная Нормальная Короткая	>8 3-8 <3
Ежемесячная менструальная кровопотеря (мл)	Обильная Нормальная Скудная	>80 До 80 <5

Закладка репродуктивной функции ребенка начинается с момента оплодотворения и особенно интенсивно протекает в ранние сроки беременности, а именно, в период плацентации и органогенеза. Не обратить внимание состояние репродуктивного здоровья матери, которые влияют на этот процесс – невозможно [2].

Первыми клиническими проявлениями неполноценности репродуктивной системы девочки является нарушение становления менструальной функции [3].

Целью исследования является изучение зависимости становления репродуктивной системы девочки от акушерско-гинекологического анамнеза матери.

Материалом послужили амбулаторные карты 50 девочек 2003-2008 годов рождения. Анализ проводился при помощи статистических методов исследования.

В результате анализ показал, что женщины с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (22%) родили девочек, у 8 из 11 (73%) которых менархе началось с 13 лет (75%), в 12 лет (12,5%), в 11 лет (12,5%). У 3 девочек (27%) менструация на сегодняшний день не наступила. 100% менструаций без патологии, регулярный цикл, интервал между менструациями 29±1 дней, длительностью менструального кровотечения 5±1 дней, ежемесячная менструальная кровопотеря составила 40±10 мл.

Женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом – 39 человек, из которых первобеременные, первородящие составляли 27 человек (69%), повторнобеременные повторнородящие – 10 (31%). Во всех случаях роды были срочные, через естественные родовые пути 35 случаев (90%), кесарево сечение – 2 (5%), щипцы – 2 (5%). В анамнезе женщины аборты встречались у 7 (18%), выкидыши – 12 (31%). У 9 матерей (23%) присутствовали экстрагенитальные патологии: хронический пиелонефрит – 4 (44%), хламидиоз – 2 (22%), токсоплазмоз – 2 (22%), хронический холецистит − 1 (16).

Наиболее часто встречаемые осложнения представлены в таблице 2.

Таблица 2. Осложнения течения беременности

I триместра	Кол-во	II триместр	Кол-во	III триместр	Кол-во
Токсикоз	11 (28%)	Угроза выкидыша	12 (31%)	Преэклампсия	11 (28%)
Угроза прерывания	9 (23%)	Анемия беременных	9 (23%)	Хроническая фетоплацентарная недостаточность	3 (8%)
Анемия беременных	3 (8%)	Отеки	3 (8%)	Угроза преждевременных родов	7 (18%)
		Отслойка плаценты	2 (5%)		

Течение родов осложнялось краевой отслойкой нормально расположенной плаценты в 2 случаях (5%), частичной отслойкой плаценты – 1 случай (2,5%).

Были рождены доношенные дети с оценкой по шкале Апгар 8/9 в 31 случае (79%). Перинатальные гипоксии встречались в 6 случаях, что составило 20,5%, наблюдалось 2 случая (5%) коньюгационной гипербилирубинемии, перенесенной в неонатальном периоде. Анализируя течение перинатального периода, чаще выявлено наличие перенесённой гипоксии девочками, у которых в последующем наблюдалось нарушение становления менструальной функции.

Менархе наступило у 19 девочек (48%). Из них у 4 началось в 11 лет (21%), у 13 − с 12 лет (68%), у 2 с 13 лет (11%). У 15 девочек (80%) цикл регулярный, интервал между менструациями составлял 29±1 дней, длительность кровотечения − 5 дней, ежемесячная менструальная кровопотеря в пределах нормы − 40±10 мл. У четырех девочек наблюдалось НОМЦ, олигоменорея, интервал между менструациями составлял 45±4 дней, длительность кровотечений − 3 дня, ежемесячная менструальная кровопотеря не более 5 мл.

Таким образом, при изучении состояния здоровья беременных женщин, особенностей течения антенатального периода, состояния здоровья детей при рождении прослеживается на всех этапах онтогенеза, существует достоверная взаимосвязь между состоянием здоровья матери и состоянием здоровья детей. Дети от здоровых матерей имеют наименьшее число отклонений в состоянии здоровья.

Список литературы.

1. Акушерство. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. 2016 г. Издательство: Гэотар-Медиа.

2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Савельева Г.М., Серов В.Н., Сухих Г.Т. 2017 г. Издательство: Гэотар-Медиа.

3. Хабаров С.В. Заболеваемость девочек-подростков по данным профилактических осмотров //Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии М., 2017. − С. 43-44.

ВЛИЯНИЕ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Колошук Г.В., Гайдукевич В.И.
Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – ассистент Семенцова С.В.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время отмечается рост частоты фибромиом матки у женщин в репродуктивном периоде. Современная тенденция деторождениея после 30 лет и старше, приводит к тому что беременность протекает на фоне миоматозных узлов тела матки. У данных пациенток повышается риск осложнений во время беременности и родов [2, 3]. По данным литературы около 20% пациенток с миомой страдает бесплодием. Возникновение бесплодия при миоме матки недостаточно изучено, но имеется прямая связь между этими заболеваниями, а миомэктомия достоверно повышает фертильность. После операций подобного плана на матке у бесплодных женщин беременность наступает в 60% случаев, а

в возрасте до 35 лет этот показатель достигает 75% [2]. Консервативная миомэктомия является операцией выбора, когда течение беременности осложняется некрозом миоматозного узла [1]. Выбор пути родоразрешения, в первую очередь зависит от размера, локализации и стадии дегенерации узлов. По данным литературы миома больших или гигантских размеров не является показанием к прерыванию беременности. Однако при наличии узлов подобного размера, методом выбора родоразрешения будет кесарево сечение в сочетании с последующей миомэктомией [4].

Целью исследования является установление влияния размеров миоматозных узлов на течение беременности и родов.

Материалы и методы: проведен анализ 65 историй беременности и родов пациенток репродуктивного возраста с миоматозными узлами в анамнезе за 2016-2017 годы. Возраст беременных составил от 20 до 50 лет.

Результаты и обсуждения. Наиболее часто фибромиомы матки были обнаружены у женщин в возрасте 30-34 лет (33,3%), а также 25-29 лет (31,3%). Наименьшая частота была отмечена в возрасте от 20 до 24 лет (6,3%). Паритет беременности: первая беременность была у 39,6% женщин, вторая в 29,2%, третья в 16,7%. Паритет родов первые роды были у 35,4% женщин, вторые у 33,3% женщин, третьи у 18,6%, 4 и более − у 12,5% женщин. Частота выкидышей впервые произошедших до наступления настоящей беременности 16,7%, два и более раза в 4,2% случаев.

При течении настоящей беременности методом родоразрешения являлось кесарево сечение в 100% случаев, которое сопровождалось выполнением последующего полостного реконструктивного хирургического вмешательства. Также в 18,8% была выполнена метропластика и в 10,4% − стерилизация. Послеродовой кюретаж полости матки по показаниям был проведен в 81,3%. При ревизии полости матки после выполнения кесарево сечения были обнаружены следующие виды миоматозных узлов: субсерозные – 26,2%, субсерозно-интрамуральные в 12,3%, субмукозные в 2,4%. Чаще всего обнаруживалось 3 узла различного строения − 66,7%, 1 в 22,9% и 2 в 2,1% случаев. Наиболее часто встречались узлы диаметром от 1 до 1,9см – 41,4%, 2-2,9см − 20,5%, 3− 3,9см − 12,1%, 4см и более 15,7%. У девяти пациенток были обнаружены узлы размером 5,5 − 6см. В 41,6% узлы располагались на задней стенке, 26,1% находилось на передней и 8,4% в области дна матки.

Исходы родов: дети родились живыми во всех случаях. Пол ребенка: 56,3% мальчиков и 43,8% девочки. Рост новорожденных 50-54см – 68,8%, 55-59 − 31,3%. Масса плода: 2500-2999г − 8,3%, 3000-3499г − 39,6%, 3500-3999г − 35,4%, 4000г и более − 16,7%. По шкале Апгар новорожденные получили оценку 8/8 баллов в 29,2%, а 8/9 балов 70,8%. В сроке от 240 до 249 дней родилось 2,1% детей, от 250 до 259 дней 6,3% детей, 260-269 дней − 22,9%, от 270 до 279 дней − 62,5%, 280 – 289 дней − 6,3%. Головное предлежание плода наблюдалось в 83,3%, ягодичное в 10,4%.

Наиболее частым осложнением течения беременности был гестоз у 31,3% беременных, а также фетоплацентарная недостаточность в 29,2%. Преждевременное излитие околоплодных вод произошло у 41,7% женщин.

Выявлена следующая экстрагенитальная патология: артериальная гипертензия у 2,1% женщин, ожирение в 79,2%, миопия легкой и средней степени тяжести в 29,2%, анемия легкой степени была отмечена у 29,2% беременных, кариес у 8,3%. Среди заболеваний почек преобладали: нефроптоз 1-2 степени у 14,6%, гидронефроз у 12,5%, мочекаменная болезнь у 6,3% женщин. Среди инфекционной патологии преобладали: кольпит 14,6%, уреаплазмоз 22,9%, кондиломатоз вульвы у 8,3%, гепатит С 6,3%.

Выводы. В результате проведенного анализа нами сделан вывод, что миоматозные узлы независимо от своего диаметра и количества не оказывают значительного влияния на развитие, вынашивание, состояние здоровья плода. Несмотря на это беременные с миомой тела матки составляют группу высокого риска, требующую тщательной прегравидарной подготовки, а ранняя диагностика миом матки и персонализированный подход к каждой беременной позволит пролонгировать беременность нередко до доношенного срока.

Список литературы.

1. Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петракова С.А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. № 6. С. 45-50.
2. Гинекология: учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 3-е изд., перераб. и доп. − М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. − 432 с.: ил.
3. Можейко Л.Ф. Современные аспекты этиопатогенеза и классификации миомы матки // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2013. № 1. С. 56-61.
4. Можейко Л.Ф., Лапотко М.Л., Карбанович В.О. Исходы беременности и родов у женщин с миомой матки // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2012. № 5. С. 389-391.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Королева Н.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пономарева Н.А.

Актуальность исследования. Плацентарная недостаточность до настоящего времени является одной из актуальных проблем акушерства. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности существенная доля принадлежит осложнениям, связанным с хронической плацентарной недостаточностью (ХПН).

В основе патогенеза плацентарной недостаточности лежат нарушения маточно-плацентарного, плодово-плацентарного кровотока [2], а также

нарушения метаболической, трофической, гормональной функции плаценты, вызванные различными патологическими состояниями организма беременной женщины [1].

Развитие современной перинатологии привело к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода. Среди них ведущее значение принадлежит ХПН, которая, будучи частым осложнением беременности (от 14 до 22%), сопровождается гипоксией и внутриутробной задержкой роста плода [3, 5], ведущим к нарушению развития или повреждению его центральной нервной системы. Всё это, в зависимости от тяжести плацентарной недостаточности, ведёт к снижению адаптации в раннем неонатальном периоде, а в дальнейшем приводит к нарушению психомоторного и интеллектуального развития ребёнка [4].

Целью исследования была оценка перинатальных исходов при хронической плацентарной недостаточности различной степени тяжести.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили женщины, находящиеся в ОБУЗ "Областной перинатальный центр" города Курска. Из общего количества всех женщин, находящихся на лечении в отделении патологии беременных с сентября по декабрь 2018 года, были обследованы 30 пациенток, из которых у 20 женщин был поставлен диагноз хронической плацентарной недостаточности (стадия субкомпенсации и декомпенсации) − эти женщины вошли в состав первой группы. Контрольную группу (вторую) составили 10 беременных, в которую вошли пациентки с компенсированной формой ХПН. Для анализа выбранной категории беременных использовались: клинико-анамнестический метод исследования, ультразвуковое исследование плода (аппаратом «Aloka-1200»), кардиотокография (аппаратом Sonicaid TEAM Care), анализ исходов беременности и родов. По результатам проведенного исследования составлены анкеты и с учётом статистических методов исследования (группировка и сводка материалов наблюдения, составление таблиц, вычисление статистических показателей, составление графиков) проведена оценка перинатальных исходов при хронической плацентарной недостаточности различной степени тяжести. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения. Из анамнеза установлено, что все женщины первой группы болели ОРЗ и ОРВИ. У 19 из 20 женщин (95,0%) была ветряная оспа. Одна из них (5,0%) заболела во время беременности. Ангиной переболело 5 (25,0%) женщин; краснухой, корью и скарлатиной 2 (10,0%) женщины; болезнью Боткина и хламидиозом 4 из 20 женщин (20,0%).

Среди женщин 1 группы наблюдались хронические экстрагенитальные заболевания: 5 из 20 женщин (25,0%) наблюдался гастрит, у 6 (30,0%) − тонзиллит, пиелонефрит у 4 (20,0%) женщин, ринит и холецистит у 2 из 20 (10,0%) женщин, гастродуоденит и панкреатит у 1 из 20 женщин (5,0%), пролапс митрального клапана первой степени у 3 женщин из 20 (15,0%) [5].

Среди воспалительных заболеваний органов женской репродуктивной системы 1 группа женщин была подвержена хроническому цервициту у 6 (30,0%) беременных, кольпит у 2 из 20 женщин (10,0%).

Из 19 женщин первой группы с субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточности − у 17 (89,5%) проводилась операция кесарево сечения; естественный роды наблюдались у 2 женщин (10,5%). При этом, 16 детей (84,2%) родились раньше срока, трое (15,8%) в срок. Детям при рождении выставляли 6 баллов по шкале Апгар с последующим увеличением количества баллов и переводом в детское отделение.

Лишь одной женщине (5,0%) из первой группы при беременности ставили диагноз декомпенсированной формы фетоплацентарной недостаточности. Ребёнок родился недоношенным (на 34-35 неделе), путем операции кесарево сечения. По шкале Апгар получил 4 балла. После родов ребёнок был переведен в отделение реанимации новорожденных и подключен к аппарату искусственной вентиляции легких.

Все беременные с компенсированной формой ХПН болели ОРЗ и ОРВИ. У 10 из 10 (100,0%) была ветряная оспа. Ангиной переболело 4 (40,0%) женщин; краснухой, корью и скарлатиной 3 женщины из 10 (30,0%); болезнь Боткина и хламидиоз пациентки отрицают.

Женщины второй группы перенесли следующие экстрагенитальные заболевания: у 4 из 10 женщин (40,0%) наблюдался гастрит, у 2 из 10 (20,0%) тонзиллит, пиелонефрит у 1 (10,0%) женщины, ринит и холецистит у 1 из 10 женщин (10,0%).

Пациентки 2 группы отмечали хронический цервицит в 1 из 10 случаев (10,0%).

Беременные второй группы (с компенсированной формой плацентарной недостаточности) рожали через естественные родовые пути. При этом, недоношенная беременность наблюдалась у 1 из 10 исследуемых женщин (5,0%); у 9 женщин (45,0%) роды проходили в срок. Детям при рождении выставляли 8-9 баллов по шкале Апгар с последующим увеличением количества баллов и переводом в детское отделение.

При проведении пренатального скрининга и определении уровня β-ХГЧ (бета-хорионический гонадотропин человека) и PAPP-A (Pregnancy-associated Plasma Protein-A) у беременных, входящих в первую группу исследования, данные показатели равнялись 0,3-0,4 мМЕ/мл; а у женщин второй группы исследования 0,7-1,0 мМЕ/мл, при норме в 0,5-1,5 мМЕ/мл.

Выводы. Таким образом, компенсированная форма плацентарной недостаточности является наиболее благоприятной для течения беременности, родов и здоровья ребёнка. Дети рождаются в срок, с оптимальным количеством баллов по шкале Апгар (8-9 баллов), массой и ростом в соответствии с нормой.

Субкомпенсированная форма плацентарной недостаточности характеризуется более тяжелым течением беременности, родов и здоровьем ребёнка, по сравнению с компенсированной ХПН. При этом, дети рождаются раньше срока, по шкале Апгар при рождении имеют 6 баллов. Масса и рост таких детей ниже, чем детей, матери которых не имели осложнений беременности.

Декомпенсированная форма плацентарной недостаточности имеет самое неблагоприятное течение беременности, родов и здоровья ребёнка. Дети

рождаются недоношенными (34-35 недель), путём операции кесарево сечения, получают малое количество баллов по шкале Апгар (4 балла). Такие дети попадают в реанимационное отделение.

Список литературы

1. Быстрицкая, Т.С. Плацентарная недостаточность. – М.: МИА, 2015. − 105 с.
2. Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю Патогенетические этапы функционирования гемодинамической системы мать – плацента – плод при перинатальных гипоксически – ишемических повреждениях плода // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. № 5. С. 13-17.
3. Клычева О.И., Хурасева А.Б. Сравнительный анализ фармакологической эффективности ангиопротекторных препаратов в терапии синдрома задержки роста// Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2017. № 3.
4. Новикова, С.В. Компенсаторные механизмы развития плода в условиях плацентарной недостаточности. − М.: Медкнига, 2015. − 298 с.
5. Синдром задержки роста плода / Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В., Белоцерковцева Л.Д., − М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кращенко А.А., Коростелева Е.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – ассистент Коростелева Е.С.

Актуальность исследования состоит в том, что миома матки является широко распространенным заболеванием женской половой системы, оказывающим непосредственное влияние на репродуктивное здоровье и снижающим качество жизни женщины. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» данной патологии.

Миома матки – доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки [1].

В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных процессов матки и ее придатков. Миома матки диагностируется у каждой 4-5-й женщины [3, 4]. После 30 лет риск возникновения миомы матки возрастает до 76-80%. У пациенток позднего репродуктивного возраста частота миомы матки составляет 25-35%, а в перименопаузальном периоде 60% и более [2].

Целью исследования является изучение особенностей гинекологического и соматического анамнеза у женщин с миомой матки.

Материалы и методы: исследование было выполнено на базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» в период с сентября 2018 годв по март 2019 года. В исследование включены 37 пациенток в возрасте от 36 до 67 лет (средний возраст – 52,3±5,7 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении оперативной гинекологии ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом». С помощью разработанной нами индивидуальной карты в ходе исследования были изучены данные о гинекологическом, акушерском анамнезе, экстрагенитальной патологии, семейном анамнезе. Для статистической обработки использовались программы MS Excel 2013 и STATISTICA 10,0.

Критерии включения в исследование:

− женщины, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом миома матки;

− согласие пациенток принять участие в исследовании.

Критерием исключения из исследования пациенток являлся отказ от участия в исследовании.

Результаты и обсуждения. Большинство женщин (62,2%) состояли в зарегистрированном браке, в гражданском браке состояли 21,7% пациенток, одиноких – 16,1% из всех опрошенных женщин. Все обследованные имели удовлетворительное материальные и жилищные условия. Образование у пациенток было преимущественно высшее (83,7%).

Сопутствующая экстрагенитальная патология встречалась у 75,6% (28) женщин. Заболевания сердечно-сосудистой системы диагностированы у 27% (10) пациенток (80% (8) – гипертоническая болезнь, 20% (2) – варикозная болезнь вен нижних конечностей). Заболевания мочевыводящей системы выявлены у 16,2% (6) (66,7% (4) – хронический цистит, 33,3% (2) – хронический пиелонефрит), заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит) у 13,5% (5) женщин, дыхательной системы – 8,1% (3) (66,7% (2) – хронический бронхит, 33,3% (1) – бронхиальная астма), эндокринной системы (узловой зоб щитовидной железы) – 8,1% (3) и у 2,7% (1) пациентки была выявлена постгеморрагическая анемия на фоне менометроррагии.

Анализируя данные о менструальной функции выяснено, что средний возраст менархе составил 12,7±0,98 лет. Средняя длительность менструации в группе исследуемых составила 5,6±0,67 дней, а средняя продолжительность менструального цикла 28,5±0,64 дня. Нарушения менструальной функции в анамнезе было у 24,3% (9) женщин (55,6% (5) пациентки имели нерегулярный менструальный цикл, 44,4% (4) – аномальные маточные кровотечения). У 40,5% (15) опрошенных женщин наблюдались болезненные менструации.

При сборе анамнеза выявлено, что у 37,8% (14) женщин в качестве метода контрацепции отдавали предпочтение внутриматочной контрацепции, их них 21,4% (3) была установлена внутриматочная рилизинг-система «Мирена». Барьерный метод контрацепции использовали 27% (10) женщин, 21,6% (8) – прерванному половому акту, 13,5% (5) – гормональной контрацепции.

Отягощенный гинекологический анамнез имела 56,8% (21) пациентка. При этом хронические воспалительные заболевания половых органов (хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит) были диагностированы у 52,4% (11) женщин, гиперпластические процессы (полип эндометрия, аденомиоз) выявлены у 23,8% (5). Патологию яичников имели 23,8% (5) женщин (40% (2) – эндометриоидные кисты, 20% (1) – дермоидная и 20% (1) – цистаденома). Гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание по поводу полипа эндометрия была выполнена 60% (3) пациенткам. У 59,5% (22) женщин прослеживалась наследственная предрасположенность к развитию миомы матки со стороны родственников первой линии.

Анализируя данные акушерского анамнеза было выявлено, что 51,4% (19) женщин рожали с помощью кесарева сечения, 37,8% (14) через естественные родовые пути, 10,8% (4) женщины не рожали. Медицинский аборт в анамнезе был у 72,9% (27) женщин: один аборт у 16,2% (6) женщин, два аборта у 13,5% (5), три и более аборта выявлены у 43,2% (16) женщин. Самопроизвольное прерывание беременности до 12 недель было в анамнезе у 16,2% (6) пациенток. У 33,4% (2) пациенток самопроизвольный выкидыш закончился выскабливанием полости матки.

Миома матки была выявлена более 5 лет назад у 75% (24) пациенток, менее 5 лет у 25% (13) женщин. Из них 29,7% (11) женщин регулярно наблюдались у гинеколога: 72,8% (8) – вводилась ЛНГ ВМС «Мирена», 27,3% (3) – принимали агонисты гонадотропных рилизинг-гормона. Быстрорастущая миома матки наблюдалась у 43,2% (16) пациенток.

Бессимптомное течение миомы матки наблюдалось у 18,9% (7) пациентки, ноющие боли в поясничной области и внизу живота беспокоили 24,3% (9) пациенток, длительные и обильные менструации беспокоили 56,8% (21) женщин.

Смешанная миома матки диагностирована у 48,6% (18) женщин, интерстициальная миома – у 29,7% (11), соответственно у 21,6% (8) пациентки субсерозная миома матки.

Надвлагалищная ампутация матки была выполнена 43,2% (16) женщинам, экстирпация матки – 35,1% (13), консервативная миомэктомия – 21,6% (8). Операция с помощью лапаторотомии была выполнена 56,8% (21) женщинам, лапароскопия – 40,5% (15).

Выводы. Таким образом, факторами, способствующими развитию миомы матки, можно считать возраст старше 35 лет, наследственная предрасположенность, гиперпластические и хронические воспалительные процессы половых органов, медицинские аборты. Полученные результаты исследования указывают на необходимость проведения профилактических мер, а также своевременной диагностики и лечения миомы матки.

Список литературы.
1. Адамян Л.В., Андреева Е.В., Артымук Н.В. и др. Клинические рекомендации: Миома матки. 2016. 49с.
2. Ищенко А.Н., Кудрина Е.Г., Станоевич И.С. Доброкачественные пролиферативные заболевания матки: социальные аспекты проблемы // Врач. 2008. № 8. С.14–16.
3. Кондратович Л.М. Современный взгляд на этиологию, патогенез и способы лечения миомы матки // Российский медицинский журнал. 2014. № 5. С. 36–40.
4. Ткачев В.А., Евтушенко Д.И. Органосохраняющие операции на матке и репродуктивное здоровье женщины // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011. Т. 9, № 4. С. 62–68.

СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Кулакова М.В., Алексашкина К.А., Елагина К.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Иванова О.Ю.

Актуалльность исследования. Преэклампсия является одной из главных причин заболеваемости и смертности матери и плода, осложняет течение беременности в 2,8% случаев. Более 50% беременностей, осложненных ПЭ, заканчиваются преждевременно с рождением плода с низкой массой и перинатальными ишемически-гипоксическими повреждениями. В современной науке рассматриваются вопросы патогенеза развития преэклампсии, ее прогнозирования и профилактики. Неравномерная продукция проангиогенных и ангиогенных факторов роста приводит к ишемическим изменениям в хорионе, к нарушению процессов инвазии трофобласта, развитию локальной, а затем генерализованной дисфункции эндотелия, которая и определяет клиническую картину преэклампсии [1]. Помимо этого, недостаточная инвазия трофобласта в стенки спиральных артерий приводит к снижению кровенаполнения межворсинчатого пространства и, соответственно к изменению характеристик венозного компонента пуповинного и плодового кровотока, которые обеспечивают кровоснабжение эмбриона и плода оксигенированной кровью [2]. Подавляющее большинство публикаций, посвященных гемодинамическим предикторам ПЭ, рассказывают об особенностях артериального кровотока в системе мать-плацента-плод. Существующие исследования по изучению венозной гемодинамики дают возможность прогнозировать хромосомные аномалии плода, но раскрывают в основном качественный, а не количественный характер кровообращения [3]. Для тяжелой преэклампсии крайне важно описание количественных

характеристик кровообращения, поскольку, именно они в большей степени приводят к критическим нарушениям и повреждениям плода [4].

Целью исследования является изучение количественных характеристик кровообращения в венозном протоке плода в динамике беременности, осложненной тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы: в исследование участвовали 12 женщин репродуктивного и позднего репродуктивного возраста, родоразрешенных на 22-27, 28-34 и 37-40 неделе беременности в связи с тяжелой преэклампсией. Все женщины дали информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных. Степень тяжести ПЭ устанавливалась в соответствии с клиническими рекомендациями «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» от 16 мая 2016 года. В процессе исследования проведен анализ венозного кровотока по результатам трех скринингов на 11-14, 18-21 и 30-34 неделе беременности. Изучение венозного кровотока плода проводилось на базе ОБУЗ «Областной перинатальный центр» города Курска аппаратом Voluson E8 (США). Измерялась скорость кровотока в систолу (S), диастолу (E) желудочков сердца, а так же в фазу поздней диастолы (A). Проводилось вычисление независимых индексов – индекса резистентности вен и пульсационного индекса вен. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Повторнородящие составили 50%, из которых у 1/3 в анамнезе имелись аборты. Анализ соматического анамнеза показал, что у беременных с тяжелой ПЭ значительно чаще ($p \leq 0,05$) отмечалась экстрагенитальная патология, в сравнении со здоровыми женщинами, представленная такими эндотелийзависимыми заболеваниями как метаболические нарушения (избыточная масса тела 50%, ожирение I степени 50%); гестационный сахарный диабет 16,67%; артериальная гипертензия III ст. 33,33%.

У всех обследуемых женщин были выявлены признаки фетоплацентарной недостаточности, в стадии субкомпенсации, с проявлениями внутриутробной гипоксии плода в 100% случаев, синдром задержки развития плода в 100% случаях. Все пациентки были досрочно родоразрешены в экстренном порядке путем операции Кесарево сечение, 80% из них на сроках 22-27, 28-34 недели и 20% в 37-40 недель.

Дети, рожденные на 22-27 неделе беременности, отличались гипоксией средней степени выраженности, это отражено низкой оценкой по шкале Апгар 6±1 баллов на первой и 6 баллов на пятой минуте, и низкой массой плода 680±156 г. Для детей, рожденных на 28-34 неделе беременности оценка по шкале Апгар составила 6±1 и 7 баллов, масса плода 1823±227 г, для 37-40 недели беременности 6±1 и 7 баллов и масса плода 3160±361 г.

Морфологическое исследование плацент выявило, что малая масса плаценты отмечается в 83,33% препаратов, парацентральное прикрепление в 50%, гиповаскулярное строение с фиброзом в 83,33%. Характерны были признаки воспаления, из них базальный децидуит в 16,67%; очаговый виллузит в 16,67%; серозный внеплацентарный амнионит в 33,33%; интервиллузит в

16,67%. У исследуемых женщин на 22-27 неделе беременности определяются кровоизлияния в межворсинчатых пространствах, с участками тромбоза, компенсаторные механизмы отсутствовали.

Исследование гемодинамики венозного протока для группы женщин родоразрешенных на 22-27 неделе беременности показало: ухудшение гемодинамики плода на 5,52%, что отражалось в изменении показателя пульсационного индекса с 1,81±0,03 до 1,91±0,02. Индекс резистентности венозного протока изменялся с 0,91±0,02 до 0,92±0,02.

В группе женщин родоразрешенных на 28-34 неделе беременности изменения составили 5.98%, показатель пульсационного индекса менялся с 1.84±0,09 до 1.95±0,03. Индекс резистентности для данной группы варьировал с 0,87±0,07 до 0,92±0,03.

На 37-40 неделе беременности были родоразрешены две женщины, по результатам трех скринингов выявлено: увеличение пульсационного индекса на протяжении всей беременности с 1,92±0,03 до 1,99±0,01 , что в процентном отношении составляет 3,65%. Индекс резистентности аналогично увеличивался с 0,89±0,04 до 0,93±0,02.

Выводы. Все женщины, беременность которых осложнилась тяжелой ПЭ страдали соматической патологией, имелся ОАГА и эндотелийзависимые заболевания. 100% женщин имели признаки фетоплацентарной недостаточности с признаками гипоксии плода и были досрочно родоразрешены путем операции Кесарево сечение. У новорожденных в раннем неонатальном периоде отмечались гипоксически-ишемические нарушения. При исследовании венозной гемодинамики плода выявлено: ухудшение кровотока с увеличением срока беременности, что отражалось в увеличении пульсационного индекса для всей исследуемой группы. Таким образом, исследование кровообращения венозного протока плода в динамике беременности позволит прогнозировать развитие преэклампсии и соответственно проводить своевременное родоразрешение.

Список литературы.

1. Айламазян Э.К., Репина М.А. Материнская смертность вследствие эклампсии – чему можно научиться? // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. № 62. С.3-5.

2. Гребенник Т.К., Павлович С.В. Возможности прогнозирования преэклампсии. Акушерство и гинекология. 2011. № 4. С. 17-21.

3. Зарипова Л.Р., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гондаренко А.С. Прогнозирование и ранняя диагностика преэклампсии. Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». 2012. № 6. С. 15-22.

4. Кокрановское руководство: Беременность роды / под ред. Г. Т. Сухих; пер. с англ. – М.: Логосфера, 2010. – 410 с.

СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В ВЕНОЗНОМ ПРОТОКЕ ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Кулакова М.В., Алексашкина К.А., Елагина К.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Иванова О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что ПЭ является одним из наиболее тяжелых и трудно прогнозируемых осложнений гестационного процесса. Более 50% беременностей, осложненных умеренной ПЭ, заканчиваются преждевременно с рождением плода с низкой массой и перинатальными ишемически-гипоксическими повреждениями [1]. Вектор современных научных изысканий направлен на вопросы патогенеза развития данного состояния, возможности его прогнозирования и профилактики. При развитии умеренной преэклампсии происходит патологическая плацентация, в основе которой лежит неравномерная продукция проангиогенных и ангиогенных факторов роста, приводящая к ишемическим изменениям в хорионе, к нарушению процессов инвазии трофобласта, развитию локальной, а затем генерализованной дисфункции эндотелия, которая и определяет клиническую картину преэклампсии [2]. Помимо этого, недостаточная инвазия трофобласта в стенки спиральных артерий приводит к снижению кровенаполнения межворсинчатого пространства и, соответственно к изменению характеристик венозного компонента пуповинного и плодового кровотока, которые обеспечивают кровоснабжение эмбриона и плода оксигенированной кровью [3]. Существующие исследования венозной гемодинамики, раскрывают аспекты прогнозирования хромосомных аномалий плода, с преимущественным описанием качественного (наличие или отсутствие реверсного кровотока в венозном протоке плода), а не количественного характера кровообращения.

Целью исследования является: оценка состояния кровотока в венозном протоке плода в динамике беременности, осложненной умеренной преэклампсией.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 34 женщины репродуктивного возраста, родоразрешенных на 34-37 и 37-40 неделе беременности в связи с умеренной преэклампсией. Степень тяжести ПЭ устанавливалась в соответствии с клиническими рекомендациями «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» от 16 мая 2016 года. В динамике беременности (на сроках 11-14, 18-21, 30-34 недели) оценивался кровоток в венозном протоке. Обследование беременных включало допплерометрическое исследование гемодинамики венозного протока плода с оценкой скорости кровотока в систолу (S), диастолу (E) желудочков сердца, а также в фазу поздней диастолы (A), с автоматическим подсчетом индекса резистентности вен и пульсационного индекса вен.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel, «Статистика». Достоверность различия для зависимых и независимых выборок между двумя средними оценивалась по t-критерию Стъюдента. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считаются достоверными при $p<0,05$.

Возраст пациенток в исследуемой группе колебался от 18 до 43 лет. Первобеременные составили 41% (14 женщин), повторнобеременные первородящие – 11% (4 женщины), а повторнородящие – 48% (16 женщин).

После оценки анамнеза выявлено, что у беременных с ПЭ отмечалась различная экстрагенитальная патология, представленная хронической артериальной гипертензией у 25,8% женщин, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии у 13,33% женщин. Гестационным сахарным диабетом страдали 6,67% женщин, у 100% имелся избыток массы тела.

При анализе течения предыдущих беременностей и родов отмечено, что клинические проявления ПЭ умеренной степени имели 14,7% (5женщин).

На сроке 28-31 недель были зарегистрированы первые клинические симптомы ПЭ умеренной степени в виде отеков нижних конечностей с последующим присоединением гипертензии через 2-3 недели.

Задержка роста плода и плацентарная недостаточность диагностированы у 52% женщин. Вес плода при рождении на 37-40 неделе беременности составил 3462±214 г; на сроке 34-37 недели беременности 1990±187 г. Оценка по шкале Апгар детей рожденных на сроке 37-40 недель на первой минуте 6±1; на пятой минуте 7 баллов. Для детей, рожденных на сроке 34-37 недель на первой минуте 6±1; на пятой минуте 7 баллов.

Родоразрешение в виде КС было применено для 7 женщин, что составляет 20,5%, остальные 79,5% были родоразрешены естественным путем.

Показатели средней скорости кровотока для всей исследуемой группы на этапе первого скрининга (11-14 недель) составили 35,8±4,6см/с. В период, соответствующий завершению второй волны инвазии трофобласта (18-24 недели) и в начале третьего триместра (30-34 недели) средняя скорость кровотока составляла 42,4±4,3см/с и 59,6±3,8см/с соответственно. Величина индекса резистентности вен для группы женщин, родоразрешенных на 37-40 неделе беременности, на этапе первого скрининга составила 0,78±0,01, второго и третьего скринингов - 0,79±0,02 и 0,83±0,02 соответственно. Для группы женщин, родоразрешенных на 34-37 неделе беременности, динамика показателей индекса резистентности вен составила 0,80±0,01; 0,81±0,02 и 0,83±0,02 соответственно. Вычисление пульсационного индекса вен выявило аналогичную тенденцию: ПИВ при беременности, осложнённой умеренной ПЭ составил 1,85±0,02; 1,88±0,01 и 1,84± 0,03 соответственно.

Выводы. Исследование гемодинамики венозного протока плода при беременности, осложненной умеренной ПЭ выявило уменьшение средней скорости кровотока венозного протока плода в зависимости от увеличения срока гестации и степени тяжести преэклампсии на 18,44% и на 40,57%. Для группы женщин родоразрешенных на 37-40 неделе беременности с каждым последующим скринингом увеличивался индекс резистентности на 6,41%, что

указывает на снижение интенсивности кровотока. Для группы женщин, родоразрешенных на 34-37 неделе беременности индекс резистентности увеличивался на 3,75%, что так же, характеризует ухудшение интенсивности кровотока. Динамическое изучение кровотока в венозном протоке плода может быть использовано как маркер прогнозирования ПЭ.

Список литературы.

1. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К.Айламазяна. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014. – 1200 с.

2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с.

3. Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян; под ред. В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 536 с.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЗУС-КОНФЛИКТА НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Лепшеева А.Ю

Курский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель − д.м.н. профессор Пономарева Н.А.

Актуальность исследования. На данный момент иммунизация по Rh-фактору беременных и родильниц является определяющим показателем перинатальной смертности, заболеваемости, инвалидизации детей [1, 2]. Хоть в настоящее время достигнут определенный прогресс в профилактике, однако гемолитическая болезнь новорожденных имеет важное практическое значение, так как остается наиболее тяжело устранимой причиной бездетного брака. Достоверно установлено, что резус-несовместимость встречается в 19% всех супружеских пар [3]. Многочисленные исследования показали, что иммунизация проводится только у одной из 15-30 резус-отрицательных женщин, при этом после родов сенсибилизация развивается в 11% случаев, после искусственного прерывания беременности в 14,3%, после самопроизвольного выкидыша − в 6%. В настоящее время до конца не выявлены причины, из-за которых у одних беременных появляются изоантитела во время беременности и не появляются у других; у новорожденных, рожденных от матерей имеющих изосенсибилизацию, развивается гемолитическая болезнь, а другие остаются почти здоровыми и наконец, у одной и той же женщины одна беременность заканчивается внутриутробной гибелью плода или рождается ребенок с отечной формой гемолитической болезни, а следующая − лишь с незначительными проявлениями гемолитической болезни новорожденных (ГБН) [4].

Для профилактики при отсутствии резус-изоиммунизации у беременной на сроке 28 недель проводится антенатальная профилактика-внутримышечное введение одной дозы анти-Rh (D)-иммуноглобулина.После родов при резус-положительной крови новорожденного проводится специфическая профилактика резус-изоиммунизации путем внутримышечного введения анти-Rh (D)-иммуноглобулина [5].

Цель исследования − отобрать группу женщин, которые нуждаются в обязательной профилактике резус-конфликта на сроке 28 недель беременности.

Материалы и методы: объектом исследования послужили беременные женщины, находящиеся в ОБУЗ "Курский городской клинический родильный дом". Из общего количества всех женщин, находящихся на лечении в отделении патологии беременных с сентября по декабрь 2018 года, были выбраны 12 женщин с Rh-отрицательной группой крови.

В работе были использованы такие методы как: клинико-анамнестический метод, общепринятое акушерское обследование, УЗИ фето-плацентарного комплекса с обращением внимания на УЗИ-симптомы Rh-конфликта, доплерометрическая оценка скорости кровотока в средней мозговой артерии плода и корреляционный анализ.

Статистический анализ осуществлялся с применением программ Statistica 6.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p=0,05.

Результаты и обсуждения. В результате нашего исследования было выявлено, что 5 беременных женщин (43,1%) относились к возрастной категории 31-35 лет, 2 женщины относились к возрастной категории до 20 лет (18,0%), еще 2 женщины относились к категории 21-25 лет (16,2%), а также 2 женщины относились к категории старше 35 лет (19,4%) и 1 женщина относилась к категории 26-30 лет (8,0%). Все исследуемые беременные женщины хоть раз в жизни болели ОРЗ и ОРВИ. Ангиной переболело 5 женщин (37,0%), краснуху перенесла одна пациентка (11,0%), болезнь Боткина перенесла 1 женщина (10,0%) и заболевания мочеполовых путей перенесли 7 пациенток (47,0%). У всех женщин наблюдались хронические заболевания, не связанные с патологией репродуктивной системы женщины, но наносящие вред её здоровью (рисунок1).

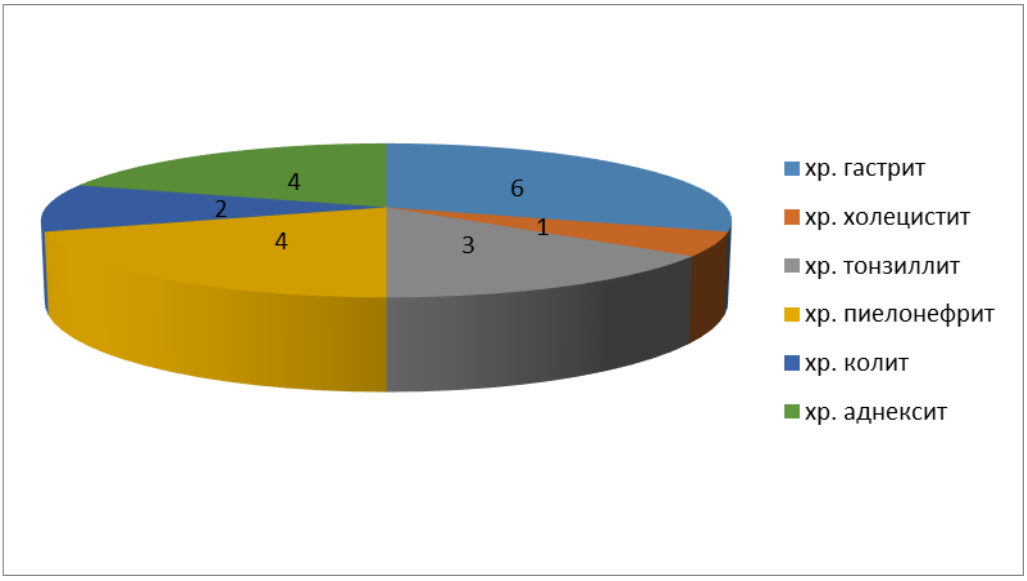


Рисунок 1. Перенесенные экстрагенитальные заболевания у беременных с Rh (-)

12 исследуемых родивших женщин имели отрицательный резус-фактор. При этом 12 предполагаемых отцов их детей имели положительный резус-фактор. Было выявлено, что при увеличении количества беременностей, увеличивается родоразрешение путем кесарева сечения и происходит увеличение процента реализации резус-конфликта. Что касается вредных привычек, то из всех исследуемых беременных злоупотребляют курением 4 женщины (25%), а 75% (12 женщин) хоть раз употребляли алкоголь, наркотические вещества никто из пациенток не употреблял.

Выводы. Для женщин, имеющих ранний и поздний репродуктивный возраст, отягощенный акушерский анамнез, воспалительные процессы, высокий процент экстрагенитальной патологии, высокую частоту медицинских, абортов, особенно у первородящих, рекомендуется проведение обязательной профилактики резус-конфликта, как на сроке 28 недель, так и после беременности.

Список литературы.

1. Айламазян Э.К., Михайлов А.В. Кордоцентез: Четырехлетний опыт применения в целях пренатальной диагностики заболеваний плода. // В кн.: Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. − М. – 2017. − Т.Ш. − С. 47-50.

2. Кулаков В.Н., Серов В.Н. и др. Изосенсибилизация и иммуноконфликт в акушерстве. В кн.: Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии.
− М.: «МИА». − 2016. − С. 204-215.

3. Резус-сенсибилизации. Гемолитическая болезнь плода: клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации. − Санкт-Петербург, 2015.

4. Савельева Г.М. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. В кн.: Акушерство. – М, 2017. − С. 432-443.

5. Сидельникова В.М., Антонова В.Г. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. «Триада-Х». − 2012. − С. 302.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ И ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Меркулова А.Г.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунёва И.С.

Актуальность исследования. Несмотря на достаточно большое количество современных диагностических методов, разработанных в акушерстве, проблема пролонгированной и переношенной беременности остается весьма актуальной. Доля женщин в Российской Федерации с переношенной и пролонгированной беременностью составляет 7,5-10,2% [1]. Причинами развития данной патологии могут служить перенесенные детские инфекционные заболевания (ветрянная оспа, корь, краснуха и т.д.), инфантилизм, экстрагенитальная патология, нарушение менструальной функции [3]. Течение родов зачастую осложняется ранним и преждевременным излитием околоплодных вод, слабостью родовой деятельности, гипоксией плода, возникновением клинического несоответствия между размерами головки плода и таза матери, родовым травматизмом [2].

Перенашивание и пролонгирование беременности означает запоздалое развитие родовой деятельности. Различают истинное (биологическое) перенашивание беременности и мнимое (хронологическое), которое называется пролонгированным. Биологическое перенашивание продолжается более 294 дней и заканчивается рождением ребенка с синдромом Беллентайна-Рунге: мацерация кожи, уменьшение или отсутствие сыровидной смазки, истощение подкожно-жировой клетчатки, крупные размеры ребенка, длинные ногти на руках, плотные поски и узкие швы черепа, уменьшение размеров родничков, зеленоватое окрашиваение кожных покровов новорожденного, пуповины, плодных оболочек. Пролонгированной считается беременность, которая продолжается более 294 дней, но заканчивается рождением доношенного и функционально зрелого ребенка без признаков переношенности [3].

Цель исследования − изучить особенности течения пролонгированной и переношенной беременности.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 18 женщин в возрасте от 20 до 42 лет со сроком гестации 41,2±0,3 недель, находившиеся в ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» в период с сентября по декабрь 2018 года. Исследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли женщины с истинным перенашиванием беременности (4), во вторую группу – с пролонгированной беременностью (14). Методы исследования: сбор клинико-анамнестических данных, анализ течения

беременности и ее исходов. Статистическая обработка полученных данных проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения. Средний возраст беременных, вошедших в первую группу, составил 31,4±3,6 год. Первобеременными являлись 25,0% (1) женщин; первородящими − 75,0% (3) пациенток.

Всего беременностей у исследуемых женщин было 11. Из них 6 беременностей (54,5%) закончились рождением здорового доношенного ребенка, 3 беременности (27,3%) – самопроизвольным выкидышем, 2 беременности (18,2%) – медицинским абортом.

При анализе экстагенитальных заболеваний все женщины (100,0%) имели хронические заболевания: хронический гастрит наблюдался у 2 пациенток, хронический пиелонефрит – у 1 женщины, микроинсульт – у 1 женщины, псориаз – у 1 пациентки и гемангиома печени – у 1 беременной.

Частота отягощенного гинекологического анамнеза, обусловленного апоплексией яичника, синдромом поликистозных яичников, миомой матки, кистами яичников составила 100,0%. Нарушения менструально-овариального цикла отмечается у 75,0% (3) женщин. Наиболее часто отмечается альгоменорея – 75,0% (3).

Течение беременности осложнялось в 100% (4) случаях. Из них наиболее частыми осложнениями являлись: антенатальная гипоския плода – 75,0% (3); преэклампсия умеренной степени – 25,0% (1); фето-плацентарная недостаточность – 50,0% (2). При ультразвуковом исследовании у 25,0% (1) было выявлено маловодие.

Из всех исследуемых первой группы родоразрешение естественным путём было у 1 пациентки (25,0%), а оперативное родоразрешенеие наблюдалось у 3 женщин (75,0%).

Всего рождено 4 детей (100,0%), из них живых – 4 (100,0%). Средний вес новорожденных составил 4374,5±215,2 г, рост – 54,3±2,7 см. Оценку по шкале Апгар на первой минуте при рождении имели 5-6 баллов – 3 ребенка (75,5%), 6-7 баллов – 1 новорожденный (25,0%).

Средний возраст женщин, вошедших во вторую группу, составляет 28,4±2,1 лет. Первобеременными являлись 42,9% (6) женщин; первородящими − 64,3% (9) пациенток.

Всего беременностей у исследуемых женщин было 26. Из них 17 беременностей (65,4%) закончились рождением здорового доношенного малыша, 6 беременностей (23,1%) – самопроизвольным выкидышем, 3 беременности (11,5%) – медицинским абортом.

При анализе экстагенитальных заболеваний 5 (35,7%) женщин имели хронические заболевания: хронический гастрит наблюдался у 3 пациенток (21,4%), хронический бронхит – у 1 женщины (7,1%), хронический пиелонефрит – у 1 беременной (7,1%).

Частота отягощенного гинекологического анамнеза, обусловленного апоплексией яичника, синдромом поликистозных яичников, миомой матки, кистами яичников составила 35,7%. Нарушения менструально-овариального

цикла отмечается у 57,1% (8) женщин. Из них у 21,4% (3) исследуемых наблюдалась альгоменорея.

Течение беременности осложнялось в 7,1% (1) случаев антенатальной гипоскией плода.

Родоразрешение естественным путём было у 12 пациенток (85,7%), а оперативное родоразрешенеие наблюдалось у 2 женщин (14,3%).

Всего рождено 14 детей (100,0%), из них живых – 14 (100,0%). Средний вес новорожденных составил 3160,5±185,6 г, рост – 51,4±1,4 см. Оценку по шкале Апгар на первой минуте при рождении имели 5-6 баллов – 1 ребенка (7,1%), 6-7 баллов – 2 детей (14,3%), 7-8 баллов – 11 новорожденных (78,6%).

Выводы. По результатам проведенного исследования отмечается увеличение возраста женщин с переношенной беременностью. Выявлено, что для пациенток с переношенной беременностью характерно наличие отягощенного акушерского: антенатальная гипоксия плода, преэклампсия умеренной степени, угрожающие преждевременные роды и гинекологического анамнеза, обусловленного апоплексией яичника, синдромом поликистозных яичников, миомой матки, кистами яичников. Частота выявленных экстрагенитальных патологий у женщин с истинной переношенной беременностью выше. Все беременности завершились рождением живых детей. Большинство беременностей у женщин первой группы характеризуются высокой частотой абдоминального родоразрешения 75,0%, когда как во второй – 14,3%.

Список литературы.

1. Буркитова А.М. Актуальные диагностические и клинические проблемы при переношенной беременности в современном акушерстве / А.М. Буркитова // Журнал акушерства и женских болезней. М.: Бионика Медиа. 2017. Т. 66, № 2. С. 93-103.

2. Радзинский В.Е. Акушерство: национальное руководство / В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева // – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 1200 с.

3. Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность/ Е.А.Чернуха // – М.: ГЭОТАР–Медия, 2017. –207 с.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мирская К.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Пономарёва Н.А.

Актуальность исследования. Эндотелиальная дисфункция служит важным звеном патогенеза осложненного течения беременности. Она лежит в

основе развития таких осложнений, как преэклампсия, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Это патология занимает лидирующие позиции в структуре материнской заболеваемости и смертности, перинатальной смертности и внутриутробной задержки развития плода. Ранняя диагностика эндотелиальной дисфункции во время беременности является прогностическим критерием осложненной плацентозависимой патологии [3].

Целью исследования является выделение прогностических критериев эндотелиальной дисфункции у женщин с различными экрагенитальными заболеваниями во время беременности.

Материалы и методы: было обследовано 48 пациенток с экстрагенитальной патологией, которые затем ретроспективно были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 20 женщин с эндотелийзависимой экстрагенитальной патологией, 2-ю группу составили 28 женщин с эндотелийнезависимой экстрагенитальной патологией. Всем беременным 1-й и 2-й группы было проведено комплексное исследование с использованием клинико-анамнестического метода, общепринятого акушерского исследования, оценки результатов ультразвукового исследования, данных кардиотокографии, лабораторных методов исследования, результатов иммуноферментного анализа b-ХГЧ и PAPP-A. Для клинической интерпретации эндотелиальной функции беременной проводилось двукратное измерение артериального давления по методу Короткова и пульса в динамике первой половины беременности. Первое измерение артериального давления осуществлялось не позднее 11-12 недель беременности (после завершения первой волны инвазии трофобласта), второе – на сроке 17-19 недель (после завершения второй волны инвазии трофобласта). Затем по результатам двух измерений артериального давления высчитывали прогностический индекс, основанный на изменении систолического и диастолического артериального давления после завершения второй волны инвазии трофобласта. Все полученные результаты заносились в анкету. Для обработки данных использовались MS Excel 2013 и Statistica 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения: Средний возраст пациенток 1-й группы составил 27,5±4,3 лет. Для 8 женщин (40,0%) настоящая беременность являлась первой, 12 женщин (60,0%) повторнобеременные. По данным анамнеза у 10 женщин (50,0%) наблюдались осложнения предыдущих беременностей у 5 женщин (25,0%) угрожающий выкидыш, у 4 женщин (20,0%) задержка внутриутробного развития плода, у 3 женщин (15,0%) преэклампсия, у 8 женщин (40,0%) отеки беременных, у 1 женщины (5,0%) отслойка нормально расположенной плаценты, у 1 женщины (5,0%) предлежание плаценты). Среди пациенток 1-й группы встречались следующие экстрагенитальные заболевания: хроническая артериальная гипертензия у 5 женщин (25,0%), нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу у 6 женщин (30,0%), патология почек у 5 женщин (25,0%), сахарный диабет 1 типа у 4 женщин (20,0%). Средний уровень b-ХГЧ в 1-й группе при первом скрининге составлял 2,7±0,6 МоМ (при норме 0,5-2,0 МоМ), PAPP-A – 0,85±0,2 МоМ (при норме 0,5-2,0 МоМ). При первом измерении артериального давления средний результат

систолического давления в группе был 114,3±4,0 мм.рт.ст., при втором – 118,8±5,3 мм.рт.ст. Прогностический индекс систолического артериального давления составил +3,9±2,2%. Диастолического давления при первом измерении – 72,0±4,2 мм.рт.ст., при втором – 75,5±3,2 мм.рт.ст. Прогностический индекс диастолического артериального давления составил +4,9±1,0%. При первом измерении частоты пульса средний результат в группе был 79,0±4,8 удара в минуту, при втором – 77,2±5,0 удара в минуту, т.е. частота пульса статистически достоверно не изменялась. Осложнения второй половины беременности встречались у 17 пациенток (85,0%). У 8 женщин (40,0%) угрожающий выкидыш, у 4 женщин (20,0%) преэклампсия, у 8 (40,0%) задержка внутриутробного развития плода, у 16 женщин (80,0%) отеки беременных, у 2 женщин (10,0%) отслойка нормально расположенной плаценты, у 2 женщин (10,0%) предлежание плаценты. У 6 женщин (30,0%) роды наступили раньше положенного срока. 13 женщин 1й группы (65,0%) в связи с показаниями были родоразрещены путем кесарева сечения. Средний вес детей составил 2417,5±147,0 грамм, средняя оценка по АПГАР – 6,5±0,8/7,0±0,8.

Для пациенток 2-й группы был характерен средний возраст 26,5±3,7, что статистически достоверно не отличался от показателей 1й группы. Для 12 женщин (42,9%) настоящая беременность являлась первой, 26 женщин (57,1%) повторнобеременные. Количество перво- и повторнобеременных соответствует 1-й группе. По данным анамнеза у 6 женщин (21,4%) наблюдались осложнения предыдущих беременностей (у 2 женщин (7,1%) угрожающий выкидыш, у 4 женщин (14,3%) отеки беременных, у 1 женщины (3,6%) отслойка нормально расположенной плаценты, у 1 женщины (3,6%) предлежание плаценты). В этой группе у 7 женщин (25,0%) встречались заболевания дыхательной системы, у 6 женщин (21,4%) – сердечно-сосудистой системы, у 8 женщин (28,6%) – пищеварительной системы, у 3 женщин (10,7%) – заболевания опорно-двигательного аппарата, у 4 женщин (14,3%) – эндокринная патология. Средний уровень b-ХГЧ в 1-й группе при первом скрининге составлял 1,4±0,27 МоМ (при норме 0,5-2,0 МоМ), PAPP-A – 1,6±0,18 МоМ (при норме 0,5-2,0 МоМ). При первом измерении артериального давления средний результат систолического давления в группе был 112,3±3,7 мм.рт.ст., при втором – 103,7±5,3 мм.рт.ст.. Прогностический индекс систолического артериального давления составил − 7,6±2,6%. Диастолического давления при первом измерении – 72,5±5,3 мм.рт.ст., при втором – 67,6±4,6 мм.рт.ст.. Прогностический индекс диастолического артериального давления составил − 6,8±2,0%. При первом измерении частоты пульса средний результат в группе был 77,7±7,2 удара в минуту, при втором – 79,9±5,9 удара в минуту, т.е. частота пульса статистически достоверно не изменялась. Осложнения второй половины беременности встречались у 8 пациенток (28,6%). У 3 женщин (10,7%) угрожающий выкидыш, у 6 женщин (21,4%) отеки беременных, у 1 женщины (3,6%) отслойка нормально расположенной плаценты, у 2 женщин (7,1%) предлежание плаценты. У 3 женщин (10,7%) роды наступили раньше

положенного срока. 7 женщин 2й группы (25,0%) в связи с показаниями были родоразрещены путем кесарева сечения. Средний вес детей составил 3125,0±345,4 грамм, средняя оценка по АПГАР – 7,7±1,0/8,5±0,7.

Выводы. У женщин с эндотелийзависимой экстрагенитальной патологией был отмечен более тяжелый характер течения этих заболеваний, беременность имела в 3 раза больше осложнений, преждевременные роды встречались чаще в 3 раза, частота родоразрешений путем кесарева сечения – в 2,6 раза, чем у женщин с экстрагенитальной патологией без эндотелиальной дисфункции. Средний вес детей у пациенток 1-й группы был меньше в 1,2 раза, оценка по АПГАР меньше в 1,2 раза, чем у детей женщин 2й группы.

Прогностическими критериями клинической интерпретации эндотелиальной дисфункции для женщин 1-й группы являлись повышение систолического артериального давления на 3,9±2,2% и диастолического артериального давления на 4,9±1,0%, тогда как у женщин 2-й группы отмечено снижение на 7,6±2,6% для систолического артериального давления и на 6,8±2,0% – для диастолического.

У женщин, имеющих экстрагенитальную патологию, целесообразно определять состояние эндотелиальной функции с подсчетом прогностического индекса. При снижении прогнозируется неосложненное течение беременности, а при увеличении – развитие эндотелиальной дисфункции и патологического течения беременности [1, 2].

Список литературы.

1. Айламазян, Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян. – М.: ГЭОТАР − Медиа, 2014. − 1200 с.

2. Газазян, М.Г. Патогенетические этапы функционирования гемодинамической системы мать – плацента – плод при перинатальных гипоксически-ишемических повреждениях плода / М.Г. Газазян, О.Ю. Иванова, А.О. Великорецкая // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. Т.14б, № 5. С. 13-17.

3. Мельникова, Ю.С. Эндотелиальная дисфункция как центральное звено патогенеза хронических болезней / Ю.С. Мельникова, Т.П. Макарова // Казанский медицинский журнал. 2015. Т.96, № 4. С. 659-665.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ НА ФОНЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Муж Е.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пономарева Н.А.

Актуальность исследования. Проблема преждевременного прерывания беременности является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Стоит отметить, что число беременных женщин с угрожающими преждевременными родами ежегодно растет во всех странах, составляя от 5 до 18%. Одной из основных причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), на ее долю приходится от 14% до 65% поздних выкидышей и преждевременных родов.

Опубликовано много научных работ, однако проблема ИЦН до настоящего времени остается не до конца изученной, а связанные с ней репродуктивные потери свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения данной патологии.

Цель исследования − оценка особенностей течения беременности и родов при угрожающих преждевременных родах на фоне ИЦН.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 18 беременных в возрасте от 19 до 39 лет на сроке беременности от 27 до 35 недель. Исследуемые были разделены на 2 группы: в первую группу вошли беременные с угрожающими преждевременными родами (n=13), вторую группу составили беременные с угрожающими преждевременными родами на фоне истмико – цервикальной недостаточности (n=5). Исследование проводилось методами сбора клинико-анамнестических данных, анализа течения беременности и ее исходов, оценкой результатов УЗИ фетоплацентарного комплекса, длины шейки матки и состояния внутреннего зева. Статистическая обработка полученных результатов анкетирования проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения. Средний возраст беременных, вошедших в 1 группу, составил 25±0,78 лет. Все женщины являлись первородящими. У данных беременных отмечался высокий процент экстрагенитальных заболеваний: ВСД по смешанному типу наблюдался у 8 женщин (61,5%), хронический гастрит – у 6 беременных (46,2%), хронический панкреатит – у 5 беременных (38,5%), сахарный диабет 2 типа – у 3 женщин (23,1%), анемия легкой степени – у 2 беременных (15,4%), у 1 женщины гиперплазия щитовидной железы (7,7%), у 1 пациентки в анамнезе микроинсульт (7,7%).

Наличие гинекологических заболеваний, таких как эктопия шейки матки, вагинит отмечались у 4 беременных (30,8%).

Хроническая фетоплацентарная недостаточность, как осложнение данной беременности, встречалась у 9 женщин (69,0%). По данным УЗИ у 4

беременных (30,8%) было выявлено многоводие, у 2 женщин (15,4%) была многоплодная беременность.

У 7 беременных наблюдалось наличие никотиновой зависимости (53,8%). 11 из 13 женщин отмечали сильные стрессовые ситуации незадолго до госпитализации (84,6%).

Всем беременным данной группы была проведена токолитическая терапия. Женщин выписали в удовлетворительном состоянии с сохранением беременности.

Из числа женщин 1 группы у 2 беременные (15,4%) родили на сроке 36-37 недель, 5 женщин (38,5%) – на сроке 38-39 недель, 6 пациенток (46,2%) – на сроке 39-40 недель. Масса новорожденных в среднем составила 2970±3,85 гр. Рост в среднем равен 44,6±0,47 см. По шкале Апгар данные дети были оценены в среднем на 7-8 баллов.

Во 2 группу вошли 5 женщин, средний возраст которых составил 33±0,37 года. Все женщины являлись повторнородящими. У всех беременных, составляющих данную группу, был отягощен акушерский анамнез: 3 выкидыша во II триместре беременности (60,0%), 2 аборта (40,0%), 2 разрыва шейки матки в предыдущих родах (40,0%).

Хроническая фетоплацентарная недостаточность отмечалась у 3 женщин (60,0%). По данным УЗИ многоводие имелось у 4 беременных (80,0%).

У данной группы беременных отмечались такие экстрагенитальные заболевания как: анемия легкой степени у 3 женщин (60,0%), ВСД по смешанному типу у 2 пациенток (40,0%), избыточная масса тела отмечалась у 4 беременных (80,0%).

У 2 беременных имелась никотиновая зависимость (40,0%). Перед госпитализацией сильное стрессовое напряжение отмечали 4 женщины (80,0%).

У 4 женщин (80,0%) на ранних сроках беременности были клинические проявления самопроизвольного выкидыша. Все они прошли стационарное лечение, проводилась сохраняющая терапия.

Коррекция ИЦН была проведена акушерским пессарием на сроках от 15 до 20 недель у 3 беременных. Шов на шейке матки по Любимовой был у 2 женщин, им коррекция ИЦН была проведена на сроках 16-18 недель.

Беременные данной группы родили недоношенных детей через естественные родовые пути на сроке 31-36 недель беременности. На сроке 31-32 недели родили 2 женщины (40,0%), 33-34 недели – 2 беременные (40,0%), 35-36 недель – 1 женщина (20,0%). Масса рожденных детей в среднем составила 1158±2,73 гр. Рост в среднем равен 38,2±0,38 см. По шкале Апгар данные малыши были оценены в среднем на 5-6 баллов.

Выводы. По результатам проведенного исследования выявлено, что для пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью характерно наличие отягощенного акушерского анамнеза: выкидыши на поздних сроках беременности, аборты, разрывы шейки матки в предыдущих родах. Стоит отметить, что несмотря на проведенную коррекцию ИЦН все беременности у пациенток завершились преждевременными родами с 31 по 36 неделю

беременности. По шкале Апгар рожденные дети были оценены в среднем на 5-6 баллов, что свидетельствует о состоянии средней тяжести (легкая асфиксия).

Женщины без ИЦН родили на сроках с 36 по 40 неделю беременности. Рожденные малыши были оценены по шкале Апгар в среднем на 7-8 баллов (удовлетворительное состояние).

Список литературы.

1. Кох Л.И. Влияние факторов риска на течение беременности при истмико-цервикальной недостаточности / Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2015. С. 127-128.

2. Новикова В.А. Возможности объективной оценки течения преждевременных родов в различные гестационные сроки / В. А. Новикова, Е. П. Черепахин // Акушерство и гинекология. М.: Бионика Медиа. 2018. № 6. С. 25-30.

3. Савельева Г.М. Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. − М.: Бионика Медиа. 2016. № 8-2. С. 4-10.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Ноздрачева К.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Иванова О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время в условиях демографического кризиса весьма остро стал вопрос сохранения репродуктивного здоровья населения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире частота бесплодных пар составляет около 15% и не имеет тенденции к снижению [2]. Все больше молодых семей сталкиваются с отсутствием возможности рождения ребенка. Стоит отметить, что проблеме именно психологического бесплодия уделено мало внимания [1]. Поэтому проблема бесплодия требует междисциплинарного подхода к решению, как со стороны медицины, так и со стороны психологии.

Целью исследования является оценка психологического и гинекологического статуса пациенток с бесплодием.

Материалы и методы: было выполнено обследование 50 пациенток с диагнозом «бесплодие» на базе кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» в ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» города Курска. Были использованы следующие методы исследования: клинико-анамнестический, объективное исследование, тестирование с помощью шкалы Спилберга-Ханина, анализ

медицинской документации, статистическая обработка. Статистическая обработка данных выполнена на ЭВМ с помощью таблиц «Microsoft Office Excel», достоверность данных была оценена по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Возраст исследуемых пациенток находился в диапазоне от 21 до 43 лет, составив в среднем 32,2±4,7 ($p \geq 0,05$). Причем процент женщин раннего репродуктивного в возрасте до 35 лет составил 72,0% (36 пациенток), в свою очередь, позднего репродуктивного возраста лишь 18,0% (14 пациенток). Длительность бесплодия составила от 2 до 11 лет, в среднем – 4,5±1,9 лет. Согласно опросу и изучению медицинской документации, первичное бесплодие было установлено у 24% (12 пациенток), вторичное – 76% (38 пациенток). Обращает на себя внимание тот факт, что лишь 39,5% (15 пациенток) с вторичным бесплодием беременность закончилась рождением ребенка. Структура акушерских потерь пациенток была следующая: 43,5% – замершая беременность (10 пациенток), 34,8% – выкидыш (8 пациенток), 21,7% – аборт (5 пациенток).

Гинекологическая патология была представлена следующим образом: бесплодие маточного происхождения – 54,0% (27 пациенток), бесплодие, связанное с отсутствием овуляции – 40,0% (20 пациенток), бесплодие трубного происхождение – 18,0% (9 пациенток). Обращает на себя внимание тот факт, что 12% (6 пациенток) имели сочетанную патологию, что, безусловно, усложняет процесс лечение и реабилитации. Немаловажную роль в проблеме бесплодия играет также мужской фактор. Возраст мужей пациенток находился в диапазоне от 24 до 42 лет, в среднем составив 35,9±3,8 лет, при этом лишь 38% (19 мужчин) не обследовали свое репродуктивное здоровье. В свою очередь, показатели спермограммы были в норме лишь у 38,7% (12 мужчин). Олигозооспремия была выявлена у 36,8% (7 пациентов), астенозооспермия – 31,6% (6 пациентов), тератозооспермия – 15,8% (3 пациента), лейкоцитоспермия – 10,4% (2 пациента), гемоспермия – 5,4% (1 пациент).

Что касается психологического состояния пациенток, были получены следующие данные: личностная тревожность пациенток находилась в диапазоне от 29 (низкая) до 42 (умеренная) баллов, составив в среднем 35,2±1,9, что характеризуется как умеренный показатель личностной тревожности. Диапазон ситуативной тревожности находился от 45 (высокая) до 53 (высокая) баллов, в среднем составив 48,1±1,8, что демонстрирует высокий уровень ситуативной тревожности для всех пациенток. При этом ситуативная тревожность пациенток, имеющих детей, находилась в диапазоне от 45 (высокая) до 47 (высокая) баллов, в среднем составив 46,3±0,4 (высокая). Ситуативная тревожность пациенток, не имеющих детей, составила от 46 (высокая) до 53 (высокая) баллов, составив в среднем 48,8±1,9 (высокая). Ситуативная тревожность пациенток, переживших акушерские потери, была в диапазоне от 48 (высокая) до 53 (высокая) баллов, в среднем – 50,2±1,7 (высокая). Значение t-критерия Стьюдента $\geq 0,05$, что говорит о статистической значимости различий между сравниваемыми величинами.

Стоит отметить то обстоятельство, что 66,0% (33 пациентки) вынуждены посещать врача акушера-гинеколога чаще, чем раз в полгода. В свою очередь,

оставшиеся 34,0% (17 пациенток) посещают врача раз в полгода. Необходимость постоянного врачебного наблюдения, сдачи и ожидания анализов, дополнительных обследований, контроль течения заболевания также, несомненно, негативно влияют на психологический статус пациенток.

Немаловажно то, что у 64,0% (32 пациентки) стали ощущать постоянное напряжение и повышение тревожности лишь после постановки диагноза «бесплодие», установления конкретного заболевания, требующего наблюдения и лечения. И лишь 26,0% (18 пациенток) испытывали тревожность от неудач в зачатии, как таковых. Вместе с тем, 56,0% (28 пациенток) отметили ухудшение отношений в браке после постановки диагноза «бесплодие», 26,0% опрошенных (13 пациенток) заявили, что отношения с мужем остались на том же уровне. И лишь 18,0% (9 пациенток) сказали, что после постановки диагноза «бесплодие» взаимоотношения в браке окрепли. Однако при всей значимости психологического статуса и настроя на успешный результат лишь 12,0% (6 пациенток) обращались за специализированной психологической помощью. В то же время, 62,0% (31 пациентка) не обращались к специалисту, так как не видят смысла в таком аспекте лечении, а 26,0% (13 пациенток), в свою очередь, не видят взаимосвязи проблемы бесплодия и тревожности.

Выводы. Таким образом, обращает на себя внимание тот факт, что проблема бесплодия возникает уже в раннем репродуктивном возрасте – в нашем исследовании от 21 года и большую часть исследуемых пациенток составили именно пациентки до 35 лет – 72,0% (36 пациенток). Немаловажен и тот факт, что длительность бесплодия в среднем составила 4,5±1,9 лет, хотя, согласно приказу МЗ-107Н от 30 августа 2013 года, диагностика и лечение бесплодия должны быть проведены в течение 9-12 месяцев.

В свою очередь, при изучении показателей тревожности у пациенток с бесплодием с помощью шкалы Спилберга-Ханина у 100% (50 пациенток) отмечался подъем уровня ситуативной тревожности относительно личностного показателя, достигая высоких значений. Самые высокие показатели ситуативной тревожности наблюдались у пациенток, перенесших акушерские потери, за ними следовали также высокие значения у пациенток, не имеющих детей. Показатели вышеназванных групп статистически значимо выше показателей уровня тревожности у женщин, имеющих детей.

Несомненно, женщины, длительно страдающие бесплодием, находятся в хроническом состоянии тревоги и стресса в связи с необходимостью постоянного врачебного наблюдения, диагностических и лечебных мероприятий, материальных затрат, репродуктивных проблем со стороны мужей и изменения взаимоотношений в браке [3]. Однако при всех вышеперечисленных аспектах 88,0% (44 пациентки) не обращались за специализированной врачебной помощью, так как не видят ни смысла в подобном лечение, ни, собственно, проблемы в повышенной тревожности, не смотря на то, что невозможность рождения ребенка является тяжелой психотравмирующей ситуацией.

Так, повышенный уровень тревожности может способствовать усилению выработки стрессовых гормонов, которые, в свою очередь, нарушают

деятельность окислительных ферментов, приводят к метаболическим нарушениям, возоспазму и ишемии тканей и органов, в том числе репродуктивных. Возможно развитие гиперпролактинемии, а вместе с тем ановуляторного синдрома. Несомненно, вышеперечисленные изменения усугубляют течение имеющегося заболевания репродуктивных органов и неблаготворно влияют на лечебный процесс. Именно поэтому, немаловажным аспектом является оценка и коррекция психоэмоционального статуса пациенток, страдающих бесплодием.

Список литературы.

1. Зыбайло В.С., Филимоненкова В.Ю., Копытов А.В. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием // Мед. журн. 2015. № 1. С. 82-87.

2. Лунева И.С., Иванова О.Ю., Хардиков А.В., Иванова Т.С. Демографические показатели рождаемости и медико-социальное влияние на них // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т.66. № 2. С.40-48.

3. Ноздрачева К.А. Состояние личностной и ситуативной тревожности пациенток с бесплодием // Молодежная наука и современность: материалы 83-ей Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвящённой 83-летию КГМУ и 85-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора А.В. Завьялова (18-19 апреля 2018 г.). – Курск: Изд-во КГМУ, 2018. – 1 элетрон. опт. диск (CD-ROM). – 2,26 мб. С. 27.

КАРБУНКУЛЫ ПОЧКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЮНОЙ ПЕРВОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Озерова Е.Е.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра Акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н, доцент Лунева И.С.

Актуальность исследования. Пиелонефрит − самое частое и опасное заболевание почек у беременных. Предпосылками для прогрессирования хронического пиелонефрита во время беременности являются анатомо-функциональные особенности гестационного процесса. Обострение хронического пиелонефрита во время беременности может протекать в различных формах и в крайних случаях осложняться гнойно – септическими процессами [2, 3]. Агрессивное течение гнойного пиелонефрита, развитие опасных для жизни матери и плода септических осложнений, наблюдается в случае нерациональной терапии тяжелой мочевой инфекции, длительно протекающей на догоспитальном этапе [2].

Описание клинического случая. 14 лет, первая беременность, 23-24 недели, абортов и выкидышей не было. В анамнезе хронический пиелонефрит в

течение двух лет. Поступила 02.11.2019 года в урологическое отделение больницы скорой медицинской помощи, с жалобами на периодическую колющую боль в поясничной области слева, повышение температуры лейкоцитоз до 39°С. Объективно: состояние ближе к среднетяжелому, что наблюдается в 90-95% случаев госпитализации с гнойно-деструктивными формами пиелонефрита у беременных [1]. Кожные покровы бледно-розового цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 100 в минуту. АД=100/60 мм.рт.ст.. Симптом Пастернацкого сомнительный слева, справа отрицательный. При экстренном ультразвуковом исследовании обнаружен гидронефроз правой почки I-II степени, слева- расширение ЧЛС, в паренхиме экссудат, толщина паренхиматозного слоя 1-2 мм, представляющая собой зону повышенной эхогенности. На ЭКГ синусовая тахикардия. В общем анализе крови: умеренное снижение гемоглобина до 96 г/л, эритроциты $3{,}3\times10^{12}$; лейкоцитоз до $16{,}2\times10^{9}$; нейтрофилез: палочкоядерные лейк. − 7%, сегментоядерные лейк. − 79%, лимфопения − 11%. Биохимический анализ крови: общий белок в норме (66,2 г/л), мочевина в норме (4,0 ммоль/л), креатинин в норме (84,2 мкмоль/л); сахар крови − гипогликемия (3,0 ммоль/л), незначительная гипербилирубинемия (общий – 17,4 мкмоль/л, прямой – 5,3 мкмоль/л). В общем анализе мочи небольшая протеинурия до 0, 16 г/л, лейкоцитурия до 15-20 в п/з, повышены эритроциты до 8-10 в п/з, бактерии густо покрывают все поле зрения – массивная бактериурия. На основании клинической картины, стойкая лихорадка до 39 °С, колющая боль в поясничной области слева, анамнеза жизни (хронический пиелонефрит в течение двух лет), объективного исследования (состояние среднетяжелое, выраженная тахикардия, симптом Пастернацкого сомнительный справа), данных лабораторно-инструментально исследования (увеличение ЧЛС слева, отек паренхимы слева, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лимфопения, снижение гемоглобина, лейкоцитурия, бактериурия) следует предположить обострение хронического пиелонефрита. На гнойно-деструктивную форму процесса указывает стойкая лихорадка, лейкоцитоз выше $15{,}0\times10^{9}$/ л, выраженная лейкопения до 11%, гипербилирубинемия, массивная бактериурия, обнаружение при УЗД в левой почке участка повышенной эхогенности с однородным содержимым. Кроме того, для гнойных формах пиелонефрита характерны :ознобы, потливость, анэозинофилия, прогрессирующая анемия, повышение креатинина и мочевины в крови в 1,5-2 раза при нарушении функции почек [3], чего у данной пациентки на момент поступления не было. Диагноз лечебно-профилактического учреждения: Острый гнойный левосторонний пиелонефрит. Карбункул левой почки. Экстренно, больной была выполнена чрезкожная пункционная нефростомия и назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия антибактериальными препаратами резерва по жизненным показаниям (меронем 1,0 г 2 раза в день в/в). Все это время матка была в нормотонусе, токолитическая терапияне проводилась. На фоне проводимой терапии в течение суток общее состояние больной оценивалось как среднетяжелое с положительной динамикой: нормализация температуры тела к 23:00 час., до

36,8°С, ослабление болевого синдрома, отсутствие признаков интоксикации. Положительная клиническая динамика пациентки позволила продолжить лечение и наблюдение. На следующий день состояние пациентки оценивалось как стабильно тяжелое с некоторой положительной динамикой: снижение болевого синдрома, нормализация температуры тела 36,8°С, ЧДД – 16 в минуту, пульс – 96 в минуту (умеренная тахикардия), АД – 110/70 мм.рт.ст., почасовой диурез 50-100 мл/ч. По результатам проведенных лабораторных исследований так же наблюдалась положительная динамика: снижение лейкоцитоза до 14×10^9/л, уровень мочевины и креатинина в крови в пределах нормы. Было решено продолжить проводимую терапию и наблюдение за пациенткой, что было целесообразным в связи с отсутствием признаков ухудшения клинического состояния. К концу вторых суток (в 20час. 30мин.,) состояние больной ухудшилось и оценивалось как тяжелое с отрицательной динамикой: жалобы выраженную слабость, потливость, озноб, температура тела 38,2°С, тахикардия до 102 ударов в минуту. При проведении УЗИ почек отмечается усиление ретенционных изменений левой почки (диаметр наибольшей чашечки 2,2 см при норме 0,95±0,01 см) на фоне очаговых изменений (в верхнем полюсе левой почки участок повышенной эхогенности до 1,1*0,6 см). В связи ухудшением клинической ситуации, по решению консилиума пациентке была показана экстренная операция: люмботомия слева, декапсуляция левой почки, ревизия почки с определением объема вмешательства интраоперационно. По ходу операции в левой почке было обнаружено 5 карбункулов, Карбункулы были иссечены, полость санирована, наложена нефростома. Диагноз по ходу операции. Острый левосторонний пиелонефрит. Карбункулы левой почки. В течение следующих двух суток после операции состояние пациентки было средне тяжелым: жалобы на боль в области послеоперационной раны, шевеление плода ощущает хорошо, матка в нормотонусе, нарушений фетоплацентарного кровотока небыло, температура тела 36°С, ЧД – 20-24 в минуту, пульс – 104-123 в минуту, АД – 110/65 мм.рт.ст., живот болезненный по ходу послеоперационной раны, повязка чистая, сухая, по нефростоме около 80 мл серозно-геморрагического отделяемого, по дренажам отделяемого нет, диурез по катетеру 200 мл. Лабораторно: гемоглобин 91 г/л, эритроциты $3,1\times10^{12}$/ л, лейкоцитоз $8,5\times10^9$/ л (палочкоядерные – 16%, сегментоядерные – 73%), гипопротеинемия – 53,5 г/л. Пациентка получала антибактериальную, инфузионную терапию: меронем 1,0 г 4 раза в день в/в, инфузионная терапия, витамин С 5,0 г., в/в, стерофундин 500,0 мл, пентоксифиллин 3,0 г в/в, омез 40 мг 1 раз в сутки в/в.

На третьи сутки после операции пациентка переведена в урологическое отделение, в состоянии ближе к удовлетворительному. Беременность пролонгирована, матка в нормотонусе. Шевеление плода пациенткой ощущались хорошо, сердцебиение плода – 147 ударов в минуту.

Выводы. Описанный клинический случай наглядно демонстрирует тяжесть и быстроту течения гнойно – деструктивных форм острого пиелонефрита у беременных. В первые часы пребывания в стационаре пациентке были выполнены все необходимые диагностические и лечебные

манипуляции для постановки точного диагноза и разрешения патологического процесса. Однако особенности возбудителя на фоне беременности, сформировали стертую клиническую картину, что не дало возможности врачам отличить гнойно-деструктивную форму пиелонефрита от недеструктивной. В связи с этим даже на фоне антибиотикотерапии препаратом резерва и дренирования пораженной почки, состояние пациентки на вторые сутки ухудшилось. Особенности клинической картины и строгое динамическое наблюдение, дали возможность своевременно выполнить контрольную ревизию почки и сохранить орган при этом пролангировать беременность.

Пациентке была выполнена операция по иссечению курбункулов почки. Беременность сохранена. Фетоплацентарный кровоток на фоне проводимой терапии не ухудшился. Прогноз для течения беременности был относительно благоприятный.

Клинический случай закончился преждевременными родами на сроке 35 недель, рождением живой, девочки весом 2850 г., ростом 49 см. путем операции кесарева сечения.

Список литературы.

1. Братчиков О. И., Сипливый Г. В. Шумакова Е. А. Острый пиелонефрит: Учебно – методическое пособие // – Курск: КГМУ, 2012. – 166 с.
2. Довлатян, А. А. Острый пиелонефрит беременных / – М.: Медицина, 2009. – 216 с.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии: в 3 томах / – М.: Медицина, 2008. – Т. 2. – 768 с.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ С РАЗВИТИЕМ АМЕНОРЕИ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПОТЕРЕЙ ВЕСА И ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ КОК (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Полухина О.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунева И.С.

Актуальность исследования. Среди эндокринных нарушений, лежащих на стыке гинекологии и эндокринологии, особое положение занимает синдром центрального гипогонадизма. В клинической практике врач часто может столкнуться с этой проблемой, требующей решения [1, 4].

Самое важное − различать органические и функциональные формы гипогонадотропного гипогонадизма. Органические варианты неизбежно возникают, когда полностью или частично разрушаются клетки гипофиза и/или гипоталамуса, в которых синтезируются гонадотропины и/или гонадотропин-рилизинг-гормон. Наиболее частые причины этого заболевания − новообразования хиазмально-селлярной локализации (опухоли гипофиза,

краниофарингиомы и пр.), недавно перенесённая инфекция или травма головы в анамнезе. Когда гипоталамус снижает частоту и/или амплитуду импульсной секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), развивается функциональная гонадотропная недостаточность (или так называемая функциональная гипоталамическая аменорея). Подобная ситуация возникает примерно у каждой третьей пациентки с вторичной аменореей, пришедшей на приём к гинекологу-эндокринологу. Наиболее часто виновником оказывается одна из трёх причин: психогенная перегрузка (хронический стресс), снижение индекса массы тела (ИМТ) менее 18 кг/м^2, в том числе его крайняя форма − неврогенная анорексия, прием лекарственных средств, механизм действия которых состоит в торможении секреции гонадотропинов, а именно агонистов ГнРГ, производных андрогенов, КОК (при длительном приеме), пролонгированных гестагенов (синдром гиперторможения яичников (СГТЯ)) [3, 5, 6].

Закономерным следствием синдрома центрального гипогонадизма становится бесплодие, а недостаток гормональной «подпитки» вызывает атрофические изменения в слизистых оболочках половых путей и другие признаки: урогенитальные расстройства (до 70%), гипоплазию молочных желёз (40–60% случаев), оскудение волосяного покрова в типичных для женского фенотипа областях (20–40%) [1, 3, 5].

Обследование пациенток с центральным гипогонадизмом и формулировка точного диагноза − непростые задачи, требующие содружественной работы экспертов разного профиля, однако первым должен высказаться всё же акушер-гинеколог [4, 6].

Цель исследования − представить клинический случай центрального гипогонадотропного гипогонадизма с развитием аменореи, причиной которого является дефицит массы тела с длительным приемом КОК.

Материалы и методы: исследование проведено на кафедре акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет». Был осуществлен анализ случая заболевания пациентки с гипогонадотропным гипогонадизмом и вторичной аменореей на фоне длительного приема КОК, закончившийся нормализацией цикла, беременностью и родами.

Клинический случай. Пациентка Б., 27 лет, обратилась на кафедру акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Курский государсвенный медицинский университет» в декабре 2015 года, по поводу отсутствия менструации в течение 4 лет и бесплодия. Из анамнеза: менструация началась в 14 лет (2002 год), 1-ый день болезненный, цикл нерегулярный, задержки до 2-х недель и более. В 2006 году (18 лет) всплеск акне, вульгарные угри. Обратилась к дерматологу. Был назначен препарат «Диане-35». В результате регулярный цикл, отсутствие акне. Прием «Диане-35» без перерыва в течение 1 года 8 месяцев. После отмены «Диане-35» (20-21 год) наступила аменорея (февраль-октябрь 2009 года) в течение 7 месяцев, прибавка в весе с 50 кг до 58 кг за 7 месяцев.

Обратилась в женскую консультацию (август 2009 год, 21 год). Было проведено УЗИ. Заключение: нарушение фолликуллогенеза. В октябре 2 009 года наступило маточное кровотечение с дальнейшей нормализацией

менструального цикла: регулярный цикл 5 дней; 1-ый день болезненный; появилась повторно угревая сыпь (лицо, спина) С февраля 2010 год (21 год) по ноябрь 2012 года (24 года) принимала КОК («Ярина», «Джесс»). После отмены «Джесс»: месячные были регулярные в течение 1,5 лет; высыпаний на коже нет.

В феврале 2013 года (24 года) начала худеть, вес 55-57 кг, ИМТ=20,2. Рацион: резкое снижение объема пищи, исключение продуктов (масло, хлеб, сладкое и т. д.). Среднесуточный калораж 627 ккал. Вес с февраля по июнь 2013 года – снизился до 45-46 кг, т.е. 10 кг за 6 месяцев. В результате ИМТ=15,94, наступила аменорея. Аменорея длилась 1,5 года (с мая 2013 г.). В августе 2014 года (26 лет) обратилась в частную клинику. Назначено обследование: УЗИ, мазки, анализы на гормоны, Фемостон 2/10. В анализах: снижение уровня ФСГ (1,84 мЕд/л), эстрадиола (51 пмоль/л). Заключение УЗИ: Гипоплазия эндометрия. Гипоплазия матки 1 степени. Нарушение фолликулогенеза по типу отсутствия созревания фолликула. В клинике был поставлен диагноз: гипогонадотропный гипогонадизм (средней/легкой степени).

В марте 2015 года была проведена стимуляция овуляции в двух циклах следующими препаратами: Клостилбегит по схеме, Эстрожель, хорионический гонадотропин человека, Дюфастон, без эффекта. Рекомедовано ЭКО.

Был перерыв в лечении с мая по ноябрь 2015 года (7 мес.). Месячные приходили самостоятельно, стабильно каждый месяц, продолжительность 4-5 дней, неболезненные, средней обильности. Изменился рацион питания: увеличен общий калораж до 1800 ккал/сут, включены в рацион мясо, рыба, молоко, масло. Прибавка в весе, вес 53 кг, ИМТ=18,73.

На момент обращения на кафедру акушерства и гинекологии в декабре 2015 года вес составлял 48-49 кг, ИМТ=17, последние месячные 23.11.15 года. Среднесуточный калораж на момент обращения составляет 1000-1200 ккал. Проведено обследование: анализы 05.12.15 год 13 день цикла, овуляторная фаза ФСГ (5.01 мМЕд/мл) и ЛГ (8.05 мМЕд/мл) резко снижены; УЗИ: М – эхо 5,0 мм, размеры матки 35х29х43 мм. Гипоплазия эндометрия. Гипоплазия матки 1 ст. Нарушение фолликулогенеза по типу отсутствия созревания фолликула.

В течение 2,5 лет проводилась реабилитационная терапия, направленная на нормализацию веса (2200-2500 ккал/сут) под контролем диетолога и гинеколога, заместительная гормональная терапия, содержащая натуральные эстрогены «Прогинова» (доза 6 мг) и гестогены «Дюфастон» (доза 20 мг) в течение 2 лет до нормализации размеров матки и степени развития молочных желез (по Таннеру). При размерах матки 42х38х43 мм начата стимуляция овуляции препаратом Клостильбегит на протяжении 3 циклов на фоне нормализации веса (53 кг). На 3 цикле стимуляции наступила беременность. Течение беременности, учитывая анамнез, до 20 недель требовало приема гестагенов (Утрожестан 200 мг/сут). Во время беременности проводился УЗИ скрининг. Беременность протекала благоприятно. На поздних сроках ФПН, компенсированная форма. Роды в срок через естественные родовые пути, вес 3200 г., рост 51 см, оценка по Апгар 8-9 баллов. Послеродовый период без осложнений. Ребенок находится на грудном вскармливании в течение 8 месяцев до настоящего времени.

Вывод. Случай центрального гипогонадотропного гипогонадизма с развитием аменореи, индуцированного дефицитом массы и длительным приемом КОК, требует нормализации веса до индекса массы тела выше 18, длительного приема гормональной терапии до 2-2,5 лет с последующей стимуляции овуляции.

Список литературы.

1. Дедов И.И., Марова Е.И., Иловайская И.А., Манченко О.В. Гипогонадотропный гипогонадизм у женщин // Акушерство и гинекология. 2001. № 3. С. 6–10.
2. Зыряева Н.А. Системные изменения и их коррекция при гипогонадотропном гипогонадизме у женщин: автореф.. канд. мед. наук. М., 2004. 29 с.
3. Иловайская И.А., Зекцер В.Ю., Ильин А.В. и др. Эффекты длительного применения эстроген-гестагенной терапии у женщин репродуктивного возраста с изолированным гипогонадотропным гипогонадизмом // Ожирение и метаболизм. 2010. № 1. С. 52–57.
4. Иловайская И.А., Зекцер В.Ю., Михайлова Д.С. и др. Влияние заместительной гормональной терапии на качество жизни пациенток с гипогонадотропным гипогонадизмом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т. 7. № 3. С. 48–55.
5. Иловайская И.А., Зекцер В.Ю., Пищулин А.А. и др. Эффективность заместительной гормональной терапии в лечении женщин с гипогонадотропным гипогонадизмом // Акушерство и гинекология. 2005. № 4. С. 53–54.
6. Genazzani A.D. Neuroendocrine aspects of amenorrhea related to stress // Pediatr. Endocrinol. Rev. 2012. Jun. Vol. 2. № 4. P. 661–668.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С СИФИЛИСОМ

Попова Е.О.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пономарева Н.А., д.м.н., профессор Силина Л.В.

Актуальность исследования. За последние годы резко выросла значимость инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В России среди женщин, больных сифилисом, шестую часть составляют беременные [1]. Сифилис матери грозит ранним врожденным сифилисом новорожденных (РВСН). РВСН занимает ведущее место в структуре внутриутробного инфицирования (ВУИ). На сегодняшний день в сравнении с 2015 года число случаев РВСН возросло в 4,5 раза [2, 5]. В отличие от других ВУИ,

инфицирование спирохетой обязательно реализуется в заболевание и в более 70% случаев заканчивается смертью ребенка в перинатальном периоде или в первые годы жизни.

Целью исследования являлся анализ особенностей течения и исходов беременности у пациенток, прошедших полный и неполный курс лечения сифилиса за период 2017-2018 годы.

Материалы и методы: ретроспективно 23 беременные женщины разделены на 3 группы в зависимости от проведенного объема лечения сифилиса.

Первая группа – 18 женщин (78,3%), которые получили полный курс специфического и профилактического лечения сифилиса. Вторая группа – 4 беременные (17,4%), получившие неполное специфическое или неполное профилактическое лечение по поводу сифилиса, либо после специфического лечения, не получавшие профилактическое лечение в связи с поздней явкой. В третью группу вошла 1 беременная (4,3%), не состоявшая на диспансерном учете и не получавшая лечения по поводу сифилиса.

Оценка влияния сифилитической инфекции на течение и исходы беременности в зависимости от объема терапии, а также состояние здоровья новорожденных, проводилась методом сбора клинико-анамнестических данных и методом ретроспективного анализа историй болезней и родов. Состояние фетоплацентарного комплекса оценивалось с помощью УЗИ и доплерографии с оценкой маточно-плацентарного кровотока. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни, антропометрическим данным. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows. Результаты являются статистически достоверными ($p<0,0087$).

Результаты и их обсуждение. Беременные женщины из всех трех исследуемых групп имели осложненный акушерский анамнез. Но у женщин из третьей группы чаще, чем у исследуемых из первой и второй группы возникал выкидыш. У женщин, получавших неполное сифилитическое лечение чаще, чем у остальных, исходами предыдущих беременностей являлись прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям, постнатальная гибель плода, мертворождение. Преждевременные роды у женщины из третьей группы встречались чаще, чем у пациенток из первой и второй группы. Во второй группе чаще, чем в первой и третьей исходом настоящей беременности явились срочные роды. Самопроизвольный выкидыш, антенатальная гибель плода, ранняя неонатальная гибель плода не возникла ни в одной из групп.

По данным морфологического исследования плаценты у беременной, не получавшей лечения по поводу сифилиса были выявлены явления базального децидуита, хорионамнионита, установлен флебит, виллузит и интервиллузит. У пациенток второй группы хорионамнионит наблюдался в 3 (75,0%) случаях, базальный децидуит имел место также в 3 (75,0%) случаев, что достоверно меньше, чем в 3 группе. Виллузит и интервиллузит во 2 группе встречался в 1,3 раза реже, чем в 3. В 1 группе хорионамнионит имел место в 2 (11,1%)

случаях, а базальный децидуит в 3 (16,7%) случаях, что достоверно меньше, чем во 2 и 3 группе.

Как следствие отсутствия лечения сифилиса во время беременности в 3 группе у родившегося ребенка установлен диагноз раннего врожденного сифилиса, ребенок был незрелым, наблюдались признаки синдрома внутричерепной гипертензии, установлены врожденные пороки развития. Во второй группе в 1 (25%) случае встречалась церебральная ишемия, незрелость новорожденного. Гипотрофия плода встречалась у всех новорожденных. В первой группе в 1 (11,1%) случае встречался респираторный дистресс-синдром (РДС), в 7 (38,7%) случаях – физиологическая незрелость новорожденного и церебральная ишемия, в 11 (61,1%) случаях – гипотрофия плода. Новорожденные, матери которых получили полный курс лечения, имели более высокую оценку по шкале Апгар на первой минуте после рождения. Так, гипоксия тяжелой степени на 1 минуте после рождения выявлена только у новорожденных, матери которых не получали специфическое лечение, во 2 группе гипоксия средней степени было выявлена у 2 (11,1%) новорожденных. Гипоксия тяжелой степени тяжести в этой группе не диагностирована. В первой группе гипоксия средней тяжести была выявлена у 3 (16,7%) новорожденных. На 5 минуте у новорожденного 3 группы сохранилась гипоксия средней степени тяжести, тогда как в первой и второй группах гипоксия была устранена.

Ранний врожденный сифилис установлен ($p<0,05$) только одному ребенку, который родился от матери, не получавшей ни специфического, ни профилактического лечения сифилиса (женщина из 3 группы).

В сравнении с 2017 годом увеличилось число женщин, прошедших полный курс специфического и профилактического лечения по поводу сифилиса. Число женщин получивших неполное лечение оказалось таким же, как и в 2017 году. Женщин с сифилисом, не получавших никакого лечения во время беременности, в 2018 году не было зарегистрировано.

Выводы. По результатам исследования было выявлено, что течение и исходы беременности зависели от объема проведенной противосифилитической терапии. Таким образом, ранняя диагностика сифилитической инфекции во время беременности, своевременно проведенная специфическая и профилактическая терапия помогают продлить беременность, снизить частоту случаев врожденных форм сифилитической инфекции, осложнений во время беременности, уменьшить смертность новорожденных в перинатальном периоде или в первые годы жизни.

В отличие от 2017 года снизилось число беременных женщин, не получавших никакого лечения по поводу сифилиса. Это говорит об эффективности и преемственности в работе акушерского и дерматовенерологического звена.

Список литературы.

1. Бердицкая Л.Ю. Медицинские и социальные аспекты сифилиса у беременных. Совершенствование мер профилактики врожденного сифилиса: автореф. дис. – Новосибирск, 2015. – 23 с.
2. Кокина О.Ю., Гурьева В.А., Немцева Т.В. Влияние терапии сифилиса на течение и исходы беременности // Медицинское обозрение. Наука и практика.- 2016. – № 2 (2). – С. 62-68.
3. Прохоренков В.И. Современные представления об инфекционном процессе при сифилисе // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2017. – № 4. – С.4-8.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. И доп. – Т.1 – М.: Медицина. –2015. – 897с.
5. Шувалова Т.М. Клиническая и социально-эпидемиологическая характеристика женщин, родивших детей, больных врожденным сифилисом / Т.М. Шувалова, А.Г. Туманян, В.М. Юдакова // Инфекции, передаваемые половым путем. –2017. – № 2. – С.18-21.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБСЛЕДОВАНИЮ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Райлло М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунёва И.С.

Актуальность исследования. Привычное невынашивание беременности (ПНБ) имеет большую значимость в современном акушерстве и гинекологии и рассматривается не только с медицинской, но и с социально-экономической точки зрения [2]. В ряде случаев к потере беременности приводят патологические состояния, которые можно выявить и корригировать до ее наступления [1, 5].

Целью исследования является анализ современных методов диагностики ПНБ на примере клинических случаев, оценка эффективности комплексного подхода для верификации патологии и экстраполяция результатов для ведения аналогичных случаев.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе акушерско-гинекологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница № 6», являющимся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет».

В ходе исследования были изучены клинические случаи женщин с ПНБ, имеющие в анамнезе от 2 до 5 самопроизвольных прерываний беременности на разных сроках гестации. Пациенткам было назначено комплексное

обследование. По причинам диагностированной патологии все случаи были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 5 случаев беременности с синдромом Ашермана, завершившихся внутриутробной гибелью плода на сроке 6-8 недель гестации. В ходе комплексного обследования основными методами в исследуемой группе были гистеросальпингография, гистероскопия и УЗИ. По результатам которых были установлены деформации полости матки, облитерации полости из-за внутриматочных сращений, суженные и частично проходимые рога матки, спайки. После замирания беременности пациенткам вынужденно производилось выскабливание полости матки, в результате чего образовывались новые синехии. Дополнительных отклонений в первой группе выявлено не было. Основными методами лечения данной формы является гистероскопия с рассечением синехий под визуальным контролем [3, 7] и курсы реабилитации на фоне приема циклической гормонотерапии эстрогенами и гестагенами с целью стимуляции восстановления эндометрия и его циклической трансформации [1, 4]. В результате лечения во всех случаях наступила беременность с благоприятным исходом.

Во вторую группу вошли 5 случаев с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ), имеющих в анамнезе 3-5 самопроизвольных выкидышей на сроке от 6-7 до 12 недель. В ходе комплексного обследования основными методами являлись: тесты функциональной диагностики (ТФД), определение уровня ЛГ, ФСГ, эстрогенов, прогестерона, пролактина в крови; проведение УЗИ в динамике, чтобы судить о развитии фолликула и изменении толщины эндометрия; биопсия эндометрия с патогистологическим исследованием. По результатам исследования выявлено, что наиболее частой причиной формирования НЛФ является гиперсекреция ЛГ и гипосекреция ФСГ, гипоэстрогения в середине цикла. При высоком уровне пролактина нарушается регуляция гипоталамусом функций гипофиза, снижается выброс ФСГ и увеличивается ЛГ, происходит неполноценное развитие фолликула. Недостаток прогестерона проявляется в нарушении стимуляции разрастания эндометрия для успешной имплантации; а также в недостаточном расслаблении гладкой мускулатуры, что увеличивает вероятность выкидыша [7]. Низкий уровень эстрадиола позволяет думать о возможном нарушении кровоснабжения плаценты в предыдущие беременности, что способствовало их прерыванию. По результатам гистероскопии у 3 пациенток из группы НЛФ, обнаружены очаги эндометриоза, при этом у этих же пациенток отмечается повышенный уровень провоспалительных цитокинов [6]. У одной пациентки по данным УЗИ определяется тонкий эндометрий, отсутствие его слоистости, измененный маточный кровоток, при этом уровень гормонов в крови в норме, что свидетельствует о наличии у нее НЛФ, обусловленной поражением рецепторного аппарата эндометрия. Для лечения пациенткам из группы с НЛФ были назначены прогестеронсодержащие гормональные препараты, фоллитропины, физиотерапевтическое лечение. По окончании лечения и нормализации лабораторно-инструментальных изменений в 3 из 5 случаев наступила беременность.

В третью группу вошли 5 случаев с аденомиозом, имеющих в анамнезе 2-4 самопроизвольных выкидышей на сроке от 9 до 12 недель. Частой жалобой пациенток являлись болезненные, продолжительные, обильные менструации, боли при половом акте, что уже позволяет заподозрить патологию. Важным диагностическим методом у данной группы пациенток являлся гинекологический осмотр, при котором диагностировалась увеличенная шаровидная матка. Одним из основных методом диагностики было УЗИ матки, при котором об аденомиозе свидетельствовало увеличение и шаровидная форма матки, различная толщина стенок и кистозные образования размером более 3 мм. Еще одним эффективным диагностическим методом при этой форме заболевания является гистероскопия, в определенных случаях применяется МРТ, в ходе которого можно выявлять утолщения стенки матки, нарушения структуры миометрия и очаги внедрения эндометрия в миометрий, а также оценивать плотность и структуру узлов. Инструментальные методы диагностики дополнялись лабораторными, которые позволили выявить воспалительные процессы и нарушения гормонального баланса. Для лечения этой группы пациенток применялись прогестагены, иммуномодуляторы. В результате в 3 из 5 случаев наступила беременность с благоприятным исходом.

Результаты и обсуждения. Диагноз ПНБ у исследуемых пациенток был верифицирован на основании проведения целого комплекса медицинских исследований. Из-за большого разнообразия причин и механизмов развития ПНБ следует, что последующее лечение невозможно без корректной диагностики патологии, которая во многом зависит от профессионализма акушера-гинеколога и специалистов смежных профессий, а также от возможностей современных методов исследования. Так, по результатам проводимой диагностики в каждом клиническом случае была точно установлена этиология невынашивания. После этого женщинам назначалось лечение четко направленное на фактор, вызвавший развитие патологии, что в заключении приводило к успешному вынашиванию здоровых детей. Диагностика должна начинаться с подробного сбора анамнеза. Стоит особое внимание уделить перенесенным гинекологическим заболеваниям, хирургическим вмешательствам, профессиональным вредностям и привычным интоксикациям. Необходимо тщательно анализировать историю каждой беременности. Для изучения состояния полости матки и выявления пороков ее развития необходимо проводить гистеросальпингографию, гистероскопию, УЗИ. Для оценки лютеиновой фазы менструального цикла использовать измерение базальной температуры, определение концентрации прогестерона, УЗИ, биопсию эндометрия, назначать тесты функциональной диагностики. Для диагностики невынашивания важно проводить медико-генетическое консультирование; исследовать наличие эндокринных, аутоиммунных, иммунологических факторов невынашивания; проводить гормональное и цитологическое исследование; по необходимости обследовать партнера.

Выводы. Таким образом, проблема привычного невынашивания требует комплексного подхода к обследованию женщин репродуктивного возраста,

ведь только благодаря всестороннему обследованию, акушер-гинеколог сможет назначить адекватное лечение и в результате справиться с данной патологией.

Список литературы.

1. Алекберова З.С., Сидельникова В.М., Александрова Е.Н. и др. Привычное невынашивание беременности при первичном антифосфолипидном синдроме // Научно-практическая ревматология. 2013. № 1. С. 77-81. URL https://cyberleninka.ru/article/n/ (дата обращения: 22.02.2019).
2. Калдыбекова А.К., Аширбекова А.М., Жаксылыкова А.А. и др. Невынашивание беременности // Молодой ученый. 2016. № 8. С. 394-396. URL https://moluch.ru/archive/112/28103/ (дата обращения: 22.02.2019).
3. Копобаева И.Л. Привычное невынашивание беременности // MEDICINE. 2015. № 8. С. 57-60.
4. Лупояд И.С., Бородай О.Н., Аралов А.В. и др. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему // Международный медицинский журнал. 2015. № 4. С. 27-33.
5. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности: Руководство для практических врачей. М.: Высшая школа. 2009. 501 с.
6. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. М.: МЕДпресс-информ. 2017. 351 с.
7. Хизроева Д. Х. Дифференцированные подходы к диагностике синдрома потери плода: Метод. рекомендации. 2015. 26 с.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Рубан Н.А., Корбут И.А., Веремеюк К.В., Крыльчук В.П., Шкутович А.Н.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП
Научный руководитель − к.м.н., доцент Корбут И.А.

Актуальность исследования заключается в частой встречаемости данного заболевания в старших возрастных группах 28-38,9% [1, 2]. Пролапс гениталий – это патологический процесс, при котором наблюдается опущение или выпадение внутренних женских половых органов (влагалища, матки, придатков) [1, 2, 3]. Факторы риска возникновения пролапса гениталий: повышение внутрибрюшного давления, наследственная предрасположенность (системная дисплазия соединительной ткани), ожирение, менопаузальный период, а также высокий паритет беременностей. Лечение данного заболевания консервативное или хирургическое [4].

Среди существующих традиционных вариантов наиболее часто применяются влагалищная гистерэктомия, «манчестерская операция», а в качестве консервативного лечения – пессарии.

Манчестерская операция – сочетание передней кольпорафии, ампутации шейки матки, укрепления культи шейки матки кардинальными связками и кольпоперинеолеваторопластики [3, 4].

Целью исследования является определение основных этиологических особенностей пролапса гениталий, а также основных путей оперативного лечения.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента, оперированных по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов I-IV степени по классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) в гинекологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2017 году. Качественные признаки нами описаны с помощью доли и ошибки доли n, (p±sp%). Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, мы использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение (M±SD), а для неимеющих нормального распределения Me (25; 75 процентиль). Корреляционная связь определялась при помощи коэффициента корреляции Спирмена ($rs \in [-1;1]$).

Результаты и обсуждения. Женщины с пролапсом гениталий имели возраст 67 (63;69,8) лет, причем диапазон был от 45 до 84 лет. Пациентки находились в менопаузальном периоде, который начинался в 50 (49;52) лет. Стаж менопаузы составлял 15 (10;20) лет. Среди исследуемых 20 (43,5±7,3%) человек проживали в городе и 26 (56,5±7,3%) – в сельской местности.

При гинекологическом исследовании пролапс гениталий I степени был диагностирован у 5 (10,9±4,6%) больных; пролапс гениталий II степени у 17 (36,9±7,1%) пациентов; пролапс гениталий III степени – 17 (36,9±7,1%), в то время как пролапс гениталий IV степени определялся лишь в 7 (15,2±5,3%) случаев.

Паритет беременности для исследуемой группы женщин составил 4,0±1,7. Корреляционная связь между степенью тяжести и паритетом беременности в нашем исследовании оказалось низкой (r=−0,04).

Паритет родов для этой группы составил 2,3 ± 0,8. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 1.

Таблица 1. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести

	I степень	II степень	III степень	IV степень
1 роды 5 (10,9±4,6%), %	0	2,2±2,2	6,5±3,6	2,2±2,2
2 родов 28 (60,9±7,2%), %	8,7±4,2	21,8±6,1	23,9±6,3	6,5±3,6
3 и более родов 13 (28,2±6,6%), %	2,2±2,2	13,0±4,9	6,5±3,6	6,5±3,6

Корреляционная связь между степенью тяжести и количеством родов в нашем исследовании оказалось низкой (r=-0,19).

Нами установлено, что искусственное прерывание беременности в анамнезе было у 37 (80,4±5,8%) обследованных. При этом на одну женщину приходилось 1,7±1,4 аборта. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 2.

Таблица 2. Распределение пациентов по степени пролапса в зависимости от паритета беременностей

	I степень	II степень	III степень	IV степень
0 абортов 9 (19,6±5,8%), %	4,3±3,0	6,5±3,6	2,2±2,2	6,5±3,6
1 аборт 16 (34,8±7,0%), %	6,5±3,6	10,9±4,6	13,0±4,9	4,3±3,0
2 аборта 6 (13,0±4,9%), %	0	4,3±3,0	8,7±4,2	0
3 и более абортов 15 (32,6±6,9%), %	0	15,2±5,3	13,0±4,9	4,3±3,0

Корреляционная связь между степенью тяжести пролапса и количеством абортов в нашем исследовании также оказалось низкой (r=0,07).

В структуре гинекологической патологии преобладает миома матки 15 (32,6±6,9%), а также эрозия шейки матки 8 (17,3±5,6%).

Соматическая патология у пациенток была представлена артериальной гипертензией у 45 (97,8±2,2%) человек; ИБС: атеросклеротическим кардиосклерозом у 17 (36,9±7,1%) обследованных. Патология эндокринной системы была диагностирована в виде многоузловой зоб, эутиреоз 6 (13,0±4,9%) женщин; сахарный диабет 2-ой тип 4 (8,7±4,2). Варикозное расширение вен нижних конечностей осложняло анамнез у 7 (15,2±5,3) женщин. Среди исследуемых избыток массы тела был у 43 (93,5±3,6%) женщин. Из них ожирение 1 степени – 13 (30,2±7,0%) человек; ожирение 2 степени – 5 (11,6±4,9%) человек.

Пациентки, у которых выявили данное заболевание, предъявляли жалобы на нарушение мочеиспускания, что было отмечено у 35 (76,1±6,3%) женщин, в том числе: недержание мочи – у 17 (36,9±7,1%) обследованных, затруднённое мочеиспускание – 18 (39,1±7,2%) человек. Кроме того, женщин беспокоило ощущение инородного тела во влагалище 40 (86,9±4,9%) человек, дискомфорт при ходьбе 29 (63,1 ± 7,1%) обследованных, тянущую боль в животе 16 (34,8±7,1%) пациенток, затруднение дефекации 17 (36,9±7,1%) пролеченных.

У всех женщин проведено оперативное лечение опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВП) различными способами (в соответствии с возрастом пациенток, сопутствующей гинекологической патологией, степенью опущения гениталий). В зависимости от вида тактики ведения пациенты были распределены на следующие группы:

Группа А – влагалищная гистерэктомия – 16 (34,8±7,1%) женщин;

Группа Б – манчестерская операция – 26 (56,5±7,3%) женщин;

Группа В – консервативная терапия – 4 (8,7±4,2%) женщин.

В работе мы также исследовали распределение методов лечения в зависимости от степени пролапса гениталий. Результаты приведены в таблице 3.

Таблица 3. Тактика в зависимости от степени пролапса гениталий по классификации POP-Q

	I степень	II степень	III степень	IV степень
Группа А, %	0	11,8±7,8	47,1±12,1	85,7±13,2

Группа Б, %	60±21,9	82,4±9,2	47,1±12,1	14,3±13,2
Группа В, %	40±21,9	5,8±5,7	5,8±5,7	0

Выводы. В ходе проведённого нами исследования было установлено, что чаще болеют лица пожилого возраста – 67 (63 69,8) лет. Как правило, эти женщины имеют сопутствующую гинекологическую патологию 23 (50,0±7,4%), высокий паритет беременности 3,9±0,24. Кроме этого, у 37 (80,4±5,8%) исследуемых женщин имеется аборт в анамнезе, что также может быть одной из основных причин развития пролапса гениталий. Одинаково часто у женщин наблюдался пролапс II и III степени 17 (36,9±7,1%) по POP-Q. Исследуемые чаще всего предъявляли жалобы на ощущение инородного тела во влагалище 40 (86,9±4,9%), нарушение мочеиспускания 35 (76,1±6,3%) и дискомфорт при ходьбе 31 29 (63,1±7,1%). Для лечения при I и II степени заболевания использовалась преимущественно манчестерская операция; при III и IV степени – влагалищная экстирпация матки без придатков.

Список литературы.

1. Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Лаптева Н.В., Радькова М.В. Эффективность различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов / Е.Д.Дубинская, И.А.Бабичева, О.Э.Барабанова, Н.В. Лаптева, М.В. Радькова // Вестник Российского государственного медицинского университета. − 2014. − № 4. − С.2-7.

2. Чечнева М.А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевой инконтиненцией/ М.А.Чечнева // автореф. дисс. канд. мед. наук. М. − 2011. − 22 с.

3. Iversi, E. Urogenital prolapse and atrophy tmenopause: a prevalence study / E. Iversi, [et al.] // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2001. – Vol. 12. – P. 107-110.

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Рулёва Е.С.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − к.м.н., доцент Эйныш Е.А.

Актуальность исследования. Тяжелая преэклампсия (ПЭ) является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также неблагоприятных перинатальных исходов [1]. Перинатальная заболеваемость и смертность при ПЭ обусловлены недоношенностью (30%), хронической гипоксией (40%), внутриутробной задержкой роста плода (30%). ПЭ составляет 15% в структуре причин преждевременных родов. Среди детей, родившихся живыми от матерей с ПЭ,

каждый четвертый отстает в физическом развитии [3]. Изучение состояния новорожденных, а также отдаленных результатов развития и динамическое наблюдение за детьми на протяжении периода раннего детства имеют большое значение, поскольку позволяют выявить факторы и причины нарушения развития детей, оптимизировать ведение беременности и родов при тяжелой преэклампсии, следствием чего может быть улучшение отдаленных результатов развития [2].

Целью исследования является изучение особенностей родоразрешения и оценка состояния новорожденных у пациенток, перенесших во время беременности и родов тяжелую форму преэклампсии.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование 35 историй родов, полученных методом сплошной выборки у пациенток с тяжелой формой ПЭ согласно критериям ACOG (группа 1), родоразрешённых в Учреждениях здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» и «Гомельская городская клиническая больница № 3» с января 2015 по ноябрь 2018 года. В исследование включались пациентки с повторными родами и одноплодной беременностью. Были изучены клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Для сравнения данных были проанализированы клинико-анамнестические данные у 30 пациенток без ПЭ (группа 2). Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0. Результаты представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 процентилей. Для характеристики частоты изучаемых признаков использовались доли (%). Сравнения полученных долей проведено с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса, количественные различия оценивались с помощью критерия Манна–Уитни (U). Статистически значимыми считались результаты при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Срок госпитализации пациенток 1 группы составил 36 (35;37,5) недель, 2 группы − 39 (38,40) недель. Максимальная продолжительность лечения до родоразрешения составила 24 часа, большинство пациенток родоразрешены после стабилизации состояния. Досрочное родоразрешение (до 37 недель) было проведено 22 (62,9%) пациенткам 1 группы и 2 (6,7%) пациенткам 2 группы, в том числе до 34 недель 4 (11,4%) пациенткам 1 группы. У остальных пациенток роды произошли при доношенной беременности.

В 1 группе родоразрешение 27 (77,1%) пациенток осуществлялось путём операции кесарева сечения, во 2 группе − 11 (36,7%) пациенток, $\chi^2=9,3$, $p<0,05$. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: тяжелая ПЭ в сочетании с оперированной маткой у 22 (62,9%) пациенток 1 группы и у 8 (26,7%) пациенток 2 группы, $\chi^2=7,12$, $p<0,05$; в сочетании с нарушениями состояния плода у 5 (14,3%) пациенток 1 группы и у 3 (10,0%) пациенток 2 группы. У остальных пациенток роды произошли через естественные родовые пути.

Количество рожденных мальчиков в 1 группе составило 21 (60,0%), во 2 группе − 10 (33,3%), χ^2 = 3,6, p=0,05; количество девочек в 1 группе − 14 (40,0%), во 2 группе − 20 (66,7%), χ^2 = 3,6, p=0,05.

Из проявлений плацентарной недостаточности в 1 группе было выявлено наличие СЗРП 1 степени у 9 (25,7%) пациенток, во 2 группе − у 1 (3,3%) пациентки, χ^2=4,61; p<0,05. СЗРП 2 степени выявлено у 2 (5,7%) пациенток 1 группы. Наличие СЗРП 2 степени у пациенток 2 группы выявлено не было.

В 1 группе количество детей, рожденных с массой менее 2500 г, равно 16 (45,7%), во 2 группе − 2 (6,7%), χ^2=10,43, p<0,05. Медиана массы новорождённого в 1 группе составила 2750 (2075;3225) грамм, во 2 группе медиана массы − 3445 (3157,3745) грамм, U=206, p<0,05.

Количество детей с ростом менее 46 см в 1 группе − 11 (31,4%), во 2 группе − 2 (6,7%), χ^2=4,74, p<0,05. Медиана роста составила 50 (47,51) см и 54 (52,25;55) см соответственно, U=178, p<0,05.

Окружность головы новорожденных у пациенток 1 группы была ниже нормы (34–36 см) у 11 (31,4%) детей, у пациенток 2 группы − у 2 (6,7%) детей, χ^2=4,74, p<0,05. Медиана составила 34 (32,35) см и 34,5 (34,35) см соответственно, U=410, p<0,05.

Окружность груди новорожденных у пациенток 1 группы была ниже нормы (33–34 см) у 13 (37,1%) детей, у пациенток 2 группы − у 3 (10,0%) детей, χ^2=5,03, p<0,05. Медиана составила 33 (31,34) см и 33 (33,34) см соответственно, U=411, p<0,05.

Оценка по шкале Апгар на 1 минуте в 1 и во 2 группе составила 8 (6,8) и 8 (8,8) соответственно, U=375, p<0,05. Количество детей с оценкой ниже 6 баллов в 1 группе равно 5 (14,3%). Оценка по шкале Апгар на 5 минуте в 1 и во 2 группе − 8 (8,8) и 8 (8,8) соответственно, U=402, p<0,05. В состоянии гипоксии было выявлено 5 (14,3%) плодов 1 группы и 2 (6,7%) плода 2 группы.

Выводы.

1. Частота операции «кесарево сечение» превышала роды через естественные родовые пути и составила 77,1%.

2. Новорожденные от матерей, беременность которых осложнилась тяжелой формой ПЭ, характеризовались более низкими: массой − 2750 (2075,3225) грамм, ростом − 50 (47,51) см, окружностью груди − 33 (31,34) см и головы − 33 (31,34) см, оценкой по шкале Апгар на 1 минуте − 8 (6,8) и на 5 минуте − 8 (8,8) после рождения, в отличии от новорожденных у матерей, беременность которых протекала без осложнений.

3. Было выявлено наличие СЗРП 1 степени у 9 (25,7%) пациенток, СЗРП 2 степени − у 2 (5,7%) пациенток. В состоянии гипоксии было выявлено 5 (14,3%) плодов исследуемой группы.

Список литературы.

1. Барановская, Е.И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е.И. Барановская // Медицинские новости. 2017. № 6. С. 4–7.

2. Жернаков, Е.В. Состояние новорожденных и детей первого года жизни у женщин с преэклампсией тяжелой степени, осложнившей

беременность /Е.В. Жернаков// Научные ведомости. 2014. № 11 (182), вып.26. С. 15–18.

3. Кузина, Е.А. Исходы родоразрешения и состояния новорожденных у беременных женщин с преэклампсией / Е.А. Кузина // Символ науки. 2015. № 6. С. 311–312.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Руснак А.В, Дупак А.О., Каплан Ю.Д.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП
Научный руководитель – к.м.н., доцент Захаренкова Т.Н.

Актуальность исследования. Нарушения микробиоценоза влагалища могут привести не только к восходящему инфицированию плода, но и спровоцировать прерывание беременности. Во время беременности видовой состав микроорганизмов менее разнообразен, чем у гинекологических пациентов [1, 2]. Физиологические изменения во время беременности способствуют изменению видового состава микроорганизмов, колонизирующих влагалище, в результате чего он становится менее разнообразным, с выраженным доминированием лактобактерий в третьем триместре. Учитывая эти особенности изменения микрофлоры у беременных женщин, перспективным является исследование видового состава аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры вызывающих воспалительные изменение во влагалище у беременных в разные гестационные сроки [3].

Цель исследования − оценить видовой состав аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры влагалища у беременных женщин в разные сроки гестации.

Материал и методы: нами были проанализированы заключения бактериологического исследования отделяемого из влагалища у 2833 беременных женщин, госпитализированных в отделения гинекологии и патологии беременности Учреждений здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» и «Гомельская городская клиническая больница № 3» за 2018 год. Все пациенты были разделены на две группы: первую группу (n=209) составили беременные женщины до 22 недель гестации, госпитализированные в отделение гинекологии по различным показаниям; вторую группу (n=2624) составили беременные женщины после 22 недель гестации госпитализированные в отделение патологии беременности по различным показаниям. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы MedCalc. Для описания качественных признаков использовались абсолютные и относительные величины с указанием доли (P,%). Определение отношения шансов события в одной группе к шансам этого

же события в другой (OR) и 95% CI. Различия между группами считались значимыми при p<0,05.

Результаты и обсуждения. При проведении бактериологического исследования рост аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры в концентрации более 10^4 КОЕ/л был получен у 33,6% (952 из 2833) исследуемых пациентов. При этом у беременных до 22 недель гестации частота выделения микроорганизмов была в 2,7 раз чаще, чем у беременных после 22 недель гестации (OR=2,7; 95% CI 2,04-3,62; p<0,0001). Так в первой группе культура-позитивных пациентов было 55,9% (117 из 209), во второй 31,8% (835 из 2624). У беременных до 22 недель гестации самыми часто выявляемыми микроорганизмами явились: Candida spp. (35%); Escherichia coli (29,9%); Микстинфекция (5,9%). У беременных после 22 недель гестации: Escherichia coli (34,9%), Candida spp. (25,9%); Микстинфекция (12,5%).

Частота встречаемости и спектр микроорганизмов, выделенных из влагалища у беременных женщин в разные гестационные сроки представлен в таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости и спектр микроорганизмов, выделенных из влагалища у беременных женщин с разные сроки гестации (n=952)

Спектр микроорганизмов	Первая группа (n=117)		Вторая группа (n=835)		Уровень статистической значимости, p
	абс.	отн.	абс.	отн.	
Candida spp.	41*	35,0%	217	25,9%	p=0,04
Enterobacter aerogenes	0	0%	6	0,7%	p=0,63
Enterobacter agglomerans	2	1,7%	7	0,8%	p=0,36
Enterobacter cloacae	4	3,4%	11	1,3%	p=0,08
Enterococcus faecalis	4*	3,4%	84	10,1%	p=0,02
Enterococcus faecium	1	0,9%	11	1,3%	p=0,82
Escherichia coli	35	29,9%	292	34,9%	p=0,28
Klebsiella oxytoca	0	0%	10	1,2%	p=0,73
Klebsiella pneumonia	6	5,1%	29	3,5%	p=0,36
Proteus mirabilis	1	0,9%	8	0,9%	p=0,64
Proteus penneri	0	0%	2	0,2%	p=0,71
Proteus vulgaris	3*	2,6%	5	0,6%	p=0,045
Staphylococcus aureus	5	4,3%	19	2,3%	p=0,19
Staphylococcus epidermidis	0	0%	2	0,2%	p=0,82
Staphylococcus saprophyticus	2	1,7%	7	0,8%	p=0,36
Streptococcus agalactiae	6	5,1%	21	2,5%	p=0,11
Микстинфекция	7*	5,9%	104	12,5%	p=0,037

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны.

Как видно из данных таблицы 1 у пациентов до 22 недель гестации значимо чаще нарушения микробиоценоза влагалища были вызваны дрожжеподобными грибами рода Candida spp. Так у пациентов первой группы

Candida spp была выявлена в 35,0% (41 из 117) случаев, что в 1,5 раза больше, чем у пациентов второй группы, где данный микроорганизм был выделен в 25,9% (217 из 835) случаев (OR=1,5; 95%CI 1,01-2,3; p=0,04). Так же у беременных до 22 недель гестации в 4,4 раза чаще выделялась культура Proteus vulgaris (OR=4,4; 95%CI 1,03-18,5; p=0,045). У пациентов первой группы данный микроорганизм выделен в 2,6% (3 из 117) случаев, а у пациентов второй группы в 0,6% (5 из 835) случаев.

У пациентов после 22 недель гестации в 3,1 раз чаще, чем у пациентов до 22 недель гестации выделялся Enterococcus faecalis (3,4% в первой группе и 10,1% во второй группе), что явилось статистически значимым (OR=3,1; 95%CI 1,13-8,78; p=0,027). Так же у беременных после 22 недель значимо чаще нарушения микробиоценоза связаны с микстинфекцией (12,5% случаев). Так у пациентов второй группы в 2,4 раза чаще, чем у пациентов первой группы нарушения микробиоценоза было вызвано сочетанием микроорганизмов (OR=2,4; 95%CI 1,07-5,2; p=0,37)

Выводы. У женщин до 22 недель беременности при проведении бактериологического исследования по сравнению с беременными после 22 недель гестации значимо чаще выявляют аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (OR=2,7; 95%CI 2,04-3,62; p<0,0001), при этом в первой половине беременностистатистически значимо чаще у беременных выделены культура Candida spp. (OR=1,5; 95%CI 1,01-2,3; p=0,04) и Proteus vulgaris (OR=4,4; 95%CI 1,03-18,5; p=0,045). У беременных после 22 недель гестации значимыми инфекциями, приводящими к нарушению микробиоценоза влагалища являются микстинфекция (OR=1,5; 95%CI 1,01-2,3; p=0,04) и Enterococcus faecalis (OR=3,1; 95% CI 1,13-8,78; p=0,027).

Список литературы.

1. Исследование биоценоза урогенитального тракта у женщин методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени: методическое пособие для лаборантов / М.Н. Болдырева, А.Е Донников, Л.В. Тумбинская; ФГБУ ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России. ЗАО «НПФ ДНК Технология». − Москва, 2009.

2. Оценка современных методов лабораторной диагностики бактериального вагиноза / К.В. Шалело, В.В. Назарова, Ю.Н. Менухова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. 2014.Т.LXIII, № 1. С.26-32.

3. Сравнение лабораторных методов диагностики инфекций, вызываемых Trichomonasvaginalis / З.М. Мартикайнен, А.К. Григорьев, О.С. Рыжкова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. 2014. Т.LXIII, № 1. С.5-9.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПРАКТИКУ ОТДЕЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ОБУЗ «КУРСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА»

Рыбалко Я.В., Коростелева Е.С., Рыбалко А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Руководитель – д.м.н., профессор Рыбников В.Н.

На сегодняшний день во всех хирургических специальностях «золотым стандартом» диагностики и лечения является использование эндоскопических технологий при выполнении как органосохраняющих, так и радикальных операций [3].

Актуальность исследования определяется активным внедрением в ежедневную практику высокотехнологичных эндоскопических операций у гинекологических больных [2, 4]. Высокотехнологичными считаются органосохраняющие вмешательства (прежде всего, реконструктивно-пластические операции на органах и связочном аппарате малого таза).

Более 5 лет на базе отделения оперативной гинекологии ОБУЗ «Курского городского клинического родильного дома» выполняются технически сложные и высокотехнологичные эндоскопические оперативные вмешательства (в частности − консервативная миомэктомия, гистерэктомия/надвлагалищная ампутация матки, сакровагинопексия, слинговые операции при стрессовом недержании мочи).

Целью исследования является анализ динамики внедрения высокотехнологичных и технически сложных операций в практику отделения оперативной гинекологии ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» за 2014-2018 года.

Материалы и методы: для оценки активности и эффективности внедрения органосохраняющих, пластических и радикальных эндоскопических операций в практику отделения использовали следующие материалы: данные медицинской документации отделения − журнала операций, 678 историй болезни. Для распределения и оценки результатов применены нижеперечисленные методы: ретроспективный анализ; контент-анализ; метод группировки; статистический анализ (статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Office Excel и STATISTICA 10.0).

Первоначально были выделены и распределены по группам пациентки, получавшие помощь в виде исследуемых типов оперативных вмешательств (все женщины прооперированы эндоскопическим методом, в плановом порядке), оценены возрастные характеристики (возраст пациенток от 25 до 60 лет (медиана 38±1,5 лет)). Все оперативные вмешательства распределены на органосохраняющие (консервативная миомэктомия), пластические (слинговые операции при стрессовом недержании мочи, сакровагинопексия), радикальные (гистерэктомия/надвлагалищная ампутация матки) [5]. Далее выявлена суммарная ежегодная доля высокотехнологичных и сложных эндоскопических

вмешательств в общей структуре плановой патологии, а также доля отдельных типов вмешательств. Как показатели эффективности оценены наличие осложнений и необходимость повторного оперативного вмешательства в раннем послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждения. Проанализировав полученные данные, выявили, что отмечается ежегодный рост доли высокотехнологичных и технически сложных операций среди плановых лапароскопий как в целом, так и по отдельным типам вмешательств. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.Динамика внедрения отдельных видов эндоскопических операций у гинекологических больных

	2014	2015	2016	2017	2018
Доля высокотехнологичных вмешательств от плановых лапароскопий, %	16,07	18,18	40,56	53,88	62,18
Органосохраняющие	1,68	3,40	5,43	4,30	4,87
Пластические	0	1,14	6,28	13,76	15,19
Радикальные	14,39	13,64	28,85	35,82	42,12
Осложнения/необходимость повторного вмешательства	0	0	0	0	0

Выводы. Выявлен ежегодный рост доли технически сложных оперативных вмешательств (в 2014 г – 16,07%; в 2018 – 62,18%), наиболее он выражен в 2017-2018 годы – прирост составил 18,3%. Лидирующие позиции занимают радикальные и пластические операции (в среднем за исследуемый период 26,96% и 9,05% соответственно), также отмечается тенденция к увеличению выполнения органосохраняющих вмешательств (2014 год − 1,68%, 2018 год – 4,87%). В 100% случаев отсутствуют осложнения и/или потребность в повторном вмешательстве в раннем послеоперационном периоде, что свидетельствует о высокой эффективности применяемого способа лечения.

Лапароскопия в современной медицине является оптимальным методом лечения хирургической патологии гинекологических больных [1]. Технические возможности и эффективность выполнения органосохраняющих и пластических операций позволяют определять ее как операцию выбора, прежде всего, у пациенток репродуктивного возраста. Эндоскопически выполняемые радикальные операции также являются более щадящими (по сравнению с аналогичными вмешательствами, выполняемыми лапаротомным доступом), что дает возможность их выполнения у пациенток с сопутствующей экстрагенитальной патологией [4]. Однако, несмотря на преимущества лапароскопического лечения, подбор типа оперативного вмешательства и способ его осуществления должен быть индивидуализирован. Это позволит минимизировать риски, предотвратить наличие осложнений, повысить эффективность проводимого лечения [3].

Список литературы.

1. Доброхотова, Ю.Э. Миома матки/ Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Ибрагимова, Л.В.Сапрыкина// Акушерство и гинекология.2018. № 7 С. 20-25;
2. Кира, К.Е. Слинговые операции в лечении стрессового недержания мочи у женщин/ К.Е. Кира, А.А. Безменко, Е.Ф.Кира// Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2014. Т. 5. № 4 С. 126-130;
3. Кулешов, А.Н. Эндоскопическая хирургия у больных пожилого и старческого возраста/ А.Н. Кулешов, Л.В. Затонских, А.В. Тумарев и др.// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017. Т.6. № 5 С. 36-40;
4. Мусин, И.И. Принцип выбора хирургических технологий в коррекции пролапса гениталий в различных возрастных группах/ И.И. Мусин, А.Г. Ящук, Р.М. Зайнулинна и др.// Практическая медицина. 2017. № 7. С. 11-114;
5. Тюрина, С.С. Лапароскопическая промонториофиксация или трансвагинальная сакроспинальная фиксация в лечении генитального пролапса/ С.С. Тюрина// Актуальная биотехнология. 2014. № 3. С. 84-88.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ

Рыбачек А.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − д.м.н., профессор Пономарева Н.А.

Актуальность исследования. Проблема преэклампсии беременных как в прошлом, так и в настоящем представляется одной из наиболее значимых в современном акушерстве. Большой интерес к изучению данной проблемы обусловлен прежде всего тем, что в структуре акушерской патологии преэклампсия занимает лидирующее место. В соответствии с современными данными, частота преэклампсии в среднем составляет от 4,9 до 19,5% [1]. Изучение данной проблемы и инициирующих факторов сохраняет свою актуальность по нескольким причинам:

1. Преэклампсия является причиной материнской смертности в РФ и занимает второе место после кровотечений и составляет от 13,8% до 19,8%.
2. За прошедшие пять лет частота случаев преэклампсии многократно возросла и колеблется от 9% до 27%.
3. Преэклампсия является основной причиной перинатальной заболеваемости (61-79%) и смертности (21-37%).
4. После перенесенной преэклампсии наблюдаются тяжелые последствия. Женщины, перенесшие преэклампсию, в дальнейшем страдают от хронической патологии почек и гипертонической болезни.
5. Дети, рожденные от матерей, перенесших во время беременности преэклампсию, не редко имеют нарушения физического и психоэмоционального развития [3].

Выявление факторов риска, проведение профилактических мероприятий по предупреждению преэклампсии имеет чрезвычайно важное медико-социальное значение [2].

Целью исследования является изучение факторов риска в развитии преэклампсии беременных.

Материалы и методы: на базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» проведен клинико-экспертный анализ 30 историй родов и проведено анкетирование 30 беременных. Группу контроля составили 10 женщин с нормальными показателями, основную группу 20 пациенток с преэклампсией.

В процессе исследования была проведена оценка вклада ряда клинических параметров в развитие преэклампсии: возраста,социального статуса,профессиональной принадлежности, наследственности, наличие сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Корреляционный анализ был проведен с помощью коэффициента Гамма,непараметрического метода,позволяющего оценить взаимосвязь между двумя качественными или качественными и количественными признаками, когда в данных имеется большое количество повторяющихся значений. Была использована следующая классификация силы корреляции в зависимости от значения коэффициента корреляции:$G \leq 0{,}25$ − слабая корреляция, $0{,}25 < G < 0{,}75$ − умеренная корреляция,$G \geq 0{,}75$ − сильная корреляция. Факторный анализ оценки значимости факторов, показывающих среднюю и сильную силу корреляционной связи, производился с использования критерия каменистой осыпи и критерия Стьюдента. Статистический анализ осуществлялся с применением программ Statistica 6.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0{,}05$.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования было выявлено, что средний возраст пациенток с преэклампсией не отличается от такого в контрольной группе и составил 18-30 лет. При анализе групповой принадлежностью беременных с преэклампсией и беременных конрольной группы не было выявлено значительных различий. Среди женщин с преэклампсией (30,7%) по сравнению с контрольной группой (20,4%),чаще встречались случаи незарегистрированного брака. При анализе места работы беременных было выявлено, что у беременных с преэклампсией преобладает работа с нервно-психическим и физическим напряжением, по сравнению с контрольной группой. Экстрагенитальная и гинекологическая патология чаще встречалась у женщин с преэклампсией (80,7%) по сравнению с группой контроля (45,2%),что значительно повышало риск развития преэклампсии (рисунок1).У больных с преэклампсией по сравнению с контрольной группой чаще встречались заболевания мочевыделительной системы, что сопутствовало повышению риска развития преэклампсии в 3,89 раза. Мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит чаще были выявлены у женщин с преэклампсией (57,3%) по сравнению с контрольной группой (24,7%). Было установлено, что мочекаменная болезнь повышала риск развития преэклампсии в 2,2 раза; хронический пиелонефрит увеличивал риск развития преэклампсии в 3,2 раза.

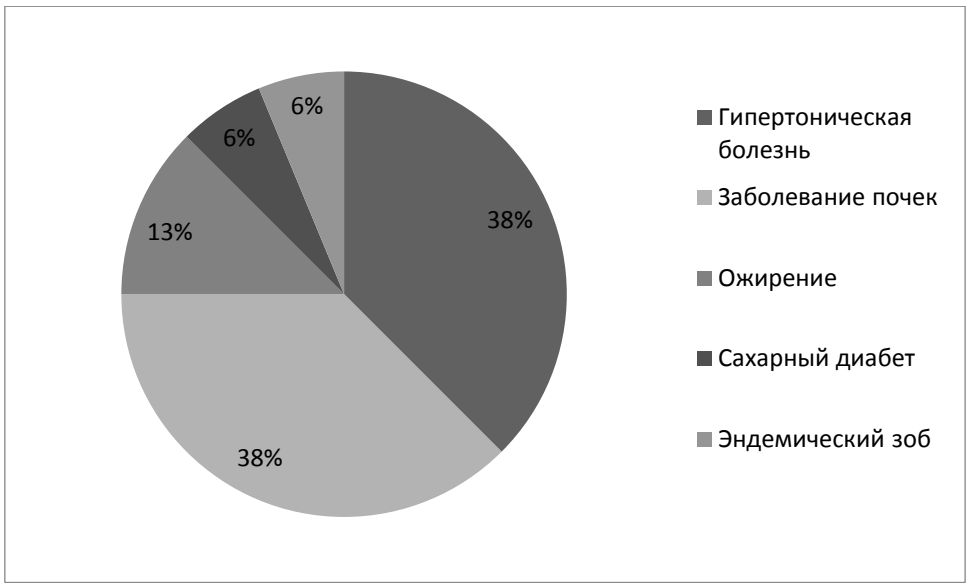


Рисунок 1.Распространенность экстрагенитальной патологии

Выводы**.** По нашим данным, факторами риска преэклампсии с наибольшей распространенностью среди беременных являются: экстрагенитальная патология, семейное положение, работа с нервно-психическим и физическим напряжением.

Список литературы.

1. Гипертензивные расстройства при беременности, в родах и послеродовом периоде. / Преэклампсия: федеральные клинические рекомендации / Г.Т. Сухих [и др.]. – Санкт-Петербург, 2015.
2. Макаров, О. В. Ткачева О. Н., Волкова Е. В. Эклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты / О.В. Макаров, О.Н. Волкова. − М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
3. Пристром, А.М. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, клинические формы: учебное пособие / А.М. Пристром. − Минск, 2013.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА ПО СИСТЕМЕ РЕЗУС-ФАКТОР ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Саакян А.Р.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Пономарева Н.А.

Актуальность данной темы заключается в том, что несмотря на разработанные и внедренные комплексы профилактических мероприятий, гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) до настоящего времени

представляет собой большую проблему в современном акушерстве. По данным ВОЗ, в случае несвоевременной диагностики, лечения и профилактики резус-конфликта (РК) у беременных перинатальная смертность приближается к 16% и около 14% мертворожденность [1]. Резус-конфликт представляет собой иммунологическую несовместимость по резус-фактору крови резус-отрицательной матери и резус-положительного плода, характеризующаяся сенсибилизацией материнского организма, которая приводит к развитию гемолитической болезни плода (ГБП), новорожденных (ГБН) и мертворождению [2]. Согласно клиническому протоколу резус-сенсибилизации и ГБП, профилактика резус-конфликта анти-Rh (D)-иммуноглобулином должна проводиться на 28 неделе, в послеродовом периоде, в первые 72 часа, после проведения инвазивных диагностических и лечебных вмешательств независимо от срока беременности [3]. Также профилактика РК должна проводится в обязательном порядке после самопроизвольного и медицинского прерывания беременности, однако у повторнородящих женщин не все это выполняют.

Целью исследования являлась оценка эффективности профилактики иммунологического конфликта по системе резус фактор при беременности.

Материалы и методы: в исследовании включили 25 женщин с отрицательным резусом, родивших детей с положительным резусом крови. Из них: первородящих повторнобеременных было 13 (52,2%) женщин, а повторнородящих 12 (47,8%). Исследование проводилось методом сбора общепринятого и акушерско-гинекологического анамнеза, общепринятого акушерского исследования, данные УЗИ во второй половине беременности, допплерографического исследования, лабораторного исследования по выявлению анти-Rh-антител в крови беременной женщины, анализа течения беременности, родов и перинатального периода.

Первичная обработка материала проводилась с помощью MS Excel 2015, а статистическая обработка полученных результатов была произведена с помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждения. Первородящие повторнобеременные были в возрасте от 21 до 26 лет. Средний возраст составил 24,53±0,44 лет. Профилактика РК была проведена 13 (100%) женщинам на 28 неделе и на первые сутки в раннем послеродовом периоде. У 5 (38,5%) женщин выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а именно у 2 женщин поздний выкидыш и у 3 − внематочная беременность. Все пациентки с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом получали профилактику РК. По данным УЗИ и допплерографии признаков ГБП выявлено не было. Анти-Rh-антитела в крови у женщин не обнаружены. Роды при сроке беременности 38-40 недель вели через естественные родовые пути. Масса новорожденных варьировалась в пределах от 2800г. до 3400г., рост от 47 до 53 см., оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. У новорожденных детей по анализу крови признаков РК не было.

Повторнородящие были в возрасте от 25 до 31 лет. Средний возраст составил 28,41±0,34 лет. У данных пациенток из анамнеза установлено, что 9 (75,0%) женщин имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а

именно у 3 (33,3%) пациенток поздний выкидыш, у 1 (11,1%) внематочная беременность, у 1 (11,1%) замершая беременность, у 4 (44,4%) инструментальное прерывание беременности. На ранних сроках беременности профилактика РК была проведена только у 2 пациенток, а у 2 женщин профилактики не было. При первых родах профилактика РК на 28 неделе беременности была проведена в 100% случаев. В раннем послеродовом периоде профилактика проведена у всех женщин. На первые сутки профилактика проведена у 11 (92%) женщин, а на вторые у 1 (8%).

При настоящей беременности профилактика РК у данных женщин проведена на сроке 28 недель и в течение первых трёх суток в послеродовом периоде, на первые сутки у 10 (84%), а на вторые у 2 (16%). По данным УЗИ и допплерографии признаков ГБП выявлено не было. Анти-Rh-антитела в крови у пациенток не выявлены. Роды при сроке беременности 39-40 недель вели через естественные родовые пути. Масса новорожденных варьировалась в пределах от 3000г. до 3400г., рост от 48 до 54 см., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. У новорожденных детей по анализу крови признаков РК не было.

Выводы. Проведенное исследование показало, что схема по профилактике резус-конфликта на сроке 28 недель и в течении 72 часов в послеродовом периоде, является эффективной, так как ни у одной женщины не выявлен резус-конфликт. А не проведенная профилактика резус-конфликта у повторнобеременных после прерывания беременности на ранних сроках гестации не отразилось на возникновение РК. Видимо это было связано с маленьким сроком беременности, так как белки группы крови у плода начинают образовываться с 8-9 недель.

Список литературы.

1. Краснорyцкая О.Н., Леднева В.С., Голосная Г.С. Оценка чувствительности скрининговых тест-маркеров на прогнозирование последствий перинатального поражения нервной системы у детей // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018. № 3. С. 25-31.

2. Левченко Л.А., Клименко Т.М., Хмелевская И.Г. Особенности анамнеза матерей недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016.№ 3. С. 27-32.

3. Резус-сенсибилизация. Гемолитическая болезнь плода: клинические рекомндации / сост. Г.М. Савельева, Л.В. Адамян, М.А. Курцер. Москва, 2017. 17 с.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сергеева М.М.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Хардиков А.В.

Актуальность исследования. В настоящее время среди причин неблагоприятных исходов беременности в виде самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов отмечается высокая частота истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), которая характеризуется дилатацией цервикального канала более 10 мм/ или укорочением менее 25 мм шейки матки ранее 37 недель беременности без клинической картины преждевременных родов. ИЦН, ассоциированная со структурными изменениями шейки матки во втором триместре беременности или в начале третьего, в некоторых случаях сопровождается пролабированием плодного пузыря и преждевременным разрывом плодных оболочек и способна привести к позднему выкидышу или преждевременным родам [7].

Выделяют следующие варианты ИЦН: посттравматическая (аборты, травматичные роды, оперативные вмешательства на шейке матки), функциональная (гипофункция яичников, гиперандрогения), врожденная (аномалии строения матки, гипоплазия) [6]. Диагностика ИЦН проводится преимущественно во время беременности с помощью ультразвуковой цервикометрии на сроках более 14 недель гестации [4]. Проведение скринингового многократного ультразвукового исследования для своевременного выявления данной патологии нецелесообразно, необходимо проведение цервикометрии/ только в группах риска. Оценка факторов риска обязательна у женщин, уже имевших потери беременности во втором триместре и/или ранние преждевременные роды. Однако, факторы риска формирования ИЦН многочисленны, что затрудняет их совокупную оценку у каждой пациентки, до настоящего времени изучены недостаточно, опубликованные данные часто противоречивы [5].

Целью исследования является выявление факторов риска формирования ИЦН.

Материалы и методы: проведен анализ 74 историй родов пациенток с ИЦН. Контрольную группу составили 60 пациенток без ИЦН, отобранные методом сплошной выборки, беременность у которых завершилась срочными родами. Статистическая обработка проведена с использованием программ Microsoft Excel 2017 и Statistica 13.0.

Результаты и обсуждения. Из 74 пациенток беременность завершилась преждевременными родами на сроке на сроке до 22-27 недель – у 4 (5,4%), преждевременными родами на сроке 28-36 недель – у 7 (9,5%), срочными родами – в 63 (85,1%) случаях. Диагноз ИЦН был установлен на основании ультразвуковой цервикометрии на сроках беременности 15-19 недель в 49 (66,2%) случаях, 20-22 недели в 14 (18,9%), позже 22 недель в 11 (14,9%)

случаях. У 9 из 11 пациенток (81,8%), завершивших беременность до 37 недель, ИЦН была диагностирована позже 19 недель в связи с несвоевременным обращением пациентки. Для коррекции ИЦН применены наложение швов на шейку матки в различных модификациях у 49 (66,2%), акушерские пессарии у 25 (33,8%). У 8 (10,8%) пациенток после серкляжа впоследствии был дополнительно введен акушерский пессарий. Средний возраст пациенток исследуемой и контрольной групп существенно не отличался и составил 28,8±2,4 года и 30,4±3,1 года соответственно ($p \leq 0,05$). Среди пациенток с ИЦН первобеременных было 9 (12,2%), повторнобеременных первородящих − 40 (54,1%), повторнородящих – 25 (33,8%). В контрольной группе аналогичные показатели составили соответственно 25 (41,7%), т.е. в 2,8 раза больше, 14 (23,3%), что в 2,9 раза меньше и 21 (35,0%) − последний показатель практически не различался в группах. Внутриматочные вмешательства (выскабливание, вакуум аспирация, аспирационная биопсия эндометрия. гистероскопия) в анамнезе имели – 66 (89,2%) пациенток основной и значительно (в 1,54 раза) меньше – 34 (56,7%) в контрольной группе, в среднем на одну пациентку исследуемой группы приходилось 2,7 внутриматочных вмешательства, а в группе контроля – только 0,9, то есть в 3 раза меньше. Среди пациенток исследуемой группы страдали бесплодием в течение 2-10 лет − 24 (32,4%), а у 6 (8,1%) пациенток беременность наступила в результате ЭКО, что в 4,8 раза выше, чем в контрольной группе в которой бесплодие 2-5 лет было у 4 (6,7%), а беременность после ЭКО − только у 1 (1,7%) пациентки. Дефицит массы тела (Индекс массы тела≤18,5 (ИМТ) до наступления беременности) у пациенток с ИЦН наблюдался в 12 случаях (16,2%), что в 2,4 раза чаще, чем в группе контроля (4 случая − 6,7%, а количество пациенток с избыточной массой тела (ИМТ≥25) практически не различалось. Признаки системной дисплазии соединительной ткани (пролапс митрального клапана, варикозная болезнь, деформации позвоночника) имели 11 пациенток (14,9%) с ИЦН и в 3,0 раза реже – 3 (5,0%) − пациентки контрольной группы. Кесарево сечение в анамнезе имели 6 пациенток основной (8,1%) и 8 женщин (13,3%) контрольной группы, т.е в 1,6 раза чаще. Не выявлено значимых различий в частоте доброкачественных заболеваний шейки матки (В историях родов описанных как «эрозия шейки матки»): 24 (32,4%) в основной и 18 (30,0%) – в контрольной группе, также как и в хирургическом лечении данной патологии – 16 (21,6%) и 12 (20,0%) соответственно. Хронический эндометрит в анамнезе в 4,43 раза чаще имели пациентки с ИЦН, чем в группе контроля: 22 (29,7%) и 4 (6,7%) случая соответственно. Дисбиотические изменения вагинального биотопа присутствовали у всех пациенток с ИЦН только у 17 (28,3%) женщин контрольной группы. Пациентки исследуемой группы достоверно чаще страдали нарушением менструального цикла (основной диагноз мультифолликулярные яичники, синдром поликистозных яичников), чем женщины контрольной группы: 31 (41,9%) и 8 (13,3%) соответственно. Операции на яичниках (цистэктомия, каутеризация, овариоэктомия, ушивание при апоплексии) в группе с ИЦН имели 33 (44,6%), в контрольной − 5 (8,3%) пациенток, в 5,4 раз чаще исследуемой группе.

Выводы. Факторами риска формирования ИЦН являются: внутриматочные вмешательства (гистероскопия, выскабливание полости матки и т.д.), наличие самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов в анамнезе, травмы родовых путей при предшествующих родах, роды крупным плодом в анамнезе, хронический эндометрит и дисбиотические изменения вагинального биотопа, наличие признаков системной дисплазиии соединительной ткани, нарушение гормонального баланса (в частности СПКЯ), дефицит массы тела, оперативные вмешательства на яичниках, бесплодие в анамнезе, беременность после ЭКО.

Список литературы.

1. Атабиева А.Д. Заболевания шейки матки при беременности и современные методы их диагностики (обзор литературы) / А.Д. Атабиева, Т.В. Пикуза, Р.А. Чилова и др. // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9, вып. 4. С.72-83.

2. Бадретдинова, Ф.Ф. Акушерские травмы шейки матки при первых родах – фактор риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки / Ф.Ф. Бадретдинова, В.Б. Трубин, А.Н. Додонов // Клинические исследования. 2013. № 1. С. 40-45.

3. Гисина Е.П. Акушерская, гинекологическая и экстрагенитальная патология как факторы, способствующие возникновению ИЦН / Е.П. Гисина, К.В. Подгурская, В.С. Кришталь, М.В. Косинец // Молодой ученый. 2016. № 6. С.273-275.

4. Каплан Ю.Д. Сравнительный анализ методов диагностики состояния шейки матки во время беременности / Ю.Д. Каплан, Т.Н. Захаренкова // Проблемы здоровья и экологии // 2017. № 1 (51). С.7-13.

5. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Истмико-цервикальная недостаточность» разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федераци» от 28.12.2018 № 15-4/10/2-7991.

6. Леваков С.А. Ведение пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью / С.А. Леваков, Е.И. Боровкова, Н.А. Шешукова, И.М. Боровков // Акушерство, гинекология и репродукция. 2016. № 2. С.64-69.

7. Линченко, Н.А. Преждевременные роды и истмико-цервикальная недостаточность. Прогнозирование и профилактика / Н.А. Линченко, М.В. Андреева, Е.П. Шевцова // Оригинальные статьи мать и дитя в Кузбасе. 2015. № 2 (61). С.66-69.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КУРСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Скворцова О.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Газазян М.Г.

Актуальность исследования. Последние десятилетия отмечены широким внедрением в оперативную деятельность всех хирургических специальностей эндоскопических техник, которые отличаются выгодными преимуществами перед «открытыми» операциями: меньшая травматичность, более комфортный ранний послеоперационный период, практически не требующий антибактериальных и обезболивающих лекарств, быстрое восстановление здоровья и работоспособности. Эти преимущества обеспечивают и меньшую экономическую затратность этих способов хирургического лечения. Не мало важным в гинекологической практике имеет и косметический эффект этих хирургических подходов. Качество работы гинекологического отделения и профессионализм врачей напрямую связан со степенью внедрения эндоскопических операций и их объёма в повседневную работу отделения, что требует постоянного анализа этих показателей.

Целью данной работы явилась характеристика эндоскопической помощи в гинекологическом отделении ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом».

Материалы и методы: использованы статистические отчёты отделения и данные операционных журналов с анализом клинических характеристик 349пациенток, показаний и объёма проведенных операций, течения послеоперационного периода и имеющихся осложнений.

Результаты и обсуждения. В течение 2018 года проведено лапароскопическим доступом 349 операций (64,6%). За этот период полостным доступом прооперировано 195 пациентов (30,4%). Средний койко-день составил 1,2, послеоперационный − 6,2.

В 98,2% случаев при лапароскопии использовался эндотрахеальный наркоз. В остальных случаях была использована внутривенная многокомпонентная анестезия с ИВЛ (1,8%).

Длительность операций колебалась от 15 до 180 минут, что зависело от характеристик женщины (ожирение, спаечный процесс, повторная операция) и вида и объема операции.

Сочетанная гинекологическая патология имела место у 28,8% женщин, преобладало сочетание доброкачественных опухолей тела матки с патологией шейки матки (лейкоплакия, ретенционные кисты, эктопии шейки, эндометриоз шейки) у 98,1% женщин. Этим объясняется факт расширения объема операции до гистерэктомии подчас в репродуктивном возрасте женщины.

У трех женщин (0,9%) были послеоперационные осложнения: 1 случай – ТЭЛА на 1 сутки послеоперационного периода; 2 случай – абсцесс малого таза;

3 – кровотечения из троакарной раны. Интенсивная терапии привела к полному выздоровлению данных пациенток. По данным Д.С. Диваковой, наибольшее количество осложнений имеет место при больших лапароскопических операциях и операциях повышенной сложности, реже – при диагностических и малых лапароскопических операциях [3].

Совпадение диагнозов было у 99,7% пациенток. Несовпадение диагноза (0,3%): предполагаемый диагноз – апоплексия яичника, заключительный диагноз – гангренозный аппендицит.

Структура эндоскопических плановых операций представлена следующими цифрами: опухоли яичника обнаружены у 108 пациентов, из них дермоидных − 13, серозные − 47, эндометриоидных – 36, муцинозных – 5 и серозно-папиллярных – 7. Ведущим объемом операции была органсохраняющая – цистэктомия.

На втором месте по нозологии была миома матки – 77 пациентов. Этой патологией по данным литературы страдает 25-30% женщин старше 35 лет [2]. Объем операции варьировал от гистерэктомии (37,7% пациенток) до консервативной миомэктомии (22,1%). Необходимо отметить, что у двух пациенток одновременно проводилась операция по поводу стрессового недержания мочи.

У 32 пациенток с пролапсом половых органов проведено лапароскопическиассистированнаявлагалищнаягистерэктомия в сочетании с сакровагинопексией.

Ведущим показанием на придатках было бесплодие (23,5% женщин). Лапароскопически подтвержденные причины бесплодия: хронический сальпингит, функциональные параовариальные кисты, синдром поликистозных яичников, спаечный процесс в малом тазу, малые формы эндометриоза и смешанные причины бесплодия (эндометриоз, спаечный процесс, функциональные кисты). По данным многих авторов ведущей причиной женского бесплодия в России считается трубно-перитонеальный фактор (частота встречаемости от 35 до 60%) [1]. Необходимо отметить, что у одной пациентки при гистологическом исследовании был обнаружен рак трубы. Разнообразие оперативной помощи (адгезиолизис, тубэктомия, аднексэктомия, цистэктомия, хромогидротубация, стоматопластика, коагуляция эндометриоидной гетеротопии) свидетельствует об индивидуальном подходе к каждой пациентке.

Экстренная эндоскопическая помощь включала в себя следующие нозологические формы: внематочная беременность (52,6%), апоплексия яичника (19,6%), перекрут ножки кистомы, придатков, трубы (10,3%), гнойный сальпингит (4,2%), перфорация матки при аборте и гистероскопии (3,1%), диагностическая лапароскопия (8,2%), разрыв эндометриоидной кисты (1%), пельвиоперитонит после фармакологического аборта (1%).

Средний койко-день до операции составил 4,1, что было связано с необходимостью проведения ряда дифференциально диагностических процедур. Послеоперационный период осложнился у одной больной при

спаечном процессе 3 степени после гистерэктомии без придатков спаечной кишечной непроходимостью с благоприятным исходом.

Выводы. В оперативной практике гинекологического отделения Курского городского клинического родильного дома превалируют операции с лапароскопическим доступом (64,6% против 30,4%), что совпадает с общей тенденцией в гинекологической практике.

В практику отделения внедрены высокотехнологические операции: трансвагинальный доступ (TVT-O) при стрессовом недержании мочи, сакровагинопексия, укрепление связочного аппарата матки по Мак-Коллу.

Наличие спаечного процесса у 12,5% женщин свидетельствует о недостаточном внедрении в практику противоспаечных препаратов.

Необходимо отметить большой послеоперационный койко-день (6,2) после плановых эндоскопических операций, что является резервом в работе гинекологического отделения.

Список литературы.

1. Бахтияров К.Р., Райкова А.А., Юдина А.И. Реконструктивные операции на маточных трубах при лечении трубного бесплодия: возможности восстановления репродуктивного здоровья женщин // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. № 3. С. 26-32

2. Гриценко Я.В., Константинова О.Д., Черкасов С.В. Миома матки в современном мире: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. 2012. № 3. С. 1-23.

3. Дивакова Т.С., Елисеенко Л.Н. Осложнения лапароскопической хирургии в гинекологической практике // Вестник ВГМУ. 2012. № 1. С. 95-100.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Тугаринова М.С., Бердников Д.В., Иванова О.Ю.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − д.м.н., доцент Иванова О.Ю.

Актуальность исследования состоит в установлении особенностей сексуальной функции у женщин с синдромом поликистозных яичников.

В настоящее время многие исследователи рассматривают синдром поликистозных яичников как гетерогенное состояние с репродуктивными, физиологическими и психологическими проявлениями.

Изменения психического статуса, формирующиеся невротические черты личности и способы совладания с прокреативными и рекреативными проблемами, могут зависеть от индивидуально-типологических особенностей женщины.

Нарушение прокреативной функции за счёт повреждения, как минимум, нейроэндокринной составляющей копулятивного цикла неизбежно изменяет и рекреативную функцию секса. Невозможность зачатия и рождения ребенка представляются психологически травмирующими, как и типичные физиологические проявления СПКЯ (гирсутизм, андрогенная алопеция, акне, себорея, избыточный вес), негативно влияющие на самооценку и социальное функционирование. Изменения психического статуса по принципу «порочного круга» могут отягощать соматическое состояние, снижать качество рекреации и жизни женщины с синдромом поликистозных яичников.

Целью исследования является выявление особенностей сексуальной функции у женщин с синдромом поликистозных яичников, во взаимосвязи с их индивидуально-типологическими особенностями для определения основных подходов коррекции прокреативных и рекреативных функций.

Возможно, внедрение в клиническую практику результатов исследования позволит повысить качество жизни пациенток, а также нормализовать прокреативную и рекреативную сексуальные функции.

Материалы и методы: анонимно обследованы 22 пациентки ОБУЗ «Курский городской клинический годильный дом» и ОБУЗ «Областной перинатальный центр» от 18 до 44 лет (средний возраст – 26,86±6,57) с синдромом поликистозных яичников.

Для анализа индивидуально-типологических особенностей пациенток использованы: опросник Индекс женской сексуальной функции (The Female Sexual Function Index, FSFI), Методика диагностики темперамента Стреляу (The Formal Characteristics of Behaviour – Temperament Inventory, FCB-TI), Личностный опросник Айзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI), Опросник невротических черт личности, опросник Курганского, Опросник способов копинга.

Статистическая обработка результатов исследования при помощи программ Microsoft Excel и «Статистика» проведена с использованием коэффициента корреляции Спирмена; уровень достоверности корреляций при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Выраженная тенденция интенсивно реагировать на стимулы, даже слабой величины, в сочетании с аффективной неустойчивостью, характеризующейся эмоциональной лабильностью, быстрым эмоциональным пресыщением, повышенной внушаемостью, повышают любрикацию ($r=0,53$, $p<0,034$; $r=0,54$, $p<0,044$), настойчивость как определенное постоянство в поведении, тенденцию к продолжению, возврату и повторению своих действии после завершения вызвавшей их ситуации ($r=0,74$, $p<0,002$) [2].

При этом чем выше направленность на демонстрацию социально приемлемого поведения, тем ниже любрикация ($r=-0,58$, $p<0,011$). Стоит отметить, чрезмерная откровенность в ответах, стремление подчеркнуть недостатки собственной личности, трудности социальной адаптации коррелируют с любрикацией ($r=0,55$, $p<0,044$).

Снижение уровня боли обусловлено выраженной тенденцией совершать действия высокой стимулирующей силы, направленных во вне (r=−0,53, p<0,041), повышением уровня социальной активности, общительности (r=−0,76, p<0,0005). При этом ем выше уровень познавательной и социальной пассивности, тем выше уровень боли (r=0,68, p<0,011).

Невротический сверхконтроль, подавление спонтанности, мотивационная направленность личности на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и сфере физиологических функций своего организма снижает уровень желания (r=−0,56, p<0,035).

Повышение уровня ипохондричности обуславливает ригидность поведения, дискомфорт при необходимости изменения привычных жизненных стереотипов, что в свою очередь снижает уровень желания (r=−0,60, p<0,022), и возбуждения (r=−0,59, p<0,028).

Высокая аффективная неустойчивость определяет снижение мобильности, темпа и скорости реакции (r=−0,69, p<0,007), а также снижает количество воспринимаемых раздражителей (стимулов), а как следствие, не достигается оптимальный уровень возбуждения (r=−0,61, p<0,020) [2].

Высокие показатели неуверенности в себе, определяют тенденцию к повышению самоконтроля, сдерживания своих эмоций и чувств (r=0,55, p<0,042), уход от разрешения ситуации (r=0,57, p<0,034), при этом снижая активное сопротивление ситуации (r=−0,77, p<0,001) [1]. В свою очередь, повышение уровня самоконтроля ведет к познавательной и социальной пассивности (r=0,78, p<0,001), чем больше усилий прикладывается для решения проблемы, тем выше интровертная направленность, уход к внутренним размышлениям и переживаниям (r= 0,66, p<0,010).

Сексуальная активность выше при высоком эмоциональном тонусе во время полового акта (r=0,60, p<0,018), однако, повышение уровня психического интереса достоверно снижает удовлетворенность сексуальной жизнью (r=−0,63, p<0,012).

Выводы. Данное исследование выявило особенности сексуальной функции у пациенток с синдромом поликистозных яичников в их взаимосвязи с особенностями личности и психического состояния.

Индивидуально-типологические особенности сексуальной функции у пациенток с синдромом поликистозных яичников определяют качество прокреативной и рекреативной сексуальной функции, что может оказывать опосредованное влияние на качество жизни данных пациенток.

Список литературы.

1. Опросник способов копинга: методическое пособие / Е.В. Битюцкая − М.: ИИУ МГОУ, 2015. С. 34– 80.

2. Стреляу Я., Митина О., Завадский Б. и др. Методика диагностики темперамента (формально-динамических характеристик поведения)// Учебно-методическое пособие. − М.: Смысл, 2009. − 104 с.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Фисюк А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунева И.С.

Актуальность исследования. В настоящий момент в Российском обществе наблюдается снижение уровня рождаемости, начавшееся с момента завершения успешного демографического развития страны в 2017 году. Так, естественная убыль населения за январь-сентябрь 2017 г составила 106 тыс. человек [1]. На данный момент существует предположение, что снижение естественного прироста связано с «демографическим переходом», присущим всем странам, выходящим на новую стадию развития: равновесие низких показателей рождаемости и смертности [6]. Но в нестабильной общественной обстановке большая семья становится залогом выживания людей [3]. В связи с этим, такие авторы как Смулянская Н.С., Морозов И.С, Белогай К.Н. подробно изучали позицию женщин разных возрастных групп в вопросах репродукции в Российском и Европейском обществах, что привело к выводам о необходимости принятии государством мер по преодолению данной ситуации в виде поддержки молодой семьи, введении образовательных льгот, обеспечении работой будущих отца и матери, улучшении жилищных условий и воспитании в молодых людях правильных нравственно-духовных установок [2, 4, 5]. Таким образом, актуальностью данного исследования состоит в необходимости изучения репродуктивных мотивов женщин различных возрастных групп для поиска решения проблемы современного демографического кризиса в России.

Целью исследования является изучение репродуктивных мотивов женщин различных возрастных групп.

Материалы и методы: нами было опрошено 141 женщина, включая студенток 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Курского государственного медицинского университета» и пациенток родильного отделения ОБУЗ «Курской городской больницы № 6». Анкетируемые были разделены по возрасту на две группы: 19-23 года и 30-40 лет. Средний возраст первой группы составил 20,6 лет, второй – 33,7 года. Анкета разрабатывалась на основе работ Н.С. Смулянской, И.С. Морозова, К.Н. Белогая. Для сравнения относительных величин использовался критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждения. В качестве основного занятия опрошенные указали учебу (85,1%) и работу (10,5%). При этом женщины старшей возрастной группы достоверно чаще ($p<0,001$) указывали работу в качестве основного вида своей деятельности (71,3% против 0%). Менее 5% анкетируемых отметили, что временно не работают, ведут домашнее хозяйство, задействованы в предпринимательстве или не работают на постоянной основе.

При оценке качества жилищных условий выявлено, что наибольшее число женщин (37,6%) проживают на съемной квартире, причем из них достоверно больше студенток: 42,5% против 9,5% рожениц ($p<0,001$).

Проживают в общежитии 24,8% опрошенных, из них 28,3% учащихся и 4,8% из второй группы ($p<0,05$). Собственную квартиру имеют 14,2% женщин: 5,8% девушек против 57,1% женщин ($p<0,001$). По остальным критериям различий не выявлено.

Что касается отношения к рождению детей вне брака, то большинство опрошенных (51%) допускают такую возможность. При этом достоверно чаще девушки 19-23 лет относятся к данному явлению отрицательно (40% против 14,3%, $p<0,01$), а женщины 30-40 лет – положительно (52,4% против 5%, $p<0,001$). Такая разница может говорить о большем желании молодых девушек родить ребенка в браке с поддержкой мужа, тогда как у женщин это скорее свидетельствует о менее критическом настрое и возможности воспитать ребенка своими силами.

При ответе на вопрос о желаемом количестве детей большинство опрошенных (56,8%) выбрало два ребенка, при этом отмечается, что студентки достоверно чаще ($p<0,05$) не желают иметь детей вообще (5%) в отличие от женщин старшей возрастной группы (0%). Это свидетельствует о незрелости девушек в моральном плане и/или наличии каких-то отрицательных факторов со стороны общества.

При изучении репродуктивных мотивов оказалось, что большинство женщин обеих групп имеют положительные репродуктивные установки: 67,9% желают родить ребенка от любимого человека, а 24,8% предполагают беременность ради самого ребенка. Отрицательных мотивов придерживается менее 10% опрошенных: отказ от рождения ребенка вообще (3,6%), беременность как соответствие ожиданиям семьи и родственников (2,1%), рождение для материальной выгоды (0,8%), мотив воплощения своих нереализованных стремлений (0,8%).

В качестве причин, мешающих в настоящий момент времени родить ребенка, большинство анкетируемых отметило отсутствие стабильных источников дохода (26,6%), стабильности в отношениях (10,9%), недостаточный объем жилплощади (12, 8%), препятствие для самореализации (10,6%) и неуверенность в завтрашнем дне (9,5%). При этом девушки первой группы достоверно чаще ($p<0,001$) выбирали в качестве причин отсутствие стабильных источников дохода (28,5% против 8% женщин второй группы), отсутствие стабильности в отношениях (12,1% против 0%), неуверенность в завтрашнем дне (10,4% против 0%), отсутствие помощи по уходу за детьми (5,6% против 0%). Роженицы достоверно чаще ($p<0,01$) отмечали наличие проблем со здоровьем (28% женщин второй группы против 0,4% первой), а также указывали на то, что им ничего не мешает и они собираются стать родителями (24% против 1,6% девушек).

В случае беременности большинство женщин указало, что готовы оставить ребенка (58,3%), а 11,6% прервут беременность. При этом женщины 30-40 лет достоверно чаще ($p<0,001$) готовы самостоятельно выносить, родить и воспитать ребенка (66,8% против 16,5% девушек 19-23 лет), а студентки изъявляют готовность по причине наличия поддержки от мамы и

родственников (19,7% против 0%) и от молодого человека/мужа (17,7% против 4,7% женщин второй группы, $p<0,05$). Так же девушки младшей группы чаще обратятся за советом к маме и родственников: 13,8% против 0% женщин старшей группы ($p<0,001$).

Выводы. Отмечается большая занятость девушек и женщин репродуктивного возраста на учебе и работе соответственно, что говорит о приоритете самореализации для них в обществе. Девушки 19-23 лет достоверно чаще не имеют собственного жилья по сравнению со старшей возрастной группой. Опрошенные первой возрастной группы значительно чаще отрицательно относятся к рождению детей вне брака, что может быть связано с их собственным желанием воспитывать детей в полноценной семье при поддержке мужа. Более 90% опрошенных имеют положительные репродуктивные мотивы, что свидетельствует о высоких морально-нравственных качествах женщин. Из причин, мешающих на данный момент родить ребенка, девушки чаще выбирали отсутствие стабильных источников дохода, стабильности в отношениях, неуверенность в завтрашнем дне и отсутствии помощи по уходу за ребенком, тогда как женщины указывали на проблемы со здоровьем, а также на полную готовность выносить, родить и воспитать ребенка. Студентки чаще изъявляют такую готовность при наличие поддержки со стороны матери, родственников и мужа, а также считают необходимым посоветоваться с ними.

Список литературы.

1. Лунёва И.С., Иванова О.Ю., Хардиков А.В [и др.] Демографические показатели рождаемости и медико-социальное влияние на них // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66 (2). – С. 40-48.
2. Морозова И.С., Белогай К.Н., Борисенко Ю.В [и др.]. Апробация опросника «Репродуктивные мотивы» // Вестник Кемер. гос. ун-та. – 2014. – № 3 (59), Т. 3.
3. Рощина Я. М., Бойков А. В. Факторы фертильности в современной России. М.: EERC. 2005
4. Смулянская Н.С. Что влияет на принятие решения о рождении ребенка у женщин разных возрастных групп? // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. – 2017. – № 5. – С. 289-299.
5. Фисюк А.А., Лунева И.С. Репродуктивный выбор женщин в рамках изменений социальной структуры общества // World science: problems and innovations: сборник статей XXIX Международной научно-практической конференции. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2019. – С. 276-278.
6. Notestein F. W. Population: the long view. Food for the World. Ed. by W. Schultz. − Chicago, 1945. − P. 103-112.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Харатян Ш.К.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра эндокринологии
Научный руководитель – ассистент Саенко Н.В.

Актуальность исследования. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна из наиболее важных проблем гинекологической эндокринологии, в частности, в аспекте нарушения фертильности в виде ановуляторного бесплодия.

Среди важнейших клинических проявлений, по поводу которых пациентки обращаются к врачу, отмечается нарушение менструальной функции по типу олигоопсоменореи, яичниковая гиперандрогения с признаками гирсутизма, возникновение и/или прогрессирование ожирения.

СПКЯ на сегодняшний день – полиэтиологическая патология. Чаще всего, имеют место «порочные круги», прерывание которых и лежит в основе терапевтического воздействия. На современном этапе развития науки целью лечения пациенток с СПКЯ является восстановление фертильного потенциала.

Среди доминирующих нарушений имеет значение гиперсекреция лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофизом с относительным снижением выброса фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Избыток ЛГ стимулирует гиперплазию клеток теки и стромы яичников, в которых синтезируются яичниковые андрогены. Нехватка ФСГ усугубляется за счет гиперпродукции надпочечниковых андрогенов. Кроме того, имеет место нарушение стероидогенеза в яичниках, ведущее к повышению концентрации андростендиона и эстрона [3].

Еще одна теория объясняет патогенез СПКЯ с позиций инсулинорезистентности. Основное значение имеет тип С инсулинорезистентности, обусловленный пострецепторными изменениями инсулиновых рецепторов, в том числе и при отсутствии ожирения [3, 4]. За счет гиперфункции Р-клеток поджелудочной железы развивается компенсаторная гиперинсулинемия, и, как следствие, нарушение толерантности к глюкозе [2].

Новые аспекты в патогенезе СПКЯ демонстрируют роль хронического воспаления как триггерного фактора в развитии инсулинорезистентности. Обнаружение повышенных концентраций провоспалительных цитокинов у таких пациенток – С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-18 (ИЛ-18) – подтверждает наличие вялотекущего воспалительного процесса. Особенно ярко это прослеживается у пациенток с гиперандрогенией и ожирением. В последнем случае воспаление аккумулируется в избыточной жировой ткани абдоминальной области, поэтому снижение массы тела будет способствовать нормализации функции яичников. Воспалительный ответ лежит в основе развития как инсулинорезистентности, так и гиперандрогении (ФНО-α выступает в качестве стимулятора пролиферации тека-клеток) [7].

Инсулинорезистентность при СПКЯ носит особый характер: чувствительность к инсулину сохранена в андрогенпродуцирующих структурах яичников и надпочечников, что приводит к проявлениям гиперандрогении [3]. С наличием рецепторов к инсулину в гипофизе связана стимуляция ЛГ-опосредованного синтеза андрогенов. В яичниках гиперинсулинемия нарушает развитие фолликулов, вызывая преждевременную атрезию, с ановуляцией в исходе. Другой объект воздействия инсулина – связывание с рецепторами инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) и стимуляция продукции андрогенов тека-клетками. Анаболический эффект андрогенов, в свою очередь, приводит к ожирению, которое встречается у 35-60% больных с СПКЯ. Гиперинсулинемия характерна для 30-40% пациенток без ожирения и для 70-75% с ожирением [2]. Известно, что избыток инсулина приводит к подавлению синтеза глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) в печени и к вторичному увеличению концентрации свободного тестостерона. Снижение массы тела уменьшает концентрацию инсулина более, чем на 5%, и увеличивает уровень ГСПГ [4]. Соответственно с этим, уменьшение уровня свободного тестостерона в сыворотке крови нивелирует периферические эффекты андрогенов. По тому же механизму снижается риск развития гиперпластических процессов в эндометрии в связи с гиперэстрогенией.

Перспективные методики восстановления фертильности у пациенток с данным синдромом разрабатываются с целью преодоления гиперинсулинемии, как ведущих факторов развития СПКЯ.

Наибольший опыт в данном направлении накоплен по применению бигуанида – метформина. Механизм его действия направлен на повышение чувствительности периферических рецепторов к инсулину и утилизацию глюкозы клетками, за счет чего и устраняется гиперинсулинемия.

Существует предположение, что метформин оказывает более эффективное действие при нормальном индексе массы тела (ИМТ) и наличии инсулинорезистентности. При лечении бесплодия при помощи метформина (1700 мг/сут) и кломифена цитрата (КЦ) большая вероятность восстановления овуляции и наступления беременности регистрировалась у пациенток с низким/нормальным ИМТ [5].

Согласно протоколам лечения по современным клиническим рекомендациям МЗ РФ, комбинированная терапия метформином и КЦ увеличивает частоту овуляции и наступления беременности, но не приводит к значимому увеличению частоты живорождения, по сравнению с монотерапией КЦ [1]. Поэтому, рутинное использование метфомина для индукции овуляции не рекомендуется. Тем не менее, во всех случаях комбинированной терапии наблюдается увеличение шансов на овуляцию и наступление беременности за счет потенцирующего действия метформина. Кроме того, в случаях использования метформина в качестве предварительной терапии, результативность последующих методов стимуляции овуляции значительно повышается.

В исследованиях продемонстрирована эффективность метформина при восстановлении овуляции и менструального цикла по сравнению с плацебо или

при отсутствии лечения, однако увеличения частоты наступления беременности и числа родов не происходит [5].

Метформин может успешно применяться в комбинации с КЦ у женщин с кломифенорезистентностью, а также, имеющих висцеральное ожирение.

Что касается применения метформина в аспекте воспалительной теории происхождения СПКЯ, в исследованиях получены внушительные данные, позволяющие проследить в динамике ее достоверность. В ряде исследований показано уменьшение значений СРБ вдвое за 6 месяцев терапии метформином [7].

В категории пациенток, получающих гонадотропины для индукции овуляции в комбинации с метформином прослежено увеличение частоты наступления беременности и родов. Также, метформин обладает высокой эффективностью в плане предупреждения развития многоплодной беременности при назначении высоких доз гонадотропинов, увеличивает частоту живорожденных в процентном соотношении по отношению к монотерапии гонадотропинами (монотерапия – 27% живорожденных, комбинация с метформином – 32-60%) [6].

Выводы. Суммируя вышесказанное, можно сделать вывод, что применение метформина является классическим патогенетически обусловленным средством при СПКЯ, приводит к существенному эффекту в отношении практически всех клинико-лабораторных компонентов данного состояния.

Список литературы.

1. Адамян, Л.В., Андреева, Е.Н., Гаспарян, С.А. и др. Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://zdrav.nso.ru/sites/zdrav.nso.ru/wodby_files/f (дата обращения 18.03.2019 год).

2. Калинкина, О.Б. Коррекция инсулинорезистентности у пациенток с синдромом поликистозных яичников/О.Б. Калинкина//Вестник СамГу – Естественнонаучная серия. – 2006. − № 6. – 101с.

3. Поздняк, А.О. Применение метформина при лечении синдрома поликистозных яичников/А.О. Поздняк//Практическая медицина. – 2005.

4. Попова, П.В. Роль снижения массы тела и приема метформина в восстановлении менструальной функции у женщин с синдромом поликистозных яичников и избыточной массой тела / П.В. Попова, Е.М. Рязанцева, И.Е. Зазерская, Л.И. Иванова, Е.Н. Гринева // Проблемы эндокринологии. – 2011. − № 2. – С.14-17

5. Чеботникова, Т.В. Терапевтические возможности метформина при восстановлении фертильности у пациенток с синдромом поликистозных яичников/Т.В. Чеботникова, Т.В. Семичева // Вестник репродуктивного здоровья. – 2008. – 15с.

6. Bordewijk EM, Nahuis M, Costello MF, Van der Veen F, Tso LO, Mol BJ, Van Wely M. Metformin during ovulation induction with gonadotropins followed by

timed intercourse or intrauterine insemination for subfertility associated with polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1.

7. Morin – Papunen PCOS: The rationale for metformin treatment/Morin – Papunen. – 2003.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША

Черникова И.Н.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель − ассистент Охотникова Н.О.

Актуальность исследования. В современных условиях сложной демографической ситуации, вопросы потери беременности особо актуальны и социально значимы. При этом проблема несостоявшегося выкидыша (НВ) занимает особое место в практике врача акушера-гинеколога [1]. По современным данным несостоявшийся выкидыш − одно из самых частых осложнений беременности (10−20%) [2]. Кроме того, каждый эпизод НВ усугубляет уже имеющиеся нарушения репродуктивного здоровья женщины [3].

Целью исследования является определение факторов риска несостоявшегося выкидыша.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская городская больница № 6». Был проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни женщин гинекологического отделения, и 20 историй родов акушерского отделения за 2018 год.

Женщины были разделены на две группы. Исследуемую группу составили женщины гинекологического отделения с несостоявшимся выкидышем. Контрольная группа- женщины акушерского отделения с нормально протекающими беременностью и родами.

В процессе исследования была проведена оценка вклада ряда клинических параметров в развитие несостоявшегося выкидыша: возраст, уровень прегравидарной подготовки, акушерско-гинекологический анамнез (предыдущая потеря беременности на раннем сроке (6-8 недель), сочетанная гинекологическая патология), наличие инфекций передающихся половым путем, аборты в анамнезе.

Корреляционный анализ был проведен с помощью коэффициента Гамма, непараметрического метода, позволяющего оценить взаимосвязь между двумя качественными или качественными и количественными признаками, когда в данных имеется большое количество повторяющихся значений. Была использована следующая классификация силы корреляции в зависимости от значения коэффициента корреляции: $G \leq 0{,}25$ − слабая корреляция, $0{,}25 < G < 0{,}75$ − умеренная корреляция, $G \geq 0{,}75$ − сильная корреляция. Факторный анализ оценки значимости факторов, показывающих среднюю и

сильную силу корреляционной связи, производился с использования критерия Стьюдента. Статистический анализ осуществлялся с применением программ Statistica 6.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p=0,05.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования было выявлено, что средний возраст пациенток с несостоявшимся выкидышем не отличался от такового в группе женщин с нормально протекающей беременностью и родами (20-35 лет). Показатель прегравидарной подготовки примерно одинаков в обеих группах: 40,0% женщин с несостоявшимся выкидышем и 45,0% женщин с нормально протекающей беременностью и родами проходили прегравидарную подготовку. Предыдущая потеря беременности на сроке 6-8 недель отмечалась у 55,0% пациенток с несостоявшимся выкидышеми и у 15,0% женщин с нормально протекающей беременностью и родами. Анализ сочетанной гинекологической патологии показал, что хронический аденексит встречается у 35,0% женщин с несостоявшимся выкидышем, а в контрольной группе лишь у 10,0%. Эндометриоз у пациенток с несостоявшимся выкидышем встречается в 30,0% случаев, а в контрольной в 15,0%. В группе женщин с несостоявшимся выкидышем миома матки была обнаружена у 15,0%, в контрольной группе женщины с данным диагнозом отсутствуют. Бесплодие в анамнезе встречалось у 10,0% женщин с несостоявшимся выкидышем, и у 5,0% контрольной группы. Инфекции, передающиеся половым путем чаще встречались у женщин с несостоявшимся выкидышем (35%), по сравнению с группой контроля (10%). Хламидиоз встречался у 15,0% пациенток с несостоявшимся выкидышем, в контрольной группе не был обнаружен. Вирус простого герпеса был выявлен у 20,0% женщин с несостоявшимся выкидышем, и у 10,0% контрольной группы. Аборты в анамнезе чаще были выявлены у женщин с несостоявшимся выкидышем (65,0%), чем в контрольной группе (15,0%).

Выводы. По результатам нашего исследования, факторами риска несостоявшегося выкидыша с наибольшей распространенностью среди женщин являются: предыдущая потеря беременности на раннем сроке (6-8 недель), сочетанная гинекологическая патология (хронический аденексит, эндометриоз, миома матки, бесплодие в анамнезе), наличие инфекций, передающихся половым путем (хламидиоз, вирус простого герпеса), аборты в анамнезе.

Список литературы.

1. Радзинский, В.Е. Комплексный подход к лечению неразвивающейся беременности в ранние сроки. / В.Е. Радзинский, И.Ю. Майскова, В.И. Димитрова // Гинекология. – 2008. – № 10 (1). – С. 42-45.

2. Иванова, А.Ю. Проблемы невынашивания беременности/ А.Ю. Иванова, С.П. Пахомов, О.В. Головченко // Научные ведомости. − 2015. − № 16 − С. 128-129.

3. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. − М.: Триада-Х, 2000. − 304 с.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шкуратова Е.Ю.
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП
Научный руководитель − ассистент Бик-Мухаметова Я.И.

Актуальность исследования состоит в том, фетоплацентарная недостаточность имеет мультифакторную этиологию, обусловлена морфофункциональными изменениями в плаценте и изменяет адаптационно-гомеостатические реакции плаценты и плода [1]. Данная патология способствует невынашиванию, развитию синдрома задержки роста плода, в итоге повышая перинатальную заболеваемость и смертность [2].

Целью исследования является определение влияния экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний на развитие фетоплацентарной недостаточности.

Материалы и методы: данная работа была выполнена на базе отделения патологии беременности, родового и послеродового отделений УЗ "Гомельская городская клиническая больница № 2". Проводился анализ акушерско-гинекологического анамнеза, анализ историй родов, обменных карт и историй новорожденных у 150 женщин: основную группу составили 90 беременных с гистологически подтвержденной фетоплацентарной недостаточностью, группу сравнения − 60 женщин без фетоплацентарной недостаточности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения Microsoft Office Excel (2010), с помощью анализа долей (p, %), стандартной ошибки доли (sp, %). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия $\chi 2$ с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок – с помощью точного критерия Фишера (P). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна-Уитни с поправкой Йетса (Z). Статистически значимыми считались результаты при значении $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст беременных с ФПН составил − 28,8±3,8 года, и статистически значимо превышал возраст женщин без ФПН 26,8±4,8 года (p=0,034). Основная и группа сравнения были сопоставимы по паритету беременности и родов, наличию в анамнезе невынашивания (в том числе, привычного) и медицинского прерывания беременности. По структуре сопутствующей экстрагенитальной патологии беременные с гистологически подтвержденной ФПН отличались от женщин без ФПН по наличию сердечно-сосудистых заболеваний: у 16 (17,8± 4%) беременных с ФПН и у 3 женщин (5±2,8%) − без ФПН (p=0,04). Среди гинекологических заболеваний у женщин на развитие ФПН влияние оказывали хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы: они имели место у 14 (15,5±3,8%) беременных основной группы и у 2 (3,3±2,3%) − группы сравнения (таблица 1).

Таблица 1. Экстрагенитальная патология и гинекологические заболевания у беременных с гистологически подтвержденной ФПН и без ФПН

Сопутствующие заболевания	Основная группа (N=90)	Группа сравнения (N=60)	Результаты межгруппового сравнения
Эндокринные заболевания (АИТ, гипотиреоз, гипертиреоз)	12 (13,3±3,6%)	2 (3,3±2,3%)	0,08
Заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, артериальная гипертензия, анемия)	16* (17,8±4%)	3 (5± 2,8%)	0,04
Заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, МКБ)	10 (11,1±3,3%)	1 (1,6± 1,6%)	0,06
Гормональные нарушения и гормонзависимые заболевания репродуктивной системы (дисфункция яичников, миома матки, аденомиоз)	17 (18,9±4,1%)	4 (6,7± 3,2%)	0,06
Хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы (ИППП, хроническая уреомикоплазменная инфекция, хронический сальпингоофорит)	14* (15,5±3,8%)	2 (3,3± 2,3%)	0,03

Для уточнения возможного влияния сопутствующей экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний на то, что ФПН проявит себя клинически до родоразрешения, основная группа была разделена на две подгруппы: основная подгруппа 1 (N=35) − женщины с ХФПН, диагностированной до родов (фетометрия, допплерометрия или наличием мекония в околоплодных водах) и основная подгруппа 2 (N=55) – женщины, у которых ХФПН до родоразрешения не была диагностирована. Нами было выяснено, что на развитие клинических признаков ФПН оказывает влияние наличие у беременной гормональных нарушений и гормонозависимыми заболеваний репродуктивной системы (таблица 2).

Таблица 2. Сопутствующие экстрагенитальные и гинекологические заболевания у беременных с гистологически подтвержденной ФПН, клинически диагностированной до родоразрешения и нет

Сопутствующие заболевания	Основная подгруппа 1 (N=35)	Основная подгруппа 2 (N=55)	Результаты межгруппового сравнения
Эндокринные заболевания (АИТ, гипотиреоз, гипертиреоз)	7 (20±6,7%)	5 (9±3,9%)	0,2
Заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, артериальная гипертензия)	10 (28,5±7,6%)	6 (10,9±4,2%)	0,06
Заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, МКБ)	3 (5,7±3,9%)	7 (12,7±4,4%)	0,8
Гормональные нарушения и гормонозависимые заболевания репродуктивной системы (дисфункция яичников, миома матки, аденомиоз)	11* (31,4±7,8%)	6 (10,9±4,2%)	0,03
Хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы (ИППП, хроническая уреомикоплазменная инфекция, хронический сальпингоофорит)	5 (14,2±5,9%)	9 (16,3±5%)	0,9

Выводы. У беременных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническими воспалительными заболеваниями репродуктивной системы повышается риск развития ФПН. Гормональные нарушения и гормонозависимыми заболеваниями репродуктивной системы у беременных повышают вероятность развития клинически диагностированной ФПН.

Список литературы.

1. Лазарева, Г.А. Современный взгляд на проблему фетоплацентарной недостаточности / Г.А. Лазарева, А.Б. Хурасева, О.И. Клычева // Научные ведомости Белгородского государственного университета. 2014. № 18. С. 5-9.

2. Миронова, А.В. Информативные показатели для диагностики и прогнозирования ФПН у женщин с урогенитальными инфекциями / А. В. Миронова, О.А. Коршукова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 4. С. 62-66.

НЕКОТОРЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шомротов Н.Н., Литвиненко И.В., Денисов А.А.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Хардиков А.В.

Актуальность исследования состоит в том, что воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), в частности пельвиоперитонит, представляют серьезную проблему в клинической гинекологии. В современных условиях болевой и интоксикационный синдромы при пельвиоперитоните выражены слабо, что вызывает диагностические трудности, приводит к отсрочке оперативных вмешательств, и в целом способствует ухудшению результатов лечения, удлинению сроков госпитализации и повышению частоты осложнений. Принимая во внимание все вышеперечисленное, а также распространенность полирезистентных к антибиотикотерапии штаммов возбудителей, очевидной оказывается актуальность вопросов, связанных с пельвиоперитонитом [2,5,7].

Больные пельвиоперитонитом составляют до 29% от всех госпитализированных пациентов в гинекологическом стационаре, а в структуре ВЗОМТ - до 44,6% [1]. Особенно важно, что данная патология в 2 раза чаще наблюдается у женщин 20-29 лет, то есть у пациенток наиболее активного репродуктивного периода [1,4].

Последствия и осложнения пельвиоперитонита: хронизация заболевания с образованием спаек, увеличение риска развития бесплодия от 25-30% до 70% и внематочной беременности в 5 раз представляют серьезные медико-социальные и экономические проблемы [3,6].

Целью исследования является проведение анализа качества диагностики и лечения острого и хронического пельвиоперитонита, выявление причин данной патологии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 117 историй болезней пациенток с подтвержденным диагнозом острого пельвиоперитонита или спаечного процесса 2-4 степени гинекологического отделения Курской городской клинической больницы №6 за 2016–2018 гг. Оценивали данные анамнеза, особенности клинического течения заболевания, возраст, состояние репродуктивной функции. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группу составили 35 пациенток с острым пельвиоперитонитом, во 2 группу включены 82 пациентки с признаками

хронического пельвиоперитонита, у которых диагноз поставлен интраоперационно на основании выраженнного спаечного процесса в малом тазу 2-4 степени. Статистическая обработка данных была проведена с помощью пакета статистической программы «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты. Возраст пациенток 1 группы варьировал от 19 до 44 лет. Средний возраст составил 28,4±4,2 года. Во всех случаях диагноз установлен в первый час после поступления и обоснован клиническими, лабораторными, ультразвуковыми данными. Причинами пельвиоперитонита у 24 пациенток (68,6%) явился острый воспалительный процесс в органах малого таза, в остальных 11 случаях (31,4%) причиной явились формирование или разрыв абсцесса на фоне хронического воспаления в придатках матки. У 4 (11,4 %) пациенток с диагностированной острой восходящей гонореей проведено консервативное лечение острого пельвиоперитонита с удовлетворительным клиническим эффектом. Прооперированы 31 пациентка (88,6%), из них лапаротомический доступ применен у 7 (20,0%), в остальных случаях использовался лапароскопический доступ. Обьём оперативного вмешательства следующий: санация, адгезиолизис и дренирование малого таза – 11 (35,5%), удаление маточных труб – 13 случаев (41,9%), тубэктомия и овариоэктомия – 4 (12,9)% при наличии тубоовариального абсцесса,тотальная или субтотальная гистерэктомия с трубами – 3 случая (9,7%). У всех пациенток производилось дренирование малого таза на 1 - 4 суток. После операции установлено наличие острой или хронической гонококковой инфекции у 5 (14,3%), в остальных случаях присутствовала смешанная условно патогенная флора. У 6 (17,1%) пациенток абсцедирование и пельвиоперитонит развились на фоне использования внутриматочного контрацептива длительностью от 3 до 10 лет. Послеоперационных осложнений у всех прооперированных не наблюдалось.

У 82 пациенток 2 группы, прооперированных в плановом порядке лапароскопическим доступом во время операции выявлен спаечный процесс в малом тазу 2-4 степени, что свидетельствует о наличии пельвиоперитонита в анамнезе либо о хроническом течении заболевания. У 16 (19,5%) пациенток операция была повторной. Возраст женщин данной группы варьировал от 20 до 42 лет, средний – 30,5±3,8 года. Показаниями для операции явились: бесплодие – 21(25,6%), хронический тазовый болевой синдром – 15 (18,3%), эндометриоидные образования малого таза.- 46 (56,1%). Только 19 (23,2%) пациенток имели в анамнезе острое ВЗОМТ или страдали хроническим сальпингоофоритом. Интраоперационно эндометриоидные образования малого таза выявлены ещё у 9 пациенток, которым до операции он не был установлен (малые формы эндометриоза). Таким образом, в данной группе частота эндометриоза составила 55 случаев (67,1%). Объём оперативного вмешательства во 2 группе: адгезиолизис – 9 (11,0%) , тубэктомия в сочетании с адгезиолизисом – 14 (17,1%), цистэктомия в сочетании с адгезиолизисом – 28 (34,1%), адгезиолизис и односторонняя аднексэктомия – 25 (30,5%), субтотальная гистерэктомия с трубами – 6 (7,3%).

Выводы. В настоящее время диагностика и лечение острого пельвиоперитонита проводится на высоком уровне. Оперативное лечение осуществляется преимущественно с использованием малоинвазивных технологий и тенденцией к органсохраняющим операциям с целью сохранения репродуктивного потенциала пациентки. Необходима разработка протоколов диагностики и лечения хронического пельвиоперитонита, так как данная патология не диагностируется до операции ввиду отсутствия типичной клинической симптоматики или латентного течения, но оказывает негативное влияние на репродуктивный потенциал.

Список литературы.

1. Азисова А. М., Глухова И. В., Власов А. П. и др. Исследование состояния микроциркуляции при хирургическом лечении гнойного пельвиоперитонита в зависимости от характера операций // Материалы XX научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов. Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарёва. Часть 2. – Саранск, 2016. – С. 255–260.

2. Афанасьев А.Н., Хрупкин В.И., Горбачева И.В. Распространенный гинекологический перитонит в хирургической клинике // Перитонит от А до Я. Всероссийская школа: Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием / Под ред. проф. А.Б. Ларичева. – Ярославль, 2016. – С. 89–91.

3. Власов А.П., Чаматкина Е.М., Абрамова С.В. и др. Синдром эндогенной интоксикации при остром пельвиоперитоните в зависимости от характера оперативного вмешательства // Современные проблемы науки и образования: Электронный научный журнал. – 2015. – №5. URL: https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22242 (дата обращения: 10.03.2019).

4. Глухова И.В., Абрамова С.В., Власов А.П и др. Патогенетические особенности развития эндогенной интоксикации при пельвиоперитоните // MEDICUS. – 2016. – №2. (8). – С. 28–30.

5. Селихова М.С., Вдовин С.В., Ильина О.В. и др. Прогнозирование течения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Вестник ВолгГМУ. – 2018. – №1. (65). – С. 74–77.

6. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Степанян Л.В. и др. Некоторые современные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза // Consilium Medicum. – 2015. – Т. 17, №6. – С. 73–76.

7. Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Рахмонов Ш.Дж. и др. Диагностика и лечение острых заболеваний органов малого таза у детей // Здравоохранение Таджикистана. – 2017. – № 3. – С. 65–72.

БЕРЕМЕННОСТЬ С АБОРТИВНЫМ ИСХОДОМ

Шуленина М.В.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Хуцишвили О.С.

Актуальность исследования. В настоящее время женское население фертильного возраста в РФ составляет 30,3%. Однако, среди них, по данным Министерства здравоохранения РФ за 2018 г каждая пятая-шестая женщина имеет нарушения фертильной функции [2, 5].

Таким образом беременность с абортивным исходом является актуальной проблемой акушерства и гинекологии [1, 3].

Целью исследования являлось изучение частоты и структуры абортивного исхода, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» со сроком беременности до 22 недель.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 281 историй болезни женщин, поступивших в гинекологическое отделение ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» за 2018 год с различным диагнозом: трубная беременность; неразвивающаяся или замершая беременность; самопроизвольный аборт; неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов; неполный аборт без осложнений; полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов; полный или неуточненный аборт без осложнений; аборт неуточненный [4]. Исследование включало в себя изучение анамнеза пациенток, а так же анализ результатов УЗИ и цервикометрии.

Результаты и обсуждения. Все пациентки были разделены на группы в зависимости от возраста: I) 18-28 лет, II) 29-35 лет, III) 36-39 лет [1]. Количество женщин в первой группе составило 106 человек (37,7%), во второй 109 (38,8%%) и третей 66 женщин (23,5%).

При анализе анамнеза пациенток установлено, что 94 (33,45%) женщины были первобеременными, и они состояли в I группе. 139 (49,47%) женщин, имели в анамнезе роды. При этом наибольшее количество родов было у женщин II возрастной группы в количестве 81 (58,27%). Меньше родов было у пациенток III группы − 39 (28,1%) и наименьшее количество родов количеством 19 (13,7%) было у I группы. У оставшихся 48 (17,08%) женщин беременности закончились абортивным исходом, и встречались они во всех группах.

Общее количество предыдущих беременностей составило 141. Выкидышем на ранних сроках закончились беременности у 26 (18,4%) пациенток, а именно у 2 женщин (7,7%) первой группы, 17 (65,4%) у второй и 7 (26,9%) у третьей групп, а на поздних сроках у 15 (10,6%) женщин, входящих во II и III группы в количестве 6 (40,0%) и 9 (60,0%) соответственно. Таким образом, наибольшее количество выкидышей на ранних сроках встречалось у женщин II группы, меньше у III и наименьшее количество наблюдалось у больных I возрастной группы. Выкидыши на поздних сроках

чаще встречались в III группе, чуть меньше во II и в I возрастной группе не встречались.

Прерывание беременности по медицинским показаниям было проведено у 48 (17,1%) больных, возрастной диапазон которых составил от 18 до 25 лет (I группа).

Так же при изучении анамнеза пациенток было выявлено наличие 142 абортов в целом от предыдущих беременностей. При этом количество 1-2 абортов в анамнезе составило у 39 (28,0%) лиц, а именно 16 (49,6%) в I группе и 23 (10,8%) во II группе; 2-3 – у 29 женщин (7,9%) первой группы, 31 (12,9%) и 24 (7,2%) абортов во второй и третей группах соответственно, а всего у 84 пациентки (60,4%), что от общего числа женщин с наличием аборта в анамнезе составило (59,2%); 3-5 аборта было всего у 16 больных (11,6%), точнее у 6 (3,6%) второй группы и 10 (6,5%)у третьей группы. Таким образом, общее количество абортов в I группе составило 45 и преобладающее число абортов в данной возрастной группе является 1-2. Наличие 2-3 абортов в анамнезе более характерно для II группы, где общее количество абортов составило 60. В III группе общее количество абортов составило 34, причем количество абортов варьировало от 2 до 5.

У 275 беременных настоящая беременность являлась желанной, 201 (71,5%) женщина планировала беременность, у остальных 74 (28,5%) наступила спонтанно.

Прегравидарную подготовку проводили только 23 пациентки, возрастом старше 28 лет, от общего количества исследуемых больных, что составило 8,9%. До наступления настоящей беременности методы контрацепции использовали 44 (15,7%) женщины.

Среди возможных причин неблагоприятных исходов беременности являлись: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (наличие абортов) у 153 (54,45%) женщин, исходами которых являлись эндометриты, миома и перфорация стенки матки. При этом количество женщин, страдающих эндометритом и относящихся к I возрастной группе, составило 11 больных. Во II группе таких женщин оказалось чуть больше – 19. И наибольшее количество больных эндометритом женщин, возрастной диапазон которых от 36 до 39 лет, составило 21. Миома матки в наибольшем количестве наблюдалась во II и III группах в количестве 17 женщин в каждой группе. Перфорация стенки матки имела место быть так же во II и III группе по одному случаю. У 107 (42%) пациенток, беременность сопровождалась признаками инфекционно-воспалительных заболеваний, из которых у 74 (62,7%) женщин были воспалительные процессы генитального тракта. А именно цервицит был обнаружен у 30 пациенток III группы, 11 у женщин II группы и у 8 больных I группы. Хорионит присутствовал у 9 женщин третьей группы, чуть меньшее количество таких больных составило II группу – 5 женщин, и наименьшее количество женщин, больных хорионитом, было обнаружено в I группе. Герпетическая инфекция у 8 (10,83%) больных. У каждой 5 женщины имела место анемия. Исходя из вышесказанного можно сделать вывод о том, что

различного рода экстрагенитальная патология чаще всего проявлялась в III возрастной группе.

В ходе исследования были изучены данные о наличии экстрагенитальной патологии у беременных. Чаще всего среди всех экстрагентальных патологий встречается артериальная гипертензия у женщин возрастом от 29 до 35 лет, что соответствует III возрастной группе, в количестве 29. Женщин, страдающих артериальной гипертензией и входящих в II возрастную группу, составило 22. Меньшее количество больных гипертензией было в I группе – 2 пациентки. Немало значимое место среди экстрагенитальных патологий заняли патологии почек, обнаруженные у 44 (15,66%), в виде хронического пиелонефрита. Причем преобладающее число данной патологии наблюдалось в III группе больных в количестве 25, меньше во II группе – 19 женщин. Нарушение жирового обмена 1-2 степени было у каждой четвертой пациентки, а именно у 46 женщин III группы и 24 больных II и возраст таких пациентов составляет старше 28 лет.

Выводы. Таким образом, частота беременности с абортивным исходом составляет 67,3% от общего числа беременностей. При изучении анамнеза пациенток было выявлено, что общее количество родов и беременностей во II возрастной группе было наибольшим в сравнении с другими изучаемыми группами. Так же и количество абортов составило наибольшее количество во второй возрастной группе. Выявлено, что в I группе было показано прерывание беременности по медицинским показаниям, чего в других группах не наблюдалось. Что касается наличия у женщин экстрагенитальной патологии, то данная патология наблюдалась у большинства пациенток, входящих в III возрастную группу и чуть меньше такие проявление были обнаружены во II группе. Та же ситуация наблюдалась в изучении наличия генитальной патологии у больных, которая больше всего была выявлена в II и III группах.

У большинства (71,5%) пациенток беременность была запланированной, однако прегравидарную подготовку проводили лишь только 8,9% от общего количества исследуемых больных.

Список литературы.

1. ДеЧерни А.Х. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах // А.Х. ДеЧерни, Л. Натан. − М.: МЕДпресс-информ, 2016. − 64с.

2. Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Казачков А.Р. и др. Комплексное морфологическое изучение роли инфекционных процессов в этиологии и патогенезе неразвивающейся беременности: Матер. 5-го Рос. форума «Мать и дитя». − М. 2015. С. 171.

3. Серова О.Ф. Предгравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности: Автореф. дисс. докт.мед.наук. Москва. 2016. 40 с.

4. Ушакова Г.А., Елгина С.И., Назаренко М.Ю. Репродуктивное здоровье современной популяции женщин. Акуш. и гин. 2017. № 1. С. 34-39.

5. Ф. Карр, Х. Рициотти, К. Фройнд и др. Акушерство, гинекология и здоровье женщины;под общ. ред. проф. В.Н. Прилепской. − М.: МЕДпресс-информ, 2014. − 176 с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ У ПОКОЛЕНИЯ ДО 25 ЛЕТ

Ячменев К.С.
Курский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунева И.С.

Актуальность исследования. Демографическая ситуация в России является крайне неблагоприятной. Согласно демографическому прогнозу население нашей страны уже в течение 5 ближайших лет может уменьшиться на 2-8 миллионов человек.

По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Росстат) на 2018 год общий коэффициент рождаемости по Курской области составляет 9,2 на 1000 человек населения и остается ниже среднего уровня по стране – 11,6 на 1000 населения. За счет низкой рождаемости естественная убыль населения только за январь-октябрь 2018 года по Российской Федерации составила 181 тысячу человек, что на 60% больше относительно показателя за тот же период 2017 года.

Рождаемость – результат репродуктивного поведения, которое формируется у каждой женщины под влиянием воспитания, семейных ценностей и религиозных убеждений. Однако в решении проблемы повышения рождаемости непосредственное участие принимает и акушер-гинеколог, имеющий непосредственный контакт с женщиной и способный повлиять на реализацию репродуктивного поведения [1].

Целью исследование является изучение и анализ факторов, влияющих на рождаемость у поколения молодежи до 25 лет.

Материалы и методы: было проведено дистанционное анонимное анкетирование, в котором приняли участие 560 респондентов – 81,4% (456) женщин и 18,6% (104) мужчины возрастом от 18 до 25 лет. У 6,4% (36) опрошенных есть хотя бы один ребенок, при этом 80,4% (450) опрошенных не состоят в браке, 8,9% (50) – замужем/женаты, 10,7% (60)– в «гражданском браке». Анализ полученных данных производился с помощью программ «Statistica 6.0» и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования респондентам было предложено ответить на вопросы об их отношении к абортам, «идеальном» количестве детей в семье и возрасте рождения первого ребенка. У опрошенных, не имеющих детей, была выяснена причина отсутствия ребенка и необходимость помощи родителей в воспитании их будущих детей.

По результатам опроса было установлено, что большинство респондентов (348; 62,1%) считают, что в семье должно быть 2 ребенка, 24,3% (136) опрошенных – 3 ребенка, 11,1% (62) уверены, что в настоящее время в семье достаточно одного ребенка, и всего лишь 2,5% (14) ответили, что в «идеальной семье» должно быть минимум 4 ребенка. Причем 59,6% (334) опрошенных считают, что подходящим возрастом для рождения первого ребенка является период от 24 до 27 лет, 28,2% (158) – период от 20 до 23 лет, 9,3% (52) – период от 28 до 30 лет и только 2,9% (16) респондентов считают, что первого ребенка необходимо планировать в 31 и более лет.

Для оценки вклада семейных ценностей и воспитания на количество детей в семье у респондентов было выясненоесть ли в их семье кроме них другие дети. В результате выяснилось, что у большинства опрошенных (60,4%; 338) в семье есть братья/сестры, из них: 47,1% (264) имеют одного брата/сестру, 9,2% (52) – двух и 3,9% (22) – трех и более. Однако 39,6% (222) опрошенных являются единственными детьми в семье.

По данным Росстата за 2017 год в Курской области совершается 58,9 абортов на 100 родов и данный показатель на 12,5 выше, чем по стране (46,4 абортов на 100 родов) [2]. В связи с этим был проведен анализ отношения респондентов к абортам: 51,3% (234) женщин одобряют аборт, считая его правом женщины, у 19,7% (90) респонденток отношение к абортам нейтральное и только29% (132) женщины считают аборт убийством. При этом только 3,5% (16) опрошенных девушекпризнались, что в своей жизни делали хотя бы 1 аборт. Среди мужчин 44,2% (46) считают, что аборт – право женщины, у 34,6% (36) – нейтральное отношение к абортам, 21,2% (22) – отрицательно отнеслись к абортам и только 2 признались, что их партнерша делала хотя бы один аборт (рисунок 1).

Для установления возможных причин и факторов, влияющих на рождаемость, респондентам, не имеющих детей, было предложено указать причину отсутствия ребенка. В результате 66,8% (374) опрошенных считают основной причиной отсутствия ребенка – внебрачные отношения, другими основными причинами являютсямолодой возраст и«необходимость получить образование», их выбрало 60% (336) и 58,9% (330) соответственно. Так же отсутствие ребенка респонденты связывают с недостаточными жилищными условиями (110; 19,6%), отсутствием кандидатуры для будущего отца (98; 17,5%), неуверенностью в партнере (22; 3,9%), гинекологическими заболеваниями (14; 2,5%) (рисунок 2). Стоит отметить, что 6,8% (38) опрошенных вообще не хотят заводить ребенка, а абсолютное большинство опрошенных (202; 77,7%) рассчитывают на помощь родителей при рождении ребенка.

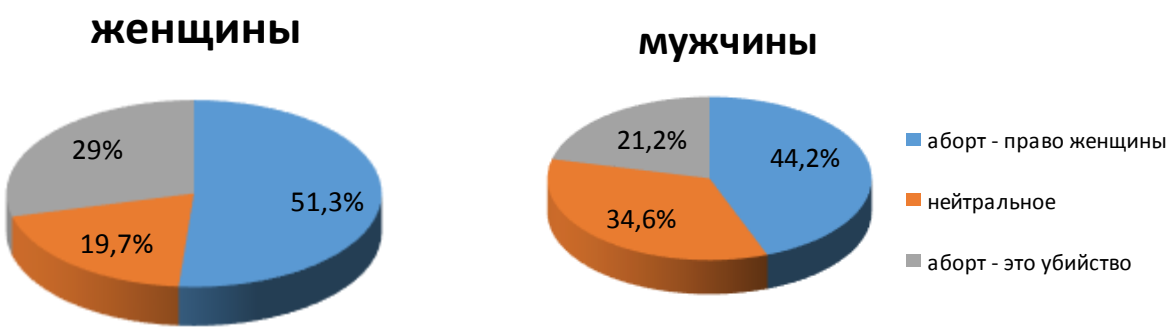


Рисунок 1. Отношение женщин и мужчин к абортам

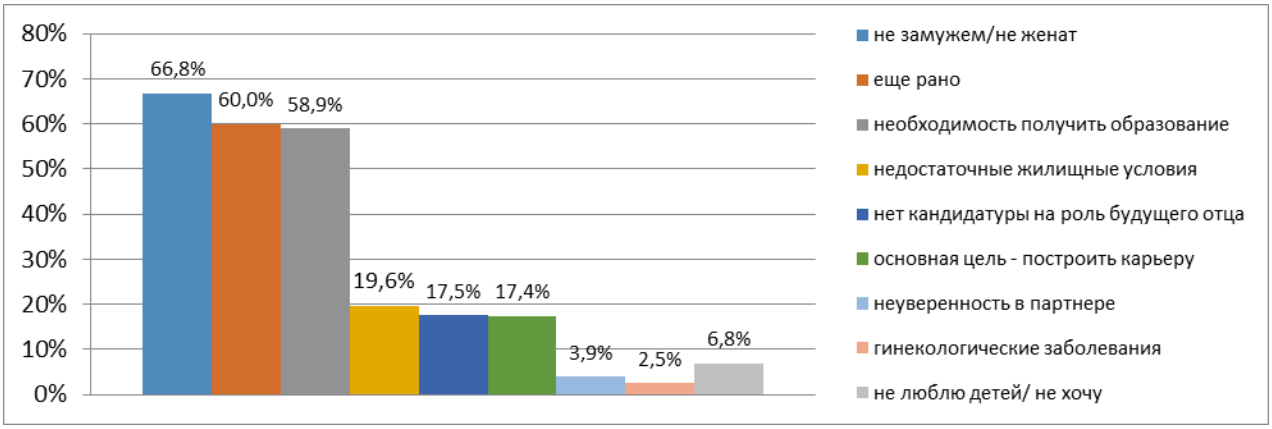


Рисунок 2. Причина отсутствия ребенка

Выводы. По результатам социологического опроса установлено, что респонденты, считают, что в среднем в семье должно 2,2 ребенка, и данный показатель полностью совпадает со средним количеством детей в семье, которое необходимо для обеспечения простого воспроизводства населения. Однако в семьях опрошенных имеется в среднем 1,8 ребенка, что практически совпадает со средним показателем по России (1,7).

Большинство опрошенных основной причиной отсутствия у них детей считаютнеобходимость получить образование и карьерные устремления, а наличие факта того, что более половины опрошенных считают себя недостаточно готовыми для рождения ребенка, чтосвидетельствует о несостоятельности и неготовности современной молодежи, приоритете карьеры над созданием семьи.

Разрешенные в стране аборты изменили мнение молодежио данной проблеме, большая часть считает аборты приемлемыми и всего лишь четверть опрошенных (29% женщин и 21,2%) считают аборт убийством.

Список литературы.

1. Лунева И.С., Хуцушвили О.С., Абросимова Н.В. Междисциплинарный взгляд на проблему репродуктивного выбора женщины // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017. № 5. С. 47-51.

2. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Курской области: Статистический ежегодник Курской области. 2018. С.140. Режим доступа: URL: http://kurskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/kurskstat/ru/publications/official_publications/electronic_versions (дата обращения 05.03.2019) (дата обращение 17.03.2019 год)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Бобровский Е.А., Шодиев М.И. 4
Войтюк М.А., Старостенко И.О. 6
Звягинцева О.И., Швейнов А.И. 7
Корчагина С.А., Петрова Н.С. 10
Крахмаль Э.Г. 11
Крахмаль Э.Г. 14
Крот И.И., Савицкая К.А. 17
Кругликова А.В. 19
Петрова Н.С., Корчагина С.А. 21
Соколова Н.И., Гордеева С.Ю., Гуртовой Д.Е., Кадын А.Д., Нефёдова Е.А. 23
Соколова Н.И., Гордеева С.Ю., Пронина Е.Д., Родченко Т.А., Коноваленко А.В 25
Азарова Ю.Э., Клесова Е.Ю., Смахтина А.М. 29
Башкатов Д.А., Машошина Л.О. 31
Вахрамешина А.В. 33
Гуреева А.В., Башкатов Д.А., Машошина Д.О., Сорокин А.В. 36
Драговоз И.С 38
Затолокина Е.С. 41
Колупаев Н.С., Обухова И.И., Толкачев К.С. 44
Ляхова Е.Г., Никитина Д.Е. 46
Обухова И.И., Костанов Д.Р. 49
Чартакова Х.Х., Пулатов М.Д. 51
Чартакова Х.Х., Пулатов М.Д. 54
Чуланова А.А., Костанов Д.Р., Смахтина А.М., Чуланова А.В. 56
Чуланова А.А., Петров М.С., Куликов А.А., Смахтина А.М., Охотников О.О. 59
Шульгинова А.А., Машошина Д.О. 61
Аничкин В.А., Некрасова В.А. 65
Батавина Д.Г., Мокеева Ю.К. 68
Белян О.В. 70
Богатикова А.И. 72
Борисова К.Н., Мухина А.Ю. 74
Бородин Д.И., Севрукевич В.В. 78
Василенко Е.В., Латышева А.А. 80
Веремеюк К.В., Троянова А.Ф., Крыльчук В.П., Шкутович А.Н. 83
Ворвуль А.О. 85
Губина Ю.А. 87

Гуреева А.В. *90*
Дерюшева А.Ю. *92*
Дерюшева А.Ю. *95*
Драговоз И.С., Федорцова Т.П. *97*
Ермакова И.В. *100*
Ермакова К.В., Каулин В.В., Чугуев А.С. *102*
Ерченко А.В., Козьева В.В. *104*
Заяц А.П. *106*
Зюкина В.А., Тарабрина О.В, Коршикова О.В. *109*
Колупаев Н.С., Свищева М.В. *111*
Комиссарова А.Ю., Сорокин А.В. *114*
Коптева Л.А., Шевченко Н.Е. *117*
Кошелева А.В. *120*
Красноруцкая Ю.В. *123*
Крыльчук В.П., Шкутович А.Н., Веремеюк К.В., Рубан Н.А., Троянова А.Ф. *124*
Леонидова К.О., Смоляков М.В. *127*
Лукьянова Т.С. *130*
Мисакян Н.Г., Тоноян Д.Г., Петухова А.В. *133*
Павленко Е.П. *135*
Санько О.Ю., Панкова Е.П. *138*
Сафронова Т.В., Хрипункова Е.В. *141*
Свентицкая А.Л., Селютина А.С., Курбатова С.О. *144*
Смахтина А.М., Коршикова О.В. *146*
Сорокин А.В. *149*
Сосновская А.А. *151*
Сперанский А.В. *153*
Стрела К.Р., Павлова Н.Н., Павленко Е.П. *157*
Сузаева П.П., Рукавишникова З.С. *160*
Трофимов И.В., Ромашкина Д.С. *162*
Урусова Д.А., Башмаков Н.С. *164*
Фаттахов Р.А., Барсукова В.А. *166*
Щербинина А.В. *170*
Адамова А.Э. *174*
Алябьева А.А., Барсова Д.А., Бородкина В.Н., Иванов Д.И. *177*
Барышева Е.М., Полшведкина О.Б, Запесоцкая С.Я., Сорокина М.В. *179*
Бородкина В.Н., Иванов Д.И., Бурдеев И.Е., Барсова Д.А. *182*
Бурдеев И.Е., Алябьева А.А. *185*

Бурцева Е.Н., Бончик А.В. *188*
Бурцева Е.Н., Бончик А.В. *190*
Бутенко М.Ю. *191*
Голомако Ю.Н. *193*
Грибанова Н.А. *195*
Данилова М.Р. *197*
Демьянчик А.С., Сидоренко Ю.И. *200*
Дешко А.С. *201*
Дроздова Е.Л. *204*
Дубинина М.С. *207*
Ефанова Е.В., Саранюк Р.В. *210*
Зайцев А.И. *212*
Залогина Е.В., Быканова М.А. *215*
Запесоцкая С.Я., Солдатова В.О., Гуртовой Д.Е., Горяинова А.С., Зайцев С.М. ... *217*
Иванов Д.И., Бородкина В.Н., Бурдеев И.Е., Алябьева А.А. *220*
Иванов Н.С., Шуллерт О.А. *222*
Клёсова Е.Ю., Азарова Ю.Э. *225*
Лыскова М.А. *228*
Машкина А. *231*
Машошина Л.О., Сороколетова О.И. *234*
Медведева М.В., Быканова М.А. *236*
Москалев А.С., Барышева Е.М., Запесоцкая С.Я., Гуртовой Д.Е., Шиленок И.В. . *238*
Мухина А.Р., Спашко А.А. *241*
Полшведкина О.Б, Пономарева Л.А., Барышева Е.М., Вдовина И.Н.' Сорокина М.В. *244*
Распопова О.И., Быканова М.А. *247*
Репринцев А.В. *249*
Рубанов В.Л., Русаленко Д.О. *251*
Рубцова Е.А. *253*
Сазонова Д.С., Сороколетова О.И. *255*
Свешникова А.Д. *258*
Скибарь А.А., Немченко Ю.И. *259*
Степанова А.В. *261*
Абаева К.А., Абилхас А.А. *266*
Алексеева Т.А., Коваль А.В. *268*
Аниканов А.В., Сабанцев Д.О., Семин Н.А., Махлаев В.С. *271*
Антощенко В.С. *273*

Артищев С.О. *276*
Аскарова В.Р., Зверко Н.Л. *278*
Бакурская Е.С., Боровлева А.В. *281*
Барт Ю.И. *283*
Бейбутова Ж.Т. *286*
Богаутдинова Д.К. *289*
Большунова А.О. *292*
Буданов Е.Ю. *295*
Булычев М.А. *298*
Величко Ю.В. *301*
Вервекин И.В. *304*
Войтюк М.А., Зносенко А.А. *306*
Волчек В.С. *309*
Волчек В.С., Уласовец В.В., Ланько Н.С., Руцкая Е.А. *312*
Галунко А.О. *315*
Георгиева И.И. *318*
Герасимов М.М. *320*
Гнедько К.А. *323*
Голобокова М.О. *326*
Дубонос П.А. *329*
Дудченко С.С. *331*
Зубкова Ю.А. *334*
Иваныкина В.М., Потапова М.Д. *337*
Ипатов В.Ю., Опритова М.В., Безъязычная А.А. *340*
Клеткин М.Е., Мотева К.В., Смирнов Р.О., Бурилина Е.И. *343*
Козюта Е.С. *345*
Колесниченко Н.А. *348*
Комарницкая М.И., Перьков О.С. *352*
Косьминина И.А., Косьминин Д.Д., Тимохина М.В. *355*
Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбегова И.Р. *358*
Курбатова С., Селюнина А.С. *359*
Легостаева Т.Н. *362*
Лукьянченко А.Ю. *366*
Луцук А.С., ОлещикС.Н. *369*
Львовский А.А. *372*
Ляхов Д.А., Чеботарев С.Н. *375*
Магданов М.Г. *379*

Манахова Д.В. *382*
Махлаев В.С., Сёмин Н.А., Аниканов А.В. *385*
Медведев П.Н., Бутов А.А., Чернов К.О. *388*
Михайлов И.В., Медведев П.Н., Алексеев Н.К. *391*
Монастырева Д.Р. *393*
Облаченко Д.О. *396*
Овсяников В.В. *399*
Орлова А.Ю., Тяпина С.В., Тиганов С.И., Пикалёва В.А., Савенкова Е.В. *401*
Оробинский С.Б., Оробинская Я.В. *404*
Павлова Е.Н. *406*
Павлюченко В.Д. *408*
Пирогова О.А. *411*
Полосухина А.Д. *413*
Попельник М.В. *416*
Прокофьева А.А. *418*
Ребров Д.А. *422*
Родина Ю.В., Маслова Я.В. *424*
Саакян А.Р. *427*
Савенко Е.Г. *429*
Саломатина А.В. *432*
Селюнина А.С., Курбатова С.О. *435*
Сёмин Н.А., Махлаев В.С., Аниканов А.В. *438*
Сиделева Е.Н., Потапова М.Д. *441*
Симоненкова Л.М. *444*
Солдатова Д.С., Литвиненко И.В. *447*
Соприкина К.В. *450*
Стенюшкина А.Л. *452*
Суровцева А.Ю. *454*
Тельнова А.А. *457*
Тельнова А.А. *460*
Терехов А.Г. *462*
Трофимов И.В. *465*
Уварова С.А., Овсянникова К.С. *468*
Ушанов А.А., Северинов Д.А. *470*
Федоренко М.И. *473*
Федорцова Т.П. *476*
Цымбалюк В.В. *479*

Чеботарёв С.Н., Лебедев А.Ю. *483*
Чуклова А.А. *486*
Шевченко Н.Е. *489*
Шимская Л.И., Аржаных И.В., Геков К.В., Сошникова О.В., Мартынов Н.В. *492*
Шматько И.А. *495*
Щагин Е.Е., Сабанцев Д.О. *499*
Япринцева А.И. *500*
Абдукодирова Д.Э. *505*
Авдеева М.А. *507*
Аверьянова В.Р., Щербенев Н.А. *510*
Альвес Де Оливейра Марсело, Сандриго Рената *513*
Ананьева Е.А. *515*
Андросов И.А., Тхаракаши К.С. *516*
Андросов С.С., Денисенко В.Н. *518*
Анфилова М.Г., Волобуев Д.К., Востриков П.П. *520*
Арефина М.В. *523*
Афанасьева А.С. *525*
Бабченко А.А. Бабченко А.О., Озеров А.А., Макаров С.С., Гокин А.Г. *528*
Бабченко А.О., Бабченко А.А., Озеров А.А., Макаров С.С. *530*
Бегларян А.Г., Мальцева Л.С. *532*
Благова Н.В., Иванисов Д.В. *535*
Блудова Е.С., Булычев М.А. *537*
Бобрышев С.В., Ковалева Е.В. *540*
Богатикова А.И., Итума М. *542*
Богуслова К.Н. *545*
Бородавкин Д.В. *548*
Борьянова Г.С., Кулаго О.В. *551*
Букреева Т.А., Швейнов А.И. *554*
Ватутина А.С. *556*
Власенко В.Д. *558*
Власова Ю.В., Усенкова О.Л., Прибылов В.С., Шабанов Е.А. *560*
Волобуев Д.К., Джунковская В.А. *563*
Волобуева А.С. *565*
Волынкина Ю.А. *568*
Ворвуль А.О., Певчева В.И. *571*
Воропанова В.Н., Симоненкова Л.М. *574*
Габелко Е.В., Нетяга Е.А., Игнатенко Н.И. *577*

Гайдукова М.В. *579*
Гедзик Г.О., Бантюкова Д.В., Прибылов В.С., Рассадникова К.Р., Махова О.Ю. *582*
Герасименкова М.В. *585*
Голобокова М.О. *586*
Голубова Д.А., Забавский И.В., Мельников А.А. *589*
Гончарова Е.С. *591*
Гревцева Ю.П. *593*
Данчина К.А., Кондрашова Е.А. *595*
Данчина К.А., Кондрашова Е.А., Перькова Ю.И. *597*
Дарчия О.В. *599*
Дарчия О.В. *601*
Дарчия О.В. *603*
Денисов А.А., Шомротов Н.Н., Конорев М.Ф. *605*
Долженкова А.А. *607*
Федорцова Т.П., Шелухина А.Н. *611*
Дронова М.О., Кузьмин А.В., Дорофеева С.Г. *613*
Дубинина А.В., Васильева А.А. *616*
Епишева А.Ю., Берлизов В.В. *619*
Жарков Н.С. *622*
Жеребцова В.Д., Ваганова Е.В., Соловец Е.А. *625*
Зайцева А.А. *628*
Зайцева А.А. *630*
Злобина П.С., Монастырева Д.Р. *633*
Зубкова Ю.А., Павлюченко В.Д. *636*
Иванисов Д.В., Благова Н.В., Андросов И.А. Мудали Рашми *639*
Ивих К.А. *641*
Изотова И.С., Федяева И.В., Воронцова В.Л. *644*
Ковалева Е.В., Бобрышев С.В. *647*
Ковалева Е.В., Злобина П.С., Винокурова Ю.В., Смоляков М.В. *649*
Кондрашова Е.А., Данчина К.А., Синдеева И.А. *651*
Косик Д.Ю. *653*
Косоголов М.В. *656*
Кращенко А.А. *659*
Ластовская К.В. *661*
Левыкина Е.С. *664*
Леонова М.А., Скрипкина А.А. *667*
Леонтьева Т.С. *669*

Лу Шу Ксин, Премкумар Шаммуга 672
Лукутцова Е.Ю. 674
Лукьянченко А.Ю., Блудова Е.С. 677
Лыкова А.Н. 679
Лысанская К.В., Качунина А.Ю., Калугин А.А. 682
Малахова А.В. 684
Маркина Е.В., Аду Долапо Рут 687
Мелихова Ю.А. 689
Милицкая М.А., Белых А.Л. 693
Минакова И.Г., Головачева А.И. 695
Миненков Н.В. 697
Мироненко Е. С. 699
Миронова М.М. 702
Мосенкова А.С. 704
Озеров А.А. 706
Орехова Л.О. 708
Пасько К.Э. 710
Пирогова С.О. 712
Плеханова Е.Д. 715
Полосухина А.Д. 718
Полянская Е.А., Горягина М.С., Очаковский А.С. 720
Попова Е.О. 723
Потолова А.В., Веденьев К.Ю. 726
Прокофьева А.А. 728
Прохорцева О.С., Суковатая С.В. 731
Сандриго Рената, Альвес Де Оливейра Марсело 734
Ромашкина Д.С., Абросимова Н.В. 736
Рыбачек А.В., Соломатина А.Д. 738
Саломатина А.В., Шматько И.А. 740
Сафонов А.А. 743
Сафонова А.А. 745
Сафонова М.С. 747
Сибилёва А.А. 750
Скворцова О.В. 752
Смирнова Д.А. 755
Смычник Ю.С., Дейкун Д.В. 757
Стрижевская С.А. 759

Строков Р.А., Лазарева Л.А., Герасимов А.Б. , Кисиев А.Г. , Торгаева Е.А. *761*
Тригуб А.В., Минакова А.М. *763*
Устинова А.В. *766*
Ушанов А.А. *769*
Худушина Н.С. *772*
Чешенко М.Ю. *774*
Чичканёва Д.С., Хмаро Н.И., Ильенко Н.Н. *777*
Шабалин А.А., Прокофьева Ю.В. *779*
Шабанов Б.С., Лепорская-Блекли Е.Л. *782*
Шабанов Е.А., Рассадникова К.Р., Алфимова О.С. *784*
Шабанов Е.А., Колупаева Н.Е., Сабанцев Д.О. *786*
Шамонин П.А. *788*
Шевченко Т.Ю., Улаганатхан Ваани *790*
Шелухина А.Н., Власенко В.Д., Дорофеева С.Г. *793*
Шишкина А.А., Филоненко А.О., Бизяева Л.А. *796*
Шкодкина М.А., Севостьянова О.Ю. *798*
Ястребов В.С. *801*
Арефина М.В. *805*
Ворвуль А.О. *808*
Денисов А.А., Хмаро Н.И. *811*
Дубашевский Р.А. *813*
Ивих К.А. *816*
Косьминина И.А., Косьминин Д.Д. *819*
Кращенко А.А. *821*
Ластовская К.В., Ватутина А.С. *824*
Маркина Е.В. *827*
Минакова И.Г. *830*
Пирогова С.О. *833*
Прозорова А.Г., Дубинина А.В. *835*
Рахманова О.В. *838*
Рюмшин М.А. *841*
Савич В.В., Богатикова А.И. *844*
Сердюков А. И., Шевченко Т.Ю. *847*
Устинова А.В. *849*
Ансимова П.В. *853*
Арефина М.В. *854*
Боглаёва А. Н., Коломиец Д.И. *857*

Большунова А.О. *859*
Борисова К.Н. *862*
Булычев М.А. *865*
Быканова А.М. *867*
Гончар И.А. *870*
Ефимова В.Р. *872*
Зубарева Н.С. *875*
Карпенко К.Ю. *877*
Кащенко Л.С. *880*
Корвякова Я.Е. *882*
Кривцова А.С., Зиборова Д.В., Дрюпина А.А. *885*
Куриляк М.М. *887*
Куртыкин Д.В., Кононов С.И. *889*
Ларина М.С. *891*
Леонидова К.О. *894*
Лукьянченко А.Ю. *896*
Лысых А.А., Манахова Д.В. *899*
Ляшев А.Ю. *902*
Малетин С.Э. *904*
Милицкая М.А. *907*
Миронова Д.Ю., Ястребов В.С. *909*
Монастырева Д.Р. *912*
Мухина С.А. *915*
Прудникова И.Н., Прудникова О.Н. *918*
Симоненкова Л.М. *919*
Фаустова О.Г. *922*
Хмячина Ю.А. *924*
Чуйков А.С *926*
Шматько И.А. *929*
Абдулгалимова У.К. *933*
Асеева С.А. *935*
Асеева С.А. *936*
Барсова Д.А. *938*
Боева А.О. *940*
Боева А.О. *942*
Большанин А.В., Рязанова Д.В. *944*
Бондаренко П.С. *947*

Борзая А.Р., Горбачева К.А. *950*
Бунина А.Д. *952*
Ватутина А.С *955*
Головина Ю.В. *958*
Гурачевская Е.Ю., Гурачевская И.Ю., Михалёва К.В., Тимашков О.В. *961*
Дорощенко А.А., Колесник Д.Г. *963*
Жданок А.А., Пальчик Е.Н. *965*
Зданович А.И., Кривкин Н.А., Татаренков А.С. *969*
Канайкина А.И. *971*
Ковальчук Н.А. *975*
Кочугова Е.И. *977*
Лебедева М.В. *980*
Лентюгова Г.М. *984*
Мастренко Д.А. *987*
Машошина Д.О., Романова А.С., Чиркова Н.В., Овсяников В.В., Белов А.И. *990*
Миронова Д.Ю. *993*
Некрасов Д.С. *995*
Никитенкова В.Е. *998*
Никулин Е.А., Ильин М.Ю. *1001*
Новикова Л.Б., Шарапова К.М., Колчина Э.М., Латыпова Р.Ф., Закирова А.Р. *1003*
Орлова А.Д., Герасимов А.В. *1006*
Орлова А.Д. *1008*
Павилова Е.Ю., Петрова М.А. *1011*
Протопопова М.А. *1013*
Сивик О.А. *1016*
Сирош Д.С. *1018*
Суфранович В.В., Гончарова Л.В. *1021*
Сухих И.В., Надеина А.А., Нечипоренко М.С. *1024*
Токмачева Ю.Л. *1027*
Токмачева Ю.Л. *1030*
Феоктистова Е.В. *1033*
Хомидов Д., Хотамов Б., Шутеева Е.Ю. *1036*
Шибаев П.В. *1038*
Ячменев К.С. *1041*
Баталова Е.М., Шайхинурова Г.З. *1045*
Белов А.И. *1048*

Борзенкова Е. А., Коханова Д. А., Жиляева Д.В., Мамина Ю.Р., Московская Л.В. *1051*
Буданова М.А. *1053*
Ветрова А.В. *1056*
Гатицкая А.Л., Нуркаева М.Р. *1059*
Глуховцова Т. А. *1062*
Забелина М.С., Прудникова И.Н. *1065*
Зайцева Е.А. *1068*
Замореева А.А., Ермоленко Е.А. *1071*
Захарова К.В., Себякина Т.А. *1074*
Захарова К.В. *1077*
Ивих К.А., Коростелева Е.С. *1079*
Камышева Е.С. *1082*
Коваленко Д.С. *1085*
Колошук Г.В., Гайдукевич В.И. *1087*
Королева Н.С. *1089*
Кращенко А.А., Коростелева Е.С. *1092*
Кулакова М.В., Алексашкина К.А., Елагина К.А. *1095*
Кулакова М.В., Алексашкина К.А., Елагина К.А. *1098*
Лепшеева А.Ю. *1100*
Меркулова А.Г. *1103*
Мирская К.В. *1105*
Муж Е.А. *1109*
Ноздрачева К.А. *1111*
Озерова Е.Е. *1114*
Полухина О.А. *1117*
Попова Е.О. *1120*
Райлло М.А. *1123*
Рубан Н.А., Корбут И.А., Веремеюк К.В., Крыльчук В.П., Шкутович А.Н. *1126*
Рулёва Е.С. *1129*
Руснак А.В, Дупак А.О., Каплан Ю.Д. *1132*
Рыбалко Я.В., Коростелева Е.С., Рыбалко А.В. *1135*
Рыбачек А.В. *1137*
Саакян А.Р. *1139*
Сергеева М.М. *1142*
Скворцова О.В. *1145*
Тугаринова М.С., Бердников Д.В., Иванова О.Ю. *1147*

Фисюк А.А. ***1150***
Харатян Ш.К. ***1153***
Черникова И.Н. ***1156***
Шкуратова Е.Ю. ***1158***
Шомротов Н.Н., Литвиненко И.В., Денисов А.А. ***1161***
Шуленина М.В. ***1164***
Ячменев К.С. ***1167***