



МАТЕРИАЛЫ

XXI Всероссийской научной заочной конференции с международным участием

«МОЛОДЕЖЬ И МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА В XXI ВЕКЕ»

2-3 апреля 2020

УДК 371

ББК 74.58

Молодежь и медицинская наука в XXI веке: материалы XXI Всероссийской научной заочной конференции студентов и молодых ученых с международным участием 2-3 апреля 2020 г. / Под ред. Л.М. Железнова, М.П. Разина, Е.С. Прокопьева – Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2020. – 595 с.

В сборнике представлены научные работы, выполненные студентами и молодыми учеными на кафедрах медицинских ВУЗов России и зарубежных стран. Результаты исследований, представленные в сборнике, отражают актуальные проблемы современной медицинской науки и практики, а также учитывают интересы смежных областей. Материалы конференции будут интересны студентам, интернам, ординаторам, практикующим врачам, преподавателям медицинских ВУЗов и научным сотрудникам.

Главный редактор

доктор медицинских наук, профессор Лев Михайлович Железнов

Заместитель главного редактора

доктор медицинских наук, профессор Максим Петрович Разин

Ответственный редактор

кандидат медицинских наук, доцент Евгений Сергеевич Прокопьев

Материалы представлены в редакции авторов

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2020



Уважаемые участники конференции!

Я рад приветствовать вас на Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке».

Данное мероприятие ежегодно является одним из ключевых событий в научной жизни молодых исследователей Кировского государственного медицинского университета. Его организация и проведение в двадцать первый раз свидетельствует о неугасающем интересе современной молодежи к научным

изысканиям.

Большое количество материалов, направленных в адрес конференции, приятно удивляет. Широкая география участников позволяет с большой уверенностью предположить, что этот молодежный научный форум является значимым событием и для многих молодых исследователей Вузов России и стран зарубежья.

Повышение интереса к исследовательской деятельности прослеживается не только по количеству материалов, направленных в адрес оргкомитета конференции. Об этом свидетельствует расширение научной направленности исследований и качество представляемых работ.

«Молодежь и медицинская наука в XXI веке» на сегодняшний день рассматривается как одна из площадок для реализации кадровой политики в сфере образования и здравоохранения. Об этом свидетельствует научный рост многих участников прошедших конференций, проделавших путь от студентов до докторов наук и профессоров.

В текущем году по независящим от нас причинам мы решили изменить формат проведения конференции. Несмотря на это, я уверен, что полученный научный опыт и результаты ваших исследований будут являться основой для дальнейших глобальных открытий в медицинской науке.

Позвольте поблагодарить всех молодых ученых и их наставников, изыскавших возможность участия в конференции, студенческий научный актив за помощь в организации данного мероприятия.

*Ректор Кировского ГМУ
Заслуженный работник Высшей школы Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор Л.М. Железнов*

1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Антипина Е.О., Кухарчик Ю.В.

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гутикова Л.В.

Цель работы. Изучить структуру гинекологической и экстрагенитальной патологии у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 105 историй родов пациентов с ОАГА за 2018 год, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Полученные материалы обработаны с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel 2013».

Результаты. Средний возраст женщин в исследуемой группе составил $32,4 \pm 4,5$ года. Путем операции кесарева сечения родоразрешены 67,62% пациенток, 32,38% – через естественные родовые пути. В структуре гинекологической патологии наиболее часто встречались эрозия шейки матки (38,1%), миома матки (24,76%), киста яичника (17,14%), синдром поликистозных яичников (12,38%); в более редких случаях – полипы тела матки и цервикального канала, хронический аднексит, железистая гиперплазия эндометрия, гипоплазия матки, двухсторонний гидросальпинкс, синехии тела матки, эндометриоидная аденокарцинома. В структуре экстрагенитальной патологии чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: малые аномалии сердца – 33,33%, артериальная гипертензия – 11,42%. Также регистрировались патология мочевыделительной системы – 26,67% случаев (нефроптоз 1-2 степени, гидронефроз, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит); миопия (24,76%); патология эндокринной системы – 23,81% (преобладал гипотиреоз, реже диагностировались аутоиммунный тиреоидит, узловый зоб, кисты щитовидной железы); патология желудочно-кишечного тракта – 18,1% (преобладал хронический гастрит); варикозное расширение вен нижних конечностей – 9,52%; хронический тонзиллит – 6,67%; заболевания опорно-двигательного аппарата – 6,67%; заболевания крови (наследственная тромбофилия, полиморфизм генов гемостаза) – 4,76%. Ожирение имело место в 12,38% случаев. 36,19% пациенток перенесли вирусные инфекции во время настоящей беременности (острый ринит, острый трахеит, острый фарингит, лабиальный герпес).

Выводы. Установлено, что подавляющее большинство женщин с ОАГА имеют в анамнезе различную гинекологическую и экстрагенитальную патологию. Основными задачами врача-акушера-гинеколога при ведении данной категории пациентов являются: проведение тщательного сбора анамнеза, правильная интерпретация клинико-лабораторных методов обследования, разработка и проведение эффективной комплексной терапии на предгравидарном этапе, наблюдение и профилактическое лечение в процессе наступившей беременности.

Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОЛАПСА
ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1
Научные руководители: к. м. н., ст. преп. Кутлубаева Э.Р.,
к.м.н, доцент Колосова Е.Г.

Цель работы. Рассмотреть медико-социальные аспекты пролапса половых органов у женщин.

Задачи: изучить влияние хронических заболеваний, гинекологических заболеваний на развитие пролапса гениталий, рассмотреть лечение.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациенток с пролапсом гениталий за 2018-2019 годы на базе ГБУЗ «ГКБ№1».

Результаты. Часто пролапс гениталий наблюдался в возрасте 60-70 лет (44% n=22), у сельских жительниц (68%, n=34). Перенесенные гинекологические заболевания: эрозия шейки матки наблюдалась у 16% (n=8) женщин, хронический аднексит у 16% (n=8), полип шейки матки – 4% (n=2), миома – 10% (n=5). Выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия в 72% (n=36) случаях, хронический бронхит – 6% (n=3), хронический холецистит – 10% (n=5), сахарный диабет – 12% (n=6), варикозное расширение вен нижних конечностей – 6% (n=3), гипотиреоз – 4% (n=2), хронический пиелонефрит – 4% (n=2). Основным диагнозом неполное выпадение матки был у 34% (n=17) женщин, опущение стенки влагалища 2 степени с образованием цистоцеле и ректоцеле – 30% (n=15), опущение стенки влагалища 2 степени с образованием цистоцеле - 10% (n=5), опущение стенки влагалища 2 степени с образованием ректоцеле-2% (n=1), выпадение культи влагалища-2% (n=1), полное выпадение влагалища-16% (n=8), неполное выпадение матки в образовании цистоцеле и ректоцеле-4% (n=2), опущение стенки влагалища 2 степени – 2% (n=1). Сопутствующий диагноз миома матки

был у 34% (n=17) женщин, элонгация шейки матки у 8% (n=4), аденомиоз у 6% (n=3), полипы эндометрия у 6% (n=3), кистозные изменения яичников у 4% (n=2), стрессовое недержание мочи у 4% (n=2). Всем пациенткам было проведено оперативное лечение. Передняя и задняя кольпорафия проводилась у 34% (n=17) женщин; влагалищная экстирпация матки у 46% (n=23); трансобтураторная кольпосуспензия, кольпоклеизис – 20% (n=10).

Выводы. Чаще всего пролапс гениталий наблюдался у женщин 60-70 лет, проживающих в селе, что связано с наличием менопаузы, тяжелым физическим трудом. На развитие данной патологии оказывают влияние хронические заболевания, сопутствующие гинекологические заболевания (62%, n=31). Чаще наблюдается неполный пролапс гениталий (34%, n=17), что можно связать с ранним обращением женщины за медицинской помощью. Хирургическое лечение было проведено всем женщинам с опущением половых органов. В зависимости от тяжести заболевания к каждой женщине требовался дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения.

Байкосова Г.К., Абызбаева А.С.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: асс. Воронцова Н.А.

Цель: оценить частоту неблагоприятных исходов родов при ХГ у беременных.

Материалы и методы. Проведено исследование среди женщин, родоразрешенных в Оренбургском клиническом перинатальном центре с 01.01.2019 по 31.12.2019. Критериями включения в исследование являлись беременные женщины, имевшие патологию печени до беременности и беременные пациентки с холестаическим гепатозом. Изучая записи в историях родов, анализировали демографические данные, соматический анамнез, акушерский и перинатальный исход.

Результаты. ХГБ был диагностирован в 50 (33,7%) случаях из 148 родов с патологией гепатобилиарной системы в возрасте от 20 до 40 лет. Соматический анамнез у женщин с ХГБ отягощен в 91,5%. Наиболее часто встречались заболевания: эндокринной системы: гипотиреоз, ДТЗ и ожирение (30%); мочеполовой системы: кольпит, пиелонефрит, цистит (36,5%); печени и поджелудочной железы: ВИЧ, СД, ГСД (25%). По срокам родоразрешения пациентки исследуемой группы распределились следующим образом. Досрочно в сроке гестации 22-37 недель было родоразрешено 11 женщин, 38 пациенток в сроке гестации 37 недель, 1 беременная - 41 неделя. Самостоятельные роды были проведены 26 (52%) женщинам, 1 (2%) вакуум-экстракция плода, 23 (46%) родоразрешены

путем операции КС, среди которого 17 случаев по экстренным показаниям. Перинатальные исходы у пациенток с ХГБ были следующими: 1 случай с антенатальной гибелью плода (АГП), что составило 2% в группе обследованных, 45 (85%) новорожденных с оценкой по шкале Апгар 7-9 балла, 7 (13,2%) новорожденных с оценкой по шкале Апгара 3-6 балла, которые были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии. Также отмечаются 4 случая с послеродовыми кровотечениями у женщин с диагнозом ХГБ, где у 2-х женщин объем кровопотери -1500 мл, а у 2-х -700 мл.

Выводы. Холестатический гепатоз беременных встречается в 34% случаев среди пациенток с заболеваниями гепатобилиарной системы. Данные свидетельствуют, что признаки хронической внутриутробной гипоксии плода отмечают у каждой 10 беременной с ХГБ. При тяжелом течении ХГБ были случаи АГП. АГП вследствие холестаза является внезапным акушерским событием, которое нельзя предсказать с помощью традиционных методов обследования и УЗИ.

Валиев Р.Р., Петрунин П.М.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОЙ
ЖЕНЩИНЫ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СИМФИЗИОПАТИИ
ФГБОУ ВО "ИГМА" МЗ РФ

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: Тетелютина Фаина Константиновна

Цель: определение средней модели беременной женщины с симфизиопатией (СП) для дальнейшей разработки правил профилактики данной патологии.

Материалы и методы. Работа проводилась в Перинатальном центре БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». В исследование было включено 45 историй родов беременных женщин с симфизиопатиями (СП) в период с 2015 года по октябрь 2018 года. Анализировались данные соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, пельвиометрии, особенности течения беременности и родов исследуемых.

Результаты. Возраст женщин варьировал от 20 до 45 лет, средний возраст – $30,26 \pm 4,48$ года. Срок беременности $37,87 \pm 1,35$ недель. Средний рост $165,36 \pm 4,01$ см, средний вес $79,94 \pm 9,67$ кг. Работающих - 75,6% (34 женщины), состоят в браке - 70,5% (31 женщина). Данные пельвиометрии: *Distantia spinarum* $21,56 \pm 0,76$, *Distantia cristarum* $28,156 \pm 0,88$, *Distantia trochanterica* $31,156 \pm 1,55$, *Conjugata externa* $20,08 \pm 0,94$, индекс Соловьева $15,38 \pm 0,7$, высота дна матки $37,01 \pm 2,35$. Курение имело место в 6,52% случаев. Одно и более соматическое заболевание у 9 пациенток (20%). Урогенитальные инфекции имели 14 женщин (31,11%). Аборты в анамнезе были у 5 женщин (13,15%), рубец после Кесарева сечения у 12 пациенток.

Одни роды в анамнезе встречались у 13 женщин(29,5%), двое родов 33,3%(15 женщин). Интервал до настоящей беременности более 2-х лет у 55,2%. Доля медицинских абортс составила 45%, у 27,4% – один аборт, у 17,6% – более двух абортс. Самопроизвольный выкидыш – у 3 женщин(5,55%), замершая беременность – у 5,55%, преждевременные роды – в 1 случае. Кровопотеря составила 568,18±119,21 мл. Оценка развития ребенка по шкале Апгар - 7,96-8,26баллов. Расхождение лонных костей по высоте(17±9мм) и разрыв лонного сочленения(1,79±0,33мм) были зафиксировано у 7 женщин (20,36%). Масса плода в среднем составила 3,370±0,350кг, длина 52,77±1,97см, окружность живота 104,62±7,79см. Родилось 27 мальчиков(61,36%) и 17 девочек(38,63%).

Заключение. Анализируя выше перечисленные показатели можно представить следующую модель: женщина 30 лет с ростом 165,4 см, с весом 79,9 кг на 38 неделе беременности, имеющая в анамнезе двое и более родов, один медицинский аборт, урогенитальную инфекцию и в среднем одно соматическое заболевание, замужем, работает.

Веремейчик А.Л., Резников Р.Г.

ВЕДЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНОМ В ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ФОРМЕ

Орловский государственный университет

Кафедра общей патологии и физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Айвазова Д.С.

Цель. Оценить эффективность лечения доброкачественной дисплазии у нерожавших женщин репродуктивного периода с помощью разных схем терапии прогестероном в трансдермальной форме.

Материалы и методы. Было исследовано 28 нерожавших женщин. Все пациентки были разделены на 2 группы, в зависимости от схемы лечения. В I группу (n=15) вошли пациентки, использующие трансдермальную форму прогестерона 2 раза в день в непрерывном режиме в течение 6 мес. Во II группе (n=14) пациентки использовали аппликации трансдермальной формы прогестерона 2 раза в день в течение 6 месяцев с 16 дня менструального цикла 10 календарных дней. Критерии эффективности лечения оценивались по окончании 2, 4 и 6 месяцев лечения. Они были представлены следующими показателями: оценка выраженности масталгии (метод анкетирования); оценка динамики состояния молочных желез (по результатам ультразвукового исследования (толщина фиброгландулярной ткани, признаки диффузной мастопатии)).

Результаты. До начала курса терапии, пациентки обеих групп оценивали интенсивность боли в среднем на 8 из 10 баллов. В динамике на фоне применения геля масталгия уменьшилась у 13 пациенток I группы

(86,7%) и у 3 пациенток II группы (21,4%). Полное купирование болевого синдрома ко 2 месяцу терапии отмечали все пациентки I группы (100%) и 8 пациенток из II (57,1%). Оставшиеся больные из II группы (42,9%) отмечали отсутствие масталгии к 3 месяцу лечения. По окончании курса терапии при контрольном опросе через 6 месяцев жалоб на боль не предъявляла ни одна пациентка (100%). При ультразвуковом исследовании размеры кист в среднем составили 18×11 мм в I группе и 17×10 мм во II группе. Ко 2 месяцу лечения в I группе средний размер кисты составил 15×8 мм (60%), во II группе – показатель не изменился (100%), к 4 месяцу лечения в I группе – 13×7 мм (46%), во II группе – 16×9 мм (85%), к 6 месяцу лечения в I группе – 11×5 мм (28%), во II группе – 14×6 мм (49%). Толщина ФГТ в I группе до лечения в среднем составила 20,4 мм; во II группе в среднем составила 19,5 мм. Ко 2 месяцу лечения средний показатель толщины ФГТ в I группе составил 18,2 мм (89,2%), к 4 месяцу лечения – 16,6 мм (81,3%), к окончанию терапии через 6 месяцев – 15,8 мм (77,4%). В II группе данный показатель составил: на 2 месяце контроля – 18,8 мм (96,4%) на 4 месяце лечения – 17,2 мм (88,2%), по окончанию – 16,5 мм (84,6%).

Выводы. Таким образом, принцип терапии трансдермальной формой прогестерона в непрерывном режиме в течение 6 месяцев показал большую эффективность в нивелировании проявлений доброкачественной дисплазии молочных желез, по сравнению с аппликациями прогестерона в течение того же времени, и является приемлемой методикой в ведении доброкачественной дисплазии молочных желез у нерожавших женщин.

Ермонов Р.Б., Рашидов З.И., Уринов М.Я.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ
ОПЕРАЦИЮ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, КОТОРЫМ БЫЛА ПРИМЕНЕНА
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО
Научный руководитель: доцент Сафаров А.Т.

Цель исследования: изучить клиничко-лабораторные данные у женщин, перенесших операцию кесарево сечение, которым была применена комплексная профилактика акушерского кровотечения.

Материалы и методы исследования. Изучены течение и исходы беременности и родов у 35 женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение, которым была проведена комплексная профилактика кровотечения, включающая метод сочетанной инфузии 6% ГЭК+кристаллоидные растворы. Методика профилактики кровотечения: сочетанная инфузия 6%ГЭК+кристаллоидные растворы в соотношении 1:1

в локтевую вену из расчета 20 мл/кг, начиная за 45 минут до операции. Параллельно всем женщинам проведена стандартная общепринятая профилактика кровотечения с помощью утеротоников – 20 ЕД окситоцина плюс 500 мл физраствора в/в капельно после извлечения плода. Для сравнения результатов исследования системы гемостаза была выбрана контрольная группа из 30 здоровых рожениц и родильниц, у которых роды велись через естественные родовые пути, с нормальным течением родового и послеродового периодов. В динамике до-, во время операции и послеоперационном периоде определяли некоторые показатели гемостаза: фибриноген, протромбиновый индекс, количество тромбоцитов, временные показатели гемостаза - время свёртывания крови (ВС), а также концентрацию общего белка крови и продуктов азотистого обмена.

Результаты. Средний возраст обследованных женщин составил $25,1 \pm 2,3$ года с колебаниями от 18 до 36 лет. Среди них было 12 – первобеременных, 23 – повторобеременных. Срок беременности до 28 недель – у 2 (6%) женщин, 29-37 недель – у 10 (28%) женщин, 37 недель и более – 23 (66%) женщин. Показаниями к проведению операции кесарево сечение у женщин данной группы были: несостоятельность п/о рубца на матке – в 12 случаях (34%), ПОНРП – 2 случаях (6%), предлежание плаценты – у 1 (3%) женщин, тазо-головная диспропорция – у 10 (29%) пациенток, комплексные причины – у 7 (20%), экстрагенитальные заболевания – 3 (8%). Общая кровопотеря составила в пределах $300 \pm 50,0$ мл. При анализе изменений коагулологических показателей крови женщин, заметных отклонений от нормы выявлено не было. Анализ биохимических показателей крови также показал менее выраженные отклонения от нормативов по сравнению с данными ретроспективного анализа: повышенные показатели азотистого обмена, концентрация общего белка крови не ниже 65 г/л.

Выводы. Таким образом, проспективный анализ историй родов женщин, перенесших операцию кесарево сечение, которым проводилась комплексная профилактика кровотечения, включающая метод сочетанной инфузии 6% ГЭК + кристаллоидные растворы, показал, что проводимая врачебная тактика была успешна, так как нарушений в системе гемостаза выявлены не были и показатели соответствовали коагулологическим показателям контрольной группы.

Лёгоньякая А.Ю.

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ СРЕДЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭМБРИОНОВ ПРИ ИХ КРИОПЕРЕНОСЕ В ПОЛОСТЬ МАТКИ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Кафедра акушерства и гинекологии, центр ВРТ СибГМУ

Научный руководитель: д.м.н. Петров И.А., к.м.н.,

доцент Гайфулина Ж.Ф.

Цель. Оценить эффективность криопереноса эмбрионов в полость матки при использовании новой среды, обогащённой гиалуроновой кислотой (Embryogluе).

Материал и методы. Проведено ретроспективное сравнительное контролируемое исследование эффективности криопереноса эмбрионов в полость матки у 427 пациентов, находящихся на лечении бесплодия в Центре вспомогательных репродуктивных технологий ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Основную группу (n=95) составили женщины, которым проведён криоперенос эмбрионов с использованием «клея» Embryogluе (Vitrolife, Швеция). В группе контроля (n=332) криоперенос осуществлялся с использованием сред Sage (SAGE BioPharma, США). В обеих группах проведена предварительная морфологическая селекция эмбрионов для переноса в полость согласно классификации D.K. Gardner и W.B. Schoolcraft (1999), учитывающей степень зрелости внутриклеточной массы и трофэктодермального слоя бластоцисты. [Magli M.C. et al., 2012]. Для гомогенности в группах переносились только эмбрионы со степенью расширения 2-5, маркировками «А» и «В» для внутриклеточной массы и трофэктодермы. Подготовка эндометрия, а также посттрансферная поддержка осуществлялась по общепринятой методике. Использовались натуральные эстрогены и прогестерон-содержащие препараты [Zhang X.M. et al., 2015]. Диагностика биохимической (определение β -субъединицы хорионического гонадотропина) и клинической (УЗИ) беременности проводилась на 12-14, 26-30 дни, соответственно после эмбриопереноса. Прогрессирующей беременностью считалось наличие эмбриона с сердцебиением. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием статистического пакета IBM® SPSS® Statistics v.24.0. Методы статистического исследования включали расчет описательных статистик, проверку формы распределения (критерий Шапиро-Уилка), гомогенность дисперсий (критерий Левена). На основе вышеупомянутых критериев для анализа количественных данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Анализ номинальных данных проводили с использованием таблиц сопряжённости, χ^2 Пирсона, поправки на правдоподобие ($\Lambda\chi^2$) и точного теста R. Fisher (1922).

Результаты. Медиана возраста всех обследуемых пациенток (n=427) составила 34,0 [31,0-38,0] года, значимо не отличалась в исследуемых группах (U=14493, z= -1,2, p=0,228). День менструального цикла, на который произведён криоперенос (U=14561, z= -1,3, p=0,203), длительность применения натуральных эстрогенов до дня переноса эмбрионов в полость матки (U=14562, z= -1,3, p=0,205), количество дней поддержки лютеиновой фазы менструального цикла прогестероном до криопереноса (U=15396, z= -0,9, p=0,376) значимо не отличались в группах. В то же время медиана М-эхо в основной группе составляла 9,0

[8,0-10,0] мм, и оказывалась значимо ниже таковой в группе контроля – 9,3??? [8,6-10,0] мм ($U=13419$, $z= -2,2$, $p=0,025$). В случае криопереноса только одного эмбриона в полость матки величина М-эхо оказывалась однородной в группах ($U=3395$, $z= -1,2$, $p=0,244$). Частота наступления беременности у пациентов после криопереноса эмбрионов с использованием среды Embryogluе составила 48,4%, значимо не отличалась от таковой при переносе эмбрионов на среде Sage – 50,6% ($\chi^2(1)=0,141$, $p=0,708$) и не зависела от количества переносимых эмбрионов. В случае переноса только одного эмбриона в полость матки 46,3% в основной группе vs 43,9% в группе сравнения ($\chi^2(1)=0,085$, $p=0,771$), 50,9% vs 59,4%, соответственно при переносе двух эмбрионов в полость матки ($\chi^2(1)=1,140$, $p=0,286$). При анализе частот исходов криопереноса эмбрионов в полость матки значимой разницы в группах не выявлено ($\Lambda\chi^2(4)=8,791$, $p=0,067$), однако отмечена отчётливая тенденция к увеличению неблагоприятных исходов ПЭ (прерывание беременности на ранних и поздних сроках, внематочная беременность) в основной группе. При использовании среды Embryogluе частота таковых достигает 39,1% vs 23,8% при использовании среды Sage (точный Фишера, $p=0,060$). Увеличение количества переносимых эмбрионов без учёта варианта используемой среды на одинаковую величину эндометрия ($U=20755$, $z= -1,3$, $p=0,200$) позволяет значимо и значительно увеличить вероятность наступления беременности с 44,3% при переносе одного эмбриона до 57,1% при переносе двух ($\Lambda\chi^2(2)=7,323$, $p=0,026$).

Выводы. Использование среды Embryogluе не обладает выраженными преимуществами перед средой Sage в плане увеличения частоты наступления беременности, однако позволяет осуществлять криоперенос на более тонкий эндометрий. В то же время отмечается тенденция к увеличению частоты неблагоприятных исходов почти в 2 раза, что в свою очередь может быть связано с переносом эмбрионов на более тонкий эндометрий при использовании среды Embryogluе. Увеличение количества переносимых эмбрионов в полость матки с одного до двух повышает шанс наступления беременности на 12,8%.

Лёгоньякая А.Ю.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОТОКОЛАХ ПЕРЕНОСА
КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПОЛОСТЬ МАТКИ**

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Кафедра акушерства и гинекологии, центр ВРТ СибГМУ

Научный руководитель: д.м.н. Петров И.А., к.м.н.,

доцент Гайфулина Ж.Ф.

Цель: сравнить эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в протоколах переноса криоконсервированных эмбрионов (ПЭ) в полость матки с использованием ПГТ и рутинной морфологической оценки.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование эффективности 642 ПЭ у пациентов, находящихся на лечении бесплодия в центре ВРТ ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Основную группу (ОГ) (n=135) составили селективные криопереносы (КП) одного зуплоидного эмбриона после ПГТ (eSET). В группу сравнения (ГС) (n=507) вошли КП одного (SET, n=287) или двух (DET, n=220) эмбрионов, основанные на рутинной морфологической селекции эмбрионов согласно классификации D.K. Gardner и W.B. Schoolcraft. КП подлежали только эмбрионы категории не ниже «BB». Кроме того, все эмбрионы разделены на подгруппы согласно возрасту женщин: до 35 лет (n=319), 35-39 лет (n=192) и 40 лет и старше (n=131). Анализ номинальных данных выполнялся с использованием статистического пакета IBM® SPSS® Statistics v.24.0. Для сравнения двух независимых выборок исследовался U-критерий Манна-Уитни. Для анализа качественных данных использовались χ^2 Пирсона и поправка на правдоподобие ($\Lambda\chi^2$) для многопольных таблиц сопряжённости при количестве ожидаемых наблюдений в любой из ячеек <5 превышающей 20%, точный тест R. Fisher для четырёхпольных таблиц. Уровни «р» обозначали согласно рекомендациям Н.Н. Хромова-Борисова.

Результаты. Медиана возраста всех обследуемых пациентов (n=642) составила 35,0 [32,0-38,3] лет, значимо не отличалась между группами eSET vs SET (U=18936, z=-0,374, p=0,708), eSET vs DET (U=13107, z=-1,861, p=0,063). В то же время при КП в ГС, медиана возраста оказывалась значимо выше в случае SET (SET vs DET; U=27352, z=-2,585, p=0,010). Однако в ГС не отмечено корреляции между возрастной группой и количеством ПЭ ($\chi^2(2)=4,3$, p=0,114). Частота проведения ПГТ в разных возрастных группах оказывалась одинаковой ($\chi^2(2)=0,9$, p=0,636). Частоты различного морфологического качества эмбрионов оказывались одинаковыми в группах eSET и SET ($\chi^2(3)=5,7$, p=0,130). Общая частота наступления беременности (НБ) в исследовании составила 44,9% 95% оказывалась одинаковой в ОГ (45,9%) и ГС (44,6%) без учёта количества ПЭ и возраста пациентов (p=0,846). Аналогичные данные получены при сравнении eSET vs SET (p=0,343), eSET vs DET (p=0,514). Метод ПГТ (CGH vs NGS) не влияет на частоту НБ ($\chi^2(1)=1,8$, p=0,178) без учёта возраста пациентов. Частота НБ в возрасте до 35 лет в сравнении eSET, SET и DET составила 53,7%, 42,4% и 55,8% ; в возрасте 35-39 лет - 43,2%, 49,5%, 43,8% ; в возрасте 40 лет и старше - 32,3%, 25,0% и 38,9% соответственно.

Выводы. Количество ПЭ при отсутствии данных об их эуплоидности снижается с возрастом в силу меньшего числа бластоцист морфологически хорошего качества в старшей возрастной группе. Возраст пациенток не является единственным критерием выбора ПГТ как метода селекции эмбрионов. Частота НБ снижается с возрастом, может быть увеличена за счёт одномоментного КП двух эмбрионов. ПГТ эмбрионов на анеуплоидию увеличивает шанс НБ в группе пациентов до 35 лет и в возрасте 40 лет и старше, однако не обладает преимуществом перед КП двух эмбрионов с точки зрения НБ. Необходимы дополнительные исследования, чтобы оценить эффективность и безопасность ПГТ для пациентов разных возрастных групп.

Мухаммадиева М.К., Сафарова Л.А., Жураева Ф.Ф.
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИХ ДАННЫХ
В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ
НЕОПЛАЗИИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО
Научный руководитель: доцент Сафаров А.Т.

Цель исследования: изучить информативность кольпоскопического исследования при цервикальной интраэпителиальной неоплазии легкой степени у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 80 женщин: I основная группа – 40 женщин с LSIL (CIN I); контрольная группа – 40 условно-здоровых женщин, сопоставимых по возрасту и соматической патологии с основной группой. Всем женщинам помимо общепринятых общеклинических и обязательных гинекологических методов исследования были произведены следующие дополнительные методы обследования: кольпоскопический метод исследования, цитологическое исследование мазков по Папаниколау, гистологическое исследование биоптатов шейки матки. При постановке кольпоскопического диагноза применялась классификация кольпоскопических терминов, предложенная Номенклатурным комитетом IFCPS, одобренная на XIV Всемирном конгрессе в июле 2011 года в Бразилии. Для оценки степени выраженности кольпоскопических признаков использовалась классификация Coppleson-Pixley.

Результаты. Средний возраст обследованных женщин составил $25,1 \pm 2,3$ года с колебаниями от 18 до 36 лет. Проанализировав социально-профессиональную принадлежность исследуемой группы, мы видим преобладание неработающих (табл. 2). Основная группа распределилась следующим образом: служащие – 8 (13%), рабочие – 14 (23%), неработающие – 34 (57%), студентки – 4 (7%). Группа сравнения: рабочие

– 5 (17 %), служащие – 6 (20%); неработающие – 17 (56%); студентки – 2 (7%). В контрольной группе распределение следующее: рабочие – 6 (20 %), служащие – 5 (17%); неработающие – 18 (60%); студентки – 1 (3%). При изучении менструальной функции установлено, что средний возраст менархе составил $13,2 \pm 1,8$ лет. У 88% обследованных менструации установились сразу, у остальных (12%) – в течение первого года. Нарушений менструальной функции во всех группах мы не наблюдали. Средний возраст начала половой жизни составил $22,5 \pm 2,1$ лет, с колебаниями от 19 до 25 лет. Одним из критериев включения в исследование являлось отсутствие воспалительного процесса в мочеполовой сфере у всех пациенток основной и контрольной групп на момент исследования. Однако анализ наличия воспалительных поражений нижнего отдела генитального тракта в анамнезе показал, что 28 (70%) женщин основной группы в анамнезе перенесли дрожжевой кольпит, 31(77,5%) – бактериальный вагиноз, 3 (7,5%) – трихомониаз. У женщин контрольной группы результаты были следующие: бактериальный вагиноз – у 7(17,5%), дрожжевой кольпит – у 32 (80%), трихомониаз – у 2 (5%) пациенток. При проведении кольпоскопического исследования были выявлены следующие изменения эпителия шейки матки в основной группе: тонкий ацетобелый эпителий с нечеткими контурами – у 40 (100%) женщин; нежная мозаика – у 20 (50%) женщин, нежная пунктация – у 14 (35%) больных, йоднегативная зона – у 40 (100%) пациенток. У женщин контрольной группы наиболее часто встречался метапластический эпителий – у 19 (47,5%) женщин, эктопия цилиндрического эпителия – у 12 (30%), зрелый многослойный плоский эпителий – у 9 (22,5%). При взятии материала для цитологического исследования с экзоцервикса использовался шпатель, из цервикального канала – одноразовую цитощетку. У 12 (40%) женщин основной группы по данным цитологического исследования верифицирован диагноз ASC-US, у 28 (70%) женщин – LSIL. У женщин контрольной группы были следующие результаты: у 4 (10%) – ASC-US, LSIL выявлялся у 3 (7,5%). У 33 женщин патологических изменений в цитологической картине выявлено не было. Всем женщинам основной группы произведено гистологическое исследование биопсийного материала из шейки матки. Биопсия проводилась под контролем кольпоскопии. Получены следующие результаты: у всех женщин основной группы установлен диагноз CIN I, при этом у женщин контрольной группы гистологических нарушений в эпителии шейки матки выявлено не было.

Выводы. Таким образом, информативность кольпоскопического исследования в выявлении воспалительных и атипичных изменений эпителия шейки матки достаточно высокая. Однако отсутствие изменений экзоцервикса у обследованных пациенток во время визуального осмотра и

кольпоскопии не всегда является критерием отсутствия изменений при цитологическом и морфологическом исследованиях.

Мухаммадиева М.К., Ермонов Р.Б., Жураева Ф.Ф.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С
КРИОДЕСТРУКЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ
Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО
Научный руководитель: проф. Закирова Н.И.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности у женщин, перенесших криодеструкцию шейки матки в анамнезе.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 33 беременных женщин с криодеструкцией шейки матки в анамнезе, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 33 условно-здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту и соматической патологии с основной группой. В ходе нашего исследования были применены следующие методы исследования: кольпоскопический метод исследования, цитологическое исследование мазков по Папаниколау, бактериоскопический метод; бактериологический метод; ультразвуковое исследование органов малого таза и шейки матки; оценка биофизического профиля плода.

Результаты. Проведен анализ течения беременности и состояния плода 33 беременных с криодеструкцией шейки матки в анамнезе. Установлено, что в обследованных группах возраст беременных достоверно не отличался и составил в основной группе в среднем $24,7 \pm 4,9$ года с индивидуальными колебаниями от 20 до 35 лет, в группе контроля – $22,3 \pm 4,7$ с колебаниями от 20 до 32 лет. При изучении детородной функции установлено, что 15% женщин были первобеременные, оставшиеся (85%) – повторнобеременные. При анализе течения беременности угроза прерывания встречалась в 32 и 26% случаев в основной и контрольной группах соответственно. Рвота беременных отмечалась в 16% случаев основной и 13% случаев контрольной группах. Развитие фетоплацентарной недостаточности в исследуемых группах не отмечалось. Нарушений развития плода не выявлено ни в одной из исследуемых групп.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено, что криодеструкция шейки матки являясь менее травматичным методом лечения различных патологий шейки матки не оказывает в последующем патологического влияния на течение беременности.

Репницына М.В.
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Емельянова Д.И.

Цель работы. Проанализировать структуру хирургических вмешательств в гинекологическом отделении КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи», хирургическую активность, оказанную в экстренном и плановом порядке, сопоставить соответствие фактических затрат и тарифов территориальной программы государственных гарантий.

Материалы и методы. Проанализирована структура хирургических вмешательств в гинекологическом отделении КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» за 2019 г.

Результаты. За указанный период в гинекологическом отделении КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» проведено 572 операции, среди которых 298 (52,01%) проведено в экстренном порядке, 274 (47,90%) - в плановом. Среди экстренных операций влагалищным доступом проведено 5 операций (0,596%), средний возраст прооперированных составил $39,75 \pm 9,75$ лет. Лапаротомным доступом проведено 65 операций (21,812%), средний возраст прооперированных $40,58 \pm 0,89$ лет. Экстренных лапароскопических операций было проведено 229 (76,846%), средний возраст прооперированных составил $32,75 \pm 0,29$ лет. Среди плановых операций влагалищным доступом проведено 62 операции (22,623%), средний возраст прооперированных составил $63,79 \pm 0,97$ лет. Лапаротомным доступом выполнено 102 операции (37,226%), средний возраст прооперированных - $48,55 \pm 0,54$ лет. Плановых лапароскопических операций выполнено 110 (40,146%), средний возраст - $39,77 \pm 0,5$ лет. В нозологической структуре преобладают внематочные беременности - 132 случая (23,077%), кисты яичников - 117 случаев (20,455%), миома матки - 77 случаев (13,462%), выпадение половых органов - 63 случая (11,014%). Исходя из тарифного соглашения по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области за 2020 год был произведен расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ. Стоимость всех случаев планового оперативного лечения, выполняемого влагалищным, лапаротомным, лапароскопическим доступом за указанный период составила 4270479,535 руб. Средняя стоимость одного случая, оказанного в плановом порядке составляет 15585,691 руб. $\pm 3407,161$ руб. Стоимость всех случаев экстренного оперативного лечения составила 5133142,751 руб., средняя стоимость 1 случая составляет 17225,311 руб. $\pm 7604,785$ руб.

Выводы. В гинекологическом отделении КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» высокий уровень хирургической активности-52,01%. Реальная стоимость оказания экстренной хирургической помощи выше, чем плановой. Имеется необходимость своевременного выявления заболевания, требующего оказания хирургической помощи на этапе обращения женщины в женскую консультацию и в плановом порядке направления её на хирургическое лечение после соответствующего обследования.

Репницына М.В.

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель работы. Проанализировать структуру послеродовых гнойно-септических осложнений в акушерстве, выявить атипичные формы, причину их возникновения.

Материалы и методы. Проанализирована структура послеродовых гнойно-септических осложнений в гинекологическом отделении КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» за 2019 год.

Результаты. В настоящее время инфекции стоят на 4 месте по причинам материнской смертности и составляют 11 %. В России материнская смертность, связанная с сепсисом в общей структуре материнской смертности достигает 3,6 %. Наиболее значимые факторы риска: возраст менее 20 лет, более 40 лет, кесарево сечение, большой паритет родов, мертворождение, задержка продуктов зачатия, преждевременное излитие околоплодных вод, серкляж, многоплодие, Причинами чаще всего являются: хориоамнионит, послеродовый эндометрит, септический аборт, инфекция послеоперационной раны, инфекция после эпизиотомии, инфицирование шва на шейке матки. Из перечисленных выше причин, хориоамнионит возникает с частотой 1-4 % всех родов, при преждевременных родах - до 40-70%. Факторы риска: длительный безводный период, более трёх влагалищных исследований за период родов при разрыве плодных оболочек, колонизация стрептококка группы В, бактериальный вагиноз, употребление алкоголя и курение. За 2019 г. в гинекологическом отделении КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» был выявлен один случай атипично протекающего сепсиса. Больная О., 34 лет была направлена гинекологом женской консультации по месту жительства с диагнозом: беременность 21-22 недель. Угроза прерывания. ИЦН. ОАА. Предъявляла жалобы на тянущие боли в области левой ягодицы с иррадиацией по задней поверхности

левого бедра. Во время диагностического поиска состояние пациентки резко ухудшалось, нарастали симптомы системного воспалительного ответа. К моменту постановки окончательного диагноза больная находилась в тяжелом состоянии, для спасения жизни пациентки был использован хирургический метод лечения – тотальная гистерэктомия с трубами. Заключительный клинический диагноз: беременность 21-22 нед. Начавшийся самопроизвольный выкидыш. ИЦН. ОАА, Хорионамнионит. Сепсис. СПОН: правосторонняя сегментарная пневмония. Реактивный гепатит. Острое почечное повреждение. Гипохромная анемия средней степени тяжести. ДВС синдром II. Тотальная гистерэктомия лапаротомическая с трубами от 12.01.2019 г. Выписана на 25-е сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Выводы. Несмотря на квалифицированность врачей, оснащенность лечебного учреждения различными методами диагностики, глобальные успехи в антибактериальной терапии, сепсис по-прежнему остается серьезной проблемой, с многообразием симптомов, может маскироваться под другие заболевания, что вызывает трудности в диагностике и задержку соответствующего лечения. Имеется необходимость своевременного выявления заболевания, так как метод лечения напрямую зависит от стадии процесса и тяжести состояния пациентки. Необходимо стремиться к консервативным, органосохраняющим методам лечения, что даст возможность женщине в будущем реализовать свою репродуктивную функцию.

Рогозина М.А.

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ДЕМОГРАФИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель работы. Проанализировать потери беременности на ранних сроках на базе гинекологического отделения №1 «Больницы скорой медицинской помощи» г.Кирова.

Материалы и методы. Изучена нормативно-правовая база по маршрутизации пациентов акушерско-гинекологического профиля на территории Кировской области; проанализированы 199 истории болезни беременных женщин, обратившейся в гинекологическое отделение №1 в четвертом квартале 2019 года, исходом обращения которой стало прерывание беременности.

Результаты. Ежегодно в Российской Федерации снижается количество родов на 2,7%. Существенную роль в улучшении

демографической ситуации может сыграть предотвращение ранних репродуктивных потерь беременности. Основными направлениями деятельности гинекологической службы в решении данной задачи должны стать качественная прегравидарная подготовка, грамотное преабортное консультирование и оказание эффективной медицинской помощи женщинам с угрозой потери желанной беременности в ранние сроки. Все проанализированные истории болезни были разделены на две группы. 1 группу (148 случаев) составили женщины, беременность которых осложнилась несостоявшимся или угрожающим выкидышем; 2 группу (51 случай) составили женщины, обратившиеся в гинекологическое отделение для прерывания нежеланной беременности. В числе женщин 1 группы несостоявшийся выкидыш составил 50,9% (73 чел.), начавшийся выкидыш при неразвивающейся беременности – 18,5% (34 чел.), самопроизвольный выкидыш - 30,5% (41чел.). Средний возраст женщин в 1 группе составил 32,5 лет, во 2 – 29,1 год. В среднем, в обеих группах это была третья беременность, и предстояли первые роды. Из числа женщин 1 группы первобеременные составили 16,1%, а из числа 2 группы – 9,3%. Беременность наступила в зарегистрированном браке у 59,6% женщин в 1 группе и 63% женщин во 2 группе. Количество половых партнеров у женщин было сопоставимо в обеих группах, и в среднем составило 3 человека. Из числа женщин 1 группы данная беременности была желанной лишь у 78% пациенток. В анамнезе наличие абортов в 1 группе в среднем составило 39,8%, а во 2 группе 58,1%. Акушерский анамнез также был отягощен наличием выкидышей: в 1 группе – 12,7%, во 2 группе – 9%; неразвивающиеся беременности составили 14% в 1 группе против 9% во 2 группе. Прерывание беременности произошло в среднем в сроке 7 недель у женщин 1 группы и в сроке 8 недель у женщин 2 группы.

Выводы. Качественная прегравидарная подготовка, включающая в себя планирование беременности в семье, тщательное обследование и подготовка к беременности позволяет снизить процент неразвивающихся беременностей и самопроизвольных выкидышей. Грамотная работа с беременными женщинами, преабортное консультирование, включающее в себя консультацию психолога и социального работника должно привести к снижению количества абортов. Сохранение беременностей, которые на данном этапе прерываются на ранних сроках, позволит значительно улучшить демографическую ситуацию в Российской Федерации.

Рогозина М.А.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель работы. Проанализировать методы диагностики и лечения беременных женщин, рожениц и родильниц при острой хирургической патологии на примере острого панкреатита.

Материалы и методы. Изучена нормативно-правовая база по маршрутизации пациентов акушерско-гинекологического профиля на территории Кировской области; проанализированы данные статистической отчетности акушерско-гинекологической и хирургической служб в 2019 году; ретроспективный анализ истории родов беременной женщины, у которой развился острый панкреатит во время беременности в 2019 году в Городском перинатальном центре г. Кирова.

Результаты. Экстрагенитальная патология занимает первое место среди заболеваний беременных женщин. В свою очередь острая хирургическая патология во время беременности представляет реальную угрозу для жизни и здоровья не только беременной женщины, но и для плода. Сложности в диагностике и лечении острой хирургической патологии возникают из-за изменения топографии внутренних органов, неадекватной ответной реакции организма на воспаление из-за снижения общей резистентности организма, сложности дифференциальной диагностики хирургической и акушерской патологии. В Кировской области частота развития острого аппендицита во время беременности составляет 1 случай на 800 беременных женщин, а частота острого холецистита 1 случай на 1600 беременных. Острый панкреатит находится на третьем месте среди острой хирургической патологии, частота его развития составляет 1 случай на 3000-4000 беременных женщин. Распространенность острого панкреатита увеличивается со сроком беременности и количеством родов. За 2019 год в Городском перинатальном центре г. Кирова был зарегистрирован 1 случай острого панкреатита, осложненного панкреонекрозом у беременной женщины. В данном случае трудности диагностики, постановки диагноза и корректного лечения возникли из-за сочетания преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (0,3% случаев) и развития клиники острого панкреатита, в последующем осложнившегося развитием панкреонекроза. Пациентка была своевременно родоразрешена путем экстренного кесарева сечения, и в последующем получила лечение острого панкреатита в полном объеме на базе Кировской областной клинической больницы.

Выводы. Острая хирургическая патология у беременных, рожениц и родильниц представляет собой трудность в диагностике и лечении, особенно при сочетании акушерской и хирургической патологии. Своевременно проведенное обследование и адекватное, комплексное лечение позволяют добиться благоприятного исхода как для беременной женщины, так и для плода.

Романова Е. Е.
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ - НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В
ГИНЕКОЛОГИИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных и социальных наук
Научный руководитель: кандидат философских наук
Трапезников М.В.

Цель работы. Изучить развивающуюся отрасль медицины - эстетическую гинекологию. Ознакомиться с современными методами эстетической гинекологии, основанными на последних научных достижениях, и целями для их применения. Также, изучить актуальность вопросов эстетической гинекологии, методов диагностики и лечения дисфункций органов малого таза и сексуальных расстройств.

Материалы и методы. Основу исследований составили изученные и проанализированные истории болезней пациентов, прибегнувших к хирургическим методам коррекции генитальной области. Были изучены результаты исследования, которые проводились с целью определения алгоритма и последовательности выполняемых процедур в эстетической гинекологии с целью достижения максимального эстетического результата. В ходе исследования оценивали целесообразность междисциплинарного подхода к проблеме. Пациенток разделили на группы в зависимости от возраста. В первую группу вошли пациентки в возрасте 18–28 лет, во вторую – в возрасте 30–37 лет, а в третью – в возрасте 45 лет и старше. Среди пациенток первой группы был наибольший процент обращаемости по поводу только эстетической коррекции (67%) по сравнению со второй (16%) и третьей (38%) группами. Чаще всего женщины жаловались на стрессовое недержание мочи: 20% в первой группе, 66% во второй, 62% в третьей. В посттравматической коррекции вульвы и влагалища нуждались 16% женщин второй группы. В ходе наблюдений был разработан следующий алгоритм подхода к последовательности процедур в эстетической гинекологии. При наличии у пациентки анатомического дефекта прежде всего выполняется хирургическая коррекция (пластика влагалища, перинеопластика, лабиопластика, лифтинг больших половых губ и др.). После хирургического лечения пациентке показаны специальные малоинвазивные и неинвазивные процедуры, направленные на улучшение состояния слизистой вульвы и влагалища, такие как гормональная поддержка и использование лазерных технологий. На завершающем этапе проводятся дополнительные эстетические процедуры – липофилинг собственным жиром или инъекционные методики с объемобразующими средствами. Также, были рассмотрены возможности антивозрастной

программы в менопаузе и комплексной стратегии профилактики биологического старения.

Результаты. Эстетическая гинекология как направление медицины получила широкое распространение во всем мире, в том числе России, продолжает активно развиваться, а технологии и методы омоложения интимной области у женщин стали неотъемлемой частью гинекологии. Эстетическая гинекология предоставляет широкие возможности для коррекции различных нарушений урогенитального тракта (опущения тазовых органов, генитоуринарного синдрома в менопаузе, недержания мочи и сексуальной дисфункции). И прежде всего это неинвазивные или малоинвазивные методы: гормональная терапия, аппаратные методы, использование пессариев Др. Арабин, лазерные технологии. При этом принципы эстетической гинекологии предусматривают не только коррекцию проблемы с эстетической точки зрения, но и сохранение или восстановление нормального функционирования организма

Вывод. Таким образом, сформулировано определение эстетической гинекологии – это методы антивозрастной медицины, направленные на сохранение и продление молодости женского организма и его способности к высокому качеству жизни.

Смертина Н.А.

АНАЛИЗ УПРАВЛЯЕМЫХ ПРИЧИН СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Кировский государственный медицинский университет

КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель работы. Оценить динамику частоты кесаревых сечений, основных показаний для оперативного родоразрешения и резервов снижения частоты абдоминального родоразрешения с использованием классификации М.Робсона за 19 лет 21 века в акушерском стационаре 2 уровня.

Материалы и методы. Нами был проведён ретроспективный анализ медицинской документации (журналы родов и истории родов женщин) родильного отделения КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» за 2000, 2005, 2010, 2017, 2018, 2019 годы. Анализ абдоминального родоразрешения проводился по журналам родов за 2000, 2005, 2010 годах. В 2017-2019 годах изучались журналы родов и истории родов. Проведён ретроспективный анализ 1790 историй родов, которые закончились операцией кесарево сечение. Учёту подлежали 8327 историй родов женщин, родоразрешённых за исследуемый период. Из них 158 операций были выполнены с 2000 году, 139 – в 2005, 275 – в 2010, 487 – в

2017, 364 – в 2018, 367 – в 2019. Показания к операциям были распределены согласно классификации М. Робсона, которая включает в себя 10 стандартизированных критериев: паритет родов, вид беременности, характер начала родов, срок беременности к моменту подразделения, наличие рубца на матке, многоплодие, характер подлежащей части. Данные были обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения MS Excel 2010. Ранговая значимость вычислялась коэффициентом ранговой корреляции Спирмена. В качестве значений вероятности безошибочного прогноза были выбраны критерии статической значимости ошибки – менее 5% двусторонняя ($p < 0,05$), при 95% доверительном интервале, и статистической мощности – 80%-я мощность.

Результаты. Проанализировав случаи абдоминального родоразрешения по системе Робсона, мы выяснили, что общее число родов за период с 2000 по 2019 годы возросло в 1,96 раза (769 в 2000 году, 1512 – в 2019), частота оперативного родоразрешения варьировалась от 16,4% до 24%. Общий прирост за 19 лет составил 3%. Показатели были различны в разные периоды. Минимальный процент был зарегистрирован в 2005 году (16,4%), максимальный – в 2019 (24%). По результатам исследования, видно, что первое ранговое место наибольший рост частоты КС наблюдается №5 - это повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодной беременностью, головным предлежанием и составляет 24 % (19% в 2000 году, 43% - 2019 год). Второе ранговое место приходится на группу № 1 (первородящие, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды) и составляет 23% и 26,8% в 2000 и 2019 годах соответственно. Третье ранговое место в группах различается по годам, если в 2000 и 2005 году это группа №2 (первородящие, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС), что составило в среднем 26,5%, то в 2017-19 гг. это группы №6,7 (первородящие и повторнородящие с одноплодной беременностью, в тазовом предлежании), что составило в среднем от 6% до 9%. В группах №3 и 4 (повторнородящие женщины, с произвольно начавшейся, индуцированной родовой деятельностью и с плановым КС) средний показатель частоты КС составил 5,3%. В группе №9 коэффициент КС всегда 100%, поскольку это все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке, что является абсолютным показанием к КС. По результатам исследования видно, что на эту группу приходится 0,04% в 2000 году, а затем наблюдается неуклонный рост данного показателя от 0,2% в 2005 году до 1,3% в 2019 году. Результаты в группах №8,9 малочисленны и статистически не значимы, поскольку большинство родов у женщин из

группы высокого перинатального риска происходят в учреждении 3А уровня – Кировском областном клиническом перинатальном центре.

Выводы. Снижение частоты оперативного родоразрешения, которое не приведет к росту числа перинатальных потерь, возможно за счет групп рожениц как первородящих, так и повторнородящих, не имеющих в анамнезе перинатальных потерь и родоразрешающих операций; за счёт улучшения методик индукции родов, оценки состояния послеоперационных рубцов на матке, повышения качества оценки состояния плода и улучшения эффективности работы с узкими соматическими специалистами.

Смертина Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ И АДЕКВАТНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

Кировский государственный медицинский университет
КОГКБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель: проанализировать методы диагностики, способы лечения адекватность оказания помощи и зависимость исхода от своевременности и качества оказанной помощи при эмболии околоплодными водами.

Материалы и методы. Проанализированы данные статистической отчетности акушерско-гинекологической службы в Кировской области за 2019 год, изучена нормативно-правовая база по вопросу маршрутизации пациенток с данным осложнением, проведён анализ истории родов родильницы с успешным лечением эмболии околоплодными водами, родоразрешённой в КОГКБУЗ БСМП.

Результаты. Частота эмболии околоплодными водами колеблется в широких пределах, составляя от 1 случая на 8000 до 1 на 40000 родов. Летальность среди женщин при нем достигает 70-80%, а плодовые потери – более 60-80%. В 2019 году показатель материнской смертности при эмболии околоплодными водами составил 0,4–0,77 на 100 000 беременных. В конце беременности у женщин отмечается гиперкоагуляция, что способствует тромбообразованию в венах малого таза и нижних конечностей. По данным некоторых авторов, до 20–24 % беременных женщин имеют эмбологенный тромбофлебит. Уже к 25–29 неделе беременности на 50 % снижается скорость венозного кровотока, а к 36 неделе она становится минимальной и восстанавливается только к 6 неделе после родоразрешения. При естественных родах и при операции кесарево сечение всегда присутствует повреждение вен таза. Поэтому очень важно провести своевременную дифференциальную диагностику между

тромбоэмболией легочной артерии и эмболией околоплодными водами для повышения качества оказания медицинской помощи. В Городском перинатальном центре за период с января 2019 по февраль 2020 был зарегистрирован 1 случай эмболии околоплодными водами, который закончился успешно как для матери, так и для ребёнка.

Выводы. Эмболия околоплодными водами у беременных, рожениц и родильниц представляет собой трудность в диагностике и лечении из-за спорной, стёртой клинической картины. Наличие анафилактоидного компонента и гипертермии является характерным отличием эмболии околоплодными водами от тромбоэмболии легкого. Своевременность диагностики и оказания помощи, инфузионная терапия в первые минуты после постановки диагноза позволяют добиться благоприятного исхода.

Трушкова Ж.В., Голубкина А.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ В КИРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель. Проанализировать распространенность и особенности течения гемолитической болезни новорожденных в Кировской области.

Задачи. Изучить распространенность форм гемолитической болезни новорожденных по степени тяжести в Кировской области за 2017-2018 гг. Проанализировать показания к проведению операции заменного переливания крови (ОЗПК) по уровню билирубина и гемоглобина.

Материал и методы. Изучены 16 историй болезни новорожденных с гемолитической болезнью, которые проходили лечение на базе КОГБУЗ «Кировского областного клинического перинатального центра» с 2017 по 2018 года.

Результаты. Частота гемолитической болезни плода (ГБП) и новорожденных (ГБН) в России составляет 0,6%, показатель перинатальной смертности 15-16 ‰. Нами было проанализировано 16 историй болезни пациентов с диагнозом «Гемолитическая болезнь новорожденных» за период с 2017-2018 гг. У 13 пациентов иммуноконфликт развивался по резус-фактору, у 3- по системе АВО. Среди новорожденных тяжелая форма ГБН была выявлена у 6 новорожденных, среди них 4 – недоношенных и 2 доношенных; среднетяжелое течение наблюдалась у 6, среди которых – 5 доношенных и 1 недоношенный новорожденных; легкое течение – у 4 новорожденных из них 1 доношенный и 3 недоношенных. Средний возраст женщин составил 31,7 лет. Паритет: все женщины были повторнородящие, у 7 пациенток

предстояли вторые роды, у шестерых женщин – третьи, у одной – четвертые, и у одной пациентки – седьмые роды, и у одной женщины – неизвестный акушерский анамнез. У 7 женщин в анамнезе зарегистрированы медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши в ранних сроках – у троих, а также у пятерых женщин – замершая беременность и у двоих – внематочная беременность. Средний срок гестации на момент родов в КОКПЦ составил 36,3 недели. 6 женщин были родоразрешены досрочно оперативно в сроки гестации с 28,5 по 37,4 недели включительно, 3 были родоразрешены планово оперативно в сроки гестации с 34,2 по 38,2 недели; семь женщин родили самостоятельно в сроке с 37 недель по 39,5 недель включительно; из них родилось 6 мальчиков и 10 девочек. Один ребенок умер на первые сутки вследствие ГБН, Rh - сенсбилизация, тяжелое течение, респираторного дистресс-синдрома (РДС) тяжелой степени. Средний вес при рождении составил 3105,6 г. Тринадцать новорожденных имели Rh (+) группу крови, из них с 0(I) – 5, с A(II) – 4, с B(III) – 3, с AB(IV) – 1; трое – имели Rh (-) группу крови, из них с 0(I) – 1, с B(III) – 2. Минимальный титр антител после рождения составлял 1:4, максимальный – 1:8192. Средние показатели гемоглобина при рождении составили – 126,6 г/л, общего билирубина – 158,9 ммоль/л. Лечение: заменное переливание крови однократно потребовалось 4 детям (показатели билирубина находились в диапазоне 87,7 – 181,4 мкмоль/л; гемоглобина – 58-128 г/л); двукратно – 4 детям (показатели билирубина находились в диапазоне 85,7 – 371,6 мкмоль/л; гемоглобина – 122-145 г/л); одному ребенку – четырехкратно (показатели билирубина 40,6 мкмоль/л; гемоглобина - от 119 г/л), состояние которых осложнялось сопутствующими заболеваниями (тромбоцитопения, РДС, постгемолитическая анемия и другие). Семерым детям операция заменного переливания крови не потребовалось, поскольку данные новорожденные имели гемолитическую болезнь легкой и средней форм. Дополнительно проводилась интенсивная фототерапия. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) потребовалась 3 детям.

Выводы. Таким образом, в результате исследований было установлено, что гемолитическая болезнь новорожденных легкой степени тяжести диагностирована в 25% всех случаев, среднетяжелое и тяжелое течение - у 37,5%. Уровень билирубина и гемоглобина (85,7- 371,6 мкмоль/л и 58-145 г/л соответственно) являлись прямыми показаниями к выполнению операции заменного переливания крови. 15 пациентов были выписаны в удовлетворительном состоянии после проведенной терапии, 1 новорожденный (тяжелая форма ГБН) скончался в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Чекавая Е.А., Заборовский Г.И.
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ЖЕНЩИН И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОВОДИИ
Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: доцент Заборовский Генрих Иванович

Цель работы. Изучить состояние репродуктивного и соматического здоровья женщин и перинатальные исходы при многоводии.

Материалы и методы. Обследованы 72 беременные женщины с многоводием, установленным по УЗИ фетоплацентарного комплекса. Использован сплошной метод наблюдения женщин за двухлетний период, которые находились в Гродненском областном перинатальном центре и родоразрешились в 2017-2018 гг. Необходимая информация получена путем выкопировки соответствующих сведений из первичной медицинской документации (истории родов, истории новорожденных, обменные карты). Обработка материала осуществлялась с использованием методов параметрической статистики.

Результаты. За исследуемый промежуток времени (2017-2018 гг.) частота многоводия среди беременных, госпитализированных в учреждение здравоохранения 3 уровня перинатальной помощи, составила $1,2 \pm 0,18\%$. Из общего числа женщин с данной патологией ($n=72$) первородящих было 37,5%, повторнородящих в 1,7 раза больше (62,5%). Возрастной интервал обследованных колебался от 21 года до 42 лет. Средний возраст повторнородящих ($31,6 \pm 0,8$ года) статистически достоверно выше относительно первородящих ($28,9 \pm 0,9$ года), $t=2,3$; $p < 0,05$. Показатель общей заболеваемости беременных с многоводием составил 1583,3 случая на 1000 женщин. В среднем на каждую беременную приходится 1,6 заболевания, что значительно превышает аналогичный показатель у женщин фертильного возраста общей популяции. В структуре общей заболеваемости более $\frac{3}{4}$ занимает экстрагенитальная патология (72,8%), а 27,2% – гинекологические заболевания. Экстрагенитальные заболевания регистрировались у 80,6% пациенток. По удельному весу преобладали болезни системы кровообращения (28,9%), болезни глаза и его придаточного аппарата (26,5%), болезни органов дыхания (20,5%) и пищеварения (8,4%). Гинекологическая патология выявлена у 43,1% беременных и сформирована преимущественно за счет невоспалительных болезней женских половых органов – эрозия шейки матки, миома, полипы), кольпитов (19,4%), синдрома поликистозных яичников (6,5%) и другие. К факторам риска развития многоводия следует отнести перенесенные заболевания женщинами во время беременности. Среди них наиболее часто встречаются острые респираторные инфекции (23,6%), ранний

токсикоз (18,1%), угроза прерывания беременности (11,1%), анемия (11,1%). Родоразрешение женщин с многоводием через естественные родовые пути отмечено в 61,1% случаев, кесарево сечение – в 38,9% случаев. В 86,1% случаев роды проходили без осложнений, преждевременное излитие околоплодных вод было выявлено в 8,3%. При обследовании новорожденных средний вес у первородящей женщины составил 3400 ± 125 г, максимальный вес – 5200 г, минимальный – 2140 г. Средний вес новорожденного у повторнородящей женщины составил 3643 ± 70 г, максимальный вес – 4500 г, минимальный – 2250 г. Среди 72 новорожденных один оказался мертворожденным, что составило 1,4%. По шкале Апгар наименьший балл был 6, наибольший – 9.

Выводы. Частота многоводия среди беременных составляет $1,2 \pm 0,18\%$ случаев. К основным факторам риска развития многоводия относятся: наличие соматической и гинекологической патологии в анамнезе, перенесённые заболевания во время беременности. Тщательное обследование беременных женщин, проведение лечебно-профилактических мероприятий, пропаганда планирования беременности, позволят снизить частоту развития многоводия во время беременности, что в свою очередь будет способствовать рождению здорового потомства.

Чечулин Е.С.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тюменский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Фомина

Цель работы. Оценить эффективность мероприятий, направленных на выявление начавшихся преждевременных родов в г. Тюмень и юге Тюменской области.

Материалы и методы. Сплошное ретроспективное когортное исследование «Формализованных историй болезни» случаев преждевременных родов женщин, родоразрешенных в акушерско-гинекологических организациях Тюменской области в 2016-2018 гг. Для статистической обработки материала применялись программы Microsoft Excel и Statistica 13.

Результаты и обсуждения. Одной из основных стратегий Департамента здравоохранения Тюменской области является повышение качества родовспомогательной службы. С 2012 года РФ перешла на новый стандарт оказания помощи при ПР, что не могло не сказаться на основных показателях перинатальной и ранней неонатальной смертности. В последние годы в ТО достигнуты значительные успехи в снижении указанных показателей. Этому способствовало выполнение приказа МЗ РФ

№ 572Н от 01.11.2012г. «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и приказа департамента здравоохранения ТО от 27.05.08г. № 259, 259Н от 27.05.2014г. «О неотложных мерах по снижению материнской и младенческой смертности» по грамотной маршрутизации пациенток и их концентрация преимущественно в ЛПУ третьего уровня (на территории ТО этим учреждением является ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень). В 2018 году в области произошло 21 387 родов. В ТО наблюдается рост удельного веса нормальных родов и в 2018 году увеличился на 2% (52% от общего количества родов) по сравнению с 2013 годом (в РФ в 2016 на нормальные роды приходится 38,4 % от всех случаев родоразрешений). Младенческая смертность по Тюменской области в 2018 году составила 4,1 на 1 000 родившихся живыми, что ниже уровня смертности в 2015 году на 31,7%. Перинатальная смертность в 2018 году равнялся 5,6‰, что ниже уровня смертности в 2015 году на 23,3%. Благоприятные результаты в снижении показателей перинатальной смертности возможны благодаря совершенствованию службы неонатологии, реанимации и грамотной маршрутизации пациенток. Как в РФ, так и в ТО наблюдается снижение числа преждевременных родов, однако этот показатель остается относительно стабильным. В 2013 году на долю преждевременных родов приходилось 5,7%, в 2018 году этот показатель достиг значения 5,1%. В ТО создана трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи. Тюменская область находится на втором месте по доле ПР, протекающих в учреждениях III уровня. Доля ПР в перинатальных центрах (ПЦ) выросла на 15,6 % и составила в 2018 г 71,2% (2015 год – 61,6%). ПЦ активно сотрудничают с Центром медицины катастроф и санитарной авиации с целью выявления ПР и своевременной маршрутизацией. В 2018 году в организации III уровня было эвакуировано 158 пациенток в ПЦ г. Тюмень, в том числе и транспортом санитарной авиации. Также проводится транспортировка пациенток с угрожающими преждевременными родами в медицинские организации II и III уровней. Всего за 2018 год переведено 169 пациенток, из них 93,5% в Областной перинатальный центр г. Тюмень. Структура причин ПР за 2016-2018 года кардинально не изменилась. Тремя причинами развития ПР являются: спонтанно развившаяся родовая деятельность, преждевременный разрыв плодных оболочек и тяжелая преэклампсия.

Выводы. Установлено, что в Тюменской области наблюдается снижения доли ПР. Выявление ПР ведет к снижению частоты рождения детей с ЭНМТ и ОНМТ. В ТО доля преждевременных родоразрешений в организациях III уровня имеет устойчивую тенденцию к увеличению.

Шуталева Е.Ю., Балтачева А.Ф.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У
ПАЦИЕНТОК С ГСД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ВЫЯВЛЕНИЯ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Макарова И.А.

Цель работы: оценить факторы риска и перинатальные исходы у пациенток с ГСД в зависимости от срока выявления (1 и 2 фаза диагностики ГСД).

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 93 историй родов пациенток родового отделения КОКПЦ за 2018 год, поступивших с целью родоразрешения и имеющих в осложнениях настоящей беременности ГСД.

Результаты исследования. Все пациентки в ходе исследования были разделены на 2 группы: 1 группа – женщины, у которых ГСД был выявлен при первом обращении к врачу для постановки на учёт по беременности (64); 2 группа – женщины, у которых ГСД был выявлен, начиная с 24 недели беременности (29). Средний возраст в 1 группе составил 31,31±4,81, а во 2 группе 33,28±4,85, что не имеет статистически значимого отличия, однако обращает на себя внимание превалирование в группе с поздней диагностикой ГСД пациенток с возрастом старше 30 лет (79,3% против 64,1% во 2 группе). При изучении анамнеза исследуемых были выявлены факторы высокого риска ГСД (ожирение, отягощенный наследственный анамнез по СД у родственников первой линии) и факторы среднего риска ГСД (возраст старше 30 лет, крупный плод, ВПР, мертворождение, 2 и более самопроизвольных аборта в анамнезе, многоводие во время настоящей беременности). В 1 группе 21,88%(14) исследуемых имеют хотя бы один фактор высокого риска по ГСД и 81,25% (52) – факторы среднего риска. Во 2 группе соответственно 10,34 %(13) и 86,25% (25). Причём, в структуре факторов риска 1 группы преобладают возраст старше 30 лет – 64,1%, крупный плод, мертворождения и самопроизвольные аборты в анамнезе соответственно 21,9% и 20,31%. Во 2 группе среди факторов риска лидируют возраст старше 30 лет – 79,3%, крупный плод в предыдущей беременности – 13,81, мертворождение, самопроизвольные выкидыши и ожирение – 13,79%. В ходе проведённого исследования установлено преобладание во 2 группе женщин, для которых настоящая беременность является первой – 24,13%(7) против 9,38%(6) в 1 группе, что в 2,57 раза больше. Также характерно для 2 группы преобладание первородящих пациенток: 41,3%(12) против 18,75%(12), что в 2,20 раз больше. Данные значения имеют статистическое значение ($p < 0,05$). В 1 группе 7,82%(5) исследуемых получали лечение ГСД инсулином против 6,90%(2) во 2 группе, что в 1,3

раза больше. Лечение остальных женщин ограничилось назначением диеты. В обеих группах роды в подавляющем большинстве случаев произошли в срок: срочные роды у исследуемых 1 группы – в 96,88%(62), 2 группы – 96,55%(28). В ходе анализа перинатальных исходов у пациенток с ГСД выявлено развитие ФПН в 15,63%(10)случаев в 1 группе и в 10, 34%(3) случаев во 2 группе, т. е. в 1 группе в полтора раза чаще. Также установлено развитие ВПР (пороки сердца, ДЦП, косоплоскостность):1 группа – 9,38%(6), 2 группа – 3,45%(1), соответственно в 1 группе в 2,4 раза чаще. Частота рождения крупного плода в настоящей беременности составляет в 1 группе – 18,75%, во 2 группе – 17,24%.

Выводы: 1. В результате исследования выявлено, что среди факторов риска ГСД ведущими являются возраст женщины старше 30 лет, крупный плод в предыдущей беременности, а так же, мертворождения и самопроизвольные выкидыши в анамнезе. 2. У первородящих пациенток ГСД выявляется на более поздних сроках, чем у повторнородящих. 3. У женщин с выявлением ГСД на ранних сроках беременности чаще возникают ФПН и пороки развития плода. 4. Частота рождения крупного плода в настоящей беременности одинакова в обеих группах, таким образом закономерности со сроком выявления ГСД не выявлено.

2. ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ

Агалакова Д.С., Черемисинова Е.Н.

ОЦЕНКА ШИРОТЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ И ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ГОРОДА КИРОВА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Суетина И.Г.

Цель работы: оценить широту вакцинации против пневмококковой и гемофильной инфекций детского населения первого года жизни 2016 - 2018 годов рождения в городе Кирове.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе семи детских поликлиник города Кирова путем анализа медицинских карт детей 2016-2018 годов рождения. В исследование включены данные прививок первого года жизни. Всего была проанализирована 641 амбулаторная карта. Результаты анализа амбулаторных карт представлены качественными данными в виде относительных величин (%). Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. По данным анализа амбулаторных карт широта вакцинации против пневмококковой инфекции с 2016 по 2018 годы

заметно выросла. Первую вакцинацию в декретированные сроки в 2016 году получило лишь 27%, а в 2018 - уже 48% детей. Полный курс вакцинации к 1 году прошли 79% детей 2018 года рождения по сравнению с 38% детей 2016 года рождения. Вакцинация против гемофильной инфекции детей 2017 и 2018 годов рождения достоверно выше по сравнению с вакцинацией детей 2016 года рождения. Значительно снизился возраст первой вакцинации, если в 2016 году первую вакцину в декретированные сроки получили только 3%, то в 2018 - уже 42% детей. К 1 году жизни в 2016 году было привито против Хиб-инфекции лишь 9%, тогда как в 2017 и 2018 - 31% и 88% соответственно. Полный курс вакцинации против гемофильной инфекции прошли в 2016 году - 3%, в 2017 - 11%, в 2018 - 42% детского населения. В результате проведенного исследования было получено, что вакцинация против пневмококка осуществлялась вакциной Превенар, а гемофильной инфекции – Хиб-компонентом комбинированной вакцины Пентаксим.

Выводы. В период с 2016 по 2018 годы вырос охват вакцинацией против пневмококковой и гемофильной инфекций. Кроме того, увеличилось количество детей, получивших первую прививку в сроки, рекомендуемые Национальным календарем. Полный курс вакцинации против данных инфекций достоверно прошли больше детей 2018 года рождения по сравнению с детьми 2016 года рождения. Таковую тенденцию можно связать с введением в практику комбинированных вакцин, таких как Пентаксим, в состав которых входит Хиб-компонент.

Асхадуллин А.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н. Пономарева О.В.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей бронхиальной астмы (БА) у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В исследование, проведенное на базе Детского клинического консультативно-диагностического центра г. Кирова, было включено 85 больных БА детей в возрасте от 1 до 5 лет (75,6% - мальчики, 24,4% - девочки). Путем опроса официальных представителей ребенка, анализа амбулаторных карт (форма 112/у) был собран подробный аллергологический анамнез семьи, а также проведены клинико-инструментальное и аллергологическое обследования.

Результаты. Анализ факторов риска выявил у 65 детей (76,5%) отягощенный семейный аллергологический анамнез (по материнской линии в 43,5%, по отцовской – в 12,9% случаев; у 9,4% детей с БА оба

родителя имели атопические проявления), курение в семьях регистрировалось в 45,9% случаев, гиперреактивность дыхательных путей имела у 72,9% пациентов. Установлено, что плохие жилищно-бытовые условия имели 34,1% семей, а 17,6% больных были из социально-неблагополучных семей. У 51,8% обследованных детей начало формирования БА происходило на 1 году жизни, при этом первый эпизод бронхиальной обструкции возникал на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) у 78,8%, у 23,5% детей он был связан со стенозирующим ларинготрахеитом, 42 ребенка (49,4%) перенесли в раннем возрасте очаговую пневмонию, которая протекала у них с бронхообструкцией. У 49 детей (57,6%) наблюдалось рецидивирующее течение респираторных заболеваний, у 27 пациентов (31,8%) было зарегистрировано от 3 до 5 эпизодов бронхиальной обструкции, проявившейся в первые 2 дня с момента начала респираторного заболевания. До установления диагноза бронхиальная астма средняя длительность течения рецидивирующих респираторных заболеваний составила $1,6 \pm 0,8$ лет. У 24 детей (28,2%) появление симптомов бронхиальной обструкции совпало с началом посещения ими детского дошкольного учреждения. Проведенный анализ показал, что ОРИ у детей первых лет жизни являются одним из наиболее частых триггеров обострения БА (в 74,1%), на втором месте находятся пищевые аллергены. Более чем у 50% пациентов имело место сочетанное воздействие триггеров. У 83,5% больных началу БА предшествовало возникновение атопического дерматита. Аллергологическое обследование выявило повышение уровня IgE общего, а также раннюю сенсibilизацию к пыльцевым аллергенам уже на 1 году жизни, наряду с пищевой сенсibilизацией к пшенице, белкам коровьего молока и куриного яйца. При проведении бронхофонографии регистрировались значимые амплитуды спектральной мощности в диапазоне свыше 5 кГц, при этом средние значения акустической работы дыхания в этом диапазоне составили $6,63 \pm 2,7$ мкДж.

Выводы. Таким образом, при развитии повторных эпизодов бронхиальной обструкции у ребенка раннего возраста с отягощенной по аллергическим заболеваниям наследственностью и с имеющейся сопутствующей аллергопатологией необходимо говорить о формировании БА и своевременно назначать больному базисную противовоспалительную терапию соответственно степени тяжести заболевания.

Барбакова Л.М.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Суетина И. Г.

Цель работы: провести сравнительный анализ эффективности помповой инсулинотерапии (ПИТ) и традиционной инсулинотерапии в лечении сахарного диабета 1 типа у детей и подростков.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», в исследовании приняли участие 26 детей (12 девочек и 14 мальчиков) разного возраста с установленным диагнозом сахарного диабета в течение 2 и более лет. Средний возраст пациентов составил 9,5 лет (от 4 до 17 лет). Возрастной состав пациентов распределился следующим образом: (0-4)- 1 человек; (5-9)-16 человек; (10-14)-4 человека; (15-17)-5 человек. Основными целями перевода на помповую инсулинотерапию являлись улучшение контроля и стабилизация уровня глюкозы в крови, а также улучшение качества жизни пациентов с СД. Плановое определение гликированного гемоглобина в крови проводилось спустя 1, 3 и 6 месяцев после перевода на ПИТ. Средний стаж обследованных пациентов после перевода на ПИТ составил 3,19 лет (от 1 до 7 лет)

Результаты. Средняя доза инсулина до перевода на ПИТ составила 20,99. Средняя доза инсулина после перевода: 25,83. Средний уровень HbA1C до перевода на ПИТ составил 8,15. Средний HbA1C на помповой инсулинотерапии: 7,5. Осложнения сахарного диабета до перевода на ПИТ отмечались у 9 пациентов (34,6%), среди них наиболее часто встречаемые: постинъекционные диабетические липодистрофии, кетоацидоз, дистальная полиневропатия нижних конечностей по деминерализующему типу, почти у половины (44,4%) было 2 и более осложнений. После перевода на ПИТ осложнения отмечались у 6 пациентов (23%): дистальная полиневропатия нижних конечностей по деминерализующему типу, микроангиопатия. Только у 1 пациента (16,6%) было 2 осложнения .

Выводы. Таким образом исходя из полученных данных, можно охарактеризовать ПИТ как наиболее эффективный, на сегодняшний день, метод лечения пациентов с СД1. ПИТ обеспечивает более физиологичный режим введения инсулина, что позволяет избежать резких перепадов уровня глюкозы в крови, и, как следствие, предупреждение развития осложнений. Кроме того, ПИТ обеспечивает ребенку и его семье более высокий уровень качества жизни, отсутствие в необходимости подстраивания режима дня под схемы инъекций инсулина, также отсутствие необходимости постоянных инъекций благоприятно сказывается на психологическом статусе ребенка. Тем не менее, перевод на ПИТ не должен снижать у родителей уровень контроля течения сахарного диабета, как и любое автоматическое устройство инсулиновая помпа может давать технические неполадки, которые, при отсутствии своевременной и грамотной помощи могут привести к тяжелым последствиям. Дополнительным ограничением ПИТ можно считать их

более высокую, по сравнению с традиционной инсулинотерапией, стоимость эксплуатации.

Бурлуцкая А.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ПОМПЕ (ГЛИКОГЕНОЗ II ТИПА)

Кубанский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: д.м.н., доцент Бурлуцкая А. В.

Цель: демонстрация клинического случая болезни Помпе.

Материалы и методы. Ребенок Г., 2014 года рождения, находившийся на обследовании и лечении в ГБУЗ ДККБ. Медицинская карта стационарного больного, параклинические данные.

Результаты. В детскую больницу г. Краснодара поступил ребенок Г., 2014 года рождения на лечение с диагнозом: Гликогеноз II типа (болезнь Помпе). Миопатический синдром. Сопутствующий диагноз: Гиперметропия слабой степени. Пролапс митрального клапана. Повышение подвижности правой почки. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне легкого токсикоза в I триместре. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении 3000 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. До 1 года наблюдался ортопедом по поводу дисплазии тазобедренных суставов. В декабре 2015 г, в связи длительным течением ОРИ, было проведено биохимическое исследование крови: повышение АлАТ до 145 Ед/л, АсАТ до 586 Ед/л. Исключены вирусные гепатиты. Мальчик находился на стационарном лечении в инфекционной больнице города Краснодара с диагнозом: гепатит неуточненной этиологии (неинфекционный). Получал терапию гепатопротекторами. Отмечались жалобы на мышечную слабость, трудности при подъеме по лестнице, редкие головные боли. Объективно: состояние средней тяжести по основному заболеванию, самочувствие удовлетворительное. Физическое развитие ниже среднего, гармоничное. Кожные покровы чистые, бледные. Гипотония мышц. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке и в V точке. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют.

Лабораторно: биохимический анализ крови: АсАТ – 395МЕ/л, АлАТ – 123 МЕ/л, ЛДГ – 1357 Ед/л, КФК – 825Ед/л. В связи с подозрением на болезнь Помпе была проведена тандемная масс-спектрометрия: снижение активности альфа-глюкозидазы (0,63 мкмоль/л/час, при норме 1,0-25,0 мкмоль/л/час). При проведении молекулярно-генетического исследования

(прямое автоматическое секвенирование), выполнен полный анализ гена GAA: изменения, подтверждающие диагноз болезни Помпе.

Инструментальное исследование: УЗИ органов брюшной полости и почек – увеличение печени, лимфоузлов в воротах печени, мезентериальных лимфоузлов, желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Реактивные изменения селезенки. Удвоение собирательной системы правой почки. Повышение подвижности правой почки. Эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) – признаков порока сердца не выявлено, пролапс митрального клапана. Полученные данные элекронеуромиографии (ЭНМГ) – мышечный тип поражения. Ребенок получал лечение: кудесан, актовегин, элькар, физиолечение, массаж. Ребенку по жизненным показаниям была назначена ФЗТ препаратом Майозайм (alglucosidasealfa) – патогенетическое средство для лечения пациентов с этим заболеванием (1 раз в 2 недели). Прогноз болезни зависит от срока манифестации и выраженности симптомов.

Выводы. Болезнь Помпе (гликогеноз II типа) – орфанное наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, сопровождающееся поражением миоцитов и нервных волокон из-за накопления в них гликогена. Причиной развития этой патологии является дефект гена, отвечающего за синтез кислой альфа-глюкозидазы (GAA). Имеется ферментозаместительная терапия (ФЗТ), направленная на замедление прогрессирования симптомов и повышение качества жизни пациентов. Таким образом, прогноз болезни варьирует от времени манифестации и выраженности симптомов. Для раннего лечения нужно своевременно диагностировать заболевание, а для диагностики болезни Помпе генетическое исследование не является ключевым методом, достаточно определение активности фермента GAA методом тандемной масс-спектрометрии.

Васенина А.Ю.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Попова И.В.

Цель: изучить физические качества детей.

Материал и методы. Исследование физической работоспособности (ФР) и мышечной силы (МС) проводилось у 447 детей (209 мальчиков и 238 девочек) в возрасте от 11 до 14 лет. 0,6 кг соответственно. Минимальный прирост МС отмечали у мальчиков для правой кисти в возрасте с 8 до 9 лет (1,13 кг), для левой кисти в возрасте с 7 до 8 лет (1,61 кг), у девочек для правой и левой кисти в возрасте с 13 до 14 лет (0,31 кг и 0,39 кг соответственно). Максимальный прирост МС в возрасте от 12 до 13

лет (у мальчиков на 4,88 кг для правой кисти и на 4,02 кг для левой кисти, у девочек - на 5,0 кг и 4,64 кг соответственно).

Сравнительный анализ МС детей в зависимости от соматического типа телосложения показал, что у мальчиков и у девочек во всех возрастных группах она увеличивалась. МС зависела от соматического типа телосложения. Она была выше у детей, имеющих макросоматический тип телосложения.

При проведении проб с физической нагрузкой у детей с 11 до 14 лет установлено, что в большинстве случаев (67 % - мальчики и 63,2 % - девочки) у них регистрируются неадекватные типы реакции сердечно-сосудистой системы. Сопоставляя высокий процент детей, имеющих неадекватные типы реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку и значительное количество среди них, имеющих пониженный уровень работоспособности, можно считать, что в обследованных возрастно-половых группах уровень адаптации снижен. $\pm 0,7$ кг и $20,55 \pm 1,0$ кг, а у девочек – $22,31 \pm 0,8$ кг и $27,31 \pm 0,2$ кг соответственно. В 14 лет данные показатели составляли у мальчиков $29,62 \pm 0,3$ кг и $7,61 \pm 0,3$ кг, а у девочек – $8,93 \pm 0,3$ кг и $8,90 \pm$.

Результаты. Во всех возрастных группах мальчиков ФР была достоверно выше, чем у девочек. Ежегодные темпы прироста ФР были неравнозначны. Так, минимальное нарастание ФР отмечалось у девочек от 11 до 12 лет - 8,53 вт; 11,6%. Максимальное увеличение ФР регистрировалось у мальчиков в период от 11 до 12 лет (на 26,74 вт; 34,4 %), у девочек от 12 до 13 лет (на 32,71 вт; 39,7 %). Заметная разница в величине ФР у мальчиков и девочек отмечалась в возрастном периоде от 11 до 12 лет: в этом возрасте величина ФР у девочек величина ФР у девочек составила 78,8% величины у мальчиков. У детей в возрастном периоде от 13 до 14 лет выявлено некоторое понижение ФР (у мальчиков на 2,0 %; у девочек - на 1,9 %).

Проведено сравнение результатов ФР у детей одного возраста и пола в зависимости от типа телосложения. При анализе ФР у детей с макросоматическим типом телосложения выявилось, что ее повышение отмечалось только у 43,2 % детей, средний уровень - в 37,9 %, пониженный - у 18,9 %. Обращает на себя внимание то, что среди детей с макросоматическим типом телосложения каждый второй ребенок имел дисгармоничное развитие за счет высокого роста или избыточной массы тела (6,7 коридоры центильной шкалы).

У детей с микросоматическим типом телосложения в большинстве случаев (64,9 %) констатировалось понижение ФР, средний уровень отмечался у 22,1 % детей, а повышенный у 13,0 %. У детей с микросоматическим типом телосложения и пониженным уровнем ФР выявлено, что каждый второй ребенок был с дефицитом массы тела I или II степени, а у каждого третьего ребенка был низкий рост. Дисгармоническое

развитие при данном соматотипе обнаружено в 24,7 % случаев. Во всех возрастных группах МС мальчиков превышала ее у девочек (на 4,12 кг для правой и на 3,66 кг для левой кисти). У мальчиков и девочек с 7 до 14 лет констатировали непрерывное нарастание показателей динамометрии, которые в 14 – летнем возрасте достигали своего максимума для правой и левой кисти. Так, в 7 лет у мальчиков показатели динамометрии правой и левой кисти составляли 10,31.

Веселова Д.А., Ермаков А.С., Черных А.С.
МОНИТОРИНГ ОХВАТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКЦИН ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ГЕПАТИТА В ДЕТЕЙ ПЕРВОГО
ГОДА ЖИЗНИ В ГОРОДЕ КИРОВ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Суетина И.Г.

Целью исследования явился анализ охвата использования вакцин для профилактики туберкулеза и гепатита В среди детей первого года жизни в городе Киров.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Киров на базе семи детских поликлиник, где был произведен сбор данных обезличенных амбулаторных карт детей, рожденных в период с 2016 по 2018 годы. В ходе сбора данных была собрана информация о поле, возрасте, а также о проведенных профилактических прививках против туберкулеза и гепатита В среди детей первого года жизни. Всего была проанализирована 641 амбулаторная карта. Результаты анализа амбулаторных карт были представлены качественными данными в форме относительных величин, в процентах (%). Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. Гепатит В. Большинство детей получают первую дозу вакцины против гепатита В в возрасте 1 мес. В 2016 году отмечена положительная динамика охвата второй и третьей дозами, так, в 2016 показатель охвата второй дозой вакцины составлял 91%, а в 2018 году уже 96%. Показатель охвата третьей дозой вакцины в 2018 году вырос на 12%, по сравнению с 2016 годом. Охват первой дозой вакцины в 2016 году вырос к 13 месяцам на 5%, а в 2018 году прирост данного показателя составил уже 9%. Туберкулез. Вакцинация против Туберкулеза. Почти 100% детей были привиты против туберкулеза в первые месяцы жизни. По сравнению с 2016 годом, показатель в 2018 году вырос на 2%.

Выводы. Проведение вакцинации против гепатита В и туберкулеза в декретированные сроки необходимо для формирования к концу первого года жизни стойкого иммунитета к этим инфекциям, так как в последующем дети начинают активнее познавать окружающий мир,

посещая организованные коллективы и общая с другими детьми, что увеличивает инфекционную нагрузку на организм. В период с 2016 по 2018 годы вырос охват вакцинацией против гепатита В и туберкулеза. Кроме того, отмечается положительная динамика охвата второй и третьей дозами вакцины против гепатита В. К 13 месяцам жизни в 2018 году увеличивается показатель охвата 1 дозой данной вакцины, прирост составил 9%. Снижение показателя охвата вакцинацией к 4 месяцам в 2018 году может быть связано с увеличением пренатальной патологии у новорожденных, а следовательно – отводом от прививок. Вакцину против туберкулеза получают почти 100% детей, показатель, по сравнению с 2016 годом, продолжает расти. Полный курс вакцинации для профилактики данных заболеваний прошли больше детей 2018 года рождения по сравнению с детьми 2016 года рождения.

Гарипова Р.Н.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Лежнина И.В.

Цель: выявить перинатальные факторы риска развития миопии у наблюдаемых детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры пропедевтики детских болезней КОГБУЗ ДККДЦ детской поликлиники № 3. Обследовано 82 ребенка 2004-2011 года рождения в возрасте от 9 до 16 лет с подтвержденными диагнозами миопия слабой, средней и высокой степени. Факторы риска выявлялись по анамнестическим данным путем выкопировки данных из истории развития ребенка (форма 112/у). Анализ акушерского анамнеза проводили по данным дородового патронажа, выписки из учреждения родовспоможения и первичного патронажа к новорожденному.

Результаты. В 73% случаев (у 60 детей) выявлено маловодие, хроническая внутриутробная гипоксия, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период. У 7 новорожденных (9%) воды с меконием. У 21% детей было обвитие пуповины вокруг шеи. При изучении течения беременности установлено, что гестоз наблюдался у 21 женщины (26%), фетоплацентарная недостаточность у 7%, Отягощенный акушерский анамнез был выявлен у 37 беременных (46%) в виде медицинских аборт (34%), угрозы прерывания беременности (10%) и внематочной беременности (2%). Анемия наблюдалась у 33 беременных (40%). У каждой второй женщины (54%) выявлены инфекционные факторы риска: ОРВИ, грипп, риносинусит. Вульвит, вульвовагинит,

хронический аднексит, гестационный пиелонефрит у были диагностированы у 10% беременных. У каждой третьей (34%) обнаружены ИППП: хламидиоз (16%), кандидоз (10%), уреоплазмоз (6%), микоплазмоз (5%), гепатит В (5%), ЦМВ и ВПГ (10%), у каждой пятой (20%) их сочетание.

При родоразрешении использовались акушерские пособия у 24 рожениц (29%): родоусиление окситоцином, экзапростом. Оперативное родоразрешение кесаревым сечением проводилось в 17% случаев. Стремительные роды, затрудненное выведение плечиков, натальная травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга регистрировалась у 17% новорожденных. Диагностирована церебральная ишемия 1 и 2 степени (10%), асфиксия средней степени тяжести (2%). В раннем возрасте неврологические нарушения проявлялись синдромом двигательных и тонусных нарушений (8%), синдромом пирамидной недостаточности (6%), рубральным тремором нижней челюсти и верхних конечностей (8%), синдромом вегето-висцеральных дисфункций (17%). В возрасте 3 месяца на диспансерном учете у невролога состояло 61% детей с гипоксико-ишемической энцефалопатией, 37% ППЦНС с гидроцефальным (2%), судорожным синдромом (1%), спастическим тетрапарезом (1%). В катамнезе у детей старше 2 лет регистрировался синдром дизартрии, общее недоразвитие речи, задержка формирования моторного развития, когнитивного дефицита, минимальная мозговая дисфункция. 17% детей получали лечение по поводу конъюнктивита и блефарита в неонатальном периоде. Офтальмологом осмотрено 100% детей. Выявлены косоглазие (6%), амблиопия (4%), ангиопатия сетчатки (13%). Наследственность по миопии отягощена у 23% детей (14% и 9% по материнской и отцовской линии соответственно). Проводилась терапия и профилактика прогрессирования миопии путем проведения курса циклоплегии, электрофореза со спазмолитиками на шейный отдел позвоночника и склеропластики.

Выводы. В результате исследования установлено наличие большого количества негативных перинатальных факторов в развитие миопии. Выявлен повышенный риск у детей с постгипоксическим и ишемическим повреждением ЦНС, на втором месте оказались травматические и инфекционные факторы риска.

Гришкина Д.А.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ляпунова Е.В.

Цель работы. Изучить показатели здоровья у детей до 1 года на педиатрическом участке.

Материалы и методы исследования. Изучены данные 30 амбулаторных карт детей первого года жизни, анамнеза, показателей физического развития (ФР), нервно-психическое развитие (НПР), перенесенных заболеваний. Проанализированы формы 112/у 30 детей в возрасте до 1 года, из них 15 карт мальчиков и 15 - девочек. Распределение детей по возрасту составило: в 1 месяц - 2 ребенка, 2 мес. - 1; 3 мес. - 3; 4 мес. - 1; 5 мес. - 4; 6 мес. - 0; 7 мес. - 3; 8 мес. - 4; 9 мес. - 4; 10 мес. - 1; 11 мес. - 3; 12 мес. - 4.

Результаты. Из данных амбулаторных карт установлено, что средний возраст у матерей был $30,5 \pm 0,6$ лет, у отцов - $34,5 \pm 0,7$ лет. Высшее образование имели 58,1% родителей, среднее специальное - 26,4%, среднее - 13,2%, неоконченное среднее - 2,3%. Злоупотребляли курением 36,8% родителей. Данная беременность была первой у 60,6% матерей, второй - у 27%, третьей - у 9,3%, многократной - у 3,1%. Беременность у 92,9% матерей сопровождалась патологией: на фоне хронических заболеваний у 65,3% женщин, гестоза в 1-ю половину беременности - у 51,9% и ОРЗ - у 15,3%, фетоплацентарная недостаточность (ФПН) - у 25%, анемии - у 25%, угрозы выкидыша - у 18,8%, эндокринопатии - у 17,8%. Медицинским абортom, невынашиванием закончилась предыдущая беременность у 35,8% матерей. Большинство матерей имели патологическое течение беременности, осложненное по нескольким факторам. Физиологические роды наблюдались у 8,7% беременных. Роды с патологией протекали у 91,3% матерей: с применением стимуляции - у 32,7%, обезболивания - 27,6%, путем кесарева сечения - 31,4%, стремительно - 5,7%, преждевременно - 2,6%. Средняя масса детей равнялась 3580 ± 120 г, длина тела $52,2 \pm 1,3$ см. Средний показатель потери массы тела при рождении составил 190 ± 56 г. На грудном вскармливании находилось большинство (64,6%) детей, на смешанном - 20,7%, искусственном - 14,7%. Проведенный анализ динамики физического развития показал, что в возрасте 1 месяца наибольший процент составили высокое дисгармоничное развитие 30% детей, среднее гармоничное - 30%, среднее дисгармоничное - 26,7%. В 3 месяца высокое дисгармоничное развитие определялось у 46,2%, среднее дисгармоничное - у 38,5%, среднее гармоничное - у 11,5%. В 6 месяцев наибольший процент составили среднее дисгармоничное - 46,4% и высокое дисгармоничное физическое развитие - у 36,8%. В 9 месяцев 41,7% детей имели среднее дисгармоничное и 41,7% - высокое дисгармоничное развитие. По данным амбулаторных карт выставлена 1 группа НПР у 83,3% детей, 2 группа НПР - у 16,7%. В период новорожденности конъюнкционную желтуху выявили у 13,3% детей, внутриутробную инфекцию (ВУИ) - у 6,7%, гнойный конъюнктивит - у 5,8%. При рождении выставлена ПА у 68,4%, ПБ группа

– у 31,6%, после 6 месяцев ИБ группа – у 100%. В роддоме привиты БЦЖ-М и против геп.В – 76,7% детей, только против геп. В – 4,3%, только БЦЖ-М – 2,3%, отказались от прививок – 16,7%. Алиментарно-зависимые заболевания наблюдались у 81,9% детей первого года жизни, из них: анемия – у 43,3%, атопический дерматит – у 30%, дисбактериоз кишечника – у 13,3%, гипотрофия – у 6,7%, рахит – у 6,7%. ОРЗ перенесли 36,6% детей на первом году жизни. Осмотр детей узкими специалистами, проведение УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, общего анализа крови, мочи, ЭКГ, нейросонографии в декретированные сроки в полном объеме позволили своевременно диагностировать ПЭП у 100% детей, анемию - у 43,3%, дилатацию желудочков мозга – у 21,6%, гепатомегалию - у 15,6%, пиелозктазию – у 10%, спленомегалию – у 5,7%, водянку яичек – у 3,8%.

Выводы. На основании проведенного изучения амбулаторных карт детей грудного возраста можно сделать заключение, что дети имеют особенности показателей здоровья: отягощенный акушерский анамнез матерей, осложненное течение анте-, интра- и постнатального периодов развития, аномалии физического развития: высокое и среднее дисгармоничное, первую группу НПР, высокий процент алиментарно-зависимых заболеваний, ИБ группу здоровья.

Гурина Е.С., Коробкина О.Г.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Кубанский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: д.м.н., доцент Бурлуцкая А.В.

Цель работы. Выявить клиничко-лабораторные и уродинамические отклонения у детей с ГАМП.

Материалы и методы. В исследование включено 20 соматически здоровых детей 7-10 лет с жалобами на: внезапные непреодолимые позывы на мочеиспускание, которые трудно сдержать с императивным недержанием мочи или без него; учащенное мочеиспускание малыми порциями днем; частые ночные пробуждения по причине возникающих позывов к мочеиспусканию и произвольные мочеиспускания ночью. Всем проводилось: клиническое обследование: определение уровня гомоцистеина, регистрация ритма мочеиспусканий (путем ведения дневника мочеиспускания) и инструментальные методы: урофлоуметрия, ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, электроэнцефалография.

Результаты. После проведенного обследования у большинства пациентов выявлены следующие отклонения: гипергомоцистеинемия

(прямое доказательство нарушения проведения и синергии нервных импульсов между нейронами в структурах головного мозга, так как гомоцистеин – это маркер повреждения ферментативных систем, говорящих о метаболизме нервных клеток, при увеличении которого происходит нарушение миелинизации аксональных структур белого вещества и следовательно нарушение проведения импульсов между нейронами головного мозга); при регистрации ритма мочеиспускания преобладающим видом была поллакиурия, которая проявляется учащенными (более 8 раз в сутки) мочеиспускания малыми порциями (у 60% детей), также выявлены энурез (у 65%) и дневное недержание мочи у трети пациентов (30%). На основании результатов ультразвукового исследования мочевого пузыря можно сделать вывод, что у трети детей (33%) обнаруживают увеличение объема остаточной мочи (вследствие снижения сократительной функции детрузора). При урофлоуметрическом методе исследования практически у половины детей (45%) преобладает прерывистый тип мочеиспускания (при котором максимальная и средняя скорость потока мочи снижены, время достижения максимальной скорости укорочено), также выявлены стремительный (30%) и необструктивный (25%) типы. По данным электроэнцефалографии обнаружена дезорганизация альфа-ритма, с тенденцией к увеличению количества волн бета-ритма.

Выводы. По результатам проведенного нами исследования выявлены клиничко-лабораторные и уродинамические симптомы: гипергомоцистеинемия (в 30% случаев), поллакиурия (60%), энурез (65%), дневное недержание мочи (30%), преобладал прерывистый тип мочеиспускания (45%), увеличение объема остаточной мочи в мочевом пузыре (33%) и дезорганизация альфа-ритма с тенденцией к увеличению волн бета-ритма по данным электроэнцефалографии.

Гурина Е.С., Коробкина О.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Кубанский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: д.м.н., доцент Бурлуцкая А.В.

Цель работы. Оценить особенности клинической, лабораторной и уродинамической картины у детей с гипоактивным мочевым пузырем.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе нефрологического отделения ГБУЗ ДККБ города Краснодара. Были обследованы 14 соматически здоровых детей с гипоактивным мочевым пузырем. Оценивались результаты лабораторных и инструментальных методов исследования (биохимический анализ крови с определением

гомоцистеина, урофлоуметрия, ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, электроэнцефалография), а также особенности клинической картины. Проводился анализ дневника регистраций ритма мочеиспускания.

Результаты. Обследованы 14 детей, из них 9 девочек (64,3%) и 5 мальчиков (35,7%). Основными жалобами были: чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, слабая струя мочи, затруднение в мочеиспускании, преимущественно в начале акта. Пациенты отмечали редкое мочеиспускание (1-3 раза в день). В биохимическом анализе крови было выявлено повышение гомоцистеина, который провоцирует цитотоксический эффект на эндотелий сосудов, что отражается на метаболизме нервных клеток и их регенераторном потенциале. При проведении урофлоуметрии отмечен функционально-обструктивный тип мочеиспускания, сопровождающийся низкой скоростью потока мочи, удлинением времени акта и уменьшением выделенного объема мочи. При УЗИ мочевого пузыря определялось повышение объема остаточной мочи (30-80%). На электроэнцефалографии (ЭЭГ) обнаружена депрессия альфа-ритма, с тенденцией к увеличению бета-ритма.

Выводы. В ходе проведенного исследования выявлены следующие особенности: редкое, затрудненное мочеиспускание, повышение гомоцистеина в крови, функционально-обструктивный тип мочеиспускания, уменьшение выделенной мочи с повышением объема остаточной мочи, а также депрессия альфа-ритма, с тенденцией к увеличению бета-ритма на ЭЭГ.

Ермаков А.С.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Токарев А.Н.

Цель. Изучение взаимосвязи между видами вскармливания и нервно-психическим развитием (НПР) детей.

Материал и методы. Обследовано 472 ребёнка (309 мальчиков и 163 девочки) в возрасте от 12 до 24 месяцев. В зависимости от вида вскармливания дети были разделены на 2 группы: в первую вошли - 234 (49,5%) ребёнка, находившиеся на грудном вскармливании; во вторую — 238 (50,4%) детей - на искусственном. НПР детей определяли с учетом данных документации (формы 112/у и 026/у) по линиям развития в декретированные периоды. Выделяли четыре группы развития НПР: первая - в первую входили дети с нормальным развитием или с его опережением; вторая — включала детей с задержкой в развитии на 1

эпикризный срок или с дисгармоничным развитием до 1 эпикризного срока; третья – состояла из детей с задержкой в развитии на 2 эпикризных срока или с дисгармоничным развитием на 2 эпикризных срока; четвёртую составляли дети с задержкой развития на 3 эпикризных срока.

Результаты. Дети, получавшие искусственное вскармливание относились к первой группе ННР в 79,4% случаев, находящиеся на грудном вскармливании в 94,4%; находящиеся на искусственном вскармливании в 18,5% случаев относились ко второй группе ННР, а находящиеся на грудном вскармливании в 5,6% случаев. Детей третьей и четвёртой группы ННР, находящихся на искусственном вскармливании было 2,1%, а на грудном вскармливании их не было. Сравнительный анализ ННР детей, находящихся на грудном и искусственном вскармливании по линиям развития показал, что держать голову дети, находящиеся на грудном вскармливании стали в 1,1 месяц. Этот показатель у детей, находящихся на искусственном вскармливании составил 1,5 месяца. Переворачиваться со спины на живот дети, находящиеся на грудном вскармливании, стали в 4,1 месяца. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании переворачиваться со спины на живот стали в 4,4 месяца. Переворачивание с живота на спину дети, находящиеся на искусственном вскармливании стали делать в 5,1 месяц. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании переворачиваться с живота на спину стали в 5,2 месяца. Самостоятельно сидеть дети, находящиеся на грудном вскармливании стали в 6 месяцев. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании самостоятельно сидеть стали в 6,2 месяца. Ползать раньше начали дети, находящиеся на грудном вскармливании – в 6,9 месяцев, большинство (79%) из них начали это делать в 6,3 месяцев. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании стали ползать в 7,1 месяца, 16% из них – в 6,3 месяцев, 58% - в 7,2 месяца, 26% - в 7,3 месяцев. Дети, находящиеся на грудном вскармливании стали самостоятельно ходить в 11,7 месяца (18% – в 11,1 месяцев, 79% - в год, 3% - в 12,1 месяцев). Дети, находящиеся на искусственном вскармливании самостоятельно ходить начали в 12,8 месяцев (77% - в 12,5 месяцев, 13% - в 13,1 месяца). Анализ речевого развития показал, что произносить первые слова раньше (на 1,5 месяца) стали дети, находящиеся на грудном вскармливании, чем их сверстники, находящиеся на искусственном. Произносить первые слова дети, находящиеся на грудном вскармливании, стали в 8 месяцев, 20% детей стали в 7,5 месяцев, 59% - в 8 месяцев, 21% детей – в 8,5 месяцев. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании стали произносить первые слова в 9,5 месяцев, 26% из них – в 8,7 месяца, 68% - в 9,1 месяц, 6% - в 10,6 месяцев. К году количество произносимых слов было больше у детей, получавших грудное вскармливание, чем у их сверстников, находящихся на искусственном вскармливании.

Выводы. Установлено, что НПР детей, получающих грудное молоко, идёт более опережающими темпами по сравнению с их сверстниками, находящимися на искусственном вскармливании. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что грудное вскармливание является важным условием развития нервной системы детей и они развиваются лучше своих сверстников, которые находятся на искусственном питании.

Зайцева А.С., Ахмедова З.М.
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ляпунова Е.В.

Цель исследования: изучить особенности ФР детей в возрасте от 4 до 15 лет больных БА.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей (28 мальчиков и 22 девочки) с наличием БА (основная группа) и 60 детей (33 мальчика и 27 девочек), имевших 1 и 2-ю группу здоровья (контрольная группа). Базисное лечение ингаляционными кортикостероидами получали 40,8% детей с БА и не получали базисную терапию 53,6% в связи с хорошим контролем БА при легкой степени тяжести заболевания. Все дети были разделены на три возрастные группы: 4-6 лет, 7-10 лет и 11-15 лет. Антропометрия проводилась по стандартной методике. Всем детям измерялись масса тела, рост, окружности груди и головы, окружности плеча, бедра и голени. Для оценки данных использованы центильные таблицы и рассчитаны основные индексы ФР.

Результаты. Нами изучены основные показатели ФР у детей из контрольной группы для оценки и сравнения полученных данных с детьми из основной группы. У девочек контрольной группы все абсолютные параметры ФР были ниже, чем у мальчиков. При оценке массы тела детей основной группы установлено, что данный физический параметр достоверно выше в возрасте 11-15 лет как у мальчиков, так и у девочек по сравнению с контрольной группой (50,4+2,3 против 46,2+0,8 и 45,8+2,2 против 40,9+0,3 соответственно). Сравнительный анализ роста детей с БА показал, что длина тела мальчиков 7-10 лет и 11-15 лет достоверно ниже, чем у здоровых детей (117,6+1,8 против 125,8+0,2 и 125,4+2,2 против 150,2+0,4 соответственно). Такие же данные мы получили и у девочек в этих же возрастных группах. У дошкольников основной группы при сравнении всех параметров ФР с контрольной группой достоверных различий не выявлено. Большая часть детей основной и контрольной группы имели среднее гармоничное ФР (84,2%). При изучении частоты

нарушений ФР детей с БА в зависимости от возраста выявлено, что по мере увеличения возраста снижается доля детей с нормальным ФР. Дисгармоничное ФР наблюдалось у детей 7-10 лет и 11-15 лет (37,9% и 44,3% соответственно). Избыток массы тела диагностирован среди больных вдвое чаще, а максимальная его частота была отмечена у детей 11-15 лет. В контрольной группе структура нарушений ФР была однородной в различных возрастных подгруппах. Также соотношение роста и массы тела у детей с БА оценивалось с помощью индекса массы тела (ИМТ). В группе 4-6 лет более высокий ИМТ отмечен у девочек с БА (19,37 кг/м²). В группе 7-10 лет лидируют мальчики с БА (19,19 кг/м²). В следующем возрастном периоде (11-15 лет) ИМТ более высокий у подростков основной группы, как у мальчиков, так и у девочек по сравнению с контрольной группой. При оценке индекса Чулицкой установлено, что у детей обоих полов с возрастом данный показатель увеличивается в связи с нарастанием окружностей плеча, бедра и голени. Индекс Чулицкой у обследованных детей не зависит от пола, а в старшем возрасте он отстает только у девочек. Индекс Эрисмана показывает возрастные изменения в сторону увеличения в связи с наиболее интенсивным нарастанием окружности грудной клетки у детей дошкольного возраста. У детей старше 7 лет этот темп снижается в связи с относительным отставанием роста окружности груди от темпа роста в длину.

Выводы. По мере увеличения возраста, снижается доля детей с нормальным ФР, увеличивается число пациентов с избыточной массой тела и низким ростом. ФР может оцениваться с помощью основных индексов, которые позволяют обнаружить те или иные изменения в показателях антропометрии детей. А в сравнительной оценке с таким патологическим состоянием как БА, дает преимущество в определении состояния ФР.

Камалова А.А.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Кафедра госпитальной педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Курьязова Ш.М.

Цель исследования: изучить соотношение групп здоровья и структуру патологии школьников г. Ташкента.

Материалы и методы. Изучение и анализ медицинских карт и частоты посещаемости детей и подростков поликлиники №8 г. Ташкента. Для обследования детей применялись следующие методы: клиничко-anamнестический, оценка внешних малых аномалий развития,

опрос родителей, анализ данных первичных медицинских документов. У подростков проведена оценка физического развития как основного критерия состояния здоровья и индикатора благополучия.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были проанализированы карты профилактических осмотров 283 детей. Группы формировались по возрастному принципу и соответствовали декретированным срокам проведения углубленных профилактических медицинских осмотров. Группа детей 6–7 лет составила 33%, 10–11 лет – 29%, 16–17 лет – 38%. Анамнез по опроснику родителей включал сведения о состоянии развития ребенка в различные периоды онтогенеза. Максимальное количество (64,49%) подростков входят в группу высокого риска по отягощенности в анамнезе. В отягощенности анамнеза выявляются четко половые отличия: мальчики достоверно чаще, чем девочки имеют несколько факторов риска в 3-4 и 5-6 периодах онтогенеза (66,49% и 63,33%, а также 12,04% и 11,52% соответственно). Причинами отягощения анамнеза наиболее часто являются: неблагоприятная наследственность, заболевания родителей (87,32%), перенесенные заболевания в различные периоды онтогенеза (86,7%), нарушения питания (63,5%), функциональные отклонения в состоянии здоровья (61,23%), нарушения течения периодов адаптации (43,91%). На диспансерном учете состояло 22% детей. Анализ распределения по группам здоровья показал: I группа составила 22,3%, II – 49,1%, III – 27,6%, IV – 1%. Рассматривая полученные данные в возрастном аспекте, было выявлено – показатели в возрастных группах детей 6–7 лет и 10–11 лет по отношению к группам здоровья. Были сопоставимы (I группа – 26,5 и 25,8%, II – 49,5 и 45,1%, III – 24 и 26,8% соответственно). Питание детей и подростков характеризуется, как нерегулярное (в среднем $2,75 \pm 0,9$ % раз в день), наибольший объем приходится у большинства ($72,1 \pm 3,3\%$) подростков на обед, у $24,45 \pm 3,02\%$ на ужин, у $3,35 \pm 1,43\%$ на завтрак. Во всех возрастных группах в структуре патологии наибольший удельный вес имеют: заболевания костно-мышечной системы – 28,57%, органа зрения – 17,14% и ЛОР-органов – 12%. Заболевания органов были представлены в данном соотношении: дыхания (10,12%), нервной (9,61%), мочевыводящей (8,83%), эндокринной (7,01%), сердечно-сосудистой (3,37%) систем, желудочно-кишечного тракта (2,87%). Нарушение питания было выявлено у детей 2 и 3 группы которое отразилось на их физическом развитии. Дети 3 группы со сниженными функциональными и адаптационными возможностями и с хроническими заболеваниями на много отстают в физическом развитии 68,4% от показателей развития других групп. Отставания физического развития у детей дошкольного возраста отражается в основном в дефиците массы тела и в избытке массы тела, низкорослости

Выводы. Таким образом, распределение по группам здоровья показало сопоставимые результаты у детей 6–7 и 10–11 лет. Тогда как в группе 16–17-летних в 2 раза в сравнении с младшими школьниками уменьшается число здоровых детей и увеличивается количество учащихся II и III группы здоровья – более трети имеют хроническую патологию и 53,2% – различные функциональные отклонения. Преобладающими в структуре заболеваний детского возраста являются заболевания костно-мышечной системы, органа зрения и ЛОР-органов. Дети 3 группы со сниженными функциональными и адаптационными возможностями и с хроническими заболеваниями на много отстают в физическом развитии 68,4% от показателей развития других групп.

Коваленко Н.С.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКОВ

Кубанский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: д.м.н., доцент Бурлуцкая А.В.

Цель исследования. Проанализировать тактику ведения больных с синдромом АГ в кардиоревматологическом отделении детской краевой клинической больницы.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование качества ведения больных с синдромом АГ по данным историй болезни за период январь-декабрь 2018 года. Исследовано 102 истории болезни, из них мальчиков было 81, девочек – 21. По возрасту больные распределялись следующим образом: 7-11 лет – 7, 12-16 лет – 28, 17-18 лет – 67 детей.

Результаты. Количество детей с синдромом АГ составляет 53% от всех больных. Впервые АГ была диагностирована у 21 (20,7%), длительность течения заболевания 1 год имели 26 (25,9%), 2-3 года – 39 (37,9%), более 4 лет – 16 (15,5%) детей. Регулярно обследовались и получали постоянную терапию 73% больных. Лабильная АГ установлена у 41 (41,4%), первичная АГ – 54 (53,4%) детей. Вторичная АГ диагностирована у 7 человек (5,2%), из них 5 – вазоренальная и 2 – паренхиматозная. Сопутствующим диагнозом в большинстве случаев (53,4%) было ожирение. Диспитуитаризм встречался у 18 человек (17,2%), пролапс митрального клапана – 10 (10,3%), врожденная аномалия почек – 10 (10,3%). Суточное мониторирование АД показало, что у 94% больных была выявлена устойчивая систоло-диастолическая АГ. При ЭхоКГ у 19 подростков (18,9%) обнаружены пролапс митрального и трикуспидального клапанов, стеноз клапана легочной артерии. У 12 больных диагностирована гипертрофия левого желудочка. В биохимическом анализе крови подростков отмечается повышение общего холестерина у 40 (39,7%), холестерина липопротеинов у 8 (7,5%), триглицеридов у 10

(10,3%), снижение холестерина липопротеинов высокой плотности у 8 (8%). Больные получали препараты, улучшающие центральную гемодинамику, ноотропы. Для снижения АД использовалась комбинированная терапия – ингибитор АПФ, диуретик, В-адреноблокатор.

Выводы. Преобладающее количество больных находилось в подростковом возрасте. В большинстве случаев имела место первичная, лабильная АГ. Все больные получали современную терапию.

Коробкина О.Г.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кубанский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: д.м.н., доцент Бурлуцкая А.В.,

к.м.н., доцент Статова А.В.

Цель работы. Изучить качество жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Детская Краевая Клиническая Больница» МЗ КК. Обследовано 60 пациентов эндокринологического отделения больных СД 1 типа длительностью заболевания 1 год и более в возрасте 11-17 лет, из них 30 мальчиков, средний возраст составил 13,1 и 30 девочек, средний возраст которых составил 13,2. В ходе исследования применялся метод анкетирования с использованием опросника Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по оценке качества жизни – «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни WHOQOL-BREF» (The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) –BREF). Оценивались результаты 4 сфер -физическое здоровье, физиологическое здоровье, социальные взаимоотношения, окружающая среда.

Результаты. Снижение общего уровня качества жизни (средний и низкий показатель) отмечался у 93,33% обследованных (53,33% мальчиков и 40% девочек). Далее определены различные сферы качества жизни. Физическое здоровье оценено на основании следующих данных: физическая боль, дискомфорт, жизненная активность, энергия, усталость, сон и отдых. Высокий показатель физического здоровья выявлен всего у 6,2% больных с СД 1 типа, при этом показатель отмечался только у мальчиков. Большая часть исследованных отметила средний показатель физического здоровья – 93,8%. Пациентов с низким показателем – не выявлено. Психологическое здоровье включает: положительные и отрицательные эмоции, мышление, обучаемость, память, концентрацию и самооценку. Высокий уровень психологического здоровья отмечен у 6,2% обследованных, средний– у 93,8%, с низким показателем больных не было.

Социальные взаимоотношения – это личностные отношения, практическая социальная поддержка и взаимоотношения с противоположным полом. Высокий показатель социального взаимоотношения наблюдался у 30% обследованных, средний – у 70%, пациентов с низким показателем не выявлено. Окружающая среда включает: физическую безопасность и защищенность, окружающую среду дома, финансовые ресурсы, доступность и качество медицинской и социальной помощи, возможность отдыха и развлечений, транспорт. Высокий показатель окружающей среды отмечался у 13,33% обследованных, у большинства пациентов 86,67% наблюдался средний показатель, больных с низким показателем не было выявлено.

Выводы. Средний уровень качества жизни отмечался у 93,33% больных с сахарным диабетом 1 типа. Преимущественно страдает физическая и психологическая сфера по данным анкетирования.

Коробкина О.Г., Кубина В.А.
УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА
ЖИЗНИ С ПАРАТРОФИЕЙ

Кубанский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: д.м.н., доцент Бурлуцкая А.В.,

к.м.н., доцент Статова А.В.

Цель работы. Оценить уровень физического развития у детей первого года жизни с паратрофиями.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ ДГП № 7 города Краснодара. В исследовательскую группу вошли 64 ребенка первого года жизни, у которых к 12 месяцам жизни была выявлена паратрофия. Из истории развития ребенка (форма 112/у) были взяты данные из обменной карты новорожденного, данные ежемесячных диспансерных осмотров детей, параклинические показатели.

Результаты. Из 64 детей с паратрофией было 42 (66,6%) мальчика и 22 (34,4%) девочки. Большинство имели 1 степень паратрофии – 45 детей (70,3%). Со 2-ой степенью было 19 детей (29,7%), с 3-ей - не зарегистрировано. Первая степень паратрофии преобладала у девочек по сравнению с мальчиками (66,7% и 77,3% соответственно); вторая – у мальчиков (33,3% и 22,7% соответственно). Большинство родились с нормальным ростом и весом - 44 ребёнка (68,7%), недоношенными - 8 детей (12,5%). Диагноз «крупный плод» при рождении был у 12 детей (18,8%). Из них 59,4% детей находились на естественном вскармливании, 23,4% на смешанном и 17,2% на искусственном. За 6 месяцев средняя прибавка массы тела составила 5860г (у мальчиков – 5980г, у девочек – 5710г), что в 1,3 раза больше возрастных норм. В то время как показатели

прибавки длины тела практически соответствовали средним темпам и составили 16,9см (у мальчиков – 17,1см, у девочек – 16,6см). В 12 месяцев 24 ребёнка (37,5%) имели среднее физическое развитие. Высокое физическое развитие наблюдалось у 8 детей (12,5%), а очень высокое - у 32 детей (50%). Таким образом, большинство детей к 12 месяцам имели очень высокое дисгармоничное развитие с избытком массы тела.

Выводы. Выявлено, что паратрофия чаще встречается у мальчиков. Большинство детей рождены с нормальными показателями роста и веса. Но к полугоду масса тела превышала норму и соответствовала годовалому возрасту. Важно повышать грамотность родителей в отношении рационального питания детей первого года жизни.

Муталибова А.Н.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПАРАТРОФИЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н. Пономарева О.В.

Цель работы. Оценить уровень физического развития у детей первого года жизни с паратрофией.

Материал и методы. В исследование, проведенное на базе детской поликлиники Детского клинического консультативно-диагностического центра г. Кирова, было включено 84 пациента первого года жизни, у которых к 12 месяцам жизни была выявлена паратрофия. Мальчиков было 61,9% (n=52), девочек – 38,1% (n=32). Из амбулаторных карт пациентов (форма 112/у) были взяты данные из обменной карты новорожденного, а также данные ежемесячно проводимых участковым педиатром диспансерных осмотров детей.

Результаты. Большинство пациентов родились с нормальными показателями роста и веса – 57 детей (67,9%), 10 больных (11,9%) были рождены раньше срока. Диагноз «Крупный для срока гестации плод» при рождении был установлен у 17 детей (20,2%). На грудном вскармливании находились 59,2% пациентов, 24,6% детей получали смешанное и 16,2% - искусственное вскармливание; прикормы вводились своевременно (в возрасте 4-6 мес). Большинство обследованных пациентов имели 1-ю степень паратрофии – 60 детей (71,4%), со 2-ой степенью было 24 ребёнка (28,6%), с 3-й – не зарегистрировано ни одного больного. Первая степень паратрофии преобладала у девочек (78,2% и 67,4% соответственно), вторая – у мальчиков (32,6% и 21,8% соответственно). За первые 6 месяцев жизни средняя прибавка массы тела составила 5845 г. (у мальчиков – 5970 г., у девочек – 5720 г.), что в 1,4 раза больше имеющихся возрастных норм. При этом показатели прибавки длины тела практически полностью

соответствовали средним темпам и составили 16,8 см (у мальчиков – 17,1 см, у девочек – 16,5 см). К 12 мес 32 пациента (38,1%) имели среднее физическое развитие, высокое физическое развитие было отмечено у 11 детей (13,1%), а очень высокое – у 41 ребенка (48,8%).

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что большинство обследованных детей к концу первого года жизни имели очень высокое дисгармоничное развитие с избытком массы тела. При этом большинство пациентов были рождены с нормальными показателями роста и веса, но к 6 месяцам масса тела обследованных детей уже превышала возрастную норму и соответствовала годовалому возрасту. Поэтому для профилактики паратрофии у детей первого года жизни требуется более активное участие участковых педиатров и медицинских сестер в повышении уровня грамотности родителей в отношении рационального питания ребенка первого года жизни.

Назарова М.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ВЫЯВЛЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Беляков В.А.

Цель. Изучение показателей регуляции сердечного ритма в выявлении адаптационных нарушений у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось у 75 детей раннего возраста. Дети были распределены на следующие группы: I - с удовлетворительной адаптацией к условиям окружающей среды, достаточными функциональными возможностями организма (индекс напряжения (ИН) = 50 - 90 у.е.); II - с состоянием напряжения адаптационных механизмов, сниженными функциональными возможностями организма (ИН = 90 - 160 у.е.); III - с неудовлетворительным состоянием адаптационных механизмов, истощением функциональных возможностей организма (ИН > 160 у.е.).

Результаты. Значительное количество детей (72 %) имели нарушения адаптации, которые в 21,6 % случаев выражались в ее напряжении, а в 50,4 % случаев – в неудовлетворительном состоянии. Зависимости уровня адаптации детей от пола не выявлено. С возрастом происходило уменьшение количества детей с удовлетворительной адаптацией с 33 % до 24 %, и, что особенно следует подчеркнуть, среди детей 2 – 3 лет значительно возросло (до 58,2 %) число детей с неудовлетворительной адаптацией. При анализе показателя M_0 , характеризующего активность гуморального канала регуляции ритма сердца установлено, что у детей раннего возраста он колебался от 425 до 725 мсек. ($525,8 \pm 67,6$). При

анализе показателя моды (Mo) установлено, что по мере ухудшения адаптации он достоверно уменьшался у детей 2 – 3 лет. При анализе показателя амплитуды моды (АМо) у детей раннего возраста он колебался в пределах от 21 до 94 %, при средних значениях $47,4 \pm 16,4$ %. У детей до 2 лет он был ниже, чем у детей более старшего возраста. Отличий показателя АМо в зависимости от пола не установлено. С ухудшением адаптационных возможностей он повышался. С возрастом происходило снижение значений сигмы. Вариационный размах (ВР) с возрастом уменьшался. Зависимость показателя ВР от степени адаптации аналогична зависимости сигмы. При анализе напряжения сердечного ритма (НСР) установлено, что его значения значительно увеличивались у детей с неудовлетворительной. При анализе вегетативного показателя ритма (ВПР) отмечалось его достоверное увеличение в 2 раза при неудовлетворительной адаптации. Значительное (72 %) количество детей раннего возраста имеют нарушения адаптации, которые могут расцениваться как пограничные состояния здоровья. Нарушения адаптации в раннем детском возрасте в подавляющем большинстве (92,6 %) случаев сопровождаются клиническими проявлениями вегетативной дисфункции.

Выводы. Выявлено, что Напряжение адаптации характеризуется достоверным увеличением амплитуды моды, индекса напряжения, снижением сигмы и вариационного размаха, а неудовлетворительная адаптация – достоверным увеличением частоты сердечных сокращений, амплитуды моды, напряжения сердечного ритма, индекса напряжения, снижением сигмы, дисперсии и вариационного размаха.

Нормурадова М.О.
ДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Кафедра 2-Госпитальная педиатрия
Научный руководитель: ассистент Илхомова Х.А.

Актуальность. Эпидемиологические исследования, проводимые в последние годы, свидетельствуют о существенном изменении структуры питания современного человека. Снижение энергозатрат привело к недостаточному поступлению с пищей эссенциальных пищевых веществ, особенно микронутриентов. В настоящее время одним из приоритетных направлений в медицине и особенно в педиатрии, является организация профилактических мероприятий по предупреждению риска развития заболеваний, формированию здорового образа жизни, в котором вопросы вскармливания и питания занимают важное место. Известно, что питание детей различных возрастных групп требует индивидуального подхода, прежде всего — в раннем возрасте.

Цель исследования. Изучение распространённости дефицитных состояний от вида вскармливания.

Материалы и методы. Нами было изучено 90 медицинских карт и анкетирование матерей. Возраст детей от 2 месяцев до 5 лет. Дети на тот момент находились на стационарном лечении в клиники ТашПМИ. Исследование осуществлялось в два этапа. На первом этапе была проведена оценка пищевого статуса детей, которая включала в себя оценку фактического питания, оценку физического развития и выявление клинических симптомов дефицита нутриентов.

Результаты и обсуждения. По результатам установлено, что 55(61%) девочек и 35 (39%) мальчиков. Анализ среднесуточного набора продуктов питания детей показал, что дети регулярно недополучают основные продукты питания: мясо, молоко и молочные продукты, сливочное и растительное масло. Снижено поступление с рационом овощей и свежих фруктов. Дефицит большинства основных продуктов питания, сочетался с избыточным употреблением в пищу круп, макаронных и кондитерских изделий. В ходе дальнейшего исследования было выявлено что, дети рожденные от первой беременности 25% и от второй беременности, но первые роды 36 %, второго рода и второй беременности 39%. Хронические заболевания почек у матерей составило 35%, заболевания сердца и сосудов 15%, заболевания ЖКТ 15%, гестозы первой половины беременности 66%, второго половина беременности гестозы составило 34%. Доношенными родились 52%, недоношенными 25%, доношенные, но маловесные 23%детей. 45 % детей находились на грудном вскармливании, 35% детей на искусственном вскармливании, 20% на смешанном вскармливании. Дети находящие на искусственном вскармливании наблюдалось больше алиментарно-зависимые состояния, как рахит 36%, Нарушение Питания белково-энергетическая недостаточность(БЭН) -1-2СО наблюдалось 19% , Нарушения Питания БЭН +1,+2 СО у 15 %, функциональные расстройства кишечника диагностируются в 1,3 раза, а анемия — в 2,7 раза чаще у детей на искусственном вскармливании. На первом году жизни большинство детей имели II (27,6%) и III (39,7%) группы здоровья. К 3 годам увеличивается доля детей с IV и V группами (14,7 и 22,1%, соответственно). По данным одномоментного измерения массы и длины тела все дети были разделены на подгруппы в зависимости от соответствия массы тела, длины тела, а так же соотношения массы и длины тела возрастным нормативам. По результатам оценки 52,4 % детей имела средние показатели длины тела. Сниженные и низкие показатели длины тела зарегистрированы у 14,7 % , а повышенные и высокие – у 32,9 % детей. Показатели массы тела соответствовали возрастным нормативам у 53,3 % детей. Сниженное или низкое значение массы тела по сравнению с возрастными нормативами было

зарегистрировано у 13,8%, а повышенная или высокая масса тела – у 25,3 % детей. Морфофункциональный статус чаще определялся как дисгармоничный и резко дисгармоничный за счет дефицита массы тела.

Выводы. Проведенные нами исследования показали, что распространенность дефицитных состояний чаще встречалось у детей находящихся на искусственном вскармливании, как рахит, нарушения питания БЭН, функциональные расстройства кишечника выше в 1,3 раза, а анемия встречается чаще в 1,7 раза чем у детей на смешанном вскармливании (у 50,9 и 30,4%, соответственно). Высокая напряженность обменных процессов, функциональная незрелость ряда органов и систем у детей способствуют высокой чувствительности детского организма к дефициту микронутриентов, который, зависит во многом от вида вскармливания в свою очередь, приводит к развитию неблагоприятных фоновых состояний, способствующих раннему возникновению хронических заболеваний.

Останина А.А., Стяжкина М.Е.

АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ И ПОЛНОТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВАКЦИНАМИ АКДС И ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Суетина И.Г.

Цель: проанализировать уровень вакцинации против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита у детей в возрасте до 3 лет на территории Кировской области.

Материалы и методы: ретроспективно была исследована 641 карта (322 мальчика и 318 девочек) детей 2016-2018 г.р, из которых 221 ребенок 2016 г.р, 203 ребенка 2017 г.р, 216 детей 2018 г.р в семи детских поликлиниках города Кирова. Во время сбора данных была зафиксирована следующая информация: пол, возраст, дата проведения вакцинации, причины сдвига сроков вакцинации.

Результаты. Первую дозу вакцины против коклюша, дифтерии, столбняка (КДС) получили 92% ребенка 2016 года рождения, 94% - 2017 г.р и 98% детей 2018 г.р. Вторую дозу получили 84% ребенка 2016 года рождения, 89% - 2017 г.р и 95% детей 2018 г.р. 72% детей 2016 г.р., 75% - 2017 г.р и 93% - 2018 г.р получили третью дозу вакцины. В тоже время в 2018 году первая вакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка в регламентированные национальным календарем сроки проведена значительно большему количеству детей. Так, только 62% детей 2016 г.р были привиты в установленный срок, в то время, как к тому же сроку были вакцинированы 70% детей 2018 г.р Охват вакцинацией против

полиомиелита находится на высоком уровне. Первую дозу вакцины против полиомиелита получили 94% ребенка 2016 года рождения, 94% - 2017 г.р и 98% детей 2018 г.р. Вторую дозу получили 85% ребенка 2016 года рождения, 91% - 2017 г.р и 95% детей 2018 г.р. 78% детей 2016 г.р., 77% - 2017 г.р и 91% - 2018 г.р получили третью дозу вакцины.

Выводы. Улучшилась своевременность исполнения первичного курса вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка с 72% до 93%. В 2018 году, значимо большее количество детей получило первую дозу вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка в регламентированном НКПП возрасте. Охват иммунизацией против полиомиелита на протяжении всего анализируемого периода сохраняет высокий уровень. Можно предположить, что увеличение количества вакцинированных в календарные сроки детей 2018 года рождения связано с использованием комбинированной вакцины Пентаксим, производство которой размещено в Кировской области.

Расулова Н.А., Расулов А.С., Ахмедова М.М.

СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА С УРОВНЕМ 25(ОН)D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Самаркандский медицинский институт

Кафедра педиатрии факультета последипломного образования

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шарипов Р.Х.

Цель работы: изучить влияние факторов риска развития рахита у детей 1-го года жизни при контроле уровня 25(ОН)D₃ в сыворотке крови.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 166 (35,6%), до 12 месяцев - 204 (43,7%), до 3-х месяцев - 96 (20,6%). Отмечено преобладание мальчиков – 258 детей (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3). Было проведено анкетирование у матерей, и вопросник включал такие темы как этнический фон, история болезни, обеспеченность солнечным светом, развитие ребенка и беременность. Определение 25(ОН)D₃ в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре -200С. Дети с 25(ОН)D₃ менее 30 ммоль/л рассматривались как имеющийся биохимический дефицит. Для вычисления факторов риска использовали критерий χ^2 для таблиц сопряженности с поправкой Йетса на непрерывность (степень свободы в каждом из случаев равна $v=1$).

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от уровня 25(ОН)D3 в сыворотке крови все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1 группа – дети с нормальным уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови; 2 группа – дети с пониженным уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови. В 1 группу вошли 84 (18,7%) ребенка, во 2 группу – 365 (81,2%). Патологическое течение беременности было выявлено у 73,4% обследованных матерей. Токсикозы 1-й половины беременности отмечены у 11,4%, угроза прерывания – у 1,1%, нефропатии – у 1,5% женщин. У 47,9% течение родов было патологическим. В основном это проявлялось ранним отхождением вод (4,7%), оперативными вмешательствами (3,2%). Рахит выявлен у 28,9% детей, последствия перинатального поражения нервной системы - 16,2%, гипотрофия – 4,8%, паратрофия – 0,6%, ОРВИ – 51,2%, клинически железодефицитная анемия легкой степени выявлялась у 25,8% обследованных детей. Для определения значимости каждого фактора нами были проанализированы значения χ^2 . У матерей, детей с клиническими признаками рахита были следующие: отсутствие приема витамина D в период беременности – 40,059 ($P<0,0001$), несбалансированное питание в период беременности – 10,064 ($P<0,002$), железодефицитная анемия у матери во время беременности – 4,096 ($P<0,043$) и возраст матери при 1 беременности (до 20 лет) – 0,418 ($P<0,518$). Со стороны ребенка: низкий уровень 25(ОН)D3 в сыворотке крови – 13,217 ($P<0,0001$), низкий уровень фосфора в крови – 13,150 ($P<0,0001$), недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 мин) – 9,395 ($P<0,002$), перинатальные факторы – 8,516 ($P<0,004$), железодефицитная анемия у ребенка – 7,083 ($P<0,008$), время рождения ребенка (осенне-зимний период) – 5,14 ($P<0,025$), низкий уровень кальция в крови – 4,960 ($P<0,026$) и отсутствие профилактики рахита витамином D на 1-ом году жизни – 4,334 ($P<0,037$). Для глубокого анализа роли, различных факторов риска развития латентного дефицита витамина D, дети в зависимости от уровня 25(ОН)D3 в сыворотке крови были разделены на 2 группы: 1 группа – дети с нормальным уровнем 22,7% ($n=106$); 2 группа – дети с пониженным уровнем 77,2% ($n=360$). Основными причинами развития рахита со стороны ребенка на первом месте с низким уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови выходят отсутствие приема витамина D на первом году жизни – 73,6% (при нормальном уровне – 52,8%), перенесенные ОРВИ у ребенка – 45,5% (при нормальном уровне - 62,2%), недостаточное пребывание на свежем воздухе (до 20 минут) – 36,3% (при нормальном - 46,2%). Из факторов риска со стороны матери на первый план можно вынести отсутствие приема витамина D во время беременности при низком уровне – 84,1% (при нормальном – 88,6%), железодефицитная анемия во время беременности – 56,1% (при нормальном – 82%), несбалансированное питание во время беременности – 53,3% (при нормальном – 78,3%). При сопоставлении показателей с

нормальным и со сниженным уровнем 25(OH)D3 в сыворотке крови мы использовали критерий оценок долей. Достоверность определялась с помощью таблицы критических значений критерий Стьюдента. Из указанных факторов риска со стороны матери определены 4 значимых факторов: железодефицитная анемия во время беременности $Z=3,12$ $P<0,002$; осложненные роды $Z=1,46$ $P<0,2$; домохозяйка $Z=1,2$ $P<0,5$; токсикозы у матери во время беременности $Z=1,8$ $P<0,1$. Со стороны ребенка определены 6 значимых факторов риска: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни $Z=6,9$ $P<0,00001$; ОРВИ у ребенка $Z=1,5$ $P<0,02$; время рождения (осеннее-зимний период) $Z=1,6$ $P<0,2$; недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день) $Z=1,5$ $P<0,2$; железодефицитная анемия у ребенка $Z=16$ $P<0,01$. из указанных факторов риска со стороны ребенка с помощью статистических технологий определены наиболее значимые факторы: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни $P<0,00001$; железодефицитная анемия у ребенка $P<0,01$.

Выводы. Установлено, что из большого числа факторов риска наибольшее значение имеют такие факторы как отсутствие специфической профилактики, недостаточное пребывание на свежем воздухе, осенне-зимний период рождения ребенка, недоношенность, железодефицитная анемия. Низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови является основным фактором риска развития рахита, что может быть прогностическим критерием.

Расулова Н.А., Расулов А.С., Ирбутаева Л.Т.
ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ
ЛИПИДОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский институт
Кафедра педиатрии факультета последипломного образования
Научный руководитель: д.м.н., доцент Шарипов Р.Х.

Цель исследования: изучение процессов липидной пероксидации у здоровых детей в возрастном аспекте.

Материал и методы исследования. Обследования были проведены у 45 здоровых детей в возрасте от 3 до 14 лет. Среди них девочек было 21, мальчиков – 24. Для выяснения особенностей ПОЛ в возрастной динамике, дети были распределены на 3 группы: 1 группа – от 3 до 6 лет, 2 группа – от 7 до 11 лет, 3 группа – 12-14 лет. Интенсивность процессов ПОЛ в эритроцитах оценивали путем определения степени механического (МГ) и перекисного гемолиза (ПГ) эритроцитов, прироста гемолиза за время инкубации *in vitro*, содержания малонового диальдегида до и после инкубации и его соотношения к перекисному гемолизу (МДА/ПГ), содержания связанного малонового диальдегида, интенсивности

деградации малонового диальдегида (деградация МДА/содержание МДА). Используемые нами методики доступны, требуют минимального объема крови (0,5 мл) и просты в техническом исполнении.

Результаты исследования. Анализ результатов проведенных исследований показал наличие существенных различий показателей ПОЛ в изученных группах. Так, гемолиз у детей 1 группы равен $4,32 \pm 0,35$ и с возрастом меняется, повышаясь в возрасте 7-11 лет (p менее 0,02), возвращается к исходному уровню в возрасте 12-14 лет. По-видимому, повышение МГ в возрасте 7-11 лет в определенной степени характеризует особенности структуры клеточных мембран, связанные с активацией функции многих органов и систем в этом возрасте. ПГ эритроцитов у здоровых детей существенно не меняется, хотя и имеется тенденция к снижению во 2 группе. Известно, что ПГ указывает на интенсивность метаболических процессов в клетке и обычно несколько выше, чем МГ. Нами установлено, что усиление гемолиза отмечается в 1 и 3 группах детей. Наименьшее содержание МДА до инкубации отмечалось у детей 1 группы ($0,75 \pm 0,1$ нмоль/ 10^6 эритроцитов). Во 2 группе данный показатель значительно повышается (p менее 0,001) и сохраняется на высоком уровне у детей старше 12 лет. Наоборот, содержание МДА после инкубации с возрастом достоверно снижается, образуя, так называемые, “ножницы” с показателями МДА до инкубации. Соотношение МДА к гемолизу указывает на способность клетки противостоять токсическому действию МДА и косвенно характеризует структурные изменения мембран. Отмечены изменения соотношения МДА/гемолиз до инкубации в возрастном аспекте, имеющие выраженную тенденцию к росту, особенно у детей 2 группы (p менее 0,01). Соотношение МДА/гемолиз после инкубации также резко повышается (p менее 0,01) у детей 2 группы и в 3 группе до уровня показателей у детей 3-6 лет. Определение степени деградации МДА позволяет судить о регуляции процессов ПОЛ, причем причиной увеличения содержания МДА может быть не только повышение скорости ПОЛ, но и снижение интенсивности деградации МДА. Наши исследования показали, что интенсивность деградации МДА у здоровых детей находится в прямой зависимости от возраста.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что интенсивность процессов липидной перекисидации у детей имеет возрастные особенности. Показатели ПОЛ, особенно содержание МДА до и после инкубации, соотношение МДА/гемолиз до и после инкубации, а также интенсивность деградации МДА имеют своеобразные изменения, связанные с возрастом. Знание выявленных закономерностей может служить контролем для определения нарушений ПОЛ и основой для изучения и оценки состояния процессов ПОЛ у детей при различных заболеваниях.

Расулова Н.А., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИБРАЛА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ
ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Самаркандский Государственный Медицинский институт
Кафедра педиатрии факультета последипломного образования
Научный руководитель: д.м.н., доцент Шарипов Р.Х.

Целью работы явилось обоснование терапии оксибралом грудных детей с перинатальными повреждениями центральной нервной системы путем учета изменений процессов перекисного окисления липидов.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты клиничко-биохимических исследований у 70 детей первого года жизни. Основную группу составили 44 ребенка грудного возраста с перинатальными повреждениями ЦНС. В контрольную группу вошли 26 детей с ПЭП, которым апробированный нами препарат не назначался. Мы также изучили состояние процессов ПОЛ у 20 здоровых детей. Состояние липидной пероксидации в эритроцитах оценивали по следующим показателям: степень гемолиза эритроцитов до и после инкубации, содержание МДА в эритроцитах, коэффициент МДА\гемолиз после инкубации, интенсивность деградации МДА в эритроцитах. Дети с перинатальными повреждениями ЦНС родились у матерей, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, носоглотки, почек, органов пищеварения, гениталий. Осложненное течение беременности наблюдалось у всех матерей детей с ПЭП. Все дети родились у матерей с осложненным течением родового акта. В неврологическом статусе у 42,8% детей отмечался гипертензионно-гидроцефальный синдром, вегето-висцеральных дисфункций - у 38,5%, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – у 11,4%, синдром задержки психомоторного развития - у 7,1% детей. В отделении детям контрольной группы проводилась комплексная терапия: использовались препараты, улучшающие мозговое кровообращение (винпоцетин), пирацетам, проводили посиндромную терапию. Также проводилась коррекция расстройств, вызванных фоновыми заболеваниями.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты исследований показали, что у детей с перинатальными повреждениями ЦНС выявлены значительные нарушения в процессах ПОЛ, которые характеризовались как снижение, а в некоторых случаях их разбалансировку. Об этом свидетельствовали достоверное повышение содержания МДА до и после инкубации, соотношения МДА\гемолиз после инкубации, повышение гемолиза эритроцитов после инкубации, снижение процента прироста гемолиза по сравнению с данными у здоровых детей. У детей контрольной группы на фоне общепринятого лечения гемолиз

эритроцитов до и после инкубации имеет тенденцию к снижению по сравнению с данными до лечения, однако нормализации не происходит. Процент прироста гемолиза эритроцитов у детей данной группы был значительно снижен по сравнению со здоровыми детьми. Содержание МДА до и после инкубации оставались на высоких цифрах. Соотношение МДА\гемолиз после инкубации было выше, а интенсивность деградации МДА достоверно повышалась по сравнению с первоначальными данными. Наличие изменений в процессах ПОЛ у детей с перинатальными повреждениями ЦНС диктует необходимость включения в комплекс лечения новых препаратов, действие которых более эффективно. Нами был использован оксибрал. В связи с тем, что оксибрал детям грудного возраста назначался нами впервые, возникла необходимость научного обоснования применения этого препарата, подбор дозы и длительности курса лечения на основании изучения влияния на состояние ПОЛ в эритроцитах. Для определения дозы и длительности курса лечения первоначально оксибрал назначали по 7,5 мг\сут. Полная нормализация показателей у большинства детей наблюдалась в период между 7 и 10 днями. Наиболее эффективным оказалось лечение оксибромом при применении его в течении 10 дней. Для объективной оценки лечебного эффекта оксибрала сравнивались результаты показателей ПОЛ с соответствующими данными у детей контрольной группы. 0,03% соответственно). Процент прироста гемолиза у детей основной группы не отличался от данных здоровых детей и был значительно выше, чем в контрольной группе (99,7% и 64% соответственно). $\pm 0,16\%$, и $2,3 \pm 0,12\%$ соответственно). Оксибрал способствовал нормализации гемолиза эритроцитов после инкубации ($2,37 \pm 0,05\%$ и $1,17 \pm$ Гемолиз эритроцитов до инкубации у детей основной группы не отличался от данных, полученных у здоровых детей и был достоверно ниже, чем в контроле ($1,4 \cdot 10^6$ нмоль\10⁶ эритроцитов соответственно). $\pm 0,18$ нмоль\10⁶ эритроцитов и $2,0 \pm 0,03$ нмоль\10⁶ эритроцитов). Оксибрал способствовал достоверному снижению содержания МДА после инкубации до нормы, тогда как у детей контрольной группы этот показатель был значительно выше ($1,6 \pm 0,04$ нмоль\10⁶ эритроцитов, против $3,3 \pm$ Содержание МДА до инкубации у детей основной группы достоверно снизилось по сравнению с исходными данными ($2,7 \cdot 10^1$ соответственно). $\pm 0,07$ и $0,5 \pm 0,2$, $1,0 \pm$ Соотношение МДА\гемолиз после инкубации при получении оксибрала не отличалось от данных контрольной группы и было достоверно выше нормальных величин (0,9 Клиническая симптоматика также имела выраженную положительную динамику: дети становились спокойными, активными, нормализовался сон. Внутрочерепное давление на фоне применения оксибрала снижалось значительно быстрее (за 7-10 дней, против 10-15 дней в контрольной группе). Пульс и дыхание становились ритмичными, стабилизировалась деятельность желудочно-кишечного тракта, дети стали

прибавлять в весе. Дети стали активно интересоваться окружающим, стала проявляться тенденция к развитию моторных навыков. В целом, выраженный клинический эффект отмечался на 6-10 день терапии. Таким образом, исследования показали, что назначение детям с перинатальными повреждениями ЦНС оксибрала, наряду с нормализацией показателей ПОЛ способствует более быстрому улучшению неврологической симптоматики. Возможность коррекции оксибралом неврологических нарушений открывает перспективу реабилитации и способствует значительному сокращению процента детей с остаточными явлениями перинатальных повреждений ЦНС.

Выводы 1. У здоровых детей грудного возраста активность процессов ПОЛ имеет свои особенности и может служить контролем для диагностики нарушений и оценки эффективности лечения патологических состояний. 2. У детей с перинатальными повреждениями ЦНС процессы перекисного окисления липидов характеризуются как повышенной, так и пониженной активностью, что требует назначения корректирующей терапии. 3. Общепринятое лечение детей с ПЭП не нормализует многие показатели ПОЛ. Включение же в комплекс лечения оксибрала в дозе 7,5 мг\сут в течение 10 дней способствует достижению значений, свойственных здоровым детям, большинства из этих показателей. 4. Лечение оксибралом детей, страдающих ПЭП наряду с нормализацией биохимических показателей способствует улучшению клинических параметров и сокращением длительности пребывания в стационаре.

Расулов А.С., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Самаркандский Государственный Медицинский институт
Кафедра педиатрии факультета последипломного образования
Научный руководитель: д.м.н., доцент Шарипов Р.Х.

Цель исследования: изучение влияния музыкотерапии на соматическое состояние и неврологический статус детей с перинатальными повреждениями ЦНС.

Материал и методы. В базу проведения музыкотерапии мы включили детскую городскую больницу №1, дом грудника и детскую поликлинику № 4. Музыкотерапию можно проводить на дому, в таких случаях мы обучаем матерей больных детей. На базе ГДБ № 1 нами начато внедрение музыкотерапии для реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС. Следует отметить, что мы ставим перед собой задачу индивидуальной схемы ведения этих детей в зависимости от преобладания того, или иного синдрома. Под нашим наблюдением находилось 32

ребенка с последствиями перинатального поражения нервной системы (ППНС) в возрасте от 4 месяцев до 1 года, получавшие курсы музыкотерапии. Контрольную группу составили 12 детей с ППНС, получившие общепринятую терапию. Всем детям, помимо неврологического обследования, проводились электроэнцефалографические и эхо-энцефалографические исследования до- и после проведения музыкотерапии.

Результаты. Как показывает опыт, музыкотерапия способствует улучшению общего эмоционального состояния детей; улучшению исполнения качества движений (развиваются выразительность, ритмичность, координация, плавность, серийная организация движений), коррекции и развитию ощущений, восприятия, представлении, стимуляции речевой функции; нормализации просодической стороны речи (темп, тембр, ритм, выразительность интонации). После включения в комплекс лечения музыкотерапии неврологический статус, показатели ЭЭГ и Эхо-ЭГ имели более быструю положительную динамику. Анализ данных Эхо-ЭГ, выполненных после комплексной реабилитации показали, что снизилась ликворная гипертензия, уменьшилась ширина третьего желудочка, индекс бокового желудочка и вследствие этого уменьшалась степень смещения срединных структур. По данным ЭЭГ отмечался сдвиг в фоновых частотах амплитудных характеристик в сторону преобладания альфа – активности у 68% больных; уменьшилась выраженность медленноволновой активности у 35,7% больных. Изменение параметров Эхо-ЭГ и ЭЭГ в сторону нормализации, также доказывает положительная клиническая картина. Мы рекомендуем три разновидности программ для музыкотерапии: так называемая «успокоительная» программа, «активизирующая» программа, и программа смешанного типа. Рекомендуем исполнять колыбельные и спокойные песни 2-3 раза в день в течение 5-10 минут после кормления, а песни в быстром темпе за 5-10 минут до начала кормления. При проведении музыкотерапии в режиме записи, необходимо подбирать музыкальные произведения отличающиеся высоким качеством исполнения и звучания. В нашей работе была подобрана музыка в национальном колорите. Прослушивать индивидуально подобранную музыкальную программу рекомендуется в течение 7-10 дней. Как показывает опыт, правильно подобранная мелодия оказывает благоприятное воздействие на детей с перинатальной энцефалопатией и ускоряет их выздоровление, предупреждая инвалидизацию.

Выводы. Таким образом, комплексная реабилитация с применением музыкотерапии эффективна при комбинированных нарушениях и ее последствиях.

Рашидова З.Р.
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Кафедра 2-Госпитальная педиатрия
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Мухсинова М.Х.

Актуальность. Обеспечение здоровья детей – главная задача общества. Физическое развитие является основным показателем состояния здоровья ребенка. Среди различных групп детского населения наиболее подвержены заболеваемости дети, посещающие детские дошкольные учреждения, а так же дети начальных классов. Заболеваемость детей и временная нетрудоспособность женщин по уходу за больными детьми наносят значительный социальный и экономический ущерб семье и обществу в целом. Острыми респираторными инфекциями чаще болеют дети, посещающие организованные дошкольные коллективы, и дети младшего школьного возраста. При этом отмечено, что наиболее высокий уровень заболеваемости ОРЗ имеет место у организованных детей ясельного возраста. Так, более трети (34,9 %) всех случаев ОРЗ в дошкольных учреждениях приходится на детей, посещающих ясельные группы. Факторы риска частых ОРЗ включают эндогенные (недоношенность, морфофункциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, последствия перинатальной гипоксии, диатезы, энзимопатии, дисбактериозы, очаги хронической инфекции) и экзогенные (интенсивная циркуляция множества респираторных вирусов и бактерий в городской среде, низкий уровень социально-экономического благополучия и культуры, раннее начало посещения детских учреждений, экологические нарушения, нерациональная терапия).

Цель настоящего исследования – установить особенности частоты встречаемости и структуры заболеваемости в группе часто болеющих детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 600 детей в возрасте от 3 до 7 лет посещающие детские дошкольные учреждения (ДДУ) 256 детей- 42% и не посещающие ДДУ 334-68% детей из них 56,5 % мальчиков и 43,5 % девочек. При сборе анамнеза жизни обращалось внимание на течение ante- и перинатального периодов (патологическое течение беременности, наличие острых и/или хронических заболеваний у матери, прием лекарственных препаратов во время беременности, а также осложненное течение родов: асфиксия, длительный безводный период, слабость родовой деятельности; недоношенность, крупный плод и др.), рост и вес при рождении, выяснялись особенности течения периода новорожденности и развития

ребенка на первом году жизни (динамика физического и психомоторного развития, перенесенные заболевания, неврологические отклонения). Анализ развития ребенка в последующие годы включал: выявление частоты простудных заболеваний (соответственно возрастному периоду с вычислением инфекционного индекса), наличие сопутствующих заболеваний и хронических очагов инфекции. Отбор детей осуществлялся методом сплошной случайной бесповторной выборки. Особенностью настоящих исследований является оценка взаимодействия и взаимозависимости ведущих регуляторных систем, характеризующих в целом статус организма и условий окружающей среды. Обследование детей включало комплексную оценку состояния здоровья, оценку физического развития, исследование периферической крови, оториноларингологический и неврологический осмотр.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании мы разделили детей по группам часто встречаемых заболеваний, часто болеющие дети составили 273 (45,50%), относительно здоровые дети 116 (19,30%) и заболевание органов дыхания Острый бронхит (ОБ), Хронический бронхит (ХБ), Рецидивирующий Бронхит (РБ) и Пневмонии составили 211 ребенок (35,20%). В ходе исследования детей мы выделили группы с ЛОР-патологией, с Аллергическими заболеваниями, и Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. В структуру ЛОР-патологии у 202 (74%) детей, входят (хронический тонзиллит, аденоиды, ринит, синусит, отиты). Аллергические заболевания встречались у 71 (26%) детей в виде Пищевой Аллергии, Аллергодерматита, Бронхиальной Астмы, Экземы, Аллергического ринита. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью имеет свои особенности у детей перенесшие в раннем возрасте Перинатальную гипоксическую-ишемическую энцефалопатию. Непосредственно при осмотре таких детей совместно невропатологом и психологом было выявлено нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности, эти все симптомы являются проявлением СДВГ (Заведенко Н.Н 2012). В группе ЧБД встречаются дети с ЛОР-патологией и Аллергическими заболеваниями намного выше, чем в других группах. Установлено, что у большинства детей частые и затяжные ОРЗ развивались на фоне хронической патологии сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы (хронический бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма), урогенитального тракта (вторичный хронический пиелонефрит, хламидийная инфекция). Железодефицитная анемия, одним из проявлений которой является высокий инфекционный индекс, обнаружена у детей обеих групп.

Выводы. Таким образом, выявленные закономерности в структуре заболеваемости указывают на необходимость включения в план обследования часто болеющих детей консультации узких специалистов (оториноларинголога, кардиолога, аллерголога-иммунолога,

пульмонолога, невролога), исследование периферической крови. Существенное внимание следует уделять диагностике аллергических заболеваний (аллергический ринит, атопический дерматит, бронхиальная астма), частота которых в этой группе больных значительно превышает таковую в популяции. Программа реабилитации должна разрабатываться по индивидуальному плану с учетом сопутствующей патологии.

Рычкова А.А.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ «ПРЕВЕНАР-13» СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ

Кафедра детских болезней лечебного факультета с курсом
иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: д.м.н., доц. Рычкова О.А.

Цель исследования. Оценка проведения иммунизации вакциной «Превенар-13» в соответствии с положениями национального календаря профилактических прививок.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 1400 медицинских карт профилактических прививок детей раннего возраста на базе ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3» и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №17». Используются данные отчетной документации о результатах проведения вакцинации детей от пневмококковой инфекции в амбулаторно-поликлинической службе государственных учреждений ТО (33 учреждения) за 2019 г.

Результаты исследования. Оценка соблюдения сроков вакцинации против пневмококковой инфекции среди детей производится в соответствии с приложением N 1. «Национальный календарь профилактических прививок» приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»: первая вакцинация проводится в 2 месяца; вторая вакцинация – в 4,5 месяцев; ревакцинация – в 15 месяцев. Таким образом, проанализировав данные отчетной документации о результатах проведения вакцинации детей от пневмококковой инфекции в амбулаторно-поликлинической службе государственных учреждений ТО (33 учреждения) за 2019 г., стало известно, что высокий уровень соблюдения сроков вакцинации (>90%) наблюдается только в 3-х медицинских учреждениях. Оценка полноты курса вакцинации среди детей раннего возраста на базе ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №17»: доля полностью привитых детей (V1, V2, R) составляет 15%, доля детей,

привитых дважды (V1, V2) – 42%, доля детей, привитых однократно (V1) – 18%, доля отказов от вакцинации – 20%, доля длительных медицинских отводов от вакцинации – 2%, доля отсутствующих отметок о вакцинации – 8%; на базе ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3»: доля полностью привитых детей (V1, V2, R) составляет 7%; доля детей, привитых дважды (V1, V2) – 18%; доля детей, привитых однократно (V1) – 31%; доля отказов от вакцинации – 15%; доля длительных медицинских отводов от вакцинации – 6%; доля отсутствующих отметок о вакцинации – 18%.

Выводы. 1. Установлен относительно низкий уровень соблюдения сроков вакцинации против пневмококковой инфекции среди детей в амбулаторно-поликлинической службе государственных учреждений ТО в 2019 г.

2. Исследование на базе ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3» и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №17» показало, что курс вакцинации против пневмококковой инфекции в учреждениях выполняется не в полном объеме. Возможной причиной данного обстоятельства могут являться отказы от вакцинации, длительные медицинские отводы, а также недостаточная осведомленность родителей о важности, сроках и правилах проведения иммунизации в связи с нерегулярным посещением медицинского учреждения.

Салманова А.К., Морощенко Е.А.

**ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКОВ,
АССОЦИИРОВАННАЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Подлевских Т.С.

Цель. Исследование особенностей клинического течения вторичной артериальной гипертензии, ассоциированной с метаболическим синдромом у подростков в условиях реальной практики.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КОГБУЗ «Кировский клиничко-диагностический центр». Изучен и проанализирован анамнез у 33 подростков от 12 до 17 лет с верифицированным диагнозом вторичная артериальная гипертензия (АГ) на фоне метаболического синдрома за 2019 год. По полу они распределились следующим образом: 19 лиц мужского пола и 14 - женского пола. Антропометрические исследования включали измерение роста с точностью до 0,5 см, массы тела с точностью до 0,1 кг. Ожирение диагностировали с использованием центильных таблиц оценки ИМТ в зависимости от пола и возраста. В качестве критического уровня статистической значимости различия

выборочных данных(p) использовано значение $p < 0,05$. Статистическая обработка фактического материала осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. ИМТ у исследуемых подростков варьирует от 24,1 до 37,2. Среди мальчиков ожирение I степени диагностировано у 21,05%, ожирение II степени - у 31,57%, ожирение III степени - у 47,36%. Среди девочек ожирение I степени диагностировано у 14,28%, ожирение II степени - у 28,57%, ожирение III степени - у 57,14% ($p < 0,05$). У девочек верификация диагноза АГ была в основном в возрасте от 11 до 13 лет, у мальчиков - от 12 до 14 лет. Из обеих групп (мальчиков и девочек) была выделена отдельная, в которой состояло 9 человек (27,3%) с длительным анамнезом ожирения, течением АГ II степени, которая отличается стабильностью и выраженностью. У подростков с манифестацией диагноза в пубертатном периоде наблюдалась умеренная систолическая АГ I степени (76,6%). При проведении суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с длительным анамнезом ожирения среднее значение систолического АД, представленного в виде $M \pm G$, получились следующие данные: $142,3 \pm 7,498$ миллиметров ртутного столба (мм.рт.ст.) за день и $125,3 \pm 8,4$ за ночь. Показатели среднего диастолического получились следующие: $77,3 \pm 5,1$ мм.рт.ст. $63,5 \pm 23,7$ мм.рт.ст за день и ночь соответственно. Аналогичное исследование проводилось среди подростков с манифестацией диагноза в пубертатном периоде. Результаты СМАД: среднее значение систолического АД - $135,8 \pm 3,12$ и $116,3 \pm 6,9$ мм.рт.ст.. Среднее диастолическое - $78,4 \pm 5,2$ и $65,8 \pm 8,1$. При оценке поражения органов-мишеней были выявлены следующие изменения: у 79,8% подростков наблюдалась ангиопатия сетчатки глаз, 23,1% исследуемых - поражение почек (энурез, уратурия, хронический гломерулонефрит, пиелонефрит), гипертрофия миокарда левого желудочка встречалось в 15,3% случаев. У 92,6% подростков выявлен жировой гепатоз печени, у 43,2% - реактивные изменения поджелудочной железы.

Выводы. Таким образом, у подростков с длительным анамнезом ожирения и высоким ИМТ течение артериальной гипертензии протекает тяжелее и имеет место быть прогрессирование и часто сопровождается осложнениями. Также в процесс вовлекается поражение других органов и систем, в частности, поражение миокарда левого желудочка, мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта, ангиопатия сетчатки глаз. Своевременное выявление и остановка прогрессирования ожирения может предотвратить появление осложнений.

Ситникова А.Д., Леушина Е.С.
ОШИБКИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА
ЖИЗНИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ляпунова Е.В.

Цель: выявить наиболее частые ошибки, допускаемые в организации питания детей первого года жизни г. Кирова на основе данных анкетирования.

Материалы и методы. Исследование выполнялось в июне – июле 2019 года на базе детского отделения поликлиники Детского диагностического центра г. Кирова. Проведен анализ 60 меню детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. По нашей просьбе меню и анкеты заполняли сами родители за предыдущий день. Все дети были разделены на 3 возрастные группы: I группа – 20 детей от 1-ого до 3-х месяцев; II группа – 20 детей от 4-х до 7 месяцев; III группа – 20 детей от 8-ми до 12-ти месяцев.

Результаты. В результате анализа нами были получены следующие данные. В I группе 85% детей находились на грудном вскармливании, 15% - на смешанном. Из 20 меню 16 (80%) соответствовали норме (по режиму кормления и набору продуктов). В 3-х меню дополнительно вводилась жидкость при грудном вскармливании. Ошибкой для 1 меню явилось использование в качестве докорма одновременно двух смесей («Малютка» и «Нэнни»). Во II группе 40% детей находилось на естественном вскармливании, 60% на смешанном и искусственном вскармливании. Из 20 анкет 4 соответствовали нормам (20%), в 6 случаях отмечалось нарушение режима кормления (не соблюдение часов доплатнения и назначение блюд прикорма – фрукты, творог между кормлениями), что составило 30%. Самая распространенная ошибка - нерациональный набор продуктов: использование каш более 1 раза в день (в 1 меню ребенок употреблял кашу 3 раза в день) – 50%. Хуже всего выглядела ситуация в III возрастной группе: 100% меню не соответствовали физиологической норме. Нами были выявлены такие ошибки, как избыточное потребление мясных продуктов (100-120 гр. в сутки, при норме 70 гр.) – 2 меню, назначение каши более 2-х раз в день, как натуральной, так и instantной – 8 меню, включение в рацион питания супа на мясном бульоне – 4 меню, употребление дополнений между кормлениями (творог, фруктовое пюре и фруктовый сок) – 6 меню. В 17 меню из 20 не был назначен прикорм в виде кисломолочных продуктов, хлеб или сухарики заменялись печеньем. Из 20 только 4 ребенка получали грудное молоко (20%), 16 детей находились на искусственном вскармливании (80%). Среди детей находящихся на искусственном вскармливании, только 40% получали

адаптированные молочные смеси. У остальных в качестве заменителей грудного молока использовались коровье молоко, кефир, молочные каши.

Выводы. Таким образом, больше половины опрошенных родителей кормят своих детей неправильно, и чем старше ребенок, тем больше допускается ошибок при его вскармливании. Выявленные ошибки помогут направить работу педиатров на оптимизацию рационального питания детей первого года жизни.

Трушкова И.Ю.

АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОКОНЪЮКТИВИТА У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Попова И.В.

Цель. Оценить терапевтический эффект монтелукаста на основные симптомы аллергического интермиттирующего риноконъюнктивита у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 22 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет (1 группа) с диагнозом аллергический риноконъюнктивит. Вторую группу составили 24 пациента с впервые выявленной сенсibilизацией к пыльце деревьев. До включения в исследование родители больных давали информированное согласие. На каждого больного заполнялась индивидуальная регистрационная карта. Клинический эффект оценивали на основании динамики средней суммы симптомов по шкале TNSS (Total Nasal Symptom Score — Общая шкала назальных симптомов). Использовался следующий дизайн исследования. Симптомы ринита (заложенность носа, чихание, ринорея, зуд) оценивали с помощью 4-уровневой шкалы со значением от 0 до 3 (0 – отсутствие, 1 – слабовыраженный, 2 – умеренный, 3 - тяжелый). Среднюю оценку по TNSS проводили для первых 2 недель лечения и для полного курса. Для включения в исследование у детей оценка по TNSS должна была составлять не менее 6 баллов. Период наблюдения составил 4 недели. Дополнительные параметры оценки эффективности: Выраженность неназальных (зуд/чувство жжения в области глаз, слезотечение, покраснение глаз, зуд в области ушей или неба) симптомов, оцененная пациентом по 4-балльной рейтинговой шкале TNNSS (Total NonNasal Symptom Score). Дети 1 группы получали монтелукаст в дозе 5 мг 1 раз в сутки, в одно и тоже время в течение курса лечения. Пациентам второй группы проводили курс ирригационной терапии полости носа физиологическим раствором. При этом оценка состояния всем больным проводилась до начала лечения (0 визит) и далее ежедневно с контрольными визитами через 2 недели (визит1, 2). Критерии исключения:

прием антигистаминных и кортикостероидных препаратов в течение двух недель до включения в исследование, использование деконгестантов, сопутствующие ОРВИ, наличие анатомических аномалий носа.

Результаты. В исследование было включено 22 пациента, соответствующих критериям включения. У всех больных имелась сенсibilизация к пыльцевым аллергенам. Средний балл основных симптомов по TNSS на 0 визите составил 8,1, во второй группе средний балл равнялся 8,3, во второй группе – 8,9. У детей 1 группы на первом визите в 80% случаев наблюдали достоверное снижение средней суммы симптомов по TNSS до 4,75 баллов. Проявления ринита характеризовались легкими проявлениями ринореи, редкими чиханиями и легкой заложенностью носа. У большинства пациентов нормализовались сон, умственная и физическая активность. У 4 пациентов общая суточная сумма симптомов превышала 10 баллов. К концу наблюдения у детей первой группы средняя суммы симптомов по TNSS составляла 1,94 балла. У детей 2 группы как при 1, так и при 2 визитах достоверного снижения средней суммы симптомов по TNSS на фоне проводимой ирригационной терапии не наблюдали.

Выводы. Таким образом, применение монтелукаста в течение 4 недель позволяет ликвидировать основные симптомы у больных с аллергическим риноконъюнктивитом. Монтелукаст оказался высокоэффективным препаратом, что дает основание использовать его в качестве основного средства в лечении аллергического риноконъюнктивита у детей.

Тураева Н. Ю., Темуров А.А., Жаббарова М.А.
ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С
ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кафедра 2 – госпитальной педиатрии, неонатологии и пропедевтики
детских болезней.

Самаркандский государственный медицинский институт
Научный руководитель: Дильмурадова К.Р.

Цель работы. Определить взаимосвязь отклонений показателей микроэлементного состава, с основными клинико-лабораторными признаками хронического пиелонефрита.

Материалы и методы. Клиническое исследование проводилось на клинической базе кафедры 2 – госпитальной педиатрии, неонатологии и пропедевтики детских болезней СамМИ: в отделении нефрологии СОДММЦ «Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр». Под наблюдением находилось 45 детей в возрасте от 3 до 10 лет, с хроническим вторичным пиелонефритом, развившимся на фоне обменных нарушений. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста. С целью достоверности

диагноза проводилось комплексное инструментальное исследование органов мочевой системы, включавшее ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, экскреторную урографию, по показаниям – цистоуретрографию и ультразвуковое исследование мочевого пузыря. Магний является ионом, определяющим стабильность мочи в отношении оксалата кальция, и его дефицит играет роль в развитии дизметаболической нефропатии, что в последующем приводит к развитию пиелонефрита. Также тот факт, что почки являются основным регулятором гомеостаза магния в организме, нами проведено исследование содержания магния в сыворотке крови. Определение магния в сыворотке крови проводилось в биохимической лаборатории СОДММЦ.

Результаты. В группе больных с хроническим пиелонефритом статистически значимые отклонения по сравнению с детьми контрольной группы отражались в содержании девяти химических элементов (Co, Cr, Cu, Fe, Mg, Mn, Na, Se и Pb). А именно, выявлялся значимый дефицит магния ($43,69 \pm 1,54$ мкг/г), хрома ($0,51 \pm 0,03$ мкг/г), железа ($18,1 \pm 0,58$ мкг/г), марганца ($0,56 \pm 0,03$ мкг/г). Выявленные у детей с хроническим пиелонефритом дефициты эссенциальных элементов образовали в порядке убывания ряд: Co (79,7%) > Se (66,7%) > Mn (56,5%) > Cr (55,1%) > Fe (27,5%) > Mg (26,1%) > Zn (21,7%). Установленные избытки элементов у детей с хроническим пиелонефритом расположились в следующий ряд: Na (88,4%) > Cu (63,8%). Следовательно, у детей с патологией почек в изначальном выявляется выраженная нехватка главных эссенциальных элементов, участвующих в функционировании антиоксидантной и иммунной систем. В итоге, при оценке данных анализов у больных с хроническим пиелонефритом были определены основные признаки, определяющие элементное состояние патологии почек. Проведенные исследования определяют актуальность разработки комплекса мероприятий, направленного на восстановление обеспеченности детей с указанной патологией важнейшими макро- и микроэлементами.

Выводы. У детей с заболеваниями почек отмечаются изменения основных и токсических пропорций (соотношений) макро- и микроэлементов. При хроническом пиелонефрите повышаются показатели основных пропорций Ca/Mg и Na/Mg, а также снижается показатель токсической пропорции Mg/Pb. Нарушение гомеостаза магния у детей с хроническим пиелонефритом характеризуется снижением его уровня в сыворотке крови. При хроническом пиелонефрите у детей фиксируются положительные корреляционные взаимосвязи между эссенциальными элементами, осуществляющими антиоксидантные, мембраностабилизирующие и иммуномодулирующие функции.

Туракулов С.А.
ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Ташкентский Педиатрический медицинский Институт
Кафедра 2-Госпитальная педиатрия
Научный руководитель: ассистент Тошметова Б.Р.

Цель. Изучение близких и отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) у детей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 80 детей от 6 месяцев до 14 лет, из них 25 детей на момент исследования находились в клинике ТашПМИ в отделении неврологии, 25 – в отделении детей раннего возраста с различными соматическими патологиями, у которых в анамнезе было перинатальное поражение ЦНС, 30 детей – в отделении кардиоревматологии, в анамнезе у которых были перенесенные перинатальные повреждения ЦНС и клинические проявления поражения сердечно-сосудистой системы, манифестировавшими в периоде новорожденности нарушениями ритма сердца. Мальчиков было 48, девочек – 32. Использовались следующие методы исследования: клиничко-анамнестические, функциональные и инструментальные, опрос и анкетирование родителей. В ходе исследования дети были поделены на 2 большие группы: ранний возраст до 7 лет и старший возраст от 7 до 14 лет. Дети раннего возраста, из них: 1-я группа – дети с ППЦНС (n=35), 2-я группа – без ППЦНС с основным заболеванием ССС (n=17). Дети старшего возраста, из них: 1-я группа – перенесённый ППЦНС (n=15), 2-я группа – без ППЦНС (n=13).

Результаты и обсуждения. В ходе нашего исследования было выявлено что, в анамнезе у 80 детей отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия, практически у всех матерей во время беременности была анемия различной степени - 96 %, а так же сопутствующая патология - урогенитальной инфекцией и положительный тест на TORCH - 25%, обострения хронической инфекции 35 %. Перенесенные ОРВИ в первой половине беременности 18 %, угрозой прерывания беременности в различные сроки 22%, гестозом. Сочетание двух и более повреждающих факторов отмечалось у 2/3 детей. Во время родов состояние острой гипоксии, обусловленное преждевременной отслойкой плаценты 15%, обвитием пуповины вокруг шеи 19%, родостимуляцией 15%, применением акушерских пособий, испытали 11%, оценка по шкале Апгар у которых составила– 0-4 балла – 8 детей, 5-6 баллов – 12 детей и выше 7-8 баллов 23 детей. У 37 детей отмечалось сочетание анте- и интранатальной гипоксии. Доношенными родились 35% , но с низкой массой тела 2200-2500 и 15% доношенных детей с массой тела 3300-3500гр. Недоношенными родились 65% детей из них с низкой

массой тело было 3 детей (1200-1500) . Малая масса при рождении является одним из факторов риска развития патологии сердечно-сосудистой системы в последующие возрастные периоды. Установлена взаимосвязь малой массы тела при рождении с количеством кардиоцитов, некоторыми показателями липидного обмена, риском развития жизни угрожающих аритмии, артериальной гипертензии и синдромом внезапной детской смерти, поданным известных исследований. В большинстве случаев тяжесть состояния детей (86%), была обусловлена гипоксическим и травматическим (14%) поражением центральной нервной системы, проявляющемся общемозговыми нарушениями, угнетением нервной системы, повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью, двигательными расстройствами, вегето-висцеральными дисфункциями, гипертензионно-гидроцефальным синдромом. У детей раннего возраста установлено, что в 1-й группе преобладали: у 30% - пневмония, у 15% - ГБЭР, у 10% - нарушения питания БЭН 2-3 СОЗ, у 10% - рахит. Последствия перинатального поражения в конце первого года жизни выявлены у 65%, они выражались в задержке психического развития у 10% детей, задержке моторного развития – у 10%, синдроме вегетативно-висцеральной дисфункции – у 45%. У детей 2-й группы: 15% - атопический дерматит, 10% - анемия, 5% - лактазная недостаточность, в конце первого года задержки психомоторного развития не наблюдалось. У детей старшего возраста в 1-й группе выявлены: сколиоз I-II степени - 75% детей, вегетососудистая дистония (ВСД) - 40%, плоскостопие - 30%, дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) - 30%, диффузный нетоксический зоб - 20%, хронический гастродуоденит - 20%, патология органа зрения - 15%. У детей из 2-й группы выявлены сколиоз I степени – 25% детей, патология органа зрения - 45%, хронический гастродуоденит – 15%, ВСД – 10%, плоскостопие - 10%, ДЖВП - 10%, диффузный нетоксический зоб - 10%.

Выводы. Первый год жизни ребенка и подростковый период занимают ведущее место по напряженности происходящих в организме морфофункциональных перестроек. Клиническая картина близких и отдаленных последствий ППЦНС у детей вариабельна, проявляется расстройствами нервно-психического развития, вегетативными расстройствами, ортопедической патологией, патологией со стороны органов зрения.

Туракулова А.А.

ФАКТОРЫ РИСКА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Кафедра 2 Госпитальная педиатрия

Научный руководитель: ассистент Худайназарова С.Р.

Цель исследования: определить факторы риска и структуру синкопальных состояний в популяции детей 7-17 лет.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 75 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Дети находились на учете в поликлинике, а так же, находящиеся на амбулаторном лечении в Городском Подростковом центре г. Ташкента. Для обследования детей применялись следующие методы: оценка внешних малых аномалий развития, опроса родителей, анализ данных первичных медицинских документов. При сборе анамнеза жизни обращалось внимание на течение ante- и перинатального периодов (патологическое течение беременности, наличие острых и/или хронических заболеваний у матери), прием лекарственных препаратов во время беременности, а также осложненное течение родов (асфиксия, длительный безводный период, слабость родовой деятельности, недоношенность, крупный плод и др.), рост и вес ребенка при рождении, выяснялись особенности течения периода новорожденности и развития ребенка на первом году жизни (динамика физического и психомоторного развития, перенесенные заболевания, неврологические отклонения). Производили анализ развития ребенка в последующие годы.

Результаты и обсуждения. Установлена распространенность и структура синкопальных состояний в зависимости от причинных факторов. На основании факторного анализа нами выделено 5 объединений наиболее значимых факторов. Первое объединение составили отягощенная наследственность по пароксизмальными расстройствами сознания - 21,6% и заболеваниям сердечно-сосудистой системы - 55,7%, случай внезапной смерти среди родственников 1-2 степени родства - 22,7%. Во второе вошли перинатальные факторы: гестозы 1 и 2 половины беременности - 38,4%, отягощенный акушерский анамнез - 15,8%, заболевание матери во второй половине беременности ОРЗ - 11,5%, течение беременности на фоне ожирения - 15,2%, гипертонической болезни - 7,3%. Третье объединение представлено характеристикой вегетативной нервной системы: ваготонической направленностью, ваготонической реактивностью - 23,5%, артериальной гипотензией - 22,9%. В четвертое вошли частые респираторные инфекции - 5,6%, пролапс митрального клапана - 21,7%, энцефалопатия - 1,6%, синдром кардиалгии - 12,5%, избыточная масса тела - 11,6%. Пятое объединение составили медико-социальные факторы: высокое нервно-психическое перенапряжение - 5,6% и физическое напряжение у детей-спортсменов - 12,6%. Распространенность синкопальных состояний по половому различию у девочек составляло - 65,1%, а мальчики - 34,9%. Частота встречаемости синкопе в возрастных группах 7-9 лет составила - 24,1%, 10-14 лет - 55,3%, 15 -17 лет - 20,6%.

Выводы. Факторами риска синкопальных состояний являются отягощенность генеалогического, антенатального, раннего неонатального

анамнезов, сердечно-сосудистые заболевания, острые и хронические заболевания, перенесенные детьми в различные периоды, а также характеристика вегетативного статуса и эмоционально-личностные особенности. В структуре синкопальных состояний преобладают синкопе, наблюдаемые у детей с патологией сердечно-сосудистой системы. Установлены различия в распространенности синкопальных состояний в зависимости от пола и возраста.

Хайдарова С.Х.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАЗВИТИЕ ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.

Кафедра 1 – госпитальной педиатрии, неонатологии и протопедиатрии
детских болезней

Самаркандский государственный медицинский институт

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шавазиди Н.М.

Цель исследования: определить информативность изменений содержания С-реактивного белка в сыворотке крови у детей с затяжным течением внебольничной пневмонии для разработки прогностических критериев.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели проведен анализ результатов наблюдения за 123 детьми в возрасте от 6 месяцев до 7 лет с внебольничной пневмонией. Дети подразделены на 2 группы: 1 группа – 65 детей с затяжным течением пневмонии и 58 детей – без затяжного течения. Под затяжным течением пневмонии принимались такие формы заболевания, когда рентгенологическая картина не купировалась в течение 3 месяцев после стационарного лечения. Наблюдение и обследование проводилось в динамике заболевания, при поступлении в стационар, на 5 день и на 14 день заболевания. СРБ определяли по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что уровень СРБ имел зависимость от затяжного течения ВП, так у детей в основной группе установлены более высокие показатели СРБ по отношению к показателям группы сравнения ($17,8 \pm 0,8$ мг/л против $47,7 \pm 2,0$ мг/л $P < 0,05$). На пятый день стационарного лечения у детей из основной группы показатели СРБ снижались незначительно ($47,7 \pm 2,0$ мг/л против $42,5 \pm 2,1$ мг/л), тогда как у детей из группы сравнения СРБ снизилось в 1,5 раза ($17,8 \pm 0,8$ мг/л против $11,9 \pm 0,5$ мг/л), однако, не достигая во всех случаях нормативных значений ($4,9 \pm 0,1$ мг/л). На 14 день у детей основной группы и группы сравнения установлено снижение показателей СРБ. Так в группе сравнения во всех случаях были зарегистрированы нормативные значения СРБ ($4,6 \pm 0,2$ мг/л). В основной группе было достоверное снижение данного показателя по отношению к

исходным данным и данным на 5 день ($9,9 \pm 0,3$ мг/л). Однако, у 15% детей на повторной рентгенограмме отмечалось замедление или неразрешение пневмонического процесса, несмотря на проводимую терапию. Данные дети были отнесены в группу риска по развитию хронизации процесса.

Заключение. Определение содержания СРБ в сыворотке крови от 30 мг/л и выше необходимо считать прогностическим критерием развития затяжного течения у детей с внебольничной пневмонии и присоединения бактериальной инфекции.

Хамдамова С.А.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Кафедра 2-Госпитальная педиатрия

Научный руководитель: ассистент Попенков А.В.

Цель исследования. Оценка вегетативного статуса у подростков с АГ.

Материалы и методы. Нами было обследовано 120 детей в возрасте от 14 до 18 лет находящиеся на лечении в Городском Подростком центре г Ташкента. Из них было 68 (57%) девочек и 52 (43%) мальчиков и контрольная группа 20 здоровых детей. У детей, помимо общепринятых лабораторно-клинических параметров и традиционных биохимических показателей, оценивали данные исследования липидограммы крови. Состояние ВНС оценивали с помощью метода кардиоинтервалографии и активной ортостатической пробы (АОП). АОП выполнялась после 15 мин отдыха в горизонтальном положении в первой половине дня. АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС) регистрировали до пробы в положении лежа и на 1, 5, 10-й минуте пробы в положении стоя. Вегетативное обеспечение деятельности оценивали в соответствии с рекомендациями А.М. Вейна. До начала пробы в положении лежа регистрировали кардиоинтервалографию с использованием аппарата ЭЛОН-1 (Россия).

Результаты и обсуждения. В ходе нашего исследования было распределение детей по вегетативному тону. Обследованные были разделены на пять групп: с вегетативным равновесием 20%, симпатикотонией 35%, выраженной симпатикотонией 25%, ваготонией 15% и выраженной ваготонией 5%. В целом вегетативный тонус (ВТ) у подростков с первичной артериальной гипертензией (ПАГ) по сравнению с контрольной группой был смещен в сторону симпатикотонии. У больных подростках с ПАГ среди лиц с симпатикотонией и вегетативным равновесием оказалось в 2 раза больше, чем здоровых ($p < 0,05$), а среди ваготоников достоверно преобладали здоровые обследованные а так же в контрольной группе, более 10 % подростков были отнесены к группе

симпатикотоников. В группе обследованных с вегетативным равновесием было в 2 раза больше девочек АГ, а в группе ваготоников соотношение было обратным ($p < 0,05$). ВТ у мальчиков с ПАГ был смещен в сторону симпатикотонии. Более половины из них (53,3 %) относились к симпатикотоникам, в группе с вегетативным равновесием также достоверно преобладали больные ПАГ. Их было больше по сравнению со здоровыми в 1,6 раза. Подростки контрольной группы в основном оказались в группе ваготоников (23 %). Среди остальной части подростков контрольной группы одинаково часто встречались лица с вегетативным равновесием и симпатикотонией (по 24,4 %). При анализе массы тела у подростков с ПАГ, установлено, что её увеличение имело место в 39% случаев, а ожирение 2-3 ст – в 24% (увеличение массы тела обнаружено у 63% подростков с ПАГ). У подростков имеющих 2-3 степени ожирения было выявлено преобладание вегетативного тонуса в виде ваготонии в 25%, резко выраженной ваготонии в 42%. При анализе контрольной группы увеличение массы тела выявлено у 15% подростков без ПАГ. Следовательно, наличие избыточной массы тела является ведущим фактором риска в развитии ПАГ. Практически у каждого второго подростка имелись жалобы кардиоваскулярного или вегетативного характера.

Выводы. При первичной артериальной гипертензии у подростков регистрируется изменение функционального состояния вегетативного статуса. В большинстве случаев имеет место симпатикотония 35%, однако у 25% пациентов отмечается смешанный тип исходного вегетативного тонуса. Более чем у половины больных определяется нарушение вегетативной реактивности. У подростков с ПАГ в сочетании с МС составило 63% от общего числа обследованных подростков. Исходя нашего исследования среди групп подростков риск развития первичной артериальной гипертензии был выше у детей имеющих 2-3 степени ожирения, а также у детей с резко выраженной ваготонией.

Шурыгина Т.В.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И НЕКОТОРЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лежнина И.В.

Цель. Изучить влияния хронического гастрита (ХГ) на физическое развитие и состояние обмена железа у больных детей.

Задачи: проанализировать влияние ХГ на физическое развитие (ФР) и гематологические показатели в зависимости от длительности заболевания и функционального состояния кислотообразования.

Материал и методы. Было обследовано 134 ребенка (из них мальчиков 39, девочек 95), в возрасте от 10 до 14 лет. Проведены антропометрические исследования (масса, длина тела, окружность грудной клетки) и их оценка с использованием региональных центильных таблиц. Биологический возраст оценивали в соответствии рекомендациями НИИ гигиены детей и подростков, физическую работоспособность определяли по методике Абросимовой Л.И. Общепринятыми методами исследовали гемограмму, содержание сывороточного железа (СЖ), общую (ОЖСС) и латентную (ЛЖСС) железосвязывающую способность сыворотки крови, вычисляли коэффициент насыщения трансферрина (КНТ).

Результаты. Дети были разделены на 2 группы в зависимости от длительности заболевания. При продолжительности болезни до 3 лет (71 человек) микросоматический тип телосложения был у 12%, мезосоматический у 73%, макросоматический у 15% детей. Дисгармоничное развитие установили у 15% больных, что соответствовало распределению по соматотипу в популяции здоровых детей. По уровню биологического созревания медиантов было 52,9%, ретардантов 20,6%, акселератов 26,5%. Среди больных с длительностью течения ХГ более 3 лет (63 человека) число детей с микросоматотипом было 23,6%, мезосоматотипом 62,5%, макросоматотипом 13,9%. Дисгармоничное развитие у 27,9% больных. Среди них медианты составили 55%, ретарданты 13,5%, акселераты 31,5%. Снижение физической работоспособности определили у 35% пациентов. Анализ показателей периферической крови отклонений от нормы гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя не выявил. Имелись понижение числа нейтрофилов за счет зрелых форм и умеренный лимфоцитоз. У 104 детей (71%) показатели обмена СЖ находились в пределах нормы. Сниженный уровень СЖ выявлен у 30 больных (22,4%), т.е. у каждого четвертого ребенка с ХГ имелся латентный дефицит железа в организме. Из 134 обследованных пониженное кислотообразование было у 45, повышенное у 89 пациентов. Дефицит железа в первой группе обнаружен у 24,5%, во второй – у 20,4%. Достоверного различия в группах по частоте дефицита СЖ не выявлено.

Выводы. В результате исследования установлено, что с увеличением продолжительности болезни увеличивается число детей с микросоматическим типом телосложения и дисгармоничным развитием. Среди больных с ХГ достоверно больше детей – акселератов (26-31,5%) по сравнению со сверстниками (19%). Физическая работоспособность снижена у 35% больных, что свидетельствует о снижении адаптационных возможностей организма к физической нагрузке. Полученные результаты свидетельствуют, что у каждого четвертого ребенка с ХГ имелся латентный дефицит железа в организме. Частота дефицита СЖ не зависела от кислотообразующей функции желудка. Выявленные изменения

необходимо учитывать при составлении реабилитационных программ и диспансеризации больных ХГ.

Щукина А.Ю., Максимова И.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии
Научный руководитель: проф. М.П. Разин

Цель. Изучение современных особенностей гнойно-септических заболеваний у детей.

Материалы и методы. Мы подвергли ретроспективному анализу медицинскую документацию лечения 531 больного от 1 до 15 лет с ГСЗ, лечившихся в палате интенсивной терапии и реанимации (ПИТИР) клиники детской хирургии Кировского ГМУ с 1995 по 2004 год (58 больных с деструктивными пневмониями (ДП), 183 ребенка с распространенным аппендикулярным перитонитом (РАП) и 290 пациентов с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО)). Все дети получали общепринятую интенсивную терапию (инфузионная, детоксикационная, антибактериальная, гепаринотерапия, коррекция ВЭБ и КЩС, посиндромная терапия, местное лечение). Эти больные составили группу 1. С 2005 года в наших клиниках для лечения больных с ГСЗ на реанимационном этапе стала применяться в обязательном порядке неспецифическая иммунозаместительная терапия, НИТ (нормальный человеческий иммуноглобулин). Из 276 больных этого хронологического периода (24 ребенка с ДП, 160 больных с РАП и 92 пациента с ОГО) нами была сформирована группа 2. У всех больных первой группы при поступлении в стационар и перед переводом в общее хирургическое отделение определялся лейкоцитраный индекс интоксикации (ЛИИ, по Я.Я. Кальф-Калифу) и уровень средних молекул (СМ). За норму СМ было принято среднее значение $0,240 \pm 0,10$ ед.опт.пл. Цифровой материал обрабатывался с определением среднеарифметической величины (М), среднеквадратической ошибки (m), статистическую достоверность различий (p) между сравниваемыми показателями у больных и здоровых детей определяли методом вариационной статистики. Материал, полученный при исследовании у больных, сравнивали с результатами исследования указанных показателей у 100 детей того же возраста I-II групп здоровья, проживающих в г. Кирове и Кировской области (контрольная группа), группы 1 и 2 также сравнивались между собой. Статистические расчеты выполнены на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel и пакета статистического анализа данных Statistica 6.0 for Windows (StatInc., USA). Уровень

статистической значимости был зафиксирован при $p < 0,05$. Проводился корреляционный анализ по Манну-Уитни с вычислением критерия U-эмпирического и определением зоны, в которой находились результаты (значимости, неопределенности, незначимости).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было зафиксировано существенное снижение больных с ГСЗ в освещаемой перспективе, хотя и неоднозначная для различных нозологических форм патологии. Так, значительно реже стали отмечаться острый гематогенный остеомиелит (-68,3%) и деструктивные пневмонии (-58,6%). В среднем по материалам исследования констатируется снижение количества больных ГСЗ на 48%. ЛИИ у больных группы 1 при поступлении в стационар был равен $6,42 \pm 0,33$ ($p < 0,001$). Уровень СМ фиксировался как $0,444 \pm 0,020$ ($p < 0,001$). Все дети получали общепринятую интенсивную терапию без иммунозаместительной терапии. По мере стабилизации состояния больные переводились из палаты интенсивной терапии и реанимации (ПИТИР), ЛИИ при переводе был равен $3,64 \pm 0,22$ ($p < 0,001$), уровень СМ определялся как $0,302 \pm 0,003$ с той же достоверностью. Средний койко-день пребывания в ПИТИР у больных этой группы составил $5,32 \pm 0,53$. Нас интересовало, имеется ли корреляционная зависимость между этими важными лабораторными показателями и реанимационным койко-днем. Для этого нами был проведен корреляционный анализ, высчитывался критерий Манна-Уитни. Выяснилось, что величина реанимационного койко-дня не коррелировала с ЛИИ при поступлении ($U_{\text{эмп}}=298$, результат находится в зоне неопределенности), но коррелировала с уровнем СМ при поступлении ($U_{\text{эмп}}=0$, результат находится в зоне значимости). С 2005 года для лечения больных с ГСЗ на реанимационном этапе стала обязательной неспецифическая иммунозаместительная терапия (внутривенные инфузии нормального человеческого иммуноглобулина). Из 276 больных этого хронологического периода (24 ребенка с ДП, 160 больных с РАП и 92 пациента с ОГО) нами была сформирована группа 2. ЛИИ при переводе в общее отделение в этой группе был равен $2,92 \pm 0,41$ ($p < 0,001$), уровень СМ равнялся $0,221 \pm 0,004$. Реанимационный койко-день в этой группе был равен $3,93 \pm 0,22$. Таким образом, назначение неспецифического человеческого иммуноглобулина способствует более быстрой и более выраженной минимизации проявлений синдрома эндогенной интоксикации, более короткому пребыванию больных в палатах интенсивной терапии и реанимации и их скорейшему выздоровлению.

Выводы. 1) в 2005-2014 годах больных ГСЗ (деструктивные пневмонии, распространенный аппендикулярный перитонит, острый гематогенный остеомиелит) стало встречаться на 48% меньше, чем в периоде 1995-2004 гг.; 2) наибольшее снижение количества больных характерно для острого гематогенного остеомиелита (-68,3%) и

деструктивных пневмоний (-58,6%); 3) более объективным показателем по сравнению с ЛИИ, характеризующим выраженность синдрома эндогенной интоксикации, тяжесть состояния детей с ГСЗ и необходимую продолжительность интенсивной терапии у больных данной группы, является уровень СМ, который мы рекомендуем определять в динамике; 4) сравнительная оценка двух схем интенсивной терапии у детей с ГСЗ свидетельствует в пользу использования неспецифической заместительной иммунизации в комплексном лечении больных данной категории.

Янгиева С.А.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Кафедра 2-Госпитальная педиатрия

Научный руководитель: ассистент Саиджалалова У.С.

Цель исследования: изучить особенности течения внебольничной пневмонии у детей при лечении в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ медицинских карт 102 детей с диагнозом острая внебольничная пневмония (ВП) в возрасте от 3 до 7 лет, Использовались клинико-лабораторный, рентгенологический, микробиологический методы диагностики. Критерием отбора являлся клинико-рентгенологический диагноз внебольничной пневмонии. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования. Диагноз острая пневмония подтверждался данными рентгенографии. Всем детям проводили микробиологическое исследование мокроты (включая микроскопию по Граму) и бронхиальных смывов. В исследование включено 102 ребенка.

Результаты и обсуждения. По нашим данным исследования внебольничная пневмония наиболее часто встречалась у детей от 6 месяцев до 5 лет и незначительно чаще болели мальчики (54,9%). Большая часть обращений за помощью состоялась на 4–6 сутки болезни, однако были случаи, как раннего обращения, так и крайне запоздалого (на 3 сутки). Средний срок лечения в дневном стационаре составил $10,44 \pm 2,62$ суток ($p=0,01$). Доминировала очаговая форма пневмонии (76%); осложнения в виде бронхиальной обструкции были выявлены менее, чем у 10% обследованных, в то время как частота сопутствующей ОРВИ составила 100,0% в группе детей до 6 месяцев, 29,5% у детей от 6 месяцев до 5 лет и 16,2% в возрасте старше 5 лет. При анализе клинических проявлений, было установлено, что большинство показателей, соответствует тем, что указаны в источниках, за исключением температурной динамики, которая при антибиотикотерапии составила в среднем 72 часа, что на сутки больше

тех цифр, которые должны наблюдаться при адекватной антибактериальной терапии. Из общего числа больных 25 были отправлены на лечение в условиях стационара, у 5% детей пневмония осложненная острым кардитом. У 15 % детей наблюдалось Нарушения Питания БЭН -2-3 СО, Анемия тяжелой степени у 12% детей до 1 года, анемия легкой и средней степени тяжести составляла 15-20% у детей дошкольного возраста Рахит 2-3 степени составлял 27% у детей до 2х лет. Витаминдефицитные состояния наблюдались у детей дошкольного возраста в 2 раза чаще, чем у детей раннего возраста.

Выводы. Исходя из наших данных можно сделать вывод что дети раннего и дошкольного возраста болеющие пневмонией легкой и средней степени тяжести могут получать необходимое лечение в условиях поликлиники, однако тяжелые формы пневмонии необходимо лечить в условиях стационара в связи с наличием преморбидного фона и риском тяжелых ослажнений в виде острого кардита.

Ярошук Д.Е., Демко А.В.

ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ТЕСТА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ,
ТРЕНИРУЮЩИХСЯ В КОМАНДНЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ВИДАХ
СПОРТА

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Скуратова Н.А.

Цель: изучить показатели стресс-теста у юных спортсменов командных и индивидуальных видов спорта.

Материалы и методы исследования. Обследовано 79 детей в возрасте от 10 до 16 лет, находящихся на лечении в кардиологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы. Из них 14 (17,7%) девочек и 65 (82,3%) мальчиков. Среди детей: 40 (50,6%) спортсменов занимались командными видами спорта (КС), 20 (25,3%) человек занимались спортивными единоборствами (СЕ). Контрольную группу составили 19 (24,0%) детей, занимающихся спортом для поддержания физической активности (ФА). С целью объективной оценки деятельности ССС у детей, использовали тредмил-тест с расчётом ХИ.

Результаты. В группе юных спортсменов, занятых в КС, очень высокая толерантность выявлена у 31 (77,5%) детей, высокая - у 3 (7,5%) детей, средняя - у 6 (15%) детей. В группе детей, занимающихся СЕ, очень высокая толерантность к ФН у 14 (70%) детей, высокая у 2 (10%) детей, средняя у 4 (20%) детей. В контрольной группе детей очень высокая толерантность к ФН наблюдалась у 12 (63%) детей, высокая у 4 (21%) детей, средняя 3 (16%) детей. При оценке типов сосудистой реакции при ФН у детей, занятых в КС, нормотонический тип реакции встретился у 24

(60%) детей, гипотонический – 12 (30%) детей, гипертонический – 3 (7,5%) детей, дистонический – 1 (2,5%). У детей, занимающихся СЕ, нормотонический тип реакции имел место у 10 (50%) детей, гипотонический у 10 (50%) детей. Среди детей контрольной группы нормотонический тип реакции у 8 (42%) детей, гипотонический – 10 (53%) детей, гипертонический – 1 (5%) детей. При оценке ХИ получили следующие результаты: в группе СЕ ХИ>90 у 1 (5%) детей, ХИ=70-90 у 4 (21%) детей, ХИ <70 у 14 (74%) детей. В группе КС: ХИ=70-90 у 6 (15%) детей, ХИ<70 у 34 (85%) детей. В группе ФА: ХИ>90 у 1 (5%) ребёнка, ХИ=70-90 у 1 (5%) ребёнка, ХИ<70 у 18 (90%) детей.

Выводы. У большинства детей, занимающихся командными и индивидуальными видами спорта, наблюдается высокая толерантность к физической нагрузке при низком хронотропном индексе, что требует индивидуального подхода к тренировочному режиму. Использование хронотропного индекса позволяет прогнозировать спортивный результат и осуществлять индивидуальный подход к тренировочному режиму для каждого ребенка. При отборе детей для занятия спортом необходимо проводить подсчет ХИ при проведении стресс-тест с диагностической целью раннего выявления заболевания сердца.

3. БИОЛОГИЯ, МОРФОЛОГИЯ, АНАТОМИЯ.

Анисимов А.В., Найденова С.И., Сирик Е.Н.
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ АНАТОМИЯ ВЕК ПЛОДОВ В
ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА
Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра анатомии человека
Научный руководитель: д.м.н., проф. Луцай Елена Дмитриевна

Цель работы. Дать количественную характеристику век и глазной щели плода на разных этапах развития.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено на 22 плодах в возрасте от 14 до 27 недель из коллекции кафедры анатомии человека ОрГМУ без патологий развития. Все исследуемые объекты были разделены на три возрастные группы: I группа – 14-18 недель, II группа – 19-23 недели и III группа – 24-27 недель. Методом морфометрии под МБС – 10 была проведена оценка высоты век (верхнего и нижнего) и ширина глазной щели правой и левой орбиты. Статистические данные были обработаны в программе Microsoft Excel.

Результаты. Средний размер высоты век у плодов в промежуточном плодом периоде для правой орбиты составил $12,3 \pm 0,7$ мм, левой орбиты $13,4 \pm 0,5$ мм. Средняя длина глазной щели правой орбиты составила $11,2 \pm 0,8$ мм, левой орбиты $12,3 \pm 0,6$ мм соответственно. Высота век правой

орбиты в I, II и III группе составила $9,1 \pm 0,2$ мм; $13,3 \pm 0,8$ мм и $16,5 \pm 0,8$ мм соответственно. По формуле (Соколов В.В., Чаплыгина Е.В., Соколова Н.Г., 2005) темп роста высоты век правой орбиты от I ко II группе составил 37,5%, от II к III 21,4%. Высота век левой орбиты I, II и III группе составила $10,2 \pm 0,8$ мм; $13,4 \pm 0,9$ мм; $17,3 \pm 0,5$ мм соответственно. По формуле (Соколов В.В., Чаплыгина Е.В., Соколова Н.Г., 2005) темп роста высоты век левой орбиты от I ко II группе составил 27,1%, от II к III 25,4%. Длина глазной щели правой орбиты в I, II и III группе составила $8,2 \pm 0,6$ мм; $12,5 \pm 0,7$ мм; $16,4 \pm 0,3$ мм соответственно. По формуле (Соколов В.В., Чаплыгина Е.В., Соколова Н.Г., 2005) темп роста длины глазной щели правой орбиты от I ко II группе составил 41,5%, от II к III 26,9%. Длина глазной щели левой орбиты I, II и III группе составила $9,3 \pm 0,6$ мм; $12,2 \pm 0,9$ мм; $16,4 \pm 0,6$ мм соответственно. По формуле (Соколов В.В., Чаплыгина Е.В., Соколова Н.Г., 2005) темп роста ширины глазной щели левой орбиты от I ко II группе составил 26,9%, от II к III 29,3%. Приравнивая высоту век плода в промежуточном плодном периоде онтогенеза к длине меньшей оси эллипса и длину глазной щели к длине большей оси эллипса определили площадь правых и левых век. Площадь правого века в I, II и III группе составила $58,4$ мм²; $130,2$ мм²; $212,4$ мм² соответственно. Темп роста площади правого века составил от I к II 76,1%, от II к III 47,9%. Площадь левого века составила $74,5$ мм²; $128,4$ мм²; $222,8$ мм² соответственно. Темп роста площади левого века составил от I к II 53,1%, от II к III 53,7%.

Выводы. В промежуточном плодном периоде онтогенеза плода происходит рост высоты век и длины глазной щели. В зависимости от стадии развития плода происходит изменение размеров век и длины глазной щели. Для верхнего и нижнего века справа темп роста высоты от I к II и от II к III возрастной группе составлял 37,5% и 21,4%, длины глазной щели - 41,5% и 26,9%, площади век 76,1% и 47,9%. Для верхнего и нижнего века слева темп роста высоты от I к II и от II к III возрастной группе составлял 27,1% и 25,4%, длины глазной щели - 26,9% и 29,3%, площади век 53,1% и 53,7%. Это свидетельствует о дисинхронном увеличении мягких тканей верхнего и нижнего века справа и слева.

Афанасьев Д.А.

СЛОЖНОСТИ ХРАНЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Дальневосточный государственный медицинский университет
Кафедра нормальной и топографической анатомии
с курсом оперативной хирургии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Животова Е.Ю.

Цель работы. Оценить эффективность применения бензоата натрия и формалина при хранении биологического материала.

Материалы и методы. Был проведен анализ различных методик хранения анатомического биологического материала. Апробирована обработка 10% водным раствором бензоата натрия 5 мышечных макропрепаратов верхней конечности человека. А также было восстановлено 15 мышечных макропрепаратов верхней и нижней конечностях, высохших без влияния формалина в течение 7 дней в 10% растворе формалина.

Результаты. Главной проблемой современной анатомии является получение и сохранение биологического материала. Фиксированные макропрепараты с момента первой фиксации вступают во вторую стадию посмертного разложения органических тканей. Длительность эксплуатации макропрепаратов снижается под влиянием различных физических и химических факторов, но главной проблемой остается влияние микроорганизмов и патогенных грибов.

В настоящее время трудно найти группу материалов, на которую плесневые грибы не оказывают разрушающего действия. К биоповреждениям биологического материала относят: изменение физико-механических свойств материалов, ухудшение электрофизических свойств, изменение визуальных свойств; изменение клеточных структур в результате окисления. Данные повреждения обусловлены быстрым ростом колоний грибов, мощностью их ферментативного аппарата, резистентностью к дезинфицирующим средствам и фунгицидным препаратам. Описанные выше гнилостные процессы происходят в трупах в основном без доступа воздуха (в ваннах или хранилищах). Однако в отдельных случаях трупы могут находиться и на поверхности или в местах, в которые хорошо проникает кислород воздуха. В этих случаях гниение трупов происходит под влиянием ферментов аэробных бактерий. Такие процессы разложения трупов называются тлением.

Влияние микроорганизмов и плесневых грибов приводит к быстрому высыханию и ухудшению визуализации макропрепаратов. Существует множество методик восстановления биологического материала в настоящее время, однако высокая стоимость химических реагентов не позволяет закупать и апробировать их. Следует выделить работы с использованием 1-10% водный раствор бензоата натрия (Зенин О.К., Калмин О.В., Усович А.К.), при апробации данного раствора на 5 макропрепаратах верхней конечности кафедры анатомии ДВГМУ получен достоверный и эффективный результат в 100 % случаев.

Другим более дешевым восстанавливающим аналогом бензоата натрия является раствор формалина. Растворы формальдегида могут быть использованы в качестве дезинфицирующих средств, так как они быстро убивают бактерии и другие потенциально вредные микроорганизмы.

Однако низкое качество современного формалина и неправильное его хранение приводит к уменьшению сроков эксплуатации биологического материала. Вследствие это плесень получает среду для своего распространения. Ещё одной сложностью постоянного использования формалина является его «естественное окисления». В водных органических и неорганических растворах формальдегид со временем превращается в муравьиную кислоту, метиловый спирт и ацетон, которые ухудшают качество фиксации, а также выпадает в виде белого осадка параформальдегида.

В результате различных химических окислительно-восстановительных реакций точную концентрацию формальдегида в растворах формалина установить не представляется возможным. Если на дне контейнеров или баков с формалином образовался параформальдегид, то его можно растолочь, растворить, подогреть до 100-120° С и использовать для фиксации. Следует отметить необходимость использования вытяжного шкафа и соблюдение строгих мер техники безопасности, в связи с высокой летучестью формалина.

Если у вас остался «сухой параформ» его можно использовать для приготовления 40% формальдегид по Глауерт. Для его приготовления необходимо 40 г параформальдегида смешать со 100 мл дистиллированной воды, а также несколько капель 40% гидроксида натрия до просветления раствора. Полученную смесь необходимо медленно нагревать с постоянным помешиванием. Данный раствор можно использовать для повторной фиксации макропрепаратов.

Выводы. Восстановить имеющиеся макропрепараты удалось восстановить во всех случаях, однако лучше всего себя показал водный раствор бензоата натрия, который улучшает цвет макропрепаратов и не образует осадка. Низкая стоимость и доступность формалина не позволяет отказаться от его использования в ближайшее десятилетие. При хранении растворов формальдегида влияет низкая температура, а также контакт высокой концентрации формальдегида с органической тарой может приводить к выпадению осадка. Окисление формалина требует более тщательного контроля за его эксплуатацией. Поэтому важно храниться формалин в контейнерах из нержавеющей стали. В свою очередь высокая стоимость бензоата натрия не позволяет полностью отказаться от формалина несмотря на высокую эффективность. Актуальным направлением является апробация современных методик фиксации с использованием органических и неорганических реактивов, а также комбинация нескольких методик между собой.

Беккер Е.Д.
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ
В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель. Оценка динамики заболевания псориазом в Кировской области и России в период с 2009 по 2013 год.

Материалы и методы: изучены региональные особенности показателей общей и первичной заболеваемости разными формами псориаза взрослого населения Кировской области за период с 2009 по 2016 г. в сравнении с аналогичными показателями по Российской Федерации. Материалом исследования послужили данные статистической отчетности минздрава РФ о заболеваемости населения России за 2009–2016 гг. Статистическая обработка полученных в ходе анализа данных проводилась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики в программе Statistica 10 (StaSoft, inc., USA). Различия между параметрами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В Кировской области за период 2009–2016 гг. показатель первичной заболеваемости псориазом взрослого населения снизился на 18,5% (74,1 случая в 2009 г.; 60,4 случая в 2016 г. на 100 тыс. взрослого населения). Статистически значимое снижение показателей заболеваемости отмечалось в 2012–2015 гг. (87,8 случая в 2012 г.; 39,6 случая в 2015 г. на 100 тыс. населения). Показатель первичной заболеваемости псориазом взрослого населения по РФ в 2009–2016 гг. снизился на 4,5% и колебался в пределах 76,0–72,6 случая на 100 тыс. взрослого населения. В Кировской области в 2009–2016 гг. показатель общей заболеваемости псориазом взрослого населения вырос на 5,8% (227,4–240,8 случая на 100 тыс. взрослого населения). В РФ на протяжении 2009–2016 гг. отмечался рост показателей уровня общей заболеваемости псориазом взрослого населения на 13,8% (233,7 случая в 2009 г.; 266,0 случая в 2016 г. на 100 тыс. взрослого населения).

Выводы. 1. На основе анализа литературных источников по данной теме выделено, что псориаз-это заболевание в патогенезе которого имеются иммунные нарушения. Это означает что если выросла заболеваемость, то следует обратить внимание на иммунный статус населения и на показатели, влияющие на состояние иммунной системы человека. А именно всех вновь поставленных на учет людей в обязательном порядке проверять на иммунитет.

2. Проведенный анализ тенденций состояния здоровья взрослого населения Кировской области показал, что в регионе наблюдается

статистически значимый рост показателей общей заболеваемости псориазом, что отражает динамику данных показателей в РФ.

Бобокамбаров Н.
ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ССАДИН ПРИ РАЗЛИЧНОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ

Самаркандский Государственный медицинский институт
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
Научный руководитель: доцент, д.м.н. Исламов Ш.Э.

Цель работы. Определение срока заживления ссадин различной локализации в зависимости от их глубины.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 живых лиц в амбулаторном отделе Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в январе-апреле 2019г. Применяли методы: визуальный, стереомикроскопии, «словесного описания», статистические.

Результаты. При освидетельствовании различали поверхностные и глубокие ссадины. В поверхностной ссадине отсутствуют верхние и частично средние слои эпидермиса или полностью верхние, средние и частично ростковый (базальный) слои; последний обычно сохраняется в углублении между сосочками собственно кожи. В глубокой ссадине отсутствует либо весь эпидермис с вершинами сосочков, либо и верхние слои дермы. В таких случаях наблюдается массивное скопление крови и лимфы на поверхности ссадины. Установлено, что ссадины не возвышались над поверхностью на лице, верхних конечностях (поверхностные 1-2 сутки, глубокие 1-3), нижних конечностях (поверхностные 1-2 сутки, глубокие 1-5); ссадины возвышались над поверхностью на лице (поверхностные 2-5 сутки, глубокие 2-8), верхних конечностях (поверхностные 2-6 сутки, глубокие 2-10), нижних конечностях (поверхностные 2-7 сутки, глубокие 2-12); края корочки приподняты на лице (поверхностные 5-6 сутки, глубокие 6-9), верхних конечностях (поверхностные 6-8 сутки, глубокие 6-15), нижних конечностях (поверхностные 5-8 сутки, глубокие 6-15); корочка частично отпала на лице (поверхностные 6-8 сутки, глубокие 7-15), верхних конечностях (поверхностные 7-12 сутки, глубокие 11-18), нижних конечностях (поверхностные 7-12 сутки, глубокие 11-12); корочка полностью отпала на лице (поверхностные 7-11 сутки, глубокие 12-18), верхних конечностях (поверхностные 9-13 сутки, глубокие 16-23), нижних конечностях (поверхностные 8-13 сутки, глубокие 15-24); следы ссадин выявлялись на лице (поверхностные, глубокие до 30 суток), верхних конечностях (поверхностные, глубокие до 50 суток), нижних конечностях (поверхностные, глубокие до 120-150 суток).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на различных участках тела сроки заживления поверхностных и глубоких ссадин различны, что необходимо учитывать при освидетельствовании живых лиц в процессе проведения судебно-медицинских исследований по установлению давности повреждений.

Быданова Ю.В., Ширинзаде Ф.Н.
ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: д.м.н. Распутин П.Г.

Цель работы. Изучение влияния вибрации на липидный обмен экспериментальных животных.

Задачи. Оценить воздействие вибрации на липидный обмен лабораторных животных по показателям холестерина крови, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), апопротеин А (АПО А) и апопротеин В (АПО В).

Материалы и методы. Для моделирования вибрационной болезни были взяты белые беспородные крысы по 5 особей в каждой группе, весом 180 – 200 г. Применяли вибростенд, с частотой вибрации 44 Гц, продолжительностью - 60 мин, один раз в день. Группы животных: 1А – вибрация в течение 10 сут., забой на следующие сутки; 1Б - вибрация 10 сут., забой через 7 сут.; 1В - вибрация 10 сут., забой – через 14 сут.; 2А– вибрация 30 сут., забой на следующие сутки; 2Б - вибрация 30 сут., забой через 7 сут; 2В - вибрация 30 сут., забой через 14 сут. Контроль - интактные крысы.

Результаты исследования. 1. При 10-дневной вибрации. У группы 1А общий уровень холестерина по сравнению с исходным значением (1,68 ммоль/л) снизился на 10,12%, у 1Б постепенно возвращался к норме, но оставался сниженным по сравнению с исходным показателем на 6,55%, у 1В — 2,38%. Резкое падение холестерина у группы 1А свидетельствует о значительном негативном влиянии вибрации на организм лабораторных животных: снижение иммунитета, стресс. В двух других группах показатели стремились вернуться к норме за счет активации иммунитета и развития приспособленности. Уровень ЛПВП по сравнению с исходным значением (0,91 ммоль/л) повысился у группы 1А на 39,56%, у 1Б на 47,25%, у 1В на 61,54%. Положительная динамика отмечается за счет активации системы врожденного иммунитета, так как ЛПВП являются его частью. Чтобы защитить организм при воздействии повреждающего фактора их уровень повышается. Уровень ЛПНП по сравнению с исходным значением (0,42 ммоль/л) резко снизился у группы 1А на

54,76%, затем наблюдается возвращение показателей к норме: у группы 1Б по сравнению с исходным значением ЛПНП снизился на 47,62%, на 14 сутки – 38,1%. Уровень АПО А по сравнению с исходным значением (0,021 ммоль/л) повысился в первые сутки после забоя на 23,81%, на 7 сутки отмечается тенденция к убыванию показателей – 90,48%, на 14 сутки – 95,24%. Уровень АПО В по сравнению с исходным значением (0,009 ммоль/л) повышается в первые сутки после забоя на 33,33% и на 7 сутки – 44,44%, незначительное повышение от исходного уровня наблюдается на 14 сутки – 11,11%.

2. При 30 - дневной вибрации. Общий уровень холестерина по сравнению с исходным значением (1,68 ммоль/л) снизился у 2А на 12,5%, у 2Б – значительно повысился, отклонившись от нормы на 15,48%, у 2В – снизился от нормы на 10,12 %. Уровень ЛПВП по сравнению с исходным значением (0,91 ммоль/л) повысился у 2А на 46,15%, у 2Б – 98,9%, у 2В – 148,35%. Уровень ЛПНП по сравнению с исходным значением (0,42 ммоль/л) снизился у 2А на 26,19%, затем, у 2Б резко преодолевает норму, повысившись на 23,81%, у 2В уровень ЛПНП снова резко падает , отклонившись от нормы на 57,14%. Уровень АПО А по сравнению с исходным значением (0,021 ммоль/л) резко снизился у 2А на 66,66%, у 2Б отмечается тенденция к возрастанию показателей: уровень отклоняется от нормы в положительную сторону на 80,95%, а у 2В сутки вообще исчезает. Уровень АПО В по сравнению с исходным значением (0,009 ммоль/л) повышается у 2А и 2В на 33,33%, у 2Б — 55,55%. По имеющимся данным АПО А и АПО В коэффициент атерогенности при 10- и 30-дневной вибрации выше нормы (0,43): в первый день после забоя – на 6,98% и на 297,67% соответственно, на 7 сутки при 10-дневной вибрации на 51,16% выше нормы и на 14 день – на 132,56%, а при 30 - дневной вибрации на 7 сутки после забоя - на 13,95% ниже нормы, а на 14 сутки составил 0%.

Выводы. Динамика указанных показателей может свидетельствовать о нерегулируемом захвате ЛПНП клетками интимы сосудов, что может говорить об атерогенном воздействии вибрации.

Головенкин Г.Д.

ОСТЕОХОНДРОЗ. СКРЫТАЯ УГРОЗА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель работы. Проанализировать опасность заболевания остеохондроза и ознакомить с профилактикой исследуемого заболевания.

Актуальность. Как известно от остеохондроза страдают около 85% населения земного шара. Это значит, что примерно у каждого взрослого

человека, а иногда и подростка случаются неожиданные болевые ощущения в области спины. Но к сожалению, порой мы не придаем этому факту значения и, забывая, просто проживаем свою жизнь до первых серьезных проявлений в здоровье. Для начала хотелось бы ознакомить с самим понятием данного заболевания. Остеохондроз (osteochondrosis: по-гречески osteon – кость + chondros – хрящ) – дистрофический процесс суставного хряща и подлежащей костной ткани. В основе данного заболевания лежит прогрессирующая деформация (изменение формы и преждевременный износ) межпозвоночного хрящевого диска с последующим поражением позвонков, межпозвоноковых суставов и связок. Нарушение процессов диффузии приводит к качественному изменению состава пульпозного ядра, и как следствие – изменению внутридискового давления, «расплющиванию» самого диска. По этой причине краевые остеофиты тел позвонков, дугоотростчатых суставов, протрузии дисков являются приспособительной реакцией организма. Остеохондроз позвоночника относится к числу мультифакториальных заболеваний. При этом генетическая компонента при остеохондрозе позвоночника составляет 80%, средовая – 20%. Клинические проявления остеохондроза, в зависимости от локализации, сводятся к статическим, неврологическим, вегетативным и висцеральным расстройствам, которые чаще всего сочетаются с рентгенологической картиной. В 60-х годах проведенные статистические исследования обнаружили развитие дегенеративных изменений у 30-50% обследуемых в возрасте 30-40 лет, а в пожилом возрасте этот процесс наблюдался в 75-100% случаев.

Этиология заболевания: 1) генетическая предрасположенность; 2) гиподинамия; 3) постоянная работа в неблагоприятных метеоусловиях, когда низкая температура сочетается с большой влажностью воздуха; 4) вибрация; 5) незаметная неравномерная нагрузка на позвоночный столб из-за действия самых разных факторов (например, неправильное положение позвоночника при работе и других ежедневных видах деятельности); 6) длительное пребывание тела в физиологически неудобных положениях: «сидячая» работа; управление транспортными средствами, работа пультом компьютера, за чертежной доской, стояние у станка, за прилавком и т. д.

Материалы и методы исследования. Статистико-аналитический анализ данных ВОЗ. Научная литература и научные статьи об остеохондрозе.

Задачи. Определить, кто больше всего подвержен риску заболевания. Выяснить как предотвратить патологический процесс остеохондроза.

Результаты. По данным анализам исследования ВОЗ во время проведения профосмотров, в 85-90% случаях у детей уже определяют нарушения осанки. 15-20% из таких детей уже имеют развивающийся сколиоз, чаще обнаруживаемый уже даже не первой, а второй степени. Также проводя профосмотры среди детей дошкольного возраста и детей из

старших классов, в первом случае опорно-двигательная система поражается у 30% детей, во втором случае – у 95% детей. Статистика ВОЗ свидетельствует: различными болезнями опорно-двигательного аппарата страдает 80% населения. При чем большинство – трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет. В Российской Федерации основная часть амбулаторного приема неврологов приходится на пациентов, у которых диагностируются те или иные патологии позвоночника и суставов. Согласно официальной статистике общая динамика болезней опорно-двигательного аппарата в России с начала 21 века возрастает с каждым десятилетием приблизительно на 30%. Понять, насколько стремительно увеличивается число людей, страдающих болезнями позвоночника и суставов, можно, сравнив статистику советских времен и данные, опубликованные после 2000 года. Так, 80-е гг. прошлого века в СССР среди заболеваний периферической нервной системы от 70 до 90% случаев приходилось на остеохондроз позвоночника. При численности населения в 300 млн. человек ежегодно под диспансерным наблюдением находилось 25 млн. пациентов с различными клиническими проявлениями остеохондроза. В 2018 г. в РФ насчитывалось 15 млн. больных остеохондрозом при населении в 144,5 млн. Это примерно 10,3 % население имеют такую патологию. Больше всего подвержены заболеванию: у наборщиков, ткачих, шоферов чаще поражается шейный отдел, у горняков – поясничный, а у грузчиков чаще всего грудной. Неблагоприятно отражается длительное пребывание в том или ином вынужденном положении, например, наклонное положение туловища или головы, тяжесть туловища при этом удерживается главным образом натягиваемыми связками; наклонное положение с вытянутыми вперед руками, характерное для труда наборщиков, швей, секретарей, гладильщиц, постоянное и длительное напряжение при «стоячих» профессиях (хирурги, парикмахеры, торговые работники).

Профилактика.

Во-первых, и самое главное – необходимо иметь оптимальный вес, соответствующий росту, полу, возрасту. Избавьтесь от лишнего веса!

Одной из причин формирования остеохондроза являются статические перегрузки, поэтому лишний вес как раз и может быть одним из главных факторов перегрузки.

Во-вторых увеличивать совокупность активных движений в день. Так как при гиподинамии к позвонкам и межпозвоночным дискам поступает мало питательных веществ.

В третьих научиться и пытаться контролировать стрессовые факторы, по возможности избегать их.

Выводы. К сожалению количество страдающих остеохондрозом по сей день вызывает только опасение, но при грамотном и качественном информировании населения органами здравоохранения будет

способствовать улучшению статистической картины, соответственно повышению уровню здоровья граждан.

Гришкина Д.А.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В
ПЕРИОД 2011-2017 ГГ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель работы. Проследить динамику заболеваемости по врожденным аномалиям женских половых органов, одними из которых являются врожденные аномалии тела и шейки матки в г. Киров и в районах Кировской области в период 2015-2017 гг.

Актуальность. К аномалиям женских половых органов относятся врожденные нарушения анатомического строения гениталий в виде незавершенного органогенеза: отклонения величины, формы, пропорций, симметрии, топографии; наличие образований, не свойственных женской особи в постнатальном периоде. Ошибочно к аномалиям относят и постнатальную задержку развития правильно сформированных половых органов. Это чисто анатомические нарушения, как правило, сопровождается расстройством функции.

Частота аномалии развития женских половых органов составляют 4% от всех пороков развития. По данным других авторов, среди 44756 больных, прошедших за 11 лет через акушерско-гинекологическую клинику, у 102 (0,23%) имелись аномалии матки и влагалища. Естественно, что в высококвалифицированных специализированных учреждениях количество соответствующих больных больше: от 3,9 до 12,4 % по отношению ко всем детям, поступившим в гинекологическое отделение. Диагностика аномалий развития женских половых органов представляет значительные сложности в связи с многообразием форм пороков. Во время массовых осмотров женщин данные врожденные патологии выявляются в 0,9%. Частое сочетание аномалий женских половых органов с другими врожденными дефектами обуславливает необходимость тщательного всестороннего обследования пациентов с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Статистико-аналитический с последующей публикацией полученных результатов с использованием статистических данных по Кировской области с 2010 по 2017 г.

Результаты. Данное исследование включало в себя анализ статистики заболеваемости детей от 0 до 14 лет и населения старше 18 лет по г. Кирову, а так же по следующим районам Кировской области: Арбажский, Афанасьевский, Белохолуницкий, Богородский, Верхнекамский,

Верхошижемский, Вятско-Полянский, Даровский, Зуевский, Кикнурский, Кильмезский, Кирово-Чепецкий, Котельничский, Куменский, Лебяжский, Лузский, Малмыжский, Мурашинский, Нагорский, Немский, Нолинский, Омутнинский, Опаринский, Оричевский, Орловский, Пижанский, Подосиновский, Санчурский, Свечинский, Слободской, Советский, Сунский, Тужинский, Унинский, Уржумский, Фаленский, Шабалинский, Юрьянский, Яранский. Анализ статистики детской заболеваемости дал следующие результаты: в 2011 г. показатель заболеваемости врожденными аномалиями женских половых органов по Кировской области составил 22 на 100 тысяч населения (12 из районов), в 2012 г. – 11 (8 из районов), в 2013 г. – 16 (5 из районов), в 2014 г. – 21 (11 из районов), в 2015 г. – 9 (3 из районов), в 2016 г. – 11 (2 из районов), в 2017 г. – 11 (3 из районов). В городе Киров в 2011 г. – 10, в 2012 г. – 3, в 2013 г. – 11, в 2014 г. – 10, в 2015 г. – 6, в 2016 г. – 9, в 2017 г. – 8. При оценке статистики по районам Кировской области были получены следующие данные: в 2011 году наблюдалась заболеваемость в Арбажском районе (1 ребенок), в Верхнекамском районе (1 ребенок), в Кирово-Чепецком районе (3 ребенка), в Куменском районе (1 ребенок), в Лузском районе (4 ребенка), в Юрьянском районе (2 ребенка). В 2012 году – в Арбажском районе (1 ребенок), в Верхнекамском районе (1 ребенок), в Куменском районе (2 ребенка), в Лузском районе (1 ребенок), в Слободском районе (1 ребенок), в Советском районе (1 ребенок). В 2013 году – в Зуевском районе (1 ребенок), в Куменском районе (2 ребенка), в Лузском районе (1 ребенок), в Слободском (1 ребенок). В 2014 году – в Зуевском районе (1 ребенок), в Котельничском районе (5 детей), в Куменском районе (1 ребенок), в Мурашинском районе (1 ребенок), в Омутнинском районе (1 ребенок), в Унинском районе (1 ребенок), в Уржумском районе (1 ребенок). В 2015 году – в Зуевском районе (1 ребенок), в Куменском районе (1 ребенок), в Мурашинском районе (1 ребенок). В 2016 году – в Куменском районе (1 ребенок), в Мурашинском районе (1 ребенок). В 2017 году – в Зуевском районе (3 ребенка). Таким образом, с 2011 по 2014 год детская заболеваемость по Кировской области врожденными аномалиями женских половых органов оставалась практически на одном уровне, с 2015 года можно отметить спад заболеваемости, особенно в районах Кировской области. Наибольшее число заболевших прослеживается по Зуевскому, Куменскому, Лузскому и Мурашинскому районам. В городе Киров заболеваемость снизилась практически незначительно. Анализ статистики заболеваемости женщин старше 18 лет дал следующие результаты: в 2011 г. показатель заболеваемости врожденными аномалиями женских половых органов по Кировской области составил 26 на 100 тысяч населения (11 из районов), в 2012 г. – 10 (1 из районов), в 2013 г. – 5 (3 из районов), в 2014 г. – 6 (4 из районов), в 2015 г. – 3 (3 из районов), в 2016 г. – 5 (4 из районов), в 2017 г. – 3 (3 из районов). В городе Киров в 2011 г. – 15, в 2012 г. – 9, в

2013 г. – 2, в 2014 г. – 2, в 2015 г. – нет больных, в 2016 г. – 1, в 2017 г. – нет больных. При оценке статистики по районам Кировской области были получены следующие данные: в 2011 году наблюдалась заболеваемость в Котельничском районе (1 человек), в Нагорском районе (5 человек), в Пижанском районе (3 человека), в Слободском районе (2 человека). В 2012 году – в Верхнекамском районе (1 человек). В 2013 году – в Верхошижемском районе (2 человека) и в Юрьянском районе (1 человек). В 2014 году - в Верхошижемском районе (3 человека), в Юрьянском районе (1 человек). В 2015 году - в Верхошижемском районе (3 человека). В 2016 году – в Верхошижемском районе (3 человека), в Советском районе (1 человек). В 2017 году - в Верхошижемском районе (3 человека). Таким образом, с 2012 года в Кировской области, в городе Киров и в областных районах отмечается уменьшение числа женщин с врожденными аномалиями женских половых органов. Наибольшая заболеваемость прослеживается в Верхошижемском районе.

Выводы. Выявленная частота врожденных пороков развития женских половых органов показывает, что при имеющемся динамическом снижении заболеваемости женщин старше 18 лет в Кировской области в период 2011-2017 гг., показатели детской заболеваемости остаются на среднем уровне в городе Киров и некоторых районах Кировской области, что возможно, может быть связано с ухудшением экологической обстановки, особенно в городской местности. Полученные данные могут быть использованы в работе областной медикогенетической консультации, а также при планировании объема специализированной помощи детям и взрослым с врожденными пороками.

Дубинина М.С.

АНАЛИЗ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ
ПРОТИВОГОЛОЛЕДНЫХ РЕАГЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ
ВЫЖИВАЕМОСТИ *PARAMENICUM CAUDATUM*

Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологии, медицинской генетики и экологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Бабкина Л.А.

Цель работы. Оценить степень токсикологического воздействия ПГР на основе хлоридов методами биотестирования с помощью исследованию культуры простейших организмов – инфузорий *Paramenicum caudatum*.

Материалы и методы. Объектами исследования послужили ПГР, реализуемые в торговых сетях г. Курска и наиболее часто используемые коммунальными службами и частными лицами: техническая соль (100% NaCl), Mr. Defroster Mineral Salt (не менее 98% KCl), INIS-Антилед (CaCl₂, NaCl, (NH₄)₂CO). Для оценки токсичности ПГР были приготовлены серии растворов исследуемых реагентов в дозах ПДК, 2ПДК, 3ПДК, 4ПДК в

расчете на хлориды. В качестве ПДК хлоридов в талой воде использовался норматив для сточных вод, допущенных к сбросу в централизованные дождевые системы водоотведения ($cCl=300$ мг/л). Тест-объектом послужила суточная культура инфузорий *Paramecium 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 определяли по выживаемости инфузорий по сравнению с контролем за период экспозиции, равный 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). Математическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета анализа MS Excel.

Результаты и обсуждения. Выживаемость инфузорий в контроле составила 98,67%. Анализ действия различных концентраций хлоридов как основных компонентов исследуемых ПГР на выживаемость *P. caudatum* показал, что независимо от вида реагента при возрастании его дозы в ряду 1ПДК–2ПДК–3ПДК–4ПДК происходит снижение выживаемости. Для технической соли показатель выживаемости при увеличении концентрации хлоридов составляет 95% (1ПДК), 72% (2ПДК), 32% (3ПДК), 14,67% (4ПДК). Динамику выживаемости инфузорий для реагента INIS-Антилед отражает следующий ряд показателей: 97% – 62% – 49% – 31%. Увеличение дозы препарата Mr. Defroster Mineral Salt приводит к снижению выживаемости: 76%, 35%, 15,67%, 1,67% соответственно.

Показатель выживаемости при равных дозах исследуемых реагентов варьирует в зависимости от вида ПГР. Препарат Mr. Defroster Mineral Salt 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 (индекс токсичности 3,72% и 1,69% соответственно). Повышение концентрации хлоридов в модельных растворах до 2ПДК вызывает острое токсическое действие для инфузорий при использовании реагента Mr. Defroster Mineral Salt (индекс токсичности 64,53%), умеренное токсическое действие – для технической соли и INIS-Антилед (индекс токсичности 27,03% и 37,16% соответственно). Растворы всех исследуемых ПГР в дозах

3ПДК и 4ПДК оказывают острое токсическое действие (индекс токсичности более 50,34% при 3 ПДК и более 68,58% при 4ПДК). Наиболее выраженное токсическое действие установлено для реагента Mr. Defroster Mineral Salt (индекс токсичности составил 84,12% при 3ПДК и 98,31% при 4ПДК). Достоверных различий в токсичности INIS-Антилед и технической соли не выявлено ($t_{st} < 2,78$).

Сравнительный анализ выживаемости тест-объекта при воздействии различных видов ПГР показал, что существенно выше смертность парамеций в пробах с реагентом Mr. Defroster Mineral Salt на основе хлорида калия, что возможно объясняется тем, что мембрана клетки более проницаема для ионов калия. Менее выражено негативное влияние реагента INIS-Антилед, что может быть связано с присутствием азота как элемента питания в составе мочевины в данном препарате.

Выводы. Наиболее выраженным токсическим действием обладает ПГР Mr. Defroster Mineral Salt, 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.

Жолобова Н.Е.

БРИОИНДИКАЦИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЗАГРЯЗНЁННОСТИ СРЕДЫ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра биологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Коледаева Е.В.

Цель исследования. Оценить эффективность использования бриоиндикации как метода оценки экологического состояния среды.

Материалы и методы. Для исследования выбраны 6 точек в черте г. Кирова с наибольшей концентрацией населения и 1 фоновая за городом. В каждой исследуемой контрольной точке выделена площадка 30*30 м. На выбранной площадке отобрано 10 взрослых, здоровых, вертикально стоящих, одиночных деревьев. На каждом дереве проведено 4 измерения с помощью квадрат-сетки 20*20 см: 2 – у основания ствола с противоположных сторон и 2 на высоте 1,4м – 1,6м. Наложением сетки на ствол дерева, подсчитана площадь, занятая эпифитными мхами. Произведён подсчёт количества квадратов, полностью покрывающих заросшие мхами участки (А); затем - учёт квадратов, частично занятых мхами (В). Площадь покрытия ствола мхами определена по формуле: $S=(A+0,5B)/4$. Рассчитаны показатель достоверности бриоиндикаторов: $D=X\%/Y\%$; сопряжённость: $C=(X/(X+Y))*100\%$; показатель значимости: $PZ=(X/Z)*100\%$, где X – количество участков, на которых обнаружены и

индикатор, и объект индикации, Y - количество участков с индикатором, но без объекта индикации, Z - количество эталонных участков с объектом индикации.

Результаты. Исследование показало, что площадь покрытия коры эпифитными мхами на разных площадках неоднородна и в среднем составляет 110 см², показатель достоверности для эпифитных мхов составил 2,5 единицы, сопряжённость – 71%, показатель значимости – 71%. Значения последних совпадают, так как количество участков с объектом индикации (атмосферный воздух) совпадает с общим количеством исследуемых участков. Установлен класс встречаемости бриоиндикатора – «обильный»; и степень надёжности бриоиндикатора – «сомнительный». В двух исследуемых точках эпифитные мхи не обнаружены по причинам наличия только хвойных пород деревьев и слишком сильного загрязнения атмосферы.

Выводы. На основании расчётных показателей можно утверждать, что бриоиндикация является относительным и малоэффективным методом оценки степени загрязнённости среды, так как позволяет приблизительно сравнивать площадки между собой, но не указывает абсолютных значений загрязнений и не даёт критически точных результатов.

Зорина В.А., Кибешева Э.И.

АЛЬГОИНДИКАЦИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДОЁМОВ Г.КИРОВА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра биологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Коледаева Е.В.

Цель исследования: оценить экологическое состояние некоторых водоемов г.Кирова при помощи метода альгоиндикации.

Материалы и методы: Забор воды в количестве 130 мл производился с 10 по 12 июля 2019 года в трех водоемах города Кирова. Для оценки экологического состояния водоемов использовали 3 подхода:

1. Выявление и оценка видового и количественного состава водорослей, определение доминирующих видов с помощью определителя водорослей Гуревича А.А.

2. Оценка сапробности реки Вятки с двух берегов и двух прудов в парке им. Кирова для оценки видового разнообразия и обилия отдельных видов. Для расчета сапробности использовали индекс сапробности (ИС) Пантле и Букка. Используя перевод значений ИС в баллы, определили качество воды в исследуемых водоемах.

3. Оценка физических свойств вод: для определения цвета воды использовали лист белой бумаги; подносили к нему пробирку с исследуемой водой и при боковом освещении определяли цвет. Для

определения прозрачности воды использовали прозрачный мерный цилиндр, в который налили воду. Под дно цилиндра подкладывали шрифт на расстоянии 4-х см от дна цилиндра и наливали воду до тех пор, пока возможно было прочитать шрифт. По шкале на цилиндре определили объем (мл), при котором текст является читаемым. Для определения запаха использовали спиртовку, пробирки, пробиркодержатель, спички. Пробу с небольшим количеством воды в пробирке нагревали ~ до 90 градусов. Интенсивность запаха оценивали по 5-и бальной шкале.

Результаты. Водоросли - индикаторы воды, чрезмерное их развитие приводит к увеличению количества микроорганизмов и резкому ухудшению качества воды. В нижнем пруду в парке им. Кирова вода желтовато-мутного цвета, ее прозрачность- 81 мл, запах- 3 балла, ИС=3, класс качества воды 4; данный водоем является α -мезосапробной зоной. В нем найдена водоросль Кладофора, которая выполняет биологическую и механическую чистку воды. Нижний пруд, имеющий стоячую воду, содержит меньшее кол-во водорослей, чем в верхнем пруду, регулярно проходит очистку, имеет по всем показателям более чистую воду.

В верхнем пруду в парке им. Кирова вода серо-мутного цвета, прозрачность- 100 мл, запах- 5 баллов, ИС более 4, класс качества воды 6; данный водоем является полисапробной зоной. Аналогично найдена водоросль Кладофора. Верхний пруд имеет родниковый выход, показатели в нем самые худшие. Это связано с наличием в нем большого количества водорослей и с действием на него антропогенного фактора (круглогодичное нахождение уток и их кормление людьми).

На левом и правом берегах реки Вятки вода имеет одинаковый малозаметный мутноватый цвет, запах-1 балл. Прозрачность для первого- 105 мл, ИС=1, класс качества воды 2; данный водоем является олигосапробной зоной. В нем найдена водоросль Синедра- показатель вод, имеющих разную степень органического загрязнения, в небольшом количестве встречается в чистых водоемах. Для второго- 125 мл, ИС=1, класс качества воды 2; данный водоем является также олигосапробной зоной. Найденная в данном водоеме водоросль Пиннулярия является индикатором чистоты водоемов, однако массовое размножение может служить причиной гибели рыб.

На левом и правом берегах р.Вятки найденных водорослей по количеству значительно меньше, чем в прудах; за счет сильного течения вода в реке постоянно самообновляется, по всем показателям они имеют воду чище, чем в прудах. Водоемы нужно очищать от мусора и проводить проверки на качество воды, чтобы в дальнейшем избежать необратимых последствий.

Выводы. Таким образом, метод альгоиндикации оказался эффективным для оценки экологического состояния водоемов г.Кирова.

Наиболее качественные показатели воды были выявлены на берегах реки Вятки. Однако пруды парка им. Кирова нуждаются в специальной очистке.

Кобилев Б.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Самаркандский Государственный медицинский институт
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
Научный руководитель: д.м.н., доцент Исламов Ш.Э.

Цель исследования. Выявление сущности допускаемых дефектов медицинской помощи среди специалистов различного профиля, по материалам судебно-медицинской службы.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников в 2018 г в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

Результаты исследования. В Самаркандском областном филиале было проведено 58 экспертиз по поводу правонарушений медицинских работников, из них в 38 случаях (65,5%) выявлены дефекты медицинской помощи. По специальностям чаще в отношении акушер-гинекологов 16 случаев (42,1%), хирургов и травматологов по 4 (10,5%), педиатров, терапевтов и ЛОР-врачей по 3 (7,9%), анестезиологов-реаниматологов 2 (5,3%), нейрохирургов, онкологов и токсикологов по 1 (2,6%). По характеру преобладали – нераспознавание основной патологии 10 (26,3%) и её осложнений 2 (5,3%), поздняя госпитализация 3 (7,9%), а также ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (неправильное ведение родов) 14 (36,8%), нарушение правил транспортировки и др. по 1 (2,6%). Среди причин отмечается явное преобладание субъективных 28 (73,7%), из них невнимательное отношение к больному 24 (85,7%), неполноценное обследование больного 4 (14,3%), а также позднее обращение к врачу 3 (7,9%) и прочее 7 (18,4%). На догоспитальном этапе 3 (7,9%), из них в СВП, районной поликлинике и на дому по 1 (2,6%); на госпитальном этапе 35 (92,1%), из них в ЦРБ и родильных домах 25 (65,8%), в областной больнице 9 (23,7%) и хозрасчетных учреждениях 1 (2,6%). В исходе они приводили к наступлению смерти 26 (68,4%), наступлению инвалидности 3 (7,9%) и не оказали существенного влияния на исход 9 (23,7%).

Выводы. Таким образом, по материалам судебно-медицинской службы дефекты медицинской помощи чаще выявлялись в деятельности акушер-гинекологов, а также хирургов и травматологов, по характеру

преобладали дефекты диагностики и лечения, которые в основном возникали из-за субъективных причин, чаще на госпитальном этапе и в исходе чаще приводили к наступлению смерти и наступлению инвалидности.

Княжев И.С.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ АСИММЕТРИИ СТРОЕНИЯ КИСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Резцов О.В.

Цель. Определение типологии морфофункциональных реакций студентов на экзамене для рекомендаций по оптимизации обучения.

Материалы и методы. В исследовании было 57 студентов-девушек третьего курса медицинского университета от 19 до 25 лет ($20,8 \pm 0,1$). Измерения проводили утром, в момент сдачи экзамена. Измеряли рост, массу тела, форму и размеры пальцев на кисти, вычисляли пальцевый индекс. Для оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций определяли: систолическое и диастолическое артериальное давление, ЧСС (тонометр UB-202). Динамика вариабельности сердечного ритма определялась пульсоксиметром ЭЛОКС-01М по индексу перфузии (ИП) I пальца на правой руке. Вычисляли SDNN, СИМ, ПАР и ВИК (вегетативный индекс Кердо) и др. Статистическая обработка проводилась с использованием компьютерных пакетов Excel и Statistica Advanced 10 for Windows RU. Разницу показателей в группах оценивали по критерию Манна-Уитни. Для установления связей между изучаемыми величинами применяли корреляционный анализ по Спирмену. Достоверность различий (p) во всех процедурах принимали менее 0,05.

Результаты. За основу морфологических показателей брали рост, вес, а также тип строения кисти, с учетом её асимметрии. В результате исследования выделены три группы: ульнарный (n=7), радиальный (n=35), смешанный (n=15), а также функциональные подгруппы: симпатотоники (СИМ) и парасимпатикотоники (ПАР). Все контингенты имели количественные различия по функциональным показателям гемодинамики, вегетососудистой регуляции. Девушек с радиальным типом строением кисти оказалось больше, среди них встречается больше симпатотоников, чем парасимпатотоников. У девушек второй и третьей группы выявлены отрицательные связи между параметром SDNN и пальцевым индексом 2D:4D (на правой руке), это свидетельствует о связи между 2D:4D, СИМ и ВИК, в группе, где преобладает радиальный тип строения кисти.

Выводы. Среди девушек с радиальным, ульнарным и смешанным типами строения кисти внутри групп обнаружены различия между

функциональными показателями: по показателям артериального давления. При анализе корреляционных данных выявлено, что для девушек с радиальным типом строения кисти характерен симпатический тип регуляции. Также для девушек данной группы характерна как леворукость так и праворукость, встречаются и амбидекстры. Для девушек со смешанным типом строения кисти характерен симпатический тип регуляции. Также для девушек данной группы характерна как леворукость так и праворукость наряду с амбидекстрами. Однако, на момент экзамена были и парасимпатические реакции (28,6%), что требует дополнительного исследования.

Кончак В.В., Примак А.М.

ОСОБЕННОСТИ И ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТРОЕНИЯ БРЮШНОЙ ЧАСТИ ПИЩЕВОДА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель: ст. преподаватель Шестакович Е. Н.

Цель. Установить особенности строения брюшной части пищевода человека методом спиральной компьютерной томографии.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные спиральной компьютерной томографии 100 лиц в возрасте 22-74 лет (56 женщин и 44 мужчины). Исследование проводилось натощак, непосредственно перед изучением перорально вводилось 450 мл 2% раствора сульфата бария.

На спиральном компьютерном томографе «HI Speed CT/I» фирмы «General Electric» получены КТ-срезы толщиной 2-3 мм в аксиальной (горизонтальной) плоскости с последующей фронтальной и сагиттальной реконструкцией изображения. Полученные данные оценены с помощью программы «Vidar DICOM Viewer».

Проведена морфометрия брюшной части пищевода (БЧП) и измерена ширина пищевода на уровне диафрагмы (Ш1), в брюшной полости (Ш2), в области кардиального отверстия желудка (Ш3), длина брюшной части пищевода (Д), величина кардиальной вырезки (КВ).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2016 и Statistica 10,0 for Windows.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что брюшная часть пищевода характеризуется индивидуальными и половыми особенностями морфометрических характеристик.

Минимальная величина ширины БЧП зарегистрирована в диафрагмальном отверстии пищевода и варьировала от 10,2 мм до 14,0 мм (для мужчин этот показатель составил 12,45 мм (10,1 мм; 13,8 мм), а для женщин - 11,95 мм (10,2 мм; 13,4 мм)). В области кардиального отверстия

ширина БЧП составила $13,63 \pm 0,34$ мм (мужчины - $13,2 \pm 0,92$ мм, женщины - $13,85$ мм ($11,5$ мм; $15,5$ мм)). Максимальные показатели ширины БЧП отмечены в области кардиального отверстия желудка и составили в среднем $17,1 \pm 0,43$ мм (у мужчин - $14,85$ мм ($13,6$ мм; $17,7$ мм), у женщин - $16,6$ мм ($15,6$ мм; $19,1$ мм)).

В ходе исследования установлена положительная корреляция ширины пищевода в пищеводном отверстии диафрагмы с шириной пищевода в его брюшной части, шириной пищевода в кардиальном отверстии желудка и с длиной пищевода в брюшной части (коэффициент корреляции 0,6). При этом, корреляции между шириной пищевода в пищеводном отверстии диафрагмы и величиной гастроэзофагиального угла не наблюдается.

Выводы. В ходе проведенного исследования установлено, что брюшная часть пищевода характеризуется значительной вариабельностью анатомии и морфометрических показателей. Наибольшая толщина брюшной части пищевода наблюдается в области кардиального отверстия желудка и составила $17,1 \pm 0,43$ мм, наименьшая – в диафрагмальном отверстии пищевода $12,5$ мм ($10,2$ мм; $14,0$ мм). Существует положительная корреляция между шириной пищевода в пищеводном отверстии диафрагмы с шириной пищевода в его брюшной части, шириной пищевода в кардиальном отверстии желудка и с длиной пищевода в брюшной части (коэффициент корреляции 0,6).

Латышко О.В.

ЭТИОЛОГИЯ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ГОРОДА КИРОВА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель работы. Изучить медико-социальные аспекты формирования нейросенсорной тугоухости у детей, а также выявить трудности в ранней диагностике заболевания.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 22 семьи, имеющие детей с установленным диагнозом нейросенсорная тугоухость и проживающих в г. Киров. Им было предложено анонимное анкетирование, включающее ряд вопросов, выявляющих факторы риска, сроки постановки диагноза, а также сведения о сопутствующих заболеваниях. Для статистической обработки использовалась программа MS Excel 2013.

Результаты. В исследовании приняли участие 15 слышащих (68,2%), 3 слабослышащих (13,6%) и 4 глухих (18,2%) родителя. Особое внимание было уделено вопросам о том, когда они заметили нарушение слуха у ребенка и временем установки диагноза специалистом. Так, 8 человек (36,3%) отметили, что нарушение слуха было выявлено в роддоме при

проведении аудиологического скрининга, 50% опрошенных обнаружили проблемы со слухом у ребенка в возрасте 1-3 года, 13,6 % только в возрасте 3-6 лет. Диагноз нейросенсорная тугоухость (различной степени) был установлен в большинстве случаев (59,1%) в возрасте 1-3 года, в грудном возрасте – у 22,7%, в 3-6 лет у 18,2% детей. Большинство родителей среди причин поздней диагностики указывают неэффективность аудиологического скрининга, а так же невозможность использования дополнительного, более информативного метода, аудиометрии из-за сопутствующих заболеваний. Двум детям изначально был поставлен диагноз умственная отсталость, а одному ребенку – алалия.

Все нейросенсорные нарушения слуха могут быть подразделены на три вида: наследственные, врожденные и приобретенные. Наследственный характер патологии отметили 7 опрошенных (31,7%), среди них 3 глухих, 2 слабослышащих и 2 слышащих родителей. На врожденное нарушение слуха указали 5 человек (среди причин: гипоксия плода, неблагоприятное течение беременности, патологические роды, употребление алкоголя во время беременности и стресс). Приобретенная тугоухость отмечена у 10 детей (45,4%), среди возможных причин указано:

- инфекционные заболевания;
- сосудистые расстройства;
- применение антибиотиков;
- тяжелая желтуха в неонатальный период;
- отит среднего уха;
- резус-конфликт.

Двое из опрошенных родителей не могут назвать причины потери слуха своего ребёнка.

Выводы. Таким образом, сложность проблемы ранней диагностики нейросенсорной тугоухости объясняется как полиэтиологичностью заболевания, так и неэффективностью первичного аудиологического скрининга. Наличие противопоказаний у компьютерной аудиометрии в условиях общей анестезии делает этот вид исследования недоступным для детей с некоторыми сопутствующими заболеваниями. Поэтому поиск новых более эффективных методов диагностики и профилактики нейросенсорной тугоухости является актуальной задачей современной медицинской науки.

Леушина Е.С., Вишняков А.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: доцент Мильчаков Д.Е.,

к.б.н., доцент Коледаева Е.В.

Цель работы. По данным литературных источников изучить распространенность дегенеративно-дистрофических заболеваний в России и узнать, имеют ли место их проявления у студентов.

Материалы и методы. Обзор литературы, отчёты Минздрава, данные Росстата. Для выявления признаков дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника у студентов было проведено анкетирование, в котором приняло участие 50 человек, среди которых 84% респондентов женского пола и 16% мужского, средний возраст составил 20 лет. Анкета основывалась главным образом на симптомах, свидетельствующих о патологиях шейного отдела позвоночника, также учитывалось, испытывают ли студенты дискомфорт при выполнении некоторых физических упражнений. Обработка анкет проводилась с помощью Microsoft Office Excel.

Результаты. По данным Минздрава России статистика по заболеваниям костно-мышечной системы и соединительной ткани за период 2000-2017 на 1000 населения следующая: 2000-30,6; 2001-31,6; 2002-35,1; 2003-33,6; 2004-34,1; 2005-33,3; 2006-35,2; 2007-35,2; 2008-35,1; 2009-34,7; 2010-33,5; 2011-33,6; 2012-33,2; 2013-32,3; 2014-31,8; 2015-30,1; 2016-29,5; 2017-29,5. Из общего количества больничных листов, выдаваемых только невропатологами, более 70% приходится на различные клинические проявления дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Среди причин временной потери трудоспособности и инвалидности это заболевание по-прежнему занимает одно из первых мест. Уровень инвалидности среди больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника составляет 4 человека на 10 тысяч населения и занимает первое место по этому показателю в группе заболеваний опорно-двигательного аппарата.

По данным X съезда травматологов-ортопедов России деформирующие дорсопатии занимают лидирующее положение в структуре ортопедической заболеваемости среди взрослых (36,9%), подростков (41,5%) и второе у детей (29,8%).

Исходя из сводки по Кировской области об отдельных заболеваниях за период 2015-2017гг. выявлено, что общее число больных на 100000 населения деформирующей дорсопатией за 2015 год составило 1104,3; 2016 – 900; 2017 – 228. Первично заболевших за 2015 год – 288,2; 2016 – 130; 2017 – 276. Общее число страдающих спондилопатией на 100000 населения в 2015 году – 85; 2016 – 90; 2017 – 93,7. Первично заболевших за 2015 – 8,3; 2016 – 10, 2017 – 9. Данные результаты говорят о преобладании деформирующих дорсопатий. Прослеживается уменьшение общей заболеваемости деформирующей дорсопатией, однако наблюдается рост спондилопатий. Если говорить о первичной заболеваемости, то каких-либо закономерностей для обеих групп заболеваний не выявлено.

Одним из самых распространенных заболеваний позвоночника является остеохондроз. По данным Всемирной организации здравоохранения, им страдают до 80% населения Земли. При этом доля поясничного отдела составляет 50%, шейного – более 25%, грудного – 12%, крестцового – 13%.

По результатам анкетирования получено, что распространённость симптомов деструктивно-дегенеративных заболеваний следующая: звон/шум/заложенность в ушах испытывает 60% респондентов, головную боль – 52%, метеозависимы – 52%, хруст шеи наблюдают 48%, мушки/туман перед глазами появляются у 46%, боли в шее у 44%, головокружение – 40%, скачки АД бывают у 34%, спазмы мышц воротниковой зоны – 30%, ком в горле/затруднение глотания испытывают – 24%, ощущение нехватки воздуха – 22%, онемение пальцев рук – 18%, боли в руке – 14%, боли под лопаткой – 10%. Не исключаются в проявлении данной симптоматики состояния, попадающие под категорию «натальная травма», которые связаны с особенностями родового акта и родовспоможением. При ответе на вопрос «какие физические упражнения вызывают дискомфорт?» лишь 25% респондентов отметили, что у них не возникает неприятных изменений самочувствия. 13% отмечают дискомфорт при беге, 9% - при подтягиваниях, 6% - при вращениях головой, 4% - при прыжках, 4% - подъёме и опускании туловища лёжа, 4% - катании на лыжах, 3% - поворотах головы, 3% - поднятии тяжестей, и по 1% во время наклонов головы, метания и плавания.

Выводы. Таким образом, в России по заболеваниям костно-мышечной системы и соединительной ткани за период 2000-2017гг. с 2008 года наблюдается снижение показателей, что говорит о позитивной динамике в лечении данных заболеваний. Однако, деструктивно-дегенеративные заболевания имеют одно из лидирующих позиций и молодеют с каждым годом. В Кировской области наблюдаются высокие показатели по деформирующим дорсопатиям, однако, за 2015-2017 годы происходит снижение общей заболеваемости, что нельзя сказать о спондилопатиях. Велика роль остеохондроза позвоночника, в частности поясничного и шейного отделов. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что у студентов больше всего симптомов, свидетельствующих о нарушении кровообращения в бассейне позвоночной артерии, а жалобы, говорящие о компрессии анатомических структур в шейном отделе позвоночника, пока ещё незначительны. При выполнении физических упражнений больший дискомфорт вызывают следующие: бег, подтягивания, вращения головой, прыжки. Это говорит о том, что сотрясения и активные движения в воротниковой зоне негативно сказываются на самочувствии, а значит должны быть заменены на иные, способствующие улучшению кровообращения, расслаблению спазмированных мышц в данном участке тела, дополнительно

рекомендуется массаж воротниковой зоны, консультация мануального терапевта, в частности атлантолога, кинезиотерапевта.

Луппова А.А., Меленчук В.О.
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО
АКТИВНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: Мильчаков Дмитрий Евгеньевич

Цель: оценка заболеваемости активным туберкулезом населения Кировской области

Материалы и методы. В ходе исследования проведен анализ динамики распространения заболеваемости туберкулезом по районам Кировской области в период с 2015 по 2019 год. Была изучена учетно-отчетная документация о заболеваемости населения впервые выявленным туберкулезом. Статистические данные были поделены на 4 квартала, каждый был оценен в период с 2015 по 2019 год среди детского и взрослого населения.

Результаты. В 2015г. было зафиксировано впервые выявленные активные формы туберкулеза в 4 квартал. Больше всего случаев в Арбажском (60,7 на 100 тыс.населения), Пижанском (48) и Советском (47) районах. Меньше в 1 квартал: наибольшие число заболевших-в Уржумском (32), Даровском (27), Лебяжском (25) районах. Наблюдается тенденция увеличения числа заболевших в течение года. Средний показатель в районах-56,3, г.Кирове-30,8 на 100 тыс.населения, это ниже эпид.норматива (64,4 на 100 тыс.населения). В 2016 г. в первые 3 квартала наблюдается приблизительно одинаковое число выявленных активных форм туберкулеза (10,5). Наиболее высокие показатели в Уржумском, Кильземском, Немском районах. В 4 квартал заметен резкий подъем заболевших (15): Санчурский (69), Тужинский (59), Пижанский (50), но данный показатель ниже, чем в 2015 году. Средний показатель в течение года-45 в районах, в Кирове-7 на 100 тыс населения. В 2017 г. также прослеживается наибольшее число заболевших туберкулезом в 4 квартал (13): Пижанский (40), Яранский (49), Тужинский(75). Наименьшие показатели в 1 и 3 кварталы.Значительно снизились новые случаи в Кирово-Чепецком, Нолинском, Вятскополянском районах. Средний показатель- 38 в районах, в Кирове - 6,25 на 100 тыс населения.В 2018г. наблюдается снижение количества выявленных активных форм туберкулеза по сравнению с 2016 годом,только 4 квартал остается на прежнем уровне, за счет большого числа заболевших в Пижанском (51,2) , Богородском (47,9) и Санчурском (47,6) районах. Средний показатель по районам-33, в Кирове-5,75. В 2019 г. наблюдается небольшой подъем

числа заболевших относительно 2018 года. Выявлен рост больных туберкулезом во 2 квартал, особенно Лебяжском (42) и Кильземском (27) районах. 4 квартал находится на том же уровне. Зафиксировано предельно число заболевших за весь период в Тужинском районе (93,5). Средний показатель в районах-8,25, в Кирове- 5,5.

Выводы. Наблюдается явная тенденция снижения впервые выявленных активных форм туберкулеза, но есть небольшой скачок в 2019 году. Если в 2015 году показатель был 14, то в 2019 году стал - 8,25 на 100 тыс. населения. Также выявлено снижение заболевших в г. Кирове. Малый процент заболевших за весь период зафиксирован в Унинском и Богородском районах (в 2016-2017 годах не одно случая за год), а максимальный показатель Орловском (156,4) и Тужинском (155,3) районах. Если сравнивать со статистикой заболеваемости по России, то количество заболевших в Кировской области за период с 2015 по 2019 год значительно ниже. Основными мероприятиями, приводящие к снижению заболеваемости туберкулезом, являются организация раннего выявления больных, иммунизация детского населения, изоляция бактерионосителей, проведение комплекса противоэпидемических мероприятий в эпидемических очагах туберкулеза по месту жительства и работы (учебы) больного.

Маслова А.А.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О МЕТОДАХ И ПЕРСПЕКТИВАХ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра биологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Коледаева Е.В.

Цель исследования: изучить осведомленность медицинских работников о методах и перспективах генной терапии.

Материалы и методы. Проведено анкетирование с помощью сервера Google формы 31 медицинского работника специальностей «Терапия», «Акушерство и гинекология», «Неврология», «Оториноларингология», «Педиатрия», «Урология», «Инфекционные болезни» со стажем от 6 месяцев до 43 лет поликлиник КОГБУЗ Кировского клинко-диагностического центра о методах и перспективах генной терапии. Результаты обработаны методом вариационной статистики с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты. Генная терапия на современном этапе представляет собой одно из перспективнейших направлений медицины XXI века и включает в себя несколько направлений, которые были представлены в анкете. В ходе исследования врачей различных специальностей установлено, что $24 \pm 0,03$ (77,4%) респондента считают одним из

направлений лечение с помощью генноинженерных лекарств, а это не совсем корректно, поскольку данное направление относится к генной инженерии. Остальные опрошенные ответили верно: $17 \pm 0,01$ (54,8%) утверждает, что в область генной терапии входит изучение видов векторов, $16 \pm 0,07$ (51,6%) - системы редактирования генома, а $13 \pm 0,06$ (41,9%) – подавление избыточной функции гена. Впервые методы генной терапии были применены еще в 90-х годах XX века в США. Четырехлетней девочке Ашанти ДеСильве, болевшей ТКИД, ввели ее собственные Т-лимфоциты, у которых предварительно заменили дефектный ген аденозиндезаминазы на функционирующий. Об этом знает только $11 \pm 0,06$ (35,5%) врачей, ответив на вопрос о гене, который был впервые применен в качестве геннотерапевтического лечения, правильно. Столько же считает, что таковым является ген RPE65 (врожденный амавроз Лебера); $8 \pm 0,04$ (25,8%) – ген VEGF165. В настоящее время проводятся исследования, в которых используются методы генной терапии с перспективой лечения наследственных моногенных, мультифакториальных и ненаследственных (инфекционных, травматических) заболеваний. К таким относятся миодистрофия Дюшена, фиброз печени, буллезный эпидермолиз, лейкозы, болезнь Паркинсона, рак поджелудочной железы, серповидно-клеточная анемия, муковисцидоз, иммунодефициты. На вопрос о заболеваниях, которые возможно лечить с помощью генной терапии, $19 \pm 0,03$ (61,3%) респондентов утверждает, что к таковым относится β -талассемия, $14 \pm 0,02$ (45,2%) – серповидно клеточная анемия и столько же – ТКИД. $11 \pm 0,08$ (35,5%) опрошенных считает возможным использование геннотерапевтических методов в лечении ВИЧ, и это неверно, поскольку ВИЧ очень часто мутирует и встраивается в геном Т-хелперов в разные участки ДНК. На данный момент уже существуют официальные геннотерапевтические препараты, которые могут использоваться в лечении некоторых заболеваний. К таким относится Glybeга (ответили $17 \pm 0,04$ (54,8%) врачей) – в основе находится аденоассоциированный вирус с интегрированным геном липопротеинлипазы; «Неоваскулген» (ответили $15 \pm 0,03$ (48,4%) врачей) – в составе плазмидная ДНК с геном VEGF165; «Gendicine» (ответили $9 \pm 0,09$ (29%) врачей) – ген p53, заключенный в дефектный аденовирус. Неверно ответили $15 \pm 0,04$ (48,4%) опрошенных, считающих геннотерапевтическим препаратом Цитофлекс, и $15 \pm 0,02$ (48,4%) опрошенных, считающих таковым TGN1412.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования можно утверждать, что большинство врачей разных специальностей недостаточно осведомлены о методах и перспективах генной терапии. Прежде всего это связано с узкой специализацией медицинских работников, а также нехваткой времени на подробное изучение данной темы.

Михайлова Л.В., Жолобова Н.Е.
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК
В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 22-Х ЛЕТ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра биологии

Научный руководитель: ст.преподаватель Онучина Ю.Н.

Цель исследования. Изучить дисплазии соединительной ткани у юношей и девушек в возрасте 18-22 лет.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 юношей и 54 девушки в возрасте от 18 до 22 лет. Для оценки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) использовали 2 вида классификаций: Вильфраншскую нозологию 1998 г. и Гентскую нозологию 1996 г. Эти классификации содержат сочетание клинических признаков, по которым можно установить наличие ДСТ. По Вильфраншской нозологии определяли наличие синдрома Элерса-Данло I типа. Большие критерии: 1. гиперрастяжимость кожи; 2. атрофические рубцы; 3. генерализованная гипермобильность суставов. Малые критерии: 1. легкость образования экхимозов; 2. мягкая рыхлая кожа; 3. хрупкость или травматическое расслаивание кожи; 4. моллюскоподобные псевдоопухоли; 5. подкожные сферулы; 6. грыжи в наличии или в анамнезе; 7. эпикантоподобные складки кожи; 8. осложнения суставной гипермобильности (растяжения, вывих/подвывих, плоскостопие, боль). Наличие 2 больших признаков достаточно для постановки диагноза. При выявлении 1 большого и 1 малого признака можно сделать предположение о синдроме Элерса-Данло. Выявление 2 малых критериев свидетельствует о наличии состояния, подобного синдрому Элерса-Данло.

Используя Гентскую нозологию, мы устанавливали наличие фенотипических проявлений синдрома Марфана. Большие признаки: 1. килевидная деформация грудной клетки; 2. воронкообразная деформация грудной клетки, требующая хирургического вмешательства; 3. отношение верхнего и нижнего сегментов тела $<0,86$ или отношение между размахом рук и ростом $\geq 1,05$; 4. положительный тест лучезапястного сустава и большого пальца; 5. сколиоз $>20^\circ$ или спондилолистез; 6. выпрямление локтевого сустава до 170° ; 7. медиальное смещение медиальной лодыжки, приводящее к плоскостопию; 8. протрузия вертлужной впадины любой степени. Малые признаки: 1. умеренная воронкообразная деформация грудной клетки; 2. гипермобильность суставов; 3. арковидное нёбо со скученностью зубов; 4. деформации черепа. Патологические изменения в костно-скелетной системе устанавливаются при наличии 4 больших признаков. Наличие не менее 2 больших признаков, либо один большой и 2 малых признака говорит о непатологическом вовлечении костно-скелетной системы.

Выраженность гипермобильности суставов (ГМС) оценивали по девятибалльной шкале P.Beighton. Критерии Бейтона: пассивно отогнуть назад V палец в пястно-фаланговом суставе более чем на 90° на правой(1) и левой руке(1); пассивно привести I палец к ладонной поверхности руки на правой(1) и левой руке(1); пассивно разогнуть правый(1) и левый(1) локтевые суставы $\geq 10^\circ$; пассивно разогнуть правый(1) и левый(1) коленные суставы $\geq 10^\circ$; интенсивно прижать ладони к полу, не сгибая коленей(1). Синдромом гипермобильности ставится при сочетании признаков 2 больших, 1 большой и 2 малых или 4 малых критерия (R.Grahame 2000). Большие критерии: 1. показатель Бейтона 4/9; 2. артралгия более чем четырех суставов более 3 месяцев. Малые критерии: 1. показатель Бейтона 1-3/9; 2. артралгия (> 3 мес) в 1–3 суставах или боль в спине (>3 мес); 3. смещение/подвывих более одного сустава или одного сустава с неоднократным повторением; 4. воспаление мягких околоуставных тканей; 5. марфаноидная внешность; 6. аномалии кожи (гиперрастяжимость, тонкая кожа); 7. миопия и др. нарушения зрения; 8. варикозные расширения вен.

Определяли наличие наследственных нарушений соединительной ткани по количеству внешних малых аномалий развития (МАР). Выявление 5 и более МАР говорит о патологических изменениях соединительной ткани, согласно Российским рекомендациям (2001).

Результаты. С использованием классификаций мы установили отсутствие фенотипических признаков ДСТ у 24 респондентов (33%) и наличие хотя бы одного признака дисплазии у 50 человек (67%). Признаки синдрома Элерса-Данло наблюдаются у 22 исследуемых (30%). Только у одного человека было достаточно фенотипических признаков для того, чтобы поставить синдром Элерса-Данло. У 5-х человек (7%) было недостаточно признаков для установления диагноза, требуется молекулярно-генетическое или же биохимическое подтверждение. У 16 исследуемых (22%) были выявлены фенотипические признаки характеризующие состояние, подобное синдрому Элерса-Данло. У 42-х человек (57%) были обнаружены признаки синдрома Марфана. У 3 испытуемых (4%) сочетание критериев давало возможность установления патологического вовлечения скелетной ткани, а у 39 человек (53%) – непатологическое вовлечение скелетной ткани. У 12 респондентов (16%) была установлена гипермобильность суставов. Также было проанализировано количество малых аномалий развития. Из 36 студентов у 16 не было обнаружено МАР, у 13 испытуемых была 1 аномалия, у 6-х 2 аномалии и у 1 человека 4 малые аномалии развития.

Выводы. В ходе исследования нами были обнаружены фенотипические проявления ДСТ у 50 респондентов. У одного студента сочетание признаков дает возможность установить диагноз. Остальным

исследуемым для подтверждения необходима молекулярно-генетическая или биохимическая экспертиза.

Николаева О.П.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О
МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ ГЕННОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА
«НЕОВАСКУЛГЕН»

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра биологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Коледаева Е.В.

Цель исследования. Изучить геннотерапевтический препарат «Неоваскулген» и выяснить информированность студентов-медиков 3-6 курсов о данном препарате.

Материалы и методы. Проведено анкетирование с помощью сервера Google формы 100 студентов 3-6 курсов лечебного факультета в возрасте 20-24 лет, обучающихся в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России по вопросам механизма действия и возможностям использования препарата «Неоваскулген». Результаты обработаны методом вариационной статистики с помощью программы «Statistica».

Результаты. «Неоваскулген» - лекарственный препарат, основанный на терапевтическом ангиогенезе, для лечения пациентов с ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза. Неоваскулген представляет собой кольцевую плазмиду (молекулу ДНК), несущую человеческий ген VEGF165 (pCMV-VEGF165), стимулирующий процесс роста новых сосудов. В ходе нашего исследования было выявлено, что $70 \pm 0,05$ (70%) респондентам известно о фармакологической групповой принадлежности препарата и его структуре. В 2011 году «Неоваскулген» был зарегистрирован и разрешен для применения на территории РФ. В ходе анкетирования было установлено, что $84 \pm 0,02$ студентов (84%) знакомы с историей разработки генно-инженерного препарата, а $16 \pm 0,01$ (16%) респондентам неизвестно о Неоваскулгене. Ишемические поражения нижних конечностей занимают важное место среди сердечно - сосудистой заболеваемости. Распространённость среди населения старше 50 лет составляет 5-8%, а при наличии таких факторов риска как гиперлипидемия, курение, артериальная гипертензия или сахарный диабет достигает 30%. Прогрессирование хронической ишемии нижних конечностей приводит к ампутации с той же частотой, а продолжительность больных сокращается на 10 лет. Помимо ХИНК применение препарата возможно при болезни Бюргера, синдроме диабетической стопы, а также облитерирующем атеросклерозе конечностей. $71 \pm 0,01$ (71%) студент-медик знакомы с областью

применения «Неоваскулгена». Препарат разрешен к применению отдельной группе людей со IIa – III стадиями по классификации Фонтейна-Покровского. Среди респондентов $73\pm 0,03$ человек (73%) знали о данном факте. Препарат оказывает системное действие, но применение его при трофических язвах и при подозрении на онкологический процесс исключено. Большинство опрошенных, а именно $73\pm 0,05$ (83%) студента знают о показаниях к применению данного препарата.

Выводы. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что большинство студентов-медиков информировано о геннотерапевтическом препарате «Неоваскулген», поскольку он изучается в рамках некоторых дисциплин медицинского университета. Незнание о препарате «Неоваскулген» связано с тем, что большинство фармакологических препаратов имеют международные непатентованные наименования (МНН).

Норкулов У.Ф.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН

Самаркандский Государственный медицинский институт

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Исламов Ш.Э.

Цель работы. Выявление факторов, влияющих на процесс заживления ран.

Материал и методы исследования. Освидетельствовано 20 живых лиц в возрасте от 10 до 60 лет с ушиблено-рванными и резаными ранами, причиненными тупыми и острыми предметам, расположенными на голове и конечностях, размерами от $1,0\times 1,5$ см до $1,5\times 3,5$ см, в амбулаторном отделе Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в январе-апреле 2019г. Применяли методы: визуальный, стереомикроскопии, «словесного описания», статистические.

Результаты: Выявлено, что у детей (8 лиц – 40,0%) в связи с преобладанием анаболических процессов, заживление различных повреждений происходит в более короткие сроки и с более благоприятным исходом. В старческом возрасте (6 лиц – 30,0%), напротив, раны склонны к длительному течению с образованием непрочных рубцов. Снижение массы тела, кахексия (3 лиц – 15,0%) ведут к нарушению обменных процессов и затрудняют нормальное заживление ран, так как организму крайне необходимы источники энергии и пластический материал. У больных, имеющих избыток подкожной жировой клетчатки (5 лиц – 25,0%), чаще возникают осложнения раневого процесса, так как жировая клетчатка имеет значительно худшее кровоснабжение, чем другие ткани, меньшую сопротивляемость к развитию инфекции. Повышенному риску развития

инфекционных осложнений подвержены пациенты с ослабленным иммунным фоном после перенесённых инфекционных заболеваний (3 лиц – 15,0%). Хронические заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем (6 лиц – 30,0%) оказывают влияние на оксигенацию и обеспечение питательными веществами местных тканей и всего организма. При сахарном диабете (3 лиц – 15,0%), кроме развития микро- и макроангиопатии, страдает углеводный обмен в тканях, возникают нарушения иммунитета, течение раневого процесса. Замедление раневого процесса вызывают глюкокортикоиды, нестероиды и лучевая терапия, вызывающие облитерацию мелких сосудов дермы, что приводит к местной ишемии тканей.

Выводы. Следовательно, заживление ран зависит от ряда факторов, в частности характер ранения, степени развития микрофлоры, особенностей нарушения иммунного ответа и др., которые необходимо учитывать при производстве судебно-медицинских экспертиз.

Ситникова А.Д.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧИСЛА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2014-2018 ГГ.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель работы: оценить уровень злокачественных новообразований у детей по России, в Чувашской Республике, Кировской области, Пензенской области, Ульяновской области за период с 2014 по 2018 год.

Методы. Анализ статистических данных по онкологическим заболеваниям по России, в Чувашской республике, Кировской области, Пензенской области, Ульяновской области. Обработка полученных результатов с последующей публикацией.

Результаты. Согласно данным Национального медицинского исследовательского центра радиологии в России в 2014 году было выявлено 12,95 случаев злокачественных новообразований у детей на 100 тысяч населения, в 2015 году - 13,06, в 2016 году - 13,30, в 2017 году - 13,34 и в 2018 - 13,12 случая. Таким образом, наблюдается увеличение числа онкологических заболеваний у детей, пик которого приходится на 2017 год, однако, в 2018 году происходит спад заболеваемости.

Согласно изученным данным о детской смертности по России выявлено, что в 2014 году смертность составила 3,32 случая на 100 тысяч населения, в 2015 году - 3,39, в 2016 году - 3,31, в 2017 году - 3,19 и в 2018 году - 2,85. Выявляется тенденция к снижению уровня смертей среди детей от злокачественных новообразований в России.

Для исследования были выбраны следующие регионы Приволжского федерального округа (ПФО): Чувашская Республика, Кировская область, Пензенская область, Ульяновская область, так как их численность населения примерно равна.

В 2014 году раковая заболеваемость детей в Кировской области составила 13,29 на 100 тысяч населения, в Чувашской Республике – 12,96, в Пензенской области – 16,82, в Ульяновской области 10,28. В 2015 году детская онкологическая заболеваемость в Кировской области составила 14,53 на 100 тысяч населения, в Чувашской Республике – 8,31, в Пензенской области – 10,95, в Ульяновской области 11,88. В 2016 году количество детей с онкологией в Кировской области составило 11,20 на 100 тысяч населения, в Чувашской Республике – 8,62, в Пензенской области – 12,61, в Ульяновской области 14,91. В 2017 году в Кировской области было выявлено 10,65 детей с онкологией на 100 тысяч населения, в Чувашской Республике – 13,05, в Пензенской области – 9,10, в Ульяновской области 9,33. В 2018 году детская онкологическая заболеваемость в Кировской области составила 16,32 на 100 тысяч населения, в Чувашской Республике – 12,08, в Пензенской области – 15,93, в Ульяновской области 12,32.

В 2014 г. наибольшее число детей с онкологическими заболеваниями выявлено в Пензенской области, в 2015 г. в Кировской области, в 2016 г. в Ульяновской области, в 2017 г. в Чувашской Республике, в 2018 г. в Кировской области.

Для сравнения заболеваемости в ПФО были взяты данные о злокачественных новообразованиях лимфатической и кроветворной системы у детей. В 2014 году в Кировской области показатель составил 2,09 на 100 тысяч человек, в Пензенской области - 7,56, в Ульяновской области – 4,65, в Чувашской Республике – 7,68. В 2015 году в Кировской области показатель составил 4,42 на 100 тысяч человек, в Пензенской области – 6,09, в Ульяновской области – 7,33, в Чувашской Республике – 5,14. В 2016 году в Кировской области на 100 тысяч человек показатель составил 5,60, в Пензенской области – 6,40, в Ульяновской области – 4,92, в Чувашской Республике – 4,25. В 2017 году в Кировской области показатель составил 4,31 на 100 тысяч человек, в Пензенской области – 2,97, в Ульяновской области – 5,33, в Чувашской Республике – 8,85. В 2018 году в Кировской области на 100 тысяч человек пришелся показатель равный 7,35, в Пензенской области – 8,75, в Ульяновской области – 7,86, в Чувашской Республике – 7,64.

В целом видна тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной систем у детей в ПФО.

Выводы. Несмотря на длительный период роста заболеваемости, детская смертность за этот же период времени от злокачественных заболеваний снизилась. При сравнении между собой регионов ПФО по

уровню заболеваемости раком наблюдается, что за период 2014-2018 год самый низкий показатель заболеваемости среди детей на 100 тысяч населения в Чувашской Республике, а самый высокий в Пензенской области. Однако, если сравнивать данные о количестве детей, заболевших раком лимфатической и кроветворной системы, Чувашская Республика и Пензенская область имеют достаточно высокие показатели по сравнению с Кировской и Ульяновской областями.

Соловьёва К.С., Чернятьева А.В.

ПОВЫШЕННЫЙ ВЕС ШКОЛЬНЫХ РЮКЗАКОВ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДОРСОПАТИЙ У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гигиены, кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.,

к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель. Оценить массу рюкзаков учеников начальных классов относительно требований СанПиН и проанализировать статистику по развитию дорсопатий у детей в Кировской области.

Материалы и методы. Исследования выполнены на базе КОГОБУ "Начальная школа пгт Оричи" Кировской области. Проводилось взвешивание рюкзака у каждого из учеников. В исследовании приняли участие 94 школьника первых классов (1а-1г), 95 – вторых (2а – 2г), 90 – третьих (3а-3г), 93 – четвертых (4а-4г).

Статистическая обработка включала описание и анализ количественных и качественных данных. Оценка характера распределения количественных данных выполнена с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Данная оценка показала, что изучаемые количественные данные имеют близкое к нормальному распределению. Количественные данные представлены средней арифметической, стандартным отклонением и стандартной ошибкой (1 классы $3,2 \pm 0,52$; 2 классы $3,7 \pm 0,58$; 3 классы $3,6 \pm 0,59$; 4 классы $\pm 0,48$). Качественные – абсолютными и относительными величинами. Уровень заболеваемости опорно-двигательного аппарата показан на 100000 детского населения.

Результаты: в ходе исследования был определен средний вес школьных рюкзаков среди параллелей 1,2,3 и 4-х классов.

Для 1-го класса он составил 3.2 кг, для 2-го – 3.7, для 3-го – 3.6, для 4-го- 3.7. Превышение веса портфелей от нормы составило: для 1-го класса – 2.13; для 2-го – 2.47; для 3-го – в 1.8; для 4-го – 1.85 раз.

В качестве критического уровня статистической значимости различий количественных данных было выбрано значение $p \leq 0,05$. Оценка статистической значимости различий количественных данных выполнена с помощью критерия Стьюдента для независимых данных. По критерию

Стьюдента: сравнивая 1 и 3 классы - $t_{Эмп} = 4.4$ ($t_{кр.}=1,97$). Сравнивая 1 и 2 классы - $t_{Эмп} = 6.6$ ($t_{кр.}=1,97$); 1 и 4 - $t_{Эмп} = 6.9$ ($t_{кр.}=1,97$); 2 и 3 - $t_{Эмп} = 1.8$ ($t_{кр.}=1,97$); 2 и 4 - $t_{Эмп} = 0.3$ ($t_{кр.}=1,97$); 3 и 4 - $t_{Эмп} = 2.1$ ($t_{кр.}=1,97$). Были найдены статистически значимые различия между $p \leq 0,05$ 1 и 2, 1 и 3, 1 и 4, 2 и 3, 2 и 4, 3 и 4 классами.

Анализируя статистику по детским дорсопатиям в период с 2014 по 2018 г. можно наблюдать увеличение заболеваемости. В 2014 г. число заболевших (на 100 тыс. населения) составило 97.7; в 2015 г. – 288.2; в 2016 г. – 225.8; в 2017 г. – 211.9; в 2018 г. – 245.3.

Выводы: Анализируя литературные источники можно сделать вывод о том, что дорсопатии развиваются у детей уже в возрасте 7-12 лет. Частота данной патологии среди детей начальных классов варьируется от 15 % до 22%. В ходе нашего исследования в каждом классе было выявлено превышение норм СанПиНа по весу школьных рюкзаков. Данная проблема требует решения, поскольку именно в детском возрасте формирующиеся дорсопатии с возрастом закрепляются и приводят к ухудшению функционирования всего опорно-двигательного аппарата. Все больше детей жалуются на головные боли, повышенную утомляемость, боли в области спины, шеи. Нередко причиной данных симптомов у детей являются начальные проявления остеохондроза позвоночника.

4. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ХИМИЯ И БИОФИЗИКА

Амаева Х.Р., Пеньков А.А.

АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БЕССОННИЦЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра химии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Цапок П.И.

Цель работы. Изучить биохимические процессы в организме человека при дефиците сна и предложить методы профилактики бессонницы.

Материалы и методы. Основу исследования составила работа с источниками информации, анкетирование, статистическая обработка и анализ результатов. Как известно, многие люди страдают расстройством сна и чаще всего это связано с тем, что для восстановления клеток и синтеза многих соединений необходим «строительный материал». Если незадолго до сна человек не ввел его в свой организм, то начинается бессонница. Некоторым людям все же удается заснуть, но через некоторое время они просыпаются. Это происходит потому, что новую часть клеток организм уже сумел произвести за счет тех компонентов, которые поступили с продуктами питания в течение дня, но завершить весь процесс не смог. Биохимические причины бессонницы: нарушение белкового и

углеводного обмена (может возникать из-за переедания мяса или молочных продуктов); стрессовые ситуации (в кровь резко выбрасываются адреналин и глюкагон, после чего в клетках резко снижается содержание гликогена, и чтобы вновь глюкоза оказалась в клетке для его синтеза необходим нормальный углеводный обмен. Но в этот период часто исчезает аппетит, снижаются защитные свойства организма и обостряются различные заболевания); недостаток триптофана для синтеза мелатонина и серотонина. Влияние недостатка сна на организм: снижение памяти и внимания. Недостаток, а тем более отсутствие ночного отдыха оказывает неблагоприятное влияние на головной мозг. Во время сна в нервной системе восстанавливается количество медиаторов — сигнальных молекул, необходимых для передачи информации и регуляции работы организма. Неполноценный сон приводит к тому, что головной мозг не успевает пополнить резерв этих молекул. Из-за недостатка медиаторов нарушаются когнитивные функции человека. Появляются расстройства памяти и внимания. Человек не может сконцентрироваться на своей работе, постоянно отвлекается на неважные детали, переключается между видами деятельности. Любая информация, которую пытается запомнить человек, усваивается очень плохо, становится сложно строить какие-либо логические цепочки. Поэтому так важен полноценный сон, который обеспечивает человеку продуктивный рабочий день. Другие отрицательные моменты влияния недостатка сна: снижение активности иммунитета и повышенная подверженность инфекционным заболеваниям; появление психологических изменений — раздражительности, апатии, плохого настроения; ухудшение состояния кожи, ногтей и волос; изменение гормонального фона в организме; постоянное психоэмоциональное напряжение; депрессивные эпизоды; проблемы лишнего веса; нарушение работы сердца и сосудов

Результаты. Большинство опрошенных студентов (90% опрошенных), страдающих бессонницей, также жалуется на качество своего питания. В связи с тем, что времени очень мало между перерывами и большой нагрузкой во время и после учебы им не хватает времени на приготовление пищи, из-за этого организм не получает тех необходимых веществ, которые нужны ему для полноценной работы, в том числе и сна. Также из-за избыточного количества информации и внеаудиторных работ, стрессов биоритмы студентов сбиваются, что впоследствии приводит к бессонницам.

Выводы. Таким образом, бессонница развивается у человека из-за биохимических и психологических нарушений. Для того, чтобы нивелировать данные нарушения, стоит обратить внимание на следующие рекомендации: четырехразовое питание, при каждом приеме пищи содержание углеводов до 65%; для нормализации белкового и углеводного обмена и восстановления организма во время сна на ночь (за 20-30 минут

до сна) нужно пить чай с медом/сахаром; пополнять свой рацион продуктами, содержащими триптофан, например, фасолью, горохом, гречкой, грецкими орехами, сыром, овсянкой, мясом, рыбой; уменьшить потребление кофеин содержащих напитков; заниматься профилактикой стресса, а именно уделять время отдыху, физическим нагрузкам и прогулкам на свежем воздухе; ложиться спать не позднее 24.00, так как это время пика выработки мелатонина, гормона сна.

Ачилова Д.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ АНТИСЕПТИКОВ В МЕДИЦИНЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра медицинской и биологической химии, медицинской
биологии, общей генетики

Научный руководитель: к.х.н., доцент Алимходжаева Н.Т.

Цель работы. Изучить представление о применении химических антисептиков в медицине.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели изучены более 10 литературных источников нашей Республики, в обзор также включены данные более 5 фармацевтических источников стран России и СНГ.

Результаты. Химическая антисептика это уничтожение микроорганизмов в ранах, патологическом очаге или организме больного и в среде вокруг него с помощью различных химических веществ. Химическая антисептика получила широкое распространение в хирургии. В настоящее время создано, производится и с успехом применяется огромное количество препаратов, обладающих бактерицидной активностью. Антисептические вещества применяются наружно для обработки кожи, рук хирурга, промывания ран, слизистых оболочек. Антисептик диоксидин – антисептическое средство наружного применения. Его 0,1-1 % водный раствор используется при промывании гнойных ран, слизистых оболочек, особенно при неэффективности антибиотиков и других антисептиков. При сепсисе и тяжелых инфекциях может вводиться и внутривенно капельно. Лизол (Lysol) - сильное дезинфицирующее средство. 2% раствор его используется для дезинфекции предметов ухода, помещений, замачивания загрязненных инструментов. Перекись водорода (Hydrogeniumhyperoxydatum) - антисептическое средство наружного применения. 3% раствор – основной препарат для промывания гнойных ран при перевязках. Перманганат калия – антисептическое средство наружного применения. 2-5% раствор используется для лечения ожогов и пролежней (обладает коагулирующим действием). 0,02% - 0,1% раствор применяется для промывания ран и слизистых оболочек. Обладает дезодорирующим действием. Фурацилин

(Furacilini) применяется в водных растворах 1:5000. Обладает антисептическим действием не только по отношению к коккам, но и к кишечной палочке, возбудителям газовой гангрены.

Выводы. Антисептики играют важную роль в медицине, особенно в хирургии. Необходимо помнить, что антисептические вещества являются сильными ядовитыми веществами, их следует хранить отдельно от лекарственных веществ внутреннего употребления, непременно во флаконах с этикетками.

Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р.

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии имени Р.Г. Межебовского
Научный руководитель: к.м.н., асс. Басырова И.Р.

Цель. Разработать гранулированную лекарственную форму на основе глутатиона восстановленного и методику ее анализа с помощью предколоночной дериватизации орто-фталевым альдегидом.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования был использован глутатион восстановленный и лактоза, использованная для получения гранулированной лекарственной формы. Для получения гранул использовали метод влажного гранулирования. Количественный анализ полученных гранул проводился с помощью предколоночной дериватизации ортофталевым альдегидом методом обращено-фазной высокоэффективной хроматографии. Для обнаружения образовавшегося деривата использовали диодно-матричный детектор с поглощением в ультрафиолетовой области.

Результаты. В ходе работы была создана модельная лекарственная форма - гранулы на основе глутатиона. Изучены физические и фармацевтико-технологические характеристики модельного образца гранул с глутатионом восстановленным и лактозой в качестве наполнителя. Гранулы на основе глутатиона представляют собой удлиненные частицы размером 1,0-1,2 мм, относятся к легким крупинкам и обладают удовлетворительной сыпучестью. По показателям, приведенным в ОФС «Гранулы» (распадаемость, однородность дозирования, растворение) данная лекарственная форма соответствует требованиям. Гранулы на основе глутатина - лекарственная форма для приема внутрь с предварительным растворением в жидкости.

С целью количественного определения глутатиона восстановленного в гранулированной лекарственной форме разработана методика предколоночной дериватизации орто-фталевым альдегидом. Дериватизация с указанным модификатором происходит в течении 2-3

минут. При хроматографировании ОРНА-derivата глутатиона, наблюдается один пик со временем удерживания 18,066 мин. В УФ-спектре derivата обнаруживается несколько максимумов поглощения, наиболее специфичным из которых является λ_{\max} – 336 нм.

Для подтверждения возможности использования предложенной нами методики идентификации и количественного определения глутатиона методом предколоночнойderivатизации орто-фталевым альдегидом в гранулах проведена валидационная оценка по характеристикам: специфичность, линейность, сходимость (прецизионность) и правильность.

Вывод. Была создана модельная лекарственная форма - гранулы на основе глутатиона. Изучены физические и фармацевтико-технологические характеристики модельного образца гранул с глутатионом восстановленным и лактозой в качестве наполнителя. Разработана и отвалидирована методика количественного определения глутатиона в гранулах с использованием предколоночнойderivатизации орто-фталевым альдегидом методом ВЭЖХ. При помощи валидационной оценки установлено, что разработанная методика количественного определения глутатиона восстановленного в гранулах является правильной, прецизионной, специфичной и линейной в аналитической области.

Васильева С.А., Вишняков А.В., Ивакина А.Е., Кожокаръ Р.А.
МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ ГОМЕОСТАЗА
НА ПРИМЕРЕ РОЛИ ВОДОРОДНОГО ИОНА В КИСЛОТНО-
ЩЕЛОЧНОМ РАВНОВЕСИИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра физики и медицинской информатики
Научный руководитель: доктор физико-математических наук,
заведующий кафедрой Шатров А.В.

Цель работы. Создание имитационной математической модели механизмов поддержания нормальных концентраций водородных ионов в организме.

Материалы и методы. Изучение и анализ литературы по теме поддержания кислотно-щелочного равновесия (далее – КЩР), в частности – роли водорода в поддержании нормальных параметров КЩР. Разработана модель рассматриваемых процессов регуляции, основанная на принципе оптимальности: модель содержит минимальное число переменных (и, следовательно, уравнений) а также сравнительно простые связи между переменными, что обеспечивает возможность описания физиологического явления путем качественного анализа. Для практического применения система реализована в виде интерактивного интерфейса, который позволяет наглядно рассматривать реакцию организма на изменение параметров КЩР.

Результаты. Были решены следующие задачи: выходные переменные, характеризующие состояние анализируемого процесса, рассчитаны с использованием моделирующего алгоритма исходя из заданных значений входных параметров и начальных условий с учетом данных наиболее современной естественно-научной литературы. Собственно математическая модель процесса представляет собой алгоритм аналитического решения системы уравнений, заложенной в модели. Компьютерная модель процесса в свою очередь представляет собой алгоритм решения системы уравнений, заложенной в модели, реализованный на компьютере. Обратная задача математического моделирования (анализ), сформулирована как задача нахождения исходных параметров и алгоритма модели исходя из экспериментальных характеристик исследуемого физиологического процесса. Эта задача в сущности означает выявление механизмов, лежащих в основе изучаемого процесса. Соответственно, в модели реализован принцип обратной связи, позволяющий получить выводы о состоянии КЩР по заданным итоговым параметрам. Таким образом, на данный момент разработан алгоритм модели и создана программа на компьютере с тестированием на разных примерах поведения организма.

Выводы. Исследование на компьютере позволяет наблюдать за состоянием кислотно-щелочного равновесия отдельных сред организма в реальном либо в изменённом масштабе времени и оценить текущее состояние регуляторных процессов в организме в целом как в норме, так и при патологии. Практическая значимость работы заключается в возможности использования интерактивной модели при изучении соответствующих процессов студентами медицинского вуза, а также создания на ее основе экспериментальных моделей для проверки данных научных исследований.

Вервекин И.В.

СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МОЧИ ДЛЯ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ РОЛИ БЕЛКА ТАММА-ХОРСФАЛЛА В
КАМНЕОБРАЗОВАНИИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени акад. И.П. Павлова

Кафедра биологической химии

Научный руководитель: проф. Суглобова Е.Д.

Цель. Создание модельного раствора мочи, соответствующего всем физико-химическим характеристикам мочи среднестатистического человека без заболеваний мочеполовой системы.

Материалы и методы. В настоящее время во всем мире рост заболеваемости МКБ прогрессирует, а адекватной донозологической

диагностики не существует. Используемые методы метафилактики базируются на изучение состава уже сформированного конкремента с последующим ограничением рациона. При этом не учитывается состояние систем, обеспечивающих стабильность коллоидных свойств мочи. Одним из факторов игибирующих, а при определенных условиях и индуцирующих кристаллогенез является белок Тамма-Хорсфалла. Но для определения роли именно этого фактора нужна абсолютно «идеальная» моча. Были исследованы данные интернет источников, методических пособий, медицинских справочников, на основе которых было создано 3 модельных раствора мочи. Определили рН каждого и производили титрование с построением кривых для определения буферных свойств.

Результаты. Было получено 3 модельных раствора. В растворе № 1 достигалось произведение растворимости для $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$ и наблюдался характерный белый осадок рН=8.62; в растворе № 2 концентрация $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$ была меньше, но в осадок выпадало незначительное количество уратов рН=8.88; в растворе № 3 осадка уже не наблюдалось рН=6.35. Далее использовались растворы № 2,3; однако по результатам титрования в растворе № 2 буферные свойства были выражены сильнее, что не соответствует нормальным характеристикам мочи.

Выводы. Таким образом, самым близким по физико-химическим свойствам к нормальной моче оказался раствор № 3, поэтому он и будет использоваться далее в опытах с БТХ.

Вишняков А.В., Кожокарь Р.А., Саляхутдинов Р.Р.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВСПЫШКИ ПОЛЛИНОЗА В Г. КИРОВЕ И ЕГО
ОКРЕСТНОСТЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ
МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра физики и медицинской информатики
Научный руководитель: доктор физико-математических наук,
заведующий кафедрой Шатров А.В.

Цель работы. Разработка и программная реализация математической модели, описывающей процесс переноса пылицы, для анализа и прогноза состояния загрязнения г. Кирова и его окрестностей.

Материалы и методы. Предлагается квазидвумерная модель, описывающая трехмерные конвективные процессы в тонком вращающемся слое воздуха при наличии антропогенных источников тепла и примеси. Ее вывод основан на подходе, успешно использованном при моделировании динамики приземного слоя в окрестностях крупного индустриального центра. Программная реализация модели выполнена для анализа и прогноза состояния загрязнения г. Кирова и его окрестностей на участке км с разрешением до 200 м. Параллельная реализация алгоритма

расчета выполнена на языке программирования Intel Fortran 12 in Packet Intel Cluster Studio for Linux в среде Open MP. Построение параллельной версии алгоритма вычислений осуществляется на основе принципа геометрической декомпозиции сеточной области. При этом вся расчетная область делится на равные по количеству сеточных узлов части, вычисления в которых проводятся одновременно и независимо. Условия расчетов были следующими: скорость ветра варьировалась от 1 до 10 м/с. Основные расчеты проводились при скорости 2 м/с. В этом случае наиболее наглядно прослеживается воздействие температурной неоднородности на движение ветра в окрестности источника тепла. Учёт взаимодействия аэрозольной примеси с подстилающей поверхностью производился на основании неоднородности распределения температуры и коэффициента поглощения по информации карты землепользования расчётной области. Температура воздуха колебалась от 18 градусов С вне населенных пунктов до 23 градусов С в гг. Кирове и Кирово-Чепецке.

Результаты. Содержащиеся в атмосфере пылевые зерна имеют способность вызывать аллергические заболевания. Рост числа заболеваний пылевой аллергией во второй половине 20-го века обусловил всплеск интереса к атмосферному переносу пыли по всему миру, однако статистические данные, на основании которых создаются так называемые карты поллинозов в крупных поисковых системах далеки от действительности. В данной работе рассмотрены мезомасштабные модели переноса компонентов биоаэрозоля, как для отдельных видов растительной пыли, так и в совокупности инертных примесей. Получены средние поперек слоя поля концентрации примеси, температуры воздуха, функции тока и возмущений функции тока. Результаты приведены в виде распределений концентраций пыли в различные периоды времени с учетом сезонности.

Выводы. Предлагаемая модель позволяет спрогнозировать распространение пыли и последующую вспышку поллиноза среди населения. Для оценки адекватности работы модели требуется сравнение результатов с фактической статистикой по исследуемому региону. Использование уточненных путем математического моделирования данных возможно при создании интерактивных карт и подготовке клинических рекомендаций в рамках санпросвет-работы.

Гусева Е.А., Балина А.А., Быкова Д.Г.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ЧЕЛОВЕКА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра химии

Научный руководитель: профессор Цапок П.И.

Цель работы. Провести исследование физико-химических свойств и состава энергетических напитков. Изучить информированность студентов Кировского ГМУ через анкетирование, выяснить их отношения к употреблению энергетических напитков.

Материалы и методы. Для оценки влияния энергетических напитков на организм человека мы произвели контрольную закупку наиболее популярных среди студентов энергетических напитков (Burn, Adrenaline Rush, RedBull, Drive, Monster Energy). Мы провели исследования напитков на основной состав: красители, сахар, диоксид углерода, кислоты и пищевые добавки. Для определения содержания диоксида углерода наливали по 10 мл каждого напитка в чистые пробирки и закрывали их пробкой с газоотводной трубкой, помещённой в пробирку с известковой водой. Нагревали образцы с помощью спиртовки. Если вода мутнела, значит, выделился углекислый газ, а, следовательно, в состав энергетического напитка входит диоксид углерода.

$[\text{Ca}(\text{OH})]_{-2} + [\text{CO}]_{-2} \rightarrow [\text{CaCO}]_{-3} + \text{H}_2\text{O}$. Для оценки содержания искусственных красителей в чистые пробирки наливали по 20 мл каждого напитка и высыпали 3 таблетки измельчённого активированного угля. Затем нагревали и фильтровали при помощи бумажных фильтров. Если растворы получались бесцветными, значит напиток содержит искусственные красители. Определение pH: с помощью универсальной индикаторной бумаги, то есть по изменению её окраски подтвердили кислую среду энергетических напитков. Для определения содержания кислот добавили по 10 мл каждого напитка в чистые пробирки и провели реакции на содержание кислот: соляной, серной, фосфорной и лимонной. Содержание соляной кислоты определили, добавив в пробирки несколько капель нитрата серебра. Осадок белого цвета свидетельствовал о содержании данной кислоты в напитках: $[\text{Ag}]^{++} + [\text{Cl}]^{-} \rightarrow \text{AgCl} \downarrow$. Содержание серной кислоты определили, добавив в пробирки несколько капель хлорида бария. Белый осадок указывал на наличие в составе напитка серной кислоты: $[\text{Ba}]^{(2+)} + [\text{SO}]_{-4}^{(2-)} \rightarrow [\text{BaSO}]_{-4} \downarrow$. Содержание фосфорной кислоты определили, добавив в пробирки несколько капель нитрата серебра. Выпадение желтоватого осадка указывало на наличие данной кислоты в напитке: $[3\text{Ag}]^{+++} + [\text{PO}]_{-4}^{(3-)} \rightarrow [\text{Ag}]_{-3} + [\text{PO}]_{-4} \downarrow$. Добавили в пробирки с напитками пищевую соду. Наблюдение появления пузырьков углекислого газа доказывает содержание в энергетических напитках лимонной кислоты.

Результаты. Для оценки популярности энергетических напитков среди студентов Кировского ГМУ было проведено анкетирование, в котором приняли участие 136 респондентов от 18 до 23 лет (75,7%-Ж и 24,3%-М). На вопрос о том, употребляете ли Вы энергетические напитки

среди женщин «да» ответили 51,45% и «нет» - 48,55%; среди мужчин «да» указали 72,7% и «нет» - 27,3%. На вопрос о марке употребляемого напитка студенты ответили следующим образом: «AdrenalineRush» - 28%, Drive – 28%, «MonsterEnergy» - 22%, по акции – 18,6%, «Burn» - 16,9%, «RedBull» - 9%, «Flash» - 7,8. На вопрос: «Как часто употребляете энергетические напитки?» 75% - употребляют при необходимости (сессия, недосып), 14% - 2-3 раза в месяц, 11% 1-2 раза в полгода. На вопрос о том, оказывают ли энергетические напитки влияние на организм, мнения студентов разделились: 51,9% считают, что отрицательно воздействуют на организм (38,9% - ССС; 6,5% - ЖКТ; 6,5% - ЦНС), остальные 48,1 % - считают, что энергетические напитки не оказывают пагубного влияния. Энергетические напитки исследовались по органолептическим свойствам. Мы определили цвет и запах исследуемых напитков. Цвет энергетического напитка «Adrenalin Rush» - жёлтый, запах – цитрусы; «Monster Energy» имеет ярко красный цвет, запах – клубника; бесцветным энергетическим напитком является «Drive» с запахом лимона; цвет энергетического напитка «Burn» - розовый, запах – малина; «Red Bull» обладает терпким запахом, цвет напитка – светло-коричневый. Также было проведено исследования на определение в энергетических напитках диоксида углерода. Мы выяснили, что он входит в состав многих энергетических напитков, а именно: «Monster Energy», «Burn», «Red Bull». С помощью универсальной индикаторной бумаги мы определили pH энергетических напитков. «Adrenalin Rush», «Monster Energy», «Drive» и «Red Bull» обладают слабокислой средой, в отличие от «Burn», который имеет сильноокислую среду. Результаты исследований по определению кислот в энергетических напитках следующие: соляная, серная, фосфорная кислоты содержатся во всех исследуемых энергетических напитках, кроме «Monster». Лимонная кислота обнаруживается во всех напитках. На основании результатов исследований сделаны следующие выводы: определив органолептические свойства энергетических напитков, мы выяснили, что многие имеют резкий и неприятный запах и содержат в своём составе искусственные красители, что может повлиять на здоровье человека. Изучив состав энергетических напитков, мы пришли к выводу, что энергетические напитки не так уж и безобидны. Например, содержат красители E129 (запрещён в ряде стран), E150d, подкислители, лимонную кислоту (E330) – ракообразующую. Определив значение pH энергетических напитков, мы выяснили, что исследуемые образцы имеют в основном слабокислую среду, только Burn имеет сильноокислую среду. Что может сказаться на здоровье человека.

Выводы. Таким образом мы доказали, что энергетические напитки, употребляемые человеком, помимо гарантированной стимуляции кофеином никакой «энергии» в себе не содержат. Они лишь мобилизуют

внутренние резервы организма, которые требуют достаточного последующего отдыха с целью восстановления.

Заболотский В.В.
СОВРЕМЕННЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ
АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра химии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Цапок П.И.

Цель работы. Осветить основные теории, объясняющие причины возникновения и развития клинических проявлений заболевания, а также проанализировать достигнутые результаты в проводимых исследованиях. Материалы и методы. Ознакомление с библиографией, пресс-релизами некоторых фармакологических компаний, анализ методик биохимических исследований, сопоставление результатов экспериментов различных исследовательских групп и их вклада в рассмотрении механизма патогенеза альцгеймеровской нейродегенерации.

Результаты. Болезнь Альцгеймера (БА) – это нейродегенеративное заболевание, при котором происходят дистрофические изменения коры больших полушарий и лимбической системы. Происходит распад памяти, интеллекта и высших корковых функций (речи, праксиса, гнозиса, чтения, письма, счёта и т.д.). Всё это приводит к тотальному слабоумию с развитием беспомощности и надлежащим уходом больного, а в дальнейшем заканчивается смертью. В последние годы болезнь Альцгеймера стала предметом пристального изучения врачей и исследователей многих специальностей. БА – одна из распространенных форм старческой деменции. В развитых странах ею страдают 2–5% лиц старше 60 лет и 11–20% лиц старше 70 лет. К 2050 г. согласно математическому моделированию, удельный вес БА среди всех случаев деменции будет составлять около 55%. Важность этих значений невозможно переоценить – не случайно БА названа чумой XXI в. Уже более 20 лет основной теорией возникновения БА считается амилоидная гипотеза, согласно которой фибрилlogenез белка бета-амилоид (A β) и образование амилоидных бляшек вызывают нарушение работы синаптической машины мозга и клиническую картину потери памяти. В ее пользу свидетельствуют некоторые факты. Так, строго доказано, что определенные мутации гена, который кодирует белок APP(аполипопротеин), сильно увеличивают риск развития болезни Альцгеймера. A β образуется из белка APP, который подвергается действию двух ферментов подряд — вначале бета-, а потом — гамма-секретазы. Учитывая это, был предложен способ лечения болезни Альцгеймера - выключить гамма-секретазу. Однако данный фермент

работает не только с APP, но и с другими субстратами, например с Notch-рецептором, имеющим колоссальное значение в деле создания межклеточных взаимодействий, поэтому полное выключение этого фермента не возможно. В журнале Nature появилась статья о белке, который влияет на «амилоидную» активность гамма-секретазы и при этом никак не затрагивает Notch. Этот белок назвали GSAP (γ -secretase activating protein). Оказалось, что при терапии антираковым препаратом «иматиниб» происходит связывание последнего с GSAP и при этом не влияет на Notch. GSAP является одной из субединиц гамма-секретазы и выключается в комплексе с «иматинибом», как следствие выработка A β существенно снижается. Однако «иматиниб» не проходит через гемато-энцефалический барьер, поэтому терапия болезни Альцгеймера им не возможна. К тому же способность патологического амилоидного белка к агрегации зависит от наличия в среде ионов металла. Эти данные согласуются с исследованиями, согласно которым бета-амилоид представляет собой металлопротеин, нейротоксичность которого связана со способностью белка взаимодействовать с ионами цинка, меди и, по некоторым данным, железа. Существуют и другие гипотезы, которые объясняют возникновение болезни Альцгеймера. Многие исследователи связывают появление нейрофибриллярных клубков и амилоидных бляшек не патологическими, а наоборот, с компенсаторными механизмами. Еще в начале 90х гг. группой отечественных исследователей (Кудинов А.Р., Кудинова Н.В., Кезля Е.В., Козырев К.М., Медведев А.Е., Березов Т.Т.) было доказано, что бета-амилоид - это нормальный физиологичный и водорастворимый апобелок, секретруемый практически всеми изученными на сегодняшний день культурами клеток, содержащийся в плазме крови и ликворе. Липопротеины обеспечивают термодинамически выгодное окружение, необходимое для поддержания бета-амилоида в растворенном состоянии. Бета-амилоид так же является важным участником метаболических путей в мозге. В числе выявленных функций бета-амилоида входят модуляция передачи нервного импульса, нейротрансмиссии, синаптической пластичности центральных синапсов ЦНС, защита от избыточных нейротоксических концентраций глутамата, регулирование функций NMDA рецепторов гиппокампа, долговременной потенциации и памяти о пространстве, усиление синтеза фосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина, фосфатидилсерина и синтеза холин-содержащих фосфолипидов в срезах гиппокампа лабораторных крыс. Липопротеины так же необходимы для нейропластичности и для моментальных структурных перестроек мембран нейронов на ранних этапах развития механизмов нейропластичности. Исследования показали важную роль белков из семейства пА β в онтогенетическом синаптическом созревании нейромышечных соединений, формировании их структуры и обеспечении правильной функции. пА β важен как регуляторная молекула

для пресинаптической экспрессии и активности высоко-афинного транспортера холина, т.е. молекулы, которая опосредует скорость-лимитирующий этап холинэргической синаптической трансмиссии и в нейромышечных соединениях, и в синапсах ЦНС. В норме апоА β связан с липидами и не взаимодействует с другими белками, что имело место в образцах ЛПВП, выделенных из цереброспинальной жидкости больных с болезни Альцгеймера. Очевидно, что при БА структура липопротеинов изменяется и термодинамически более выгодным становится взаимодействие молекул бета-амилоида друг с другом, что приводит к образованию олигомеров, а также связыванию апоА β с другими апобелками (аполипопротеинами) с образованием их комплексов. Компенсаторную роль играют и два других биохимических признака этого заболевания: избыточное фосфолирование тау-белка и изменение текучести мембран при активации пероксидного окисления нейрональных липидов. Они служат функциональному восстановлению мембран нейронов в условиях нарушения их биохимической структуры для корректного выполнения ими функции нейротрансмиссии и формирования электрического ответа на раздражение. Тау-белок может находиться в активном (фосфорилированном) и неактивном состояниях (дефосфорилированном). В активном состоянии он стабилизирует микротрубочки и таким образом регулирует внутриклеточный транспорт. При дефосфорилированном состоянии его молекулы образуют нерастворимые агрегаты, которые слипаются и препятствуют микротрубочковому транспорту.

Выводы. Несмотря на огромную и напряжённую работу учёных и врачей, точный биохимический механизм развития болезни Альцгеймера остаётся загадкой. Последние данные позволили несколько прояснить возникновение амилоидных бляшек, но до конца взаимосвязь между нейродегенеративными изменениями бета-амилоида и гиперфосфорилированным тау-белком не установлена. Поэтому на данный момент мы можем лишь помочь пациенту облегчить страдания путём паллиативной медицинской помощи и надлежащего ухода..

Исаев М.М.

МОНИТОРИНГ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра химии

Научный руководитель: к.х.н., доцент Куклина С. А.

Цель работы. Исследовать изменение концентрации С-реактивного белка при инфекционных заболеваниях различной патологии в прогнозе и эффективности лечения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали пациенты, сдавшие анализы крови на С-реактивный белок с дальнейшим выявлением их на инфекционную предрасположенность и пациенты, у которых были явные признаки инфекционной патологии. Данные исследования - выявление СРБ в крови, начиная от новорожденных до пожилого возраста, были проведены за период с июля 2018 года по март 2020 года. Было исследовано 157 пациентов с инфекционными патологиями, которые варьировали от острого начала до хронического. Исследуемую группу составили 37 детей, 60 женщин и 50 мужчин. Все пациенты были первично поступившими в стационар и находились там определенное время. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц в возрасте от 18-55 лет. Объектом лабораторного исследования явились образцы крови больных инфекционными заражениями. Концентрацию СРБ в сыворотке крови пациентов определяли в динамике: при поступлении в стационар на 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 сутки после его выявления и применения мер врачами снизить и добиться полного выздоровления пациентов. Кровь для приготовления сыворотки получали пункцией кубитальной вены. Сыворотку отделяли от форменных элементов крови центрифугированием при 3000 об/мин в течение 10 мин в первые 2 ч после взятия крови, консервировали 1%-м раствором азидата натрия и хранили до исследования при температуре 18°C. Для определения концентрации С-реактивного белка использовали СРБ латекс-тест (набор реагентов для определения С-реактивного белка в реакции агглютинации латекса). Принцип действия: при наличии в исследуемой пробе СРБ он взаимодействует с соответствующими антителами, находящимися на поверхности латексных частиц. Результатом взаимодействия является агглютинация латекса с образованием мелких или крупных зерен, различимых визуально.

Результаты исследования. Выработка СРБ гепатоцитами начинается в ответ на воспаление или повреждение тканей, его сывороточная концентрация повышается более уровня 5 мг/л в течение 6 ч, достигая максимума в течение 48 ч. Период полувыведения СРБ в среднем составляет 19 ч и остается постоянным у здоровых лиц и во время болезни. Следовательно, концентрация сывороточного СРБ целиком определяется скоростью его синтеза, которая отражает интенсивность основного патологического процесса. При обратном развитии воспаления концентрация циркулирующего СРБ быстро уменьшается в течение 4–9 ч. Тест на СРБ часто сравнивают с определением скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Оба показателя резко возрастают в начале заболевания. По сравнению с СОЭ, уровень СРБ быстрее реагирует на воспаление и его стихание и не зависит от наличия анемии или полицитемии, уровня сывороточных белков, формы эритроцитов, которые могут влиять на значения СОЭ. В итоге СРБ является более подходящим параметром для мониторинга острого воспаления и повреждения тканей

организма. При успешном лечении уровень СРБ снижается в течение нескольких дней, нормализуясь на 6–10 е сутки (тогда как СОЭ снижается только спустя 2–4 нед). Быстрая нормализация уровня СРБ позволяет использовать этот тест для наблюдения за течением болезни и контроля эффективности лечения. Выявление С-реактивного белка на ранних этапах исследования позволила врачам клиницистам сглажено и своевременно оказывать медицинскую помощь и исключать осложнения различных инфекционных процессов и тем самым добиться лучшего результата в сфере лечения.

Выводы. Таким образом, именно определение уровня С-реактивного белка (белка острой фазы) имеет важное клиническое значение и позволяет на ранних этапах выявлять и устранять патологию, связанную с инфекционными процессами бактериальной или вирусной этиологии, а также повысить эффективность лечения. Причем СРБ является более чувствительным показателем активного воспаления, чем скорость оседания эритроцитов (СОЭ), однако повышается и исчезает раньше, чем изменяется СОЭ.

Родыгина С.М., Цуркан Ю.А.

ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ НА РИСК НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра химии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Цапок П.И.

Цель исследования. Оценить влияние избыточного веса и ожирения на риск невынашивания беременности.

Задачи. 1) Изучить литературу для выявления биохимических основ ожирения у беременных. 2) Проанализировать медицинские карты беременных женщин, рассчитать ИМТ, как одного из показателей количества жировой массы.

Материалы и методы: химические, биохимические, физиологические, статистические. В качестве практической части работы было проанализировано 60 медицинских карт беременных женщин за период с 2018 по 2019 год. Данная процедура проводилась на базе КОГБУЗ Слободской ЦРБ им. академика А.Н. Бакулева и была согласована с руководством больницы.

Полученные результаты. 60 медицинских карт были разделены на 2 равные группы: первую группу составили женщины, закончившие беременность родами, вторую-женщины с невынашиванием беременности. Среди первой группы женщин в возрасте 20-26 лет, численно составивших 6 человек (20% от общего числа исследуемых женщин данной группы) нормальный вес имели 100%. Среди женщин в возрасте 27-37 лет и в

количестве 22 человек (73,3% от общего числа женщин рассмотренной группы) 54,5% имели нормальный вес, 27,27% избыточный вес, 18,18% страдали ожирением. У 2-х женщин (6,667% от общего числа исследуемых женщин данной группы) в возрасте 38-49 лет показатель нормального веса был равен 0%, избыточный вес имели 50% и 50% страдали ожирением. Среди второй группы исследуемых женщин в возрасте 20-26 лет, численно составивших 1 человек (3,33% от общего числа исследуемых женщин данной группы) 100% имели нормальный вес. Среди женщин в возрасте 27-37 лет и в количестве 25 человек (83,3% от общего числа женщин рассмотренной группы) нормальный вес имели 40%, 32% имели избыточный вес, а 28% страдали ожирением. Из 4-х женщин (13,3% от общего числа исследуемых женщин данной группы) в возрасте 38-49 лет 75% имели нормальный вес, 25% имели избыточный вес. Статистические расчеты показали, что избыточный вес и ожирение не оказывают существенного влияния на невынашивание беременности.

Выводы. Несмотря на большой риск развития осложнений у беременных женщин с избыточной массой тела, ожирение не является противопоказанием к беременности. При подготовке к беременности и родам женщине необходимо тщательное обследование, наблюдение не только акушера-гинеколога, но и эндокринолога, диетолога; проведение мониторинга массы тела, уровня артериального давления, состояния метаболизма в течение всей беременности.

Харина Т.О., Красных Е.А., Петрова В.И., Ярошенко К.О.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ГОМЕОСТАЗ НОГТЕЙ И ВОЛОС В НОРМЕ И
ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра химии, кафедра госпитальной терапии
Научные руководители: к.м.н., доцент Еликов А.В.,
к.м.н., доцент Смирнова Л.А.

Цель работы. Научно обосновать и экспериментально оценить изменение показателей метаболизма волос и ногтей в норме и при различной соматической патологии.

Материалы и методы. В основу исследования положена гипотеза влияния на состояние метаболизма волос и ногтей общих изменений обмена веществ при различной соматической патологии: хроническая болезнь почек 5 стадия (ХБП), сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС), неспецифический язвенный колит (НЯК). Всего было обследовано 15 человек с вышеперечисленными заболеваниями, группу сравнения составили 3 практически здоровых обследуемых. Материалом исследования служили ногти и волосы обследуемых. Для исследования оксидантного баланса из навески ногтей и волос готовили

гомогенат с 1 мл дистиллированной воды. Антиоксидантный статус оценивали определением общей антиоксидантной активности (ОАА) методом иницированной хемилюминесценции (ХЛ). Измеряли интенсивность ХЛ, иницированной пероксидом водорода, в присутствии избытка ионов двухвалентного железа, за 60 секунд (S60), а также величину максимальной вспышки хемилюминесценции (Im) за исследуемое время на биохемилюминометре Lum-100 в комплекте с универсальным многофункциональным программным обеспечением PowerGraph. Для исследования содержания общих липидов (ОЛ) навеску ногтей и волос гидролизовали в концентрированной серной кислоте и дальнейшим определением содержания ОЛ с фосфованилиновым реактивом. Одновременно, часть разведенного дистиллированной водой гидролизата использовалась для изучения параметров метаболизма методом спектрофотометрии при 37 измерениях в диапазоне длины волны от 207 до 314 нм с построением спектрограммы для каждого из исследуемых образцов. Результаты исследования обработаны методами вариационной статистики с использованием средств программы SPSS, версия 21.0.

Результаты. В результате исследования получены следующие данные: величина показателя ОАА ногтей у лиц в зависимости от соматической патологии ниже по сравнению с контрольной группой на 11,8-29,4%, а ОАА волос на 8,5-44,7%, что говорит о существенном нарушении оксидантного баланса у этих пациентов. При этом наибольшее снижение этого показателя отмечены в ногтях и волосах у лиц с НЯК. При исследовании содержания ОЛ установлено существенное увеличение данного показателя в ногтях (на 16,7-108,3%, в зависимости от формы патологии), и в волосах (на 13,1-37,7% в зависимости от соматической патологии). Наибольшее изменение этих показателей в ногтях и волосах отмечено у лиц с ХБП, что по нашему мнению будет говорить о существенном нарушении липидного обмена у этих пациентов. При построении спектрограмм наибольшие отклонения от нормы обнаружено в ногтях у пациентов страдающих СД, а в волосах у пациентов с ИБС, что свидетельствует о существенных нарушениях общего метаболизма при этих заболеваниях.

Выводы. 1. Исследование метаболического гомеостаза ногтей и волос обладает достаточной чувствительностью, что подтверждается достоверной разницей разницей между показателями ОАА, ОЛ, а также формой спектрограмм. 2. Наибольшее нарушение оксидантного баланса обнаружено у пациентов с НЯК, а наибольшие изменения липидного обмена у пациентов с ХБП, что подтверждается исследованием показателей ОАА и ОЛ. 3. В целом, наибольшие изменения метаболизма обнаружены у пациентов с СД и ИБС, что подтверждается отличиями формы спектрограммы ногтей и волос у этих пациентов. 4. Исследования

метаболизма ногтей и волос могут быть использованы для выявления степени нарушений метаболизма у лиц с различной соматической патологией, а также с целью постморбидной диагностики.

Харинова Д.В.

СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВОДЫ В РАЗНЫХ РАЙОНАХ ГОРОДА КИРОВА ПУТЕМ ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра химии

Научный руководитель: Еликов А.В., Мильчаков Д.Е.

Цель. Научно обосновать и экспериментально оценить качество водопроводной воды, пригодной к употреблению человеком посредством биологического мониторинга качества воды.

Материалы и методы. В основу метода положена гипотеза возможного влияния химического состава водопроводной воды на антиоксидантный статус ротовой жидкости, который оценивали определением общей антиоксидантной активности (ОАА) методом иницированной хемилюминесценции (ХЛ). Измеряли интенсивность ХЛ, иницированной пероксидом водорода, в присутствии избытка ионов двухвалентного железа (II), за 60 секунд (S60), а также величину максимальной вспышки хемилюминесценции (Im) за исследуемое время на биохемилюминометре Lum-100 в комплекте с универсальным многофункциональным программным обеспечением PowerGraph.

Образцы водопроводной воды отобранные в разных районах города Кирова (улицы: Верхосунская, Володарского, Правды; проспект Строителей; поселок Нижнеивкино), доставляли в научную лабораторию "Кариесология" на базе кафедры химии Кировского государственного медицинского университета. Для исключения влияния разницы биохимического состава ротовой жидкости на результаты исследования, слюна собиралась в объеме 5,0 мл у одного индивидуума. Ротовая жидкость центрифугировалась при 3000 об/мин в течение 15 минут, для дальнейшего исследования использовалась надосадочная жидкость. В кювету для хемилюминометра вносили 0,4 мл слюны, 0,4 мл образца воды, 0,2 мл 0,05 mM раствора сульфата железа и 0,2 мл 2 % раствора пероксида водорода, затем кювета помещалась в биохемилюминометр. Оценку ОАА осуществляли по соотношению уровней максимальной вспышки/светосумма за 60 секунд (Im/S60). Результат выражали в условных единицах (у.е.).

Результаты. В результате исследования получены следующие данные: величина показателя ОАА ротовой жидкости при смешивании с образцами воды с улицы Верхосунской – 0,022 у.е, с улицы Володарского - 0,025 у.е., с улицы Правды - 0,024 у.е., с проспекта Строителей - 0,030 у.е.,

образец из поселка Нижнеивкино - 0,028 у.е. При анализе полученных данных установлена максимальная разница в величине ОАА в 36,4%, что свидетельствует о достаточно высокой чувствительности предложенного способа оценки качества водопроводной воды. Также следует отметить примерное соответствие экологической обстановки и состояния коммунальных сетей в месте отбора образца водопроводной воды с величиной показателя ОАА.

Выводы. 1. Предложенный способ определения качества водопроводной воды обладает достаточной чувствительностью, что подтверждается разницей между минимальным и максимальным значением ОАА в 36,4%. 2. Установлено, что наилучшее качество водопроводной воды по предложенной нами методике в образце с проспекта Строителей, наихудшее с улицы Верхосунской и подтверждается наибольшим и наименьшим значением ОАА соответственно. 3. Предложенная методика может быть использована как скрининговый метод для предварительной оценки влияния различных образцов воды на организм.

Чучалин А.С., Суржикова Т.А.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ГИПОВИТАМИНОЗА И ГИПЕРВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА D

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра химии

Научный руководитель: профессор Цапок П.И.

Цель. Изучить факторы, влияющие на развитие гипо- и гипервитаминоза витамина D. Патогенез гипо- и гипервитаминоза витамина D. Проанализировать компетенции студентов 2 курса о витамине D.

Материалы и методы. Анализ научной литературы. Статистические данные анкетирования.

Результаты. Изучив научную литературу истории открытия витамина D, его физиологическое содержание в организме человека, сделали выводы о последствиях гипо- и гипервитаминоза витамина D. В результате чего провели анкетирование студентов 2 курса в количестве 40 человек, чтобы оценить компетенции студентов о значении витамина D, о суточной потребности, источниках витамина D в продуктах, какие заболевания вызывает его дефицит или избыток, меры предупреждений заболеваний с недостатком витамина D. Нами были получены следующие статистические данные: 92,5% студентов, знают о последствиях гиповитаминоза и какие заболевания развиваются; 85% студентов, знают о последствиях гипервитаминоза; 45% студентов, знают суточную потребность витамина. Из 40 опрошенных студентов: 60% употребляют витамин D; 12,5% не

употребляют витамин D и 27,5% частично употребляют витамин D. Студенты, употребляющие витамин D в 35% употребляют его по назначению врача и 42,5% по-своему решению, остальные 22,5% по совету родителей, родственников. В большей степени, студенты принимают такие витамины, как «Кальций D3 Никомед», рыбий жир, «Компливит», «Пиковит».

Выводы: 1) Подтвердили факторы, влияющие на развитие гиповитаминоза и гипервитаминоза витамина D.

2) Гипервитаминоз возникает при передозировке приема препаратов на основе витамина D, а также различных добавок кальция.

3) Дефицит витамина D может возникнуть: при потреблении в течении длительного времени данного витамина ниже рекомендованного уровня, при питании рационом, обедненным витамином D, при недостатке солнечных ультрафиолетовых лучей, при нарушении всасываемости витамина D из желудочно-кишечного тракта.

5. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ. ФАРМАКОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ.

Антипина Е.О.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Гродненский государственный медицинский университет

2-я кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: ассистент Заяц А.Н.

Цель работы. Изучить качество жизни (КЖ) и психологический статус пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП)

Материалы и методы. В исследование включены 57 пациентов с сердечно-сосудистой патологией, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении УЗ «ГКБ №2 г.Гродно». У 29 пациентов (51%) зарегистрирован синусовый ритм, у 28 пациентов (49%) – ФП (в 46% случаев персистирующая форма; в 32% – пароксизмальная; в 22% – постоянная). Для оценки КЖ пациентов использовался опросник SF-36, который содержит 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH). Для оценки уровня депрессии была использована шкала-опросник CES-D, уровня тревожных расстройств – шкала самооценки тревоги Спилбергера-Ханина. Полученные материалы обработаны с использованием программ Microsoft Excel 2013 и STATISTICA 10.0.

Результаты. Средний возраст пациентов с ФП – 59,14±8,29 лет; распределение по полу: мужчины – 50%, женщины – 50%. Средний возраст пациентов с синусовым ритмом – 59,38±7,34 лет; распределение по полу: мужчины – 51,72%, женщины – 48,28%. У пациентов с ФП 7 из 8 показателей КЖ оказались достоверно ниже, чем у пациентов с синусовым ритмом: PF (с ФП – 39,46±10,83, без ФП – 51,38±10,51, p<0,0001), RP (с ФП – 17,86±16,47, без ФП – 31,03±14,41, p<0,05), GH (с ФП – 31,96±7,86, без ФП – 39,14±6,13, p<0,001), VT (с ФП – 39,1±6,95, без ФП – 47,42±6,07, p<0,0001), SF (с ФП – 36,16±13,32, без ФП – 46,12±9,51, p<0,01), RE (с ФП – 17,86±21,24, без ФП – 37,93±23,10, p<0,01), MH (с ФП – 45,86±6,01, без ФП – 54,07±6,01, p<0,0001). У 50% пациентов с ФП имеется легкое депрессивное расстройство, у 4% – депрессия средней степени тяжести, у 7% – выраженное депрессивное расстройство, в то время как у пациентов с синусовым ритмом в 27,6% случаев наблюдается легкое депрессивное расстройство. Высокая ситуативная тревожность имеет место у 39% пациентов с ФП и 24% пациентов без ФП; высокая личностная тревожность – у 57% пациентов с ФП и у 31% с синусовым ритмом.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что у пациентов с ФП достоверно ниже КЖ; в 2 раза чаще встречаются депрессивные расстройства; преобладает высокая ситуативная и личностная тревожность.

Асатуллаева Р.М.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ТИПЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Самаркандский Государственный медицинский институт

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: доцент Ярмухамедова С.Х.

Цель исследования. Изучить типы геометрии левого желудочка у больных с ГБ.

Материалы и методы. Нами было обследовано 38 больных с ГБ, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии клиники СамМИ № 1. Из них 15 женщин и 23 мужчин в возрасте 45₋+2,0 лет. Всем больным кроме общепринятых традиционных методов клинического обследования было проведено Эхокардиографическое исследование с доплерографией. Были изучены такие показатели как КДР, КСР, КДО, КСО, ММЛЖ, ОТС, ФВ и другие. Измеряли линейные размеры сердца: 1) толщина МЖП (ТМЖП) в систолу и диастолу; 2) толщина задней стенки ЛЖ (ТЗС ЛЖ) в систолу и диастолу; 3) толщина передней стенки в систолу и диастолу; 4) толщина боковой стенки в систолу и диастолу; 5) передне-задний размер ЛЖ в систолу и диастолу; 6) перегородочно-боковой размер ЛЖ в систолу и диастолу.

Результаты исследования. Во время исследования у наших больных концентрическая ГЛЖ была выявлена у 5 пациентов. Концентрическая гипертрофия- это увеличение массы миокарда и относительной толщины стенки ЛЖ. Для этого типа ГЛЖ характерны высокое общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), субнормальный ударный объем и повышенное пульсовое АД, обусловленное значительной ригидностью артерий. Эксцентрическая ГЛЖ выявлена у 28 больных. Эксцентрическая гипертрофия – это увеличение массы миокарда при нормальной относительной толщине стенки. Эксцентрическая ГЛЖ характеризовалось увеличением полости левого желудочка, высоким ударным выбросом, сравнительно низким пульсовым АД, что обусловлено податливостью артериального сосудистого русла в отсутствие выраженных вазоспастических реакций. У 5 обследованных была выявлена нормальная геометрия ЛЖ. По мере нарастания гипертрофии стенок ЛЖ возникает и усугубляется его диастолическая дисфункция, усиливается внутримиекардиальное напряжение, повышается конечное диастолическое давление. Вслед за диастолической начинает страдать и систолическая функция, и при увеличении массы миокарда ЛЖ выше критического уровня (200 г) возникает латентная сердечная недостаточность. По данным литературы при наличии ГЛЖ в 6-12 раз увеличивается риск инсульта, что, скорее всего, обусловлено сопутствующими изменениями в системе мозговых сосудов, поскольку между ГЛЖ и поражением крупных сосудов имеется неразрывная связь. Признаки гипертрофии на ЭКГ у обследованных больных сопровождалась увеличением частоты развития синдрома ХСН. Наблюдается тесная связь между ГЛЖ и уровнем артериального давления (АД) – ГЛЖ выявляется примерно у половины больных с артериальной гипертензией (АГ). Доказано, что ГЛЖ при АГ является независимым фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности, а также основным доклиническим проявлением поражения сердечно-сосудистой системы, которое повышает риск ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ), инсульта и застойной сердечной недостаточности.

Вывод. Таким образом, выяснено, что ГБ является частой причиной развития ремоделирования сердца в виде изменения геометрии левого желудочка.

Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р.

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии имени Р.Г. Межебовского
Научный руководитель: к.м.н., асс. Басырова И.Р.

Цель работы. Изучить тип ремоделирования левого желудочка у больных с аортальным стенозом.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни со значительным и умеренным аортальным стенозом. Исследование проводилось на базе ГАУЗ «ООКБ №2» г. Оренбурга в 2018 году. Оценивали тип ремоделирования левого желудочка по данным ЭХО-КГ данных пациентов, путем сравнения уровней индекса массы миокарда левого желудочка и относительной толщины стенки левого желудочка, вычисленной по формуле Lang R.M., используя значения толщины задней стенки левого желудочка в диастолу, конечного диастолического размера левого желудочка.

Результаты. Среди патологических типов структурного изменения миокарда левого желудочка в 50 % (n=20) случаев установлена концентрическая гипертрофия левого желудочка, при которой происходит увеличение как индекса массы миокарда левого желудочка, так и относительной толщины стенки левого желудочка. В четверти случаев (25 %, n=10) диагностировано концентрическое ремоделирование, когда происходит увеличение относительной толщины стенки левого желудочка при нормальном индексе массы миокарда. Также, в 17,5 % (n=7) случаев установлена эксцентрическая гипертрофия (увеличение индекса массы миокарда при нормальной относительной толщине стенки). Нормальная геометрия сердца установлена у 7,5 % (n=3) больных с аортальным стенозом. Критериями диагностики нормальной геометрии миокарда были значения индекса массы миокарда левого желудочка ≤ 124 г/м² для мужчин, для женщин - ≤ 109 г/м² и индекс относительной толщины стенок левого желудочка $\leq 0,42$.

Выводы. Таким образом, у больных с аортальным стенозом чаще выявляется следующий тип ремоделирования миокарда – концентрическая гипертрофия левого желудочка, что свидетельствует о частом неблагоприятном прогнозе пороков аортального клапана.

Беккер Е.Д., Быданова Ю.В.

ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА БАЗЕ КОГКБУЗ «БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мухачева Е.А.

Цель работы. Оценка индивидуального риска развития ишемической болезни сердца у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Основу исследования составило проведенное нами анкетирование пациентов кардиологического отделения на базе Больницы скорой медицинской помощи. Анкета «Определение индивидуального риска ИБС» взята с сайта клиники «Медицея». Было произведено измерение АД. Для статистического исследования были использованы MS EXCEL 2013, индекс Кетле. Так же пациенты получили буклеты «ИБС и образ жизни», выполненные врачом-кардиологом Л.Г.Запольских, которые наглядно продемонстрировали проявления ИБС, факторы возникновения и прогрессирования ИБС, вопросы, касаемые лечения и профилактики.

Полученные результаты. В результате статистической обработки было выявлено следующее: в исследовании приняли участие 30 человек, из которых 60 % - женщины и 40% - мужчины, средний возраст опрошенных - 56 лет. Половина опрошенных пациентов отчасти испытывают стресс, 40% - постоянно и лишь 10% не обращают на него внимания. Наследственность играет важную роль в развитии ИБС. Действительно, у 40% опрошенных инфаркт встречается у вух кровных родственников, инфаркт у одного кровного родственника в возрасте после 60 лет отмечается у 34% пациентов, 23% упомянули трех кровных родственников с инфарктом, и только у 3% опрошенных в семье не было инфарктов. Безусловно, вредные привычки способствуют развитию ИБС, особенно, курение. 63% опрошенных нами пациентов не курят, по 1-10 и 11-20 сигарет в день выкуривают две группы пациентов, составляющие по 17% от общего числа опрошенных и 3% выкуривают 21-40 сигарет в день. Сбалансированное питание – залог здоровья. К сожалению, из числа опрошенных лишь 17% питаются очень умеренно, употребляя мало жиров и сладкого, большая же часть - 47% питается без ограничения, и 36% позволяют себе несколько избыточное питание. Артериальное давление 160/90 мм.рт.ст. наблюдается у 47% опрошенных, у 23% - 140/90 мм.рт.ст, у 20% - 180/95 мм.рт.ст, у 10% - больше 180/95 мм.рт.ст, у 7% - меньше 130/80 мм.рт.ст. Человек в современном мире мало двигается и много ест и поэтому неудивительно, что избыточная масса тела от 16 до 20 кг наблюдается у 10% опрошенных, у 28% от 11 до 15 кг, 6-10 кг носят с собой дополнительно 21% опрошенных и 10% не имеют избыточной массы тела. Физическая активность опрошенных практически отсутствует, потому что большая часть, а именно 83% не занимаются физическими упражнениями. Подсчитав индивидуальный риск развития ИБС стало понятно, что у 35% опрошенных – максимальный риск развития ИБС, у половины наблюдается выраженный риск, явному риску подвержено 9%

опрошенных, минимальный риск наблюдается у 3% пациентов и у 3% риск развития ИБС отсутствует.

Выводы. Таким образом, проведя анкетирование, мы выяснили, что у большинства опрошенных пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы высокий риск развития ишемической болезни сердца. В ходе исследования мы выявили, что возраст, стресс, наследственная предрасположенность, рацион питания, повышенная масса тела, курение в совокупности влияют на развитие ИБС. Именно поэтому тема является актуальной и пациентам необходимо знать информацию о факторах, способствующих развитию ИБС и важность профилактики данного заболевания. В ходе беседы с пациентами мы объяснили им, что с каждым годом заболевание молодеет и поражает людей трудоспособного возраста, именно поэтому необходимо знать о факторах, способствующих развитию ИБС и понимать важность профилактики данного заболевания.

Валов С.Л., Саляхутдинов Р.Р., Чеглакова Ю.А.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРЕНХИМЕ ОРГАНОВ МЫШЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

Научный руководитель: Вохмянина Т.Г., Окулова И.И.

Цель работы: провести морфометрию почек и печени у белых беспородных мышей под влиянием милдроната.

Материалы и методы. В работе использовались белые беспородные мыши, самки весом около 16 граммов. Для изучения влияния милдроната на органы, были сформированы группы: контрольная и опытная по 5 мышей в каждой группе. Мышам опытной группы дополнительно в рацион добавляли милдронат из расчета 0,0078 мг., на грамм веса мышки в день с H₂O в течении 3-месяцев, с перерывом 7 дней. Мыши контрольной группы препарат не получали. Корм для мышей был «Vaka» и гранулированный. Для гистологических исследований после убоя были взяты кусочки почек от 5- мышей опытной и 5- мышей контрольной групп, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. Изготовление парафиновых гистологических срезов толщиной 5-7 мкм проводили на санном микротоме МС-2 по Меркулову Г.А. Срезы окрашивали гематоксилином Майера и эозином. Была проведена морфометрия почечных телец и сосудистых клубочков в 3 слоях: суперфициальной, кортикальной и медуллярной зонах, площадь мочевого пространства в каждой из названных зон, как в контрольной так и в опытной группах. В каждой зоне измеряли по 10 клубочков (всего проведено 180 измерений). На основе полученных данных вычислялась площадь мочевого

пространства. Проводили морфометрию площади и периметра центральных и поддольковых вен, площадь гепатоцита и диаметр его ядра, площадь и периметр синусоидного пространства. Рассчитывалось среднее арифметическое значение (M): площади и периметра центральных и поддольковых вен, площадь гепатоцита и диаметр его ядра, площадь и периметр синусоидного пространства. Статистический анализ полученных цифровых данных проводился с помощью программы Microsoft Office Excel. Рассчитывалось среднее арифметическое значение (M): площади почечных телец, клубочков в них и площади мочевого пространства. Для всех средних рассчитывались сигмальное отклонение (σ) и стандартная ошибка среднего значения (m). Затем, с помощью полученных данных о средних показателях всех измерений, а также критерия Стьюдента, вычислялась значимость различий между контрольной и опытной группой при $p=0.05$ и $p=0.01$. t-критерий Стьюдента направлен на оценку различий величин средним значений двух выборок, которые распределены по нормальному закону. Фотографии и морфометрические измерения сделаны с использованием системы Vision Bio (Epi 2014г.) с автоматической обработкой сигнала и выводением на дисплей. Эксперименты на животных проводили в соответствии с основами опытного дела в животноводстве, методическими указаниями по постановке научно-хозяйственных опытов по кормлению на пушных зверях. Работа выполнена с соблюдением международных принципов Хельсинской декларации о гуманном отношении к животным, принципов гуманности, изложенных в директиве Европейского сообщества (86/609/ЕС), «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных»

Результаты. Таким образом, милдронат в дозе 0,0078 мг/гр., веса в день с H₂O в течении 3-месяцев, с перерывом 7 дней, нами было установлено, что площадь поддольковых вен опытной группы увеличились на 44%, центральных вен уменьшились на 47%, гепатоцитов - на 58,6%, площадь их ядер - на 43,4% и площадь синусоидных пространств уменьшилась в 2,4 раза. При морфометрическом исследовании почек было отмечено, что в опытной группе мышей наблюдали увеличение площади мочевого пространства по сравнению с контролем. При этом среднее значение одинаковых участков контрольных и опытных мышей с помощью t-критерия Стьюдента показало, что значимых различий между ними не наблюдается: как мы видим, лишь в паре сравнений из 9 t эмп было выше t крит, причем эта разница была лишь при $p=0.05$, а при $p=0.01$ эта разница аннигилировалась, из чего следует вывод, что данные результаты были актуальны только в рамках нашего опыта Мельдоний (он же милдронат) не оказывает существенного воздействия на почки и печень, морфометрических отклонений, чем подтверждает свою безопасность для них.

Вишняков А.В., Леушина Е.С.
ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИЗУЧЕНИЯ
ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ N,N-ДИМЕТИЛТРИПТАМИНА (ДМТ)
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научные руководители: ассистент Морданов Ю.А.,
заведующий кафедрой Галкин А.А.

Цель работы. Обзор исследований механизма действия, роли в организме и терапевтических возможностей эндогенного психоактивного вещества N,N-диметилтриптамина, а также обоснование необходимости изучения психофармакологии этого вещества.

Материалы и методы. Теоретическая часть: изучение и анализ естественно-научной литературы и других (в том числе электронных) источников по вопросу исследований ДМТ; составление хронологии находящихся в открытом доступе экспериментальных работ, становившихся катализатором изменения мнения научного сообщества по поводу роли ДМТ в сторону признания его «молекулой духа», без которой высшая нервная деятельность была бы невозможной. Практическая часть: проведено анкетирование среди студентов 3 курса Кировского ГМУ (172 человека) в целях изучения их осведомленности о ДМТ и его роли в организме человека. Приведены количественные доказательства изменения динамики интереса к ДМТ в зарубежной и отечественной естественно-научных изданиях, а также статистический анализ и визуализация этой динамики. Составлена схема возможного участия ДМТ в патогенезе психотических расстройств.

Результаты. Данные анкетирования показывают, что 32% студентов Кировского ГМУ считают невозможным существование эндогенного вещества, которое играет роль в формировании: религиозно-мистического опыта, содержания сновидений, а также продуктивных психотических симптомов; 57,2% допускают такую возможность и лишь 10,8% респондентов в большей или меньшей мере известно о ДМТ как об эндогенном галлюциногене. ДМТ (N,N-диметилтриптамин) — это биогенный амин, производное аминокислоты триптофана; синтезируется в эпифизе. ДМТ также известен как молекула духа, поскольку основным местом его синтеза является шишковидная железа, где, как считалось раньше, находится душа человека. Кроме того, это единственный из триптаминовых психоделиков (ЛСД, мескалин, псилоцибин и др.), который вырабатывается в организме человека. Примечательно, что ДМТ и мелатонин – биогенные амины, общие для растений и человека. ДМТ - алкалоид многих растений, он вырабатывается в эпифизе во время быстрой фазы сна и имеет схожие с религиозно-мистическим опытом психоделические эффекты. Памятники культуры древнейших времен

содержат свидетельства употребления шаманами и жрецами ритуальных грибов. Действующее вещество последних – псилоцибин – очень схож по структуре с ДМТ. Было проведено статистическое сравнение упоминаний в отечественной и зарубежной научной литературе ДМТ и псилоцибина и выяснено, что псилоцибин привлекает больше внимания исследователей, в то время как публикаций о ДМТ в два раза меньше. Причем если в зарубежной литературе все 107 публикаций – это естественно-научная и медицинская литература, в России большая часть относится к религиозно-философскому разделу. Отечественная медицинская литература на базе eLIBRARY насчитывает всего 44 упоминания ДМТ, 8 работ посвящены непосредственно данному веществу, причем 5 из них датируются 2018-2019 годами. Интересно, что до начала 21-го века в России ДМТ вообще не упоминался в научной периодике. Интерес биохимиков, фармакологов и психиатров к диметилтриптамину за рубежом после 2000-го года сопоставим с таковым в 20-м веке. Первый химический синтез ДМТ был осуществлен английским химиком Ричардом Мански в 1931 г. В 1946 г. бразильским этноботаником и химиком Гонсалвесом де Лима ДМТ был выделен из корня Мимозы (*Mimosa tenuiflora*), он дал этому веществу имя «Нигерин» (Nigerine). Впервые психотропные свойства ДМТ были изучены в середине 1950-х годов венгерским доктором Стефеном Сарой. Массовое исследование свойств ДМТ, проведенное психиатром Риком Страссманом, обобщает сведения о его психоделических свойствах, а также приводит теории его биологической роли, формулируя концепцию ДМТ как вещества, отвечающего за формирование личного религиозно-мистического опыта. Именно благодаря Страссману ДМТ называют молекулой духа. На основании исследований последних лет о механизме ДМТ можно сказать следующее: для реализации действия ДМТ необходимо наличие рецепторов; на настоящий момент их определено около 40: ДМТ активирует рецепторы серотониновой системы (5-НТ1А, 5-НТ2А, 5-НТ2С), связывается с рецепторами дофамина, является эндогенным лигандом сигма-1-рецептора (основной рецептор ДМТ), взаимодействием с ГААР (транс-амин-ассоциированным) рецептором объясняются психоделические эффекты. В широком смысле ДМТ играет анксиолитическую роль, понижает уровень стресса, стимулирует воображение и сны, является фактором возникновения «мистических переживаний», уменьшает опухоли и очаги воспаления, увеличивает выживаемость клеток при гипоксии и является нейропротективным соединением, регулирует биоритмы, когницию, работу ЖКТ и ССС. Психофармакология ДМТ имеет исключительно экспериментальный характер, однако, помимо разрешенных для общин некоторых церковей напитков, ДМТ представлен на нелегальном рынке в виде капсул, под названием «Pharmahuasca». Капсулы содержат ДМТ в виде свободного основания и ингибиторов моноаминоксидазы (MAOI). ДМТ вводится

внутривенно, внутримышечно, а перорально требует ингибиторов МАО. Существуют ингаляционный, интраназальный и даже ректальный способы введения ДМТ. Для возникновения психоделических эффектов концентрация ДМТ в плазме должна составлять от 12 до 90 мг/л. С целью повышения биодоступности ДМТ отвары аяуаски содержат в своем составе Vanisteriopsis саарі и другие алкалоиды бета-карболинов, гармалы, которые действуют как ингибиторы (МАОІ). Помимо прямых терапевтических возможностей, перспективна роль ДМТ в моделировании шизофрении. Химическая структура ДМТ укладывается в гипотезу трансметилирования, как этиологического фактора шизофрении. Уровень эндогенного ДМТ может быть непосредственно связан с реакцией организма на стрессорные факторы. При употреблении аяхуаски повышается уровень кортизола в сыворотке крови, что может служить косвенным подтверждением возможной роли ДМТ в качестве медиатора шизофренического процесса. Можно предположить, что преобладание ферментов метилирования над ферментами ацетилирования, детерминированное генетически, ведет к переключению процесса выработки мелатонина на синтез ДМТ, его антагониста. Следствием является повышение количества ДМТ до уровня, когда имеющиеся в организме системы защиты от галлюциногенного действия следовых количеств ДМТ в норме оказываются неэффективны. В рамках исследования нами была составлена схема, иллюстрирующая такой вариант патогенеза галлюциноза, при котором наблюдается патологическое повышение синтеза ДМТ в ущерб выработке мелатонина.

Выводы. На сегодняшний день убедительных доказательств роста толерантности и формирования синдрома зависимости от ДМТ в научной литературе не представлено. ДМТ может выступать в качестве средства лечения тревоги, злоупотребления психоактивными веществами, различного типа воспалений или онкологической патологии. Экспериментальных исследований по данным вопросам было проведено мало, и на сегодняшний день можно говорить лишь о перспективах применения ДМТ в клинической медицине. Особого внимания требует ДМТ в области экспериментального моделирования психотических расстройств, в частности в контексте разработки эффективной патогенетической или даже этиотропной терапии шизофрении.

Жукова О.В.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА И
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ - ОСНОВА
ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

Приволжский исследовательский медицинский университет
Кафедра управление и экономика фармации и фармацевтической
технологии

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Жукова О.В.

Цель работы: методология оценки факторов риска на развитие и течение заболевания и фармакоэпидемиологический анализ.

В ходе исследования использовались математико-статистические методы анализа, такие как: методы атрибутивной статистики; корреляционно-регрессионный анализ; метод Фишберна; теорема Байеса; Марковское моделирование. Материалом для исследования послужили данные медицинских карт пациентов: 166 пациентов с обострением ХОБЛ; 796 пациентов с острым бронхитом, сопровождающимся бронхоспазмом; 172 пациентов с внебольничной пневмонией.

Результаты. Констатировали, что наличие курения в исследуемой группе обуславливает в $71,8\%+4,3\%$ развитие обострений ХОБЛ (2 и $>$ раз/год), при этом, 95% возможных значений заболеваемости попадает в интервал от 63,4% до 80,2%. При отсутствии воздействия курения в контрольной группе угроза развития обострений (2 и $>$ раз/год) составляет $32,1\%+12,2\%$. При этом, 95% возможных значений заболеваемости попадает в интервал от 19,9% до 44,3%. Отсюда следует, что вероятность развития обострений ХОБЛ под воздействием курения увеличивается. Наличие курения у пациентов с ХОБЛ обуславливает увеличение развития обострений на $39,7\%+15,9\%$, при этом, 95% возможных (истинных) значений разности заболеваемости попадает в интервал от 23,8% до 55,6%. Курение приводит к увеличению обострений ХОБЛ по всей популяции на 26,3% при 95% ДИ от 18,7% до 33,9%. Индекс потенциального вреда курения в вышерассмотренном примере составляет: 2,5. Это означает, что у каждого третьего при наличии курения на фоне ХОБЛ развиваются обострения (2 и $>$ раз/год), дополнительно к фоновому уровню заболеваемости ХОБЛ. Индекс потенциального вреда «атипичных» инфекций в развитии бронхиальной астмы у детей составил 7,59. В ходе корреляционного анализа влияния «атипичных» возбудителей на развитие астмы определили коэффициент корреляции $r_{xy}=0,96$. Данная корреляция считается сильной, что означает прямую зависимость между формированием астмы и инфицированием «атипичными» возбудителями при остром бронхите с бронхоспазмом. В ходе исследования на основании метода Фишберна разработана методика распределения возбудителей внебольничной пневмонией по уровням значимости: высокий, средний, низкий. Высокий уровень удельного веса в этиологической структуре внебольничной пневмонии имеют *S. pneumoniae*, *H. influenzae*. К среднему уровню относятся *M. pneumoniae*, *Herpes simplex I/I*, *Adenovirus*.

Выводы. Оценка факторов риска дает ответы на такие вопросы, как: насколько значим фактор риск (данные о частоте распространения факторов риска); к каким последствиям сможет привести фактор риска (данные о частоте развития заболевания или перехода в более тяжелую форму при наличии факторов риска); какая польза (выгода) от управления рисками (оптимизация фармакотерапии).

Зыкина Е.Ю.

ИЗМЕНЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Симонова Ж.Г.

Цель. Изучить изменения толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии (ОСА) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) и ожирением.

Материалы и методы. Сформирована группа (n=32) больных СД2 и ожирением (9 мужчин и 23 женщины), имеющих терапию пероральными сахароснижающими препаратами. Средний возраст больных - $62,59 \pm 5,76$ лет, длительность СД2 - $11,39 \pm 6,72$ лет, уровень гликированного гемоглобина - $8,23 \pm 1,73\%$, индекс массы тела - $32,48 \pm 4,88$ кг/м². Пациенты с избыточной массой тела составили 37,5% (12 человек), с ожирением 1 степени - 31,2% (10 человек), с ожирением 2 степени - 28,8% (7 человек), с ожирением 3 степени - 9,3% (3 человека). Группу сравнения (контроля) составили 23 больных (из них 13 мужчин, 10 женщин), имевших нормальный индекс массы тела, и, не имевших нарушения углеводного обмена. Средний возраст – $60,43 \pm 8,53$ лет, индекс массы тела - $23,38 \pm 1,79$ кг/м². В исследование не включались больные с сахарным диабетом 1 типа, сердечной недостаточностью IIБ ст. (ОССН, 2001), СКФ <45мл/мин, заболеваниями щитовидной железы, с нестабильной стенокардией, стенокардией IV ФК, ИМ давностью менее 1 года, с нарушениями ритма сердца. Всем больным проведено дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.

Результаты. У больных СД2 и ожирением выявлены более выраженные атеросклеротические изменения ОСА. ТКИМ у больных СД2 и ожирением – $1,05 \pm 0,22$ мм (от 0,6 мм до 1,4 мм), оказалась значимо более выражена в сравнении с группой контроля - $0,72 \pm 0,109$ мм (от 0,5 мм до 0,9 мм) ($p < 0,05$). Достоверных различий между ТКИМ правой ОСА и левой ОСА в группе исследования и группе контроля нами не установлено ($p > 0,05$). Степень стеноза в области бифуркации ОСА у больных СД2 и ожирением - $27 \pm 19,64\%$ достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы - $8,04 \pm 15,9\%$ ($p < 0,05$). У пациентов с СД2 и ожирением чаще встречается одностороннее атеросклеротическое поражение в области бифуркации ОСА и/или устья внешней сонной артерии (ВСА) - 56,2% (18 человек), двухстороннее - 28,1% (9 человек). В группе контроля атеросклеротические бляшки с одной стороны выявлены в 65,2% случаев (15 человек), с обеих сторон – в 13 % (3 человека). У больных СД2 и

ожирением по структуре чаще встречаются осложненные (гетерогенные с неровной поверхностью) атеросклеротические бляшки (АСБ) -34% (11 человек), реже кальцифицированные АСБ-21,8% (7 человек), фиброзно-кальцифицированные –в 18,7% (6 человек), фиброзные АСБ –в 3% (1 человек) случаев. У пациентов группы контроля по структуре в 56,5% (13 человек) были выявлены осложненные (гетерогенные с неровной поверхностью) АСБ, гомогенные с ровной поверхностью АСБ - в 12,5% (4 человека) случаев.

Выводы. У больных СД2 и ожирением по сравнению с больными, не имеющими метаболический синдром, отмечаются более выраженные атеросклеротические изменения ОСА, чаще встречается одностороннее атеросклеротическое поражение в области бифуркации ОСА и/или устья ВСА, что свидетельствует о более выраженном прогрессировании атеросклеротического процесса.

Зыкина Е. Ю., Мухамедов В.В., Чебыкина Е.С.
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ
АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ, ПРИ СОЧЕТАНИИ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Симонова Ж.Г.

Цель. Изучить особенности параметров липидного спектра у больных, имеющих атеросклероз сонных артерий, при сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и ожирением.

Материалы и методы. Работа соответствовала проведению открытого клинического проспективного исследования. В исследование включены 55 пациентов мужского и женского пола (средний возраст $61,7 \pm 7,0$ лет), имеющих атеросклероз сонных артерий согласно данным дуплексного сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Сформированы две группы больных. I группу ($n=32$) составили больные, имеющие атеросклероз сонных артерий, при сочетании с СД2 и ожирением. Индекс массы тела (ИМТ) - $32,48 \pm 4,88$ кг/м², длительность СД2 - $11,39 \pm 6,72$ лет, уровень гликированного гемоглобина - $8,23 \pm 1,73\%$. II группу ($n=23$) составили больные, имеющие атеросклероз сонных артерий, но без сочетания с СД2 и нормальной массой тела. ИМТ- $23,38 \pm 1,79$ кг/м². В исследование не включались больные сахарным диабетом 1 типа, с сердечной недостаточностью IIБ ст. (ОССН, 2001), СКФ <45мл/мин, заболеваниями щитовидной железы, с нестабильной стенокардией, стенокардией IV ФК, ИМ давностью менее 1 года, с нарушениями ритма сердца. У пациентов были изучены: параметры липидного профиля, углеводного обмена, данные дуплексного

сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. В качестве терапии пациенты обеих групп получали аторвастатин 20 мг в сутки, пациенты I группы получали пероральные сахароснижающие препараты.

Результаты. Сравнительный анализ изучаемых биохимических характеристик продемонстрировал следующее. У пациентов I группы установлено превышение референсных значений атерогенных параметров липидного профиля: общий холестерин (ОХС) $4,99 \pm 1,23$ ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) $2,97 \pm 1,07$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) $2,05 \pm 0,83$ ммоль/л. Также у пациентов этой группы выявлено достоверно большее значение уровня ТГ по сравнению с больными II группы: $2,05 \pm 0,83$ ммоль/л vs $1,48 \pm 0,85$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень ЛПВП в I группе оказался значимо ниже, чем во II группе ($1,1 \pm 0,24$ ммоль/л vs $1,31 \pm 0,307$ ммоль/л, $p < 0,05$). В нашем исследовании выявлено наличие прямых корреляционных взаимосвязей умеренной силы в I группе уровня ТГ с ИМТ ($r = 0,537$, $p < 0,05$), гликемией натощак ($r = 0,37$, $p < 0,05$).

Выводы. У больных, имеющих атеросклероз сонных артерий, при сочетании с СД2 и ожирением, по сравнению с пациентами, имеющими атеросклероз сонных артерий, но без сочетания с СД2 и нормальной массой тела, на фоне повышенных уровней атерогенных параметров липидного профиля, отмечается более выраженное увеличение уровня ТГ и снижение уровня ЛПВП. На уровень ТГ влияет гипергликемия натощак, величина ИМТ.

Каграманова С. Р.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор Чичерина Е.Н.

Цель работы. Оценить распространенность факторов сердечно-сосудистого риска среди мужчин и женщин.

Материалы и методы. Основу исследования составил ретроспективный анализ 284 амбулаторных карт пациентов прошедших диспансеризацию в 2019 году в КОГБУЗ «Северная клиническая больница скорой медицинской помощи» Поликлиника №1. Количественные признаки имеющие распределения близкое к нормальному представлены средней арифметической (M), ошибкой репрезентативности ($\pm m$) и доверительным интервалом средней арифметической (ДИ 95%). Количественные данные, имеющие распределение отличное от нормального, представлены медианой (Me) и процентилями (25%-75%). Обработка данных осуществлялась в программах Microsoft Excel, Statistica

12.0. По данным амбулаторных карт 100 пациентов из 284 состоят на учете по какому либо сердечно-сосудистому заболеванию (ССЗ). Медиана возраста пациентов с ССЗ 61,5 (ДИ 50-70). Группы были сформированы по половому признаку: в первую группу вошли 47 мужчин, медиана возраста 56(ДИ 44-68), во вторую группу вошло 53 женщины, медиана возраста 63 (ДИ 54-70). Среди обеих групп были проанализированы известные факторы риска, такие как: нерациональное питание, низкая физическая активность, дислипидемия, ожирение, индекс массы тела (ИМТ), менопауза, высокое артериальное давление (АД), и степени АД, курение, отягощенная наследственность по ССЗ. Также оценивались наличие сопутствующих клинических состояний: ишемическая болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), фибрилляция предсердий (ФП), сердечная недостаточность (СН) в зависимости от Нью-Йоркской классификации и фракции выброса (ФВ), гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), приобретенные пороки сердца, протезирование, электрокардиостимулятор (ЭКС), церебральный атеросклероз в зависимости от степени, нарушение мозгового кровообращения (НМК), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), сахарный диабет (СД) 1 и 2 типа, осложнения связанные с СД 2 типа, новообразования, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма (БА), гипертиреоз, гипотиреоз.

Результаты. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту ($p=0,5$). Данные по факторам риска ССЗ распределились в обеих группах следующим образом: нерациональное питание имелись у 59,6% пациентов 1 группы и 62,2% пациентов 2 группы ($p=0,9$); низкая физическая активность - 53% в 1 группе и 51% во 2 группе ($p=0,9$); дислипидемия - 42,5% в 1 группе и 43,4% во 2 группе ($p=0,9$); ожирение - 31,9% в 1 группе и 43,4% во 2 группе ($p=0,3$); ИМТ у мужчин составил в среднем 27,8 (ДИ 25,7-29,7), у женщин 29,05 (ДИ 26,8-31,3); менопауза - 73,6% у женщин, медиана возраста 67,5 (ДИ 64,7-70,2). Высокое АД было зарегистрировано в 97,8% в 1 группе и в 100% - во 2 группе ($p=1$); отягощенная наследственность по ССЗ составила 8,5% в 1 группе и 17% во 2 группе ($p=0,3$); курение - 17% в 1 группе и 5,6% во 2 группе ($p=0,1$). По данным амбулаторных карт, пациенты состояли на учете по ССЗ - 30% в 1 группе, против 22% во 2 группе ($p=0,7$): наличие диагноза ИБС - 30%, против 22% ($p=0,05$), ПИКС в анамнезе 21%, против 6% ($p=0,04$); ФП 17% против 5,6% ($p=0,1$). Среди пациентов с ИБС КАГ была проведена только у 10,6% пациентов 1 группы ($p=0,07$). Такое осложнение ССЗ как СН было зарегистрировано у 17% против 18,9% ($p=0,9$), при этом с сохраненной ФВ 12,7% против 7,5% ($p=0,5$), со сниженной ФВ было 2,1% пациентов 1 группы ($p=0,9$). ГМЛЖ указана в диагнозе - 12,7% против 7,5% ($p=0,5$). Наличие ЭКС и протезирования по 2,1% пациентов 1 группы ($p=0,9$). НМК в анамнезе имелось у 8,5% пациентов 1 группы и 7,5% пациентов 2 группы

($p=0,8$). Наличие церебрального атеросклероза в 1 группе составило 36,2% против 52,8% ($p=0,1$), 1 степени 47% против 60,7% ($p=0,5$), 2 степени 41,2% против 35,7% ($p=0,9$), 3 степени 11,8% против 3,6% ($p=0,6$). НТГ 29,8% против 9,4% ($p=0,02$), а вот СД 2 типа 14,9% против 18,9% ($p=0,7$), осложнения связанные с СД 2 типа 12,8% против 5,7% ($p=0,07$), СД 1 типа не было выявлено ни в одной группе пациентов. Новообразования различной этиологии в 1 группе пациентов насчитывалось у 25,5%, во 2 группе 28,3% ($p=0,9$). Заболевания дыхательной системы, такие как ХОБЛ был выявлен только в 1 группе у 6,4% ($p=0,2$), БА 6,4% против 5,7% ($p=0,07$). Гипертиреоз в 1 группе составил 12,8%, во 2 группе 9,4% ($p=0,8$), гипотиреоз был выявлен только 2 группе пациентов и составил 5,7% ($p=0,2$).

Выводы. Таким образом, нами не получены статистически значимые отличия по факторам риска. Но выявлена следующая взаимосвязь, что к одинаковому возрасту мужчины достоверно имеют более тяжелые осложнения по ССЗ, а именно по наличию ИБС, ПИКС, а также НТГ. В отношении развития ИБС и наличия инфаркта миокарда в анамнезе мужчины превосходят лиц женского пола. Такая же зависимость прослеживается и в отношении НТГ, при этом показатели по СД 2 типа статистически недостоверны. А у женщин наблюдаются более высокие показатели ИМТ. Анализируя эти особенности в отношении ССЗ, можно предположить, что ССЗ имеют половую ориентацию. Поэтому требуется дальнейшее изучение факторов риска ССЗ по половым различиям. Развитие данного направления поможет сформировать более ориентированные меры профилактики ССЗ заболеваний.

Карюкина М.С., Коптякова Ю.В.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛЮДЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Тюменский ГМУ

Кафедра пропедевтической и факультетской терапии

Научный руководитель: к. м. н., доцент Ляпина М. В.

Цель работы. Изучить особенности взаимосвязи психоэмоционального статуса человека, а также его пищевого поведения со степенью ожирения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 20 до 30 лет, в том числе с разной степенью ожирения и нормальным ИМТ 30 и 10 пациентов соответственно. Изначально, провели измерение основных антропометрических показателей (масса тела, рост), было измерено АД. Также, среди них были проведены два теста. Один из них на уровень депрессии и тревоги по шкале Бека и другой на тип пищевого поведения. На протяжении двух месяцев они снижали калораж

своего ежедневного рациона под руководством диетолога и один раз в неделю посещали групповые занятия в спортивном зале под присмотром тренера. После двух месяцев занятий аналогично были проведены два данных теста.

Результаты. По результатам исследования с интерпритацией по шкале Бека у людей с нормальным индексом массы тела в 75% отсутствуют депрессивные симптомы, а в 25% случаев наблюдается легкая депрессия. Исследуемые, которые на протяжении 2 месяцев занимаются в фитнес-центре под руководством тренера и соблюдают диету показали такие результаты: 75%-отсутствуют симптомы депрессии, 10%-легкая депрессия, 7.5%-умеренная депрессия и 7.5% -тяжелая депрессия. По шкале пищевого поведения (DEBQ) у женщин в повышенным ИМТ только у 6.6% нормальное ограничительное (диетическое) поведения, у 93,3% исследуемых этот показатель выше нормы. Эмоциональное и экстернальное пищевые поведения у всех людей с ожирением в 100% случаев выше нормы. У женщин с нормальным ИМТ ограничительное (диетическое) пищевое поведение в 75% случаев в норме, у 25% имеется избыточная масса тела. Эмоциональное пищевое поведение у исследуемых с нормальным ИМТ в 50% случаев в норме, у 25% - имеется избыточная масса тела, у 25% -масса тела была ниже нормы.Экстернальное пищевое поведение у женщин с нормальным ИМТ в 50% случаев был в пределах нормы, в 50% - имелась избыточная масса тела.

Выводы. В среднем у одной трети людей с избыточной массой тела имеется депрессия или её отдельные признаки, что указывает нам на связь между показателем ИМТ и психоэмоциональным состоянием. Также у половины пациентов с экстернальным типом пищевого поведения имеется избыточная масса тела, это говорит нам о влиянии типа пищевого поведения на развитие ожирения. Кроме того, можно заподозрить, что депрессия связана с кардинальным изменением образа жизни пациентов. Таким образом, с помощью шкал Бека и DEBQ мы пришли к выводу, что избыточная масса тела может способствовать развитию у человека депрессии разной степени тяжести и напрямую зависит от типа пищевого поведения.

Лапасов М.Х., Хазраткулов А.Т.

МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД КАК ФАКТОР ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Самаркандский Государственный медицинский институт

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: асс. Бекмурадова М.С.

Цель исследования: определение мозгового натрийуретического пептида в процессе ранней диагностики хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 126 больных, среди них 58(46%) женщин и 68(54%) мужчин с жалобами на одышку при ходьбе, сердцебиение при физической нагрузке, без явных клинических признаков сердечной недостаточности с нормальным фракцией выброса на ЭхоКГ. Больные были в возрасте от 49-ти до 75-ти лет, которые лечились в 1-ой клиники Самаркандского медицинского института в отделение Кардиологии с ишемической болезнью сердца функционального класса II-III с коморбидными заболеваниями. Комплексное обследование пациентов включало сбор и анализ жалоб и анамнестических данных, клинический осмотр, проведение общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований таких как: стандартная ЭКГ, доплер-ЭхоКГ с определением ФВ, Е/А, ММЛЖ и других эхопараметров сердца, рентгенография органов грудной клетки и другие. Все больные проходили тест 6-минутной ходьбы. Всем нашим больным была проведена количественная оценка концентрации мозгового натрийуретического пептида (нг/мл) в плазме крови методом иммуноферментного анализа в частной клинике «Бионур».

Обсуждение полученных результатов. Во время 6-МТХ 63 больных прошли $351,2 \pm 54,7$ м, и 68 больных прошли $471,2 \pm 27,3$ м. Во время эхокардиографического обследования, у всех больных фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составило от $55,7 \pm 4,0$ до $64,2 \pm 6,1$ %; Е/А $0,7 \pm 0,1$; КДР ЛЖ (см) от $4,9 \pm 0,5$ до $5,1 \pm 0,4$. Представленные результаты доплер-ЭхоКГ индексов, отражающих характер и степень ригидности миокарда ЛЖ и свидетельствующие о наличии ДД ЛЖ, выявлены у больных с предшествующими и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, среди которых с наибольшим постоянством выявляются ИБС. У пациентов II ФК ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ значение показателя МНУП у 9-ти больных соответствовало $141,4 \pm 10,1$ пкмоль/л, что выше нормального уровня (до 100 пкмоль/л). У пациентов III ФК ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ значение среднего показателя уровня МНУП у 11-ти больных соответствовало $167,0 \pm 8,4$ пкмоль/л и было выше нормального уровня. Анализ полученных при ЭхоКГ результатов свидетельствует о наличии нарушений диастолической функции у пациентов с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ, независимо от степени снижения толерантности к физическим нагрузкам при выполнении 6-МТХ.

Выводы. Повышение количество МНУП у 20 (16%) больных в сыворотки крови у больных с ИБС с коморбидными заболеваниями без клинических признаков ХСН, свидетельствует о начавшегося субклинической стадии ХСН, хотя все больные имели нормальную ФВ на эхокардиографии. Значить повышение в сыворотки крови мозгового натрийуретического пептида может стать надежным индикатором для определения скрытой формы ХСН.

Леушина Е.С., Ситникова А.Д.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ У
СТУДЕНТОВ 1 И 3 КУРСА КИРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних и профессиональных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мухачева Е.А.

Цель работы. Сравнить образ жизни у студентов 1 и 3 курса Кировского ГМУ.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Кирове. Всего в анкетировании приняло участие 75 респондентов. Студенты первого курса составили 45%, третьего – 55%. Средний возраст первокурсников составил 18,1 год, третьекурсников - 20,0 лет. Образ жизни у студентов Кировского ГМУ изучался с помощью вычисления индекса массы тела (ИМТ) и следующих анкет: 1) Субъективная оценка образа жизни и соматического здоровья (Московчено О.Н. Практикум по валеологии. Красноярск, 1999). Анкета состоит из 9 вопросов. 2) «Умеете ли вы вести здоровый образ жизни?» (Айзман Р.И., Иашвили М.В., Лысова Н.Ф. и др. Основы ЗОЖ и профилактики вредных привычек: Мет.-пособие.-Новосибирск:ГЦРО,2001.-С.19-21). Анкета состоит из 14 вопросов. 3) «Экспресс-оценка образа жизни» Р.Р.Кашанов. Анкета состоит из 11 вопросов. Во всех анкетах каждый ответ давал определенное количество баллов. Итоговая сумма баллов позволяла сделать вывод о характере образа жизни в соответствии с ключом теста. Обработка анкет проводилась с помощью Microsoft Office Excel. Для оценки различий применялся t-критерий Стьюдента. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05.

Результаты. Расчет ИМТ показал, что на 1 курсе 82% опрошенных имеют нормальную массу тела, 9% -дефицит массы и так же 9% - избыток массы тела, на 3 курсе 90% анкетированных имеют нормальную массу тела, 2% - дефицит массы и 7% - избыток массы тела. Таким образом, студенты 3 курса на 8% имеют больше людей с нормальной массой тела. При работе с анкетами была выбрана тактика, исходя из которой выбирался самый часто встречающийся ответ на курсе, в последующем баллы за ответы суммировались и помогли сделать вывод о характере образа жизни. Интерпретация результатов анкетирования предполагает отнесение набранного балла к тому или иному интервалу, соотносимому с большей или меньшей выраженностью негативных факторов в образе жизни студентов. По результатам первого теста 1 курс набрал в среднем 57 баллов, 3 курс набрал в среднем 53 балла, что соответствует одному балльному интервалу ($p > 0.05$), соответствующем хорошему отношению к

ЗОЖ, однако образ жизни студентов 1 курса более близок к здоровому. По результатам второго теста 1 курс набрал 260 баллов, 3 курс – 230, выявлено, что студенты обоих курсов находятся в одном диапазоне ($p>0.05$), это говорит о том, что образ жизни является в целом хорошим, но не является абсолютно здоровым. Для повышения производительности студентам следует более разумно подходить к организации своей работы в соответствии с особенностями организма. В пределах одного интервала 1 курс отличается лучшими показателями в сравнении с 3 курсом. По третьему тесту 1 курс набрал 72 балла, 3 – 68 баллов, результаты обоих курсов соответствуют одному ключу ($p>0.05$), это говорит о том, что студенты обоих курсов часто работают с перегрузкой, это сказывается на самочувствии, однако ничего страшного не будет, если они внимательнее будут относиться к своему здоровью, но, если говорить о разбросе баллов внутри одного интервала, можно сказать, что 3 курс испытывает большее напряжение и перегрузки. При выделении основных показателей образа жизни, было получено следующее: Продолжительность сна у первого курса такова: менее 5 часов спят – 20,6% студентов, 5-6 часов – 55,9%, 7-8 часов – 23,5%, 9-10 часов – 0%. Продолжительность сна у третьего курса: менее 5 часов спят – 12,2% студентов, 5-6 часов – 48,8%, 7-8 часов – 36,6%, 9-10 часов – 2,4%. Итак, продолжительность сна у большинства студентов составляет 5-6 часов, а это значит, что у студентов стабильный недосып. Помимо этого, студенты 1 курса в целом спят меньше, чем третьекурсники. Количество приемов пищи в день у студентов первого курса составило: 1 раз – 0%, 2 раза – 53%, 3 раза – 47%. На третьем курсе 1 раз – 2%, 2 раза – 49%, 3 раза – 49%. Таким образом, первокурсники принимают пищу преимущественно 2 раза в день, третьекурсники на 2% больше имеют трёхразовое питание. Распространенность курения среди студентов такова, что на первом курсе не курят – 82%, курят периодически – 12%, курят постоянно – 2%, на третьем курсе не курят – 78%, курят периодически – 15%, курят постоянно – 7%, а значит к 3 курсу число учащихся с этой вредной привычкой увеличивается на 8%. Распространенность такой вредной привычки как употребление алкоголя такова: среди первокурсников употребляют – 41%, не употребляют – 59%, на третьем курсе соответственно 59% и 39%, следовательно, третьекурсники употребляют алкоголь чаще, чем первый курс на 20%. Занятие физической культурой среди студентов имеет следующую регулярность: на обоих курсах нет тех, кто вообще не занимается, на первом курсе 1 раз/нед. – 44%, 2 раза/нед. – 21%, 3 раза/нед. – 21%, 4 раза/нед. – 3%, 5 раз/нед. – 6%, 6 раз/нед. – 3%, 7 раз/нед. – 3%. 1 раз/нед. – 49%, 2 раза/нед. – 27%, 3 раза/нед. – 10%, 4 раза/нед. – 12%, 5 раз/нед. – 0%, 6 раз/нед. – 0%, 7 раз/нед. – 2%. Первокурсники в целом занимаются физической культурой чаще студентов третьего.

Выводы. Таким образом, значительных отличий ИМТ у студентов 1 и 3 курсов не наблюдается, однако, на третьем курсе больше учащихся с нормальной массой тела. Первокурсники более близки к ведению здорового образа жизни. При рассмотрении отдельных составляющих образа жизни, выявлено, что студенты первого курса меньше спят и реже принимают пищу в течение дня, однако в целом лучше себя чувствуют, в то время как на третьем курсе количество вредных привычек увеличивается, а роль физической культуры в их жизни уменьшается.

Лобанова Н.Ю.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОРОНАРНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ
ЕЕ АССОЦИАЦИЯ СО СТРУКТУРОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ
ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор Чичерина Е.Н.

Цель: изучить распространенность коронарной кальцификации при проведении неконтрастной мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) коронарных артерий среди пациентов терапевтического отделения клиники Кировского ГМУ.

Материалы и методы. В исследование включены 119 пациентов терапевтического отделения клиники Кировского ГМУ Минздрава России. Всем лицам, включенным в исследование, проведено МСКТ коронарных артерий на 64-срезовом компьютерном томографе Optima CT 660 (GeneralElectricCo, США), после получения информированного согласия. Наличие коронарной кальцификации определялось по методу Agatston с расчётом индекса коронарной кальцификации (КИ). Обработка статистических данных проводилась с помощью программы MicrosoftExcel 2010.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что КИ равен нулю у 64 человек (53,8%). Величина КИ выше нуля установлена у 55 человек (46,2%). Медиана возраста 59 лет [54;63], из них 20 мужчин. При изучении структуры заболеваемости среди лиц с КИ > 0 установлено, что 41 человек (64%) имели диагноз гипертонической болезни, у 21 человека (38,2%) – заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ассоциированные с *Helicobacterpylori*, 3 человека (5,4%) имели диагноз сахарного диабета, у 7 человек (12,7%) выявлено нарушение толерантности к углеводам. Максимальное значение КИ 1248.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования установлено, что наличие коронарной кальцификации в более высоком проценте случаев ассоциировалось с гипертонической болезнью, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и реже с сахарным диабетом или нарушением

толерантности к углеводам. Тем не менее, процент распространенности коронарного кальциноза, свидетельствующего о наличии бессимптомного атеросклеротического поражения коронарных артерий также достаточно высок.

Максимова И.В., Видякина Н.А.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ L-ЛИЗИНА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии
Научный руководитель: ассистент Маркова Е.М.

Цель работы. Оценить эффективность применения L-лизина.

Материалы и методы. Основу исследования составил обзор и анализ научных статей, систематизация полученных данных. Актуальность. L-lysine – вещество входящее, в состав белков, это строительный материал для мышц. Составляющая часть волосяного покрова, ногтей, если нет недостатка вещества, волосы выглядят густыми, а ногти здоровыми, из-за него иммунная система человека способна нормально работать. Описываемое вещество применяют для лечения воспалительных высыпаний на коже, иногда как питание для спортсменов, которые увеличивают массу мышечной структуры. L-лизин выступает хорошим строителем мускулатурной структуры, помогает в производстве карнитина в крови. Защищает иммунную систему от вирусов, помогает избавиться от жира, генерируя его в энергию для нормальной жизни человека. Аминокислота поддерживает азотный баланс органов и кровеносной системы, который образует благоприятную среду в теле человека.

Результаты. Исследования показали то, что L-lysine может сократить частоту проявления вируса герпеса. Препарат практически не оказывает влияния на гуморальный иммунный ответ. В сочетании с некоторыми антиоксидантами, L-лизин уменьшает рост раковых клеток. Ученые всего мира стараются найти различные способы, помогающие в онкологических заболеваниях. Суть в том, что известные методы, в своем большинстве вредят здоровым клеткам человека. Но в 2007 году был выявлен эффект «конъюгатов лизина», помогающий восстановить поврежденные ДНК, совмещая это с фототерапией. Таким образом, применение L-лизина повышает сопротивляемость организма к инфекциям и уничтожает опухолевые клетки.

Вывод. 1) L-лизин является L-формой аминокислоты лизин, которая используется организмом для формирования белков, т.е. строительных элементов тела. 2) Эта аминокислота не может быть синтезирована организмом, поэтому нам необходимо получать ее из пищи, биодобавок или крема. 3) Наиболее популярное использование лизина - это лечение симптомов герпеса. 4) Лизин имеет множество механизмов влияния на

организм, в том числе может стать основой для лекарства от рака. 5)
Дневная норма лизина составляет от 800 до 3,000 мг в день.

Максимова И.А., Магомаева Л.М-Э.
НЕЙРОГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОГО СУСТАВНОГО
СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней
Научный руководитель: к.м.н. Филимонова О.Г.

Цель исследования: изучение особенностей патогенеза хронического болевого синдрома у пациентов с ОА, выявление нейропатического компонента боли (НКБ) и оценка его влияния на качество жизни пациентов.

Материал и методы. В исследование были включены 26 пациентов женского пола в возрасте от 43 до 79 лет и 5 пациентов мужского пола в возрасте от 28 до 72 лет (средний возраст $62,9 \pm 6,7$) с ОА. Все пациенты проходили лечение и обследование в Отделенческой клинической железнодорожной больнице г.Кирова. Все пациенты проходили ревматологическое обследование, для выявления нейропатического компонента - неврологическое обследование с применением опросников DN4 и PainDETECT. Интенсивность боли исследовалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), уровень качества жизни по опроснику EQ-5D. Также все обследуемые получали НПВС в/м и перорально, физиолечение, у части больных проводилась локальная терапия с использованием ГКС. Статистический анализ проводили с использованием программ Excel 7.0 и BioStat 2008. Для оценки достоверности различий применялись методы описательной статистики, использовался t-критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты. Средняя длительность заболевания у больных ОА составляла $10,6 \pm 7,2$ года, все пациенты имели повышенную массу тела (ИМТ = $29,4 \pm 3,9$ кг/м²), II-III стадии ОА по Келлгрону и Лоуренсу, средняя интенсивность боли составляла $4,4 \pm 1,2$ балла по ВАШ. На основании опросника DN4 были выделены 2 группы пациентов: с признаками НКБ (15 пациентов; значения по DN4 ≥ 4 б) - 1-я подгруппа (а); группа пациентов, не имеющих НКБ (значения по DN4 < 4 б) - 2-я подгруппа (б). Статистически значимого различия по возрасту, ИМТ, длительности заболевания выявлено не было. Наличие НКБ у пациентов с ОА также не зависело от выраженности структурных изменений сустава. Наличие НКБ определяло статистически достоверное преобладание в области больного сустава таких ощущений, как жжение (80% $p < 0,05$), удар электрическим током (93,3%, $p < 0,05$), пощипывание, покалывание, ползание мурашек (86,7%, $p < 0,05$), онемение (46,7%, $p < 0,05$), пониженная чувствительность к

покалыванию (60%, $p < 0,05$). Такие симптомы, как зуд, не встречались, а пониженная чувствительность к прикосновению статистического значения не имела. Согласно опроснику EQ-5D отмечалась тенденция к снижению качества жизни у пациентов с НКБ. Тревожно-депрессивные нарушения у больных также чаще наблюдались при НКБ. В ходе проведенного исследования нейропатический компонент боли был выявлен у 48% обследуемых пациентов с ОА. НКБ был ассоциирован с низким качеством жизни, а также более высоким уровнем тревоги. Чувствительные нарушения такие, как жжение, удар электрическим током, онемение, покалывание, ползание мурашек и гипестезия при покалывании в зонах иннервации пораженных нервов, присутствовали у пациентов с ОА, преимущественно при наличии НКБ.

Выводы. Данное исследование показало наличие смешанного характера хронической суставной боли у пациентов с ОА, в патогенезе которой также принимает участие нервная система, что обуславливает наличие нейропатического компонента боли на фоне ноцицептивного. Выявленные несоответствия воспалительных и структурных изменений в области сустава и чувствительных нарушений в его проекции, а также уровня качества жизни, определяет наличие НКБ. Из этого следует, что проводимая терапия оказывала преимущественное воздействие на ноцицептивный компонент боли, тогда как влияние на НКБ было недостаточным. Вероятно, для оптимального контроля хронического болевого синдрома можно рекомендовать у части больных ОА использовать в комбинированной терапии антиконвульсанты и антидепрессанты

Мирзаева Ш.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Самаркандский Государственный медицинский институт
Кафедра внутренней медицины №4 с гематологией
Научный руководитель: асс. Махматмурадова Н.Н.

Цель работы: выявить частоту встречаемости, клиническую характеристику, диагностику интерстициальной пневмонии легких в деятельности пульмонологического отделения стационаров.

Материал и методы. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 20 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2018-2019 гг. Для всех больных выполнен необходимый объем обследования, с применением рентгенографии органов грудной клетки, спирометрии, компьютерной томографии, эхокардиографии.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что в последнее время увеличилось число пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (в 2018 г. – 8 (36,4%), в 2019 г. – 14 (63,6%)). При исследовании в гендерном аспекте отмечалось явное преобладание у женщин 16 (72,7%), а у мужчин 6 (27,3%). В возрастном аспекте отмечалось варьирование от 31 до 70 лет, с преобладанием в промежутке 35-42 лет. У всех пациентов клинически всегда определялась одышка, также отмечалась слабость (86%), малопродуктивный кашель (78%), дискомфорт за грудиной (73%), лихорадка (41%), акропахия (33%). При этом до 3-х месяцев диагноз заподозрен лишь у 4 (18%) больных, которые были госпитализированы из-за лихорадки в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью. В этих случаях всем больным был выставлен диагноз «Двусторонняя пневмония», с назначением 2-3 курсов антибактериальной терапии. При рентгенологической диагностике на компьютерной томограмме выявлялась картина инфильтрации по типу «матового стекла». Также необходимо отметить, что чаще выявлялись обычная и неспецифическая интерстициальная пневмония.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об увеличении пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, наблюдающихся чаще у женщин работоспособного возраста, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др. Рекомендуется консультация врача-пульмонолога при ведении пациентов с ревматическими заболеваниями, а также применение визуализирующих технологий.

Мищенко И. М.

БОЛЬ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: к.б.н., ассистент Вартамян Э.Э..

Цель работы. Определить причины и предрасполагающие факторы развития болевого синдрома при выполнении колоноскопии. Сравнить эффективность методов обезболивания эндоскопического исследования.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов эндоскопических исследований толстой кишки, выполненных 330 пациентам в амбулаторных условиях. Все пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили пациенты (n=85), которым исследование было выполнено без применения ненаркотических анальгетиков, спазмолитиков и седативных препаратов. Во второй группе (n=79) за 30 минут до исследования (по желанию пациента) в качестве премедикации

внутримышечно вводили 2,0 мл дроптаверина и 1,0 мл кеторолака. Пациентам третьей группы (n=90) во время исследования проводили глубокую медикаментозную седацию пропофолом. В четвертой группе (n=76) колоноскопии выполнены под ингаляционным масочным наркозом с использованием севофлурана. Ингаляционный анестетик у пациентов данной группы использовался в связи с наличием поливалентной аллергии, ожирения, плохой выраженности периферических вен, боязнью внутривенных инъекций, предыдущим негативным опытом внутривенной анестезии. Кроме того, 3 пациентки этой группы были кормящими матерями. Во время проведения исследования всем пациентам осуществлялся мониторинг пульсоксиметрии (SpO₂), гемодинамики с определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). В процессе изучения медицинской документации фиксировался объем проведенного исследования и характер сопутствующей патологии.

Результаты. Всего было обследовано 330 пациентов в возрасте от 20 до 82 лет. Вне зависимости от возраста и применяемых методов обезболивания женщины выполняли колоноскопию в 3 – 6 раз чаще мужчин. Наши данные коррелируют с данными литературы о половых различиях в восприятии висцеральной боли. Кроме того, традиционно в нашей стране женщины более внимательно относятся к своему здоровью, чем мужчины, и реже пренебрегают рекомендациями врачей по обследованию. Женщины, достигшие 50 лет, в 1,-2 раза чаще решаются на проведение колоноскопии, чем молодые, что связано с наличием в этом возрасте, целого ряда хронических заболеваний, усугубляющихся изменениями гормонального фона. Среди жалоб, заставивших пациентов обратиться к врачу и выполнить исследование, можно выделить следующие: боль в животе – 34,5%, запоры – 11%, метеоризм – 10%, патологические примеси в стуле (слизь, кровь) – 10%, неблагоприятный семейный анамнез – 8%, наличие в анамнезе хронических воспалительных заболеваний кишечника – 3%, полипов – 8%, неустойчивый стул – 7%, диарея - 5,5%, перенесенная ранее операция – 5%, снижение аппетита, потеря веса – 4%, подготовка к операции – 3%. Только 4% пациентов выполнили колоноскопию в рамках диспансеризации. Опрос пациентов показал, что причиной позднего обращения к врачу и отказа от выполнения эндоскопического исследования являлся страх возможной боли, сложность подготовки к исследованию, эмоциональный и психологический дискомфорт при выполнении процедуры. Более 10% пациентов I и II групп прекратили исследование из-за выраженной боли. Не удалось выйти за пределы сигмовидной кишки у 10 пациентов. Осмотр до селезеночного угла выполнен 5 пациентам, до середины поперечно-ободочной кишки - 4 пациентам, до печеночного угла - 1 пациенту. Низкий вес, долихосигма, спастический колит, операции в анамнезе

способствовали развитию болевого синдрома. Пациентам III и IV групп исследование выполнено в полном объеме. Исследование сигмовидной кишки вызвало у пациентов I и II группы прирост среднего артериального давления на 15% и 16%, а пульса на 15,7% и 16,7% соответственно. У пациентов III и IV групп отмечалось снижение среднего артериального давления на 12,9% и 9,57%, урежение пульса на 4,53% и 14,1% соответственно. Осмотр селезеночного угла у пациентов I группы вызвал дальнейшее нарастание среднего АД на 6,2%, пульса на 2,1%. В III и IV группе отмечалось снижение артериального давления на 1,1% и на 5,7% соответственно. Осмотр печеночного угла в первых двух группах сопровождался снижением артериального давления и пульса на 10,4% и на 3,4% соответственно. Через 15 минут по окончании исследования показатели гемодинамики в I и II группах оставались выше исходных, а пациенты в 60% - 80% случаев жаловались на сохраняющуюся боль. Пациенты III и IV группы в 70 – 80% не испытывали никаких болезненных ощущений. Их гемодинамические показатели были ниже исходных, как в отношении артериального давления, так и в отношении пульса. Во многом это объяснялось отсутствием негативных эмоций и волнения. Таким образом, как пропофол, так и севофлуран обеспечивают адекватную защиту пациентов от боли при выполнении колоноскопии. Анализ результатов премедикации у пациентов II группы свидетельствует о ее недостаточной эффективности. Объясняется это тем, что болевые рецепторы полых органов брюшной полости локализуются в мышечной и серозной оболочке их стенок и раздражаются в результате быстрого повышения давления в полном органе и растяжения его стенки. Механизм действия НПВС основан на угнетении биосинтеза простагландинов, что способствует уменьшению воспалительного процесса и, как следствие, к обезболиванию. На механорецепторы, расположенные в мышечной и серозной оболочке кишки, эти препараты никакого действия не оказывают. Что касается дротаверина, то этот препарат, являясь миотропным спазмолитиком, устраняет спазм гладкой мускулатуры внутренних органов за счет уменьшения уровня внутриклеточного кальция и взаимодействия моторных и двигательных белков. Однако, кроме всего прочего, тонус мускулатуры кишечника регулируется вегетативной нервной системой, на которую дротаверин влияния не оказывает. Препарат уменьшает спазм мускулатуры кишечника, вызванный средствами опорожнения, что несколько улучшает самочувствие пациентов. Сравнение показателей гемодинамики пациентов первой и второй групп свидетельствует об отсутствии каких-либо существенных различий.

Выводы. Колоноскопия – исследование, которое, при отсутствии противопоказаний, необходимо выполнять под наркозом. Факторы, предрасполагающие к развитию боли: операции на органах брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, спастический колит,

воспалительные заболевания кишечника, низкий вес. Пропофол и севофлуран адекватно защищают пациентов от боли во время колоноскопии, а использование НПВС неэффективно. Дротаверин незначительно улучшает состояние, уменьшая негативные последствия слабительных, предотвращает развитие спазма кишечника после колоноскопии.

Морозов А.И.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Самаркандский государственный медицинский институт
Кафедра внутренней медицины №1 с курсом клинической
фармакологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ушаков А.В.

Цель работы. Проанализировать частоту развития нежелательных явлений у больных ХВГС в зависимости от вида противовирусной терапии (ПВТ).

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт больных с ХВГС. Противовирусная терапия включала комбинацию пегилированного интерферона- α (Пег-ИФН- α) с рибавирином (50 больных, из них 38 больных с 1 генотипом и 12 больных с 2 и 3 генотипами вируса).

Результаты. У всех пациентов, получавших ПВТ, независимо от генотипа вируса, наблюдался гриппоподобный синдром, который сопровождался повышением температуры до субфебрильных цифр, головной болью, миалгией, артралгиями. Побочные эффекты со стороны кожных покровов в виде аллергической сыпи отмечены у 25% больных. Данные проявления чаще отмечались у пациентов с 1 генотипом (28% терапии). У 25% больных во время лечения отмечено выпадение волос, при этом пациентов с 1 генотипом было 27%, пациенты с 2 и 3 генотипами вируса составили 18%. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, тошнота, диарея) наблюдались у 21% больных (в 19% случаев с 1 генотипом и в 27% - с 2, 3 генотипами вируса). Снижение массы тела зарегистрировано у 39% больных. Наиболее частой причиной отмены противовирусной терапии является развитие депрессивных расстройств. Почти у половины пациентов ИФН провоцирует возникновение психопатологической симптоматики. В 61 % случаев у пациентов выявлялся астенический синдром в виде слабости, снижения работоспособности, быстрой утомляемости. Психоневрологические изменения в виде раздражительности, бессонницы, тревоги, депрессии отмечены у 48% больных.

Выводы. Таким образом, была выявлена зависимость в изменении функционирования систем организма при лечении пегилированными

ИФН, в виде астенического синдрома. В некоторых случаях выраженность побочных реакций значительна и требует отмены ПВТ.

Муסיнова А.Ю.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И
СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мальчикова С.В.

Цель исследования. Изучить распространенность основных факторов риска (ФР) и симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди больных, получающих полихимиотерапевтическое (ПХТ) лечение.

Методы исследования. Анкетирование 62 пациентов, получавших ПХТ лечение в Кировском НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России в период с ноября 2019 года по февраль 2020 года. Возраст обследованных пациентов составил 56,5 [32; 63] (42,0% женщин, 58,0% мужчин). Заболеваниями, послужившими причиной ПХТ явились: неходжкинские лимфомы - 38,7% пациентов, лимфома Ходжкина - 30,6%, множественная миелома - 22.5%, острый миелолейкоз - 6.6% и острый лимфоидный лейкоз - 1.6%. Лечение лимфомы Ходжкина проводилось по схемам ABVD и BEACOPP, неходжкинские лимфомы - схемы R-СНОР и R-ВАС, множественная миелома - PAD и VCD, острый миелоидный лейкоз – схемы 7+3 и VFM90, острый лимфолейкоз - Hyper-CVAD. Опрос проводился по карте-вопроснику из 136 вопросов, разработанной в институте клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова Российского кардиологического научно-производственного комплекса МЗ РФ совместно с ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, позволяющий исследовать основные ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и симптомы ХСН. Вероятность ХСН определялась по мягким критериям (ХСНм) – одышка при ходьбе в спокойном темпе и наличие любого ССЗ. При постановке диагноза ХСН по жестким критериям (ХСНж) дополнительно учитывали наличие слабости, тахикардии более 80 без приема пульсурежающих препаратов (или прием хрононегативных лекарственных средств), отеки (или постоянный прием диуретиков). Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программ StatSoft Statistica 10.0. Характер Описание количественных параметров проводилось с помощью медианы и межквартильного размаха поскольку предварительная оценка характера распределения данных графическим методом и с использованием критерия Колмогорова-Смирнова выявила распределение, отличное от нормального. Качественные признаки

описывались с помощью частот (абсолютных и относительных). Для сравнения количественных параметров использовался критерий Манна-Уитни, для сравнения качественных параметров использовался критерий χ^2 или критерий Фишера. Независимо от анализируемого признака во всех разделах исследования был принят единый уровень статистической значимости $<0,05$.

Результаты. До начала проведения ПХТ 12 человек (19,4%) имели патологию со стороны сердечно сосудистой системы и получали соответствующую терапию. Возрастной фактор риска имели 38,7% пациентов, из них 33,9% мужчин были старше 55 лет и 4,8% женщин старше 65 лет. Отягощенный семейный анамнез сердечно - сосудистых заболеваний (наличие у родителя АГ и/или инфаркта миокарда и/или инсульта) выявлен у 35,5% опрошенных. Распространенность АГ в выборке составила 35,5% (16,1% не знают о своем заболевании и не лечатся), ожирения (ИМТ >30 кг/м²) - 21%; курение указали 14,5% респондентов; 33,9% человек злоупотребляют солью; чаще 1-2 раза в месяц алкоголь употребляют 4,5%. Недостаточное употребление сырых фруктов и овощей (менее 400 грамм\сутки) выявлено у 100% опрошенных. Недостаточная физическая активность - у 91,9% человек. Оценка симптомов ХСН показала, что вероятность ХСНм составила 19,4% (8,1% среди больных с установленным ранее ССЗ и 11,3% среди пациентов с АГ, которая не была ранее выявлена), ХСНж – 8,1% (1,6% и 6,5% соответственно). В целом, одышка ограничивает повседневную активность у 38,7% респондентов, слабость – у 100%, тахикардия – у 25,8% опрошенных. Факторами, повышающими вероятность развития ХСН у больных, получающих ПХТ лечение, являются: мужской пол (80% с симптомами ХСН и 56,0% без симптомов,), возраст (63 [63; 66] и 56 [27; 63]) и множественная миелома (40% и 16%).

Выводы. Таким образом распространённость основных факторов риска ХСН среди пациентов, получающих ПХТ очень высокая. Наиболее часто встречающимися факторами риска среди лиц женского и мужского пола являются: низкое употребление фруктов и овощей, гиподинамия, возраст, наследственность и АГ. Вероятность ХСН по мягким критериям составила 19,4%, по жестким – 8,1%, что превышает эпидемиологические популяционные показатели. 16,1% пациентов не знают о имеющемся сердечно-сосудистом заболевании и не лечатся, при этом 6,5% имеют выраженные симптомы, характерные для ХСН. Поскольку ПХТ лечение сопряжено с риском осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, выявленный высокий уровень факторов кардиоваскулярного риска указывает на необходимость обследования пациентов до начала проведения ПХТ, своевременной диагностики и адекватной терапии осложнений, полученных в ходе лечения онкологических заболеваний. Это

позволит повысить эффективность профилактики, своевременного лечения кардиальных осложнений и снижения смертности.

Пленкина Л.В.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ
ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Симонова О.В.

Цель работы: оценить состояние почечного тубулоинтерстиция у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) с помощью определения мочевой экскреции 1 и 2 типов белка, связывающего жирные кислоты (FABP-1 и FABP-3), которые экспрессируются в клетках проксимальных и дистальных канальцев, и фактора трилистника-3 (TFF-3), который экспрессируется в клетках проксимальных, дистальных канальцев и собирательного протока.

Материалы и методы: исследовались образцы мочи 50 пациентов (мужчины/женщины 37/13) в возрасте не моложе 18 лет с достоверным диагнозом АС согласно Нью-Йоркскими модифицированными критериями (1984) и критериям ASAS 2009 (The Assessment of SpondyloArthritis international Society, 2009) для аксиального спондилита. Средний возраст пациентов составил 39 [34; 56] лет, длительность суставного синдрома – 10 [7;18] лет, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 105 [83;119] мл/мин/1,73 м². В 52% случаев пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), в 12% - базисные противовоспалительные препараты (БПВП) и в 36% - генно-инженерные базисные препараты (ГИБП). Уровни FABP-1, FABP-3, TFF-3 определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты приводились к уровню креатинина, измеренному в тех же порциях мочи. Полученные значения сравнивались с сопоставимой по возрасту и полу контрольной группой. Результаты: значения FABP-1 у больных АС без хронической болезни почек (ХБП) превышали значения в контрольной группе: 0,05 [0,01;0,09] нг/ммоль по сравнению с 0,03 [0,00;0,06] нг/ммоль, (p=0,04). FABP-3 был выявлен только у 6 пациентов, все они были с ХБП. Данный маркер в контрольной группе был ниже диапазона обнаружения. Уровень TFF-3 у больных без ХБП был выше, чем в контрольной группе: 53,42 [20,84;105,71] и 23,31 [1,97;62,90] нг/ммоль соответственно (p=0,02), как и на фоне приема НПВП по сравнению с БПВП и ГИБП: 89,51 [39,82;118,91], 12,2 [1,61;39,77] и 32,61 [13,51;88,23] нг/ммоль соответственно (p=0,04). Корреляция с активностью заболевания (BASDAI и ASDAS) была обнаружена для TFF-3 (rs=0,33, p<0,05). FABP-1

и TFF-3 умеренно коррелировали между собой ($r_s=0,6$, $p<0,05$). Уровень FABP_s и TFF-3 не зависел от пола, возраста, СКФ и длительности заболевания.

Выводы. FABP-1, FABP-3, TFF-3 у пациентов с АС выше, чем в контрольной группе. Статистически значимое превышение уровня FABP-1 и TFF-3 у пациентов с АС без ХБП по сравнению со здоровыми лицами может свидетельствовать о наличии у них доклинического повреждения канальцевого эпителия, в том числе связанного с токсическим действием НПВП. На более поздних стадиях почечного повреждения в патологический процесс могут вовлекаться не только проксимальные, но и дистальные канальцы.

Таким образом, данные маркеры могут представлять интерес для исследования состояния тубулоинтерстициального компартмента, увеличивая тем самым потенциал традиционных способов диагностики.

Потачкина О.А., Маркова А.А.
ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В
ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии

Научный руководитель: ассистент Маркова Е.М.

Цель работы. Оценить токсическое действие лекарственных средств на плод в пренатальном периоде.

Материалы и методы. Основу исследования составила обзорная литература.

Результат. Беременность у определенной части женщин наступает на фоне имеющихся у них серьезных хронических заболеваний, приводящих к приему лекарственных препаратов. В этой связи врачом, консультирующим беременных, генетиком, акушером гинекологом, эндокринологом, терапевтом необходимо знать и информировать беременных о заболеваниях и лекарствах, обладающих доказанным тератогенным действием на внутриутробный организм. Беременных женщин следует также информировать о том, что абсолютное большинство пороков развития возникает в первые 8-10 недель беременности. В случаях принятия коллегиального решения о прерывании беременности необходимо документальное подтверждение о наличии у плода патологии, явившейся причиной прерывания беременности.

Вывод. Большинство перечисленных лекарственных препаратов не имеют достаточных клинических исследований побочных действий на плод (эмбрион), либо имеют предположительный вывод о наличии тератогенных свойств лекарственных средств. Данный факт требует иметь лекарственную настороженность пациентов при назначении и приеме

лекарственных средств. Отсутствие сведений клинически исследованных побочных действий лекарственных препаратов на плод (эмбрион) не говорит о том, что нужно игнорировать общие побочные действия лекарственного препарата. Почему? В связи с тем, что имеется прямая и непрерывная связь по обмену между матерью и плодом (эмбрионом) веществ поступающих в организм матери, то могут действовать отрицательные эффекты на плод: эффект накопления лекарственного препарата плодом (эмбрионом), эффект трансформация лекарственного средства с появлением ядовитых свойств, эффект передозировки лекарственного средства на плод (эмбрион), эффект интоксикации плода (эмбриона), гипоксия плода и иные. Также нельзя оставлять без внимания отсутствие у плода полноценно сформированного механизма обезвреживания поступающих с током крови химических веществ (недостаточно развита печень). Существует проблема отсутствия единого перечня (списка) тератогенных препаратов, позволивших лечащему врачу и пациенту обратиться к ним и с учетом состояний и заболеваний сделать объективный выбор наименее токсического лекарственного средства с целью избежать отдаленных и необратимых их влияний на плод (эмбрион). Существует проблематика бесконтрольного и самостоятельного приема лекарственных средств пациентом без учета мнения специалиста, лабораторных и инструментальных исследований, показаний к назначению, не подразумевая о наличии побочных действий лекарств на эмбрион и вызывающих уродства плода (лекарственная грамотность пациента). Также существует проблема отсутствия лекарственной грамотности медицинских работников, которая вытекают из учебного процесса и сформированного клинического мышления. Почему? Прием любого лекарственного препарата запускает процесс химической реакции в организме, отсутствие понимания о процессе трансформации лекарственного препарата в организме, анатомии и физиологии человека лишает возможности выбора адекватной лекарственной терапии и ограждения организма от побочных действий лекарственных средств. Применение адекватной лекарственной терапии с целью предотвращения тератогенного действия лекарств подразумевает наличия понимания совокупности ключевых моментов: как происходит развитие плода (эмбриона) во временном промежутке (анатомия и физиология), какие критические периоды развития зародыша (плода) существуют, как происходит кровообращение плода, какие лекарственные препараты на какие органы и системы плода (эмбриона) оказывают отравляющее действие либо вызывают необратимые уродства. Перед врачом стоят следующие вопросы: выбор наиболее безопасного препарата, определение дозы и периода применения (наиболее кратковременные), альтернатива применения препаратов местного лечения, объективное и всестороннее выявление состояния (заболевания) пациента перед определением плана

лечения. Перед пациентами: здоровый образ жизни, периодические обследования организма, лекарственная настороженность и здравый смысл в лекарственной терапии с учетом состояний и заболеваний под контролем врача.

Розинова В.А.

ОЦЕНКА КЛУБОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Симонова О.В.

Цель исследования: оценить микроальбуминурию (МАУ) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. Проанализировано 55 историй болезни пациентов с достоверным диагнозом псориатический артрит (CASPAR, 2006 г.), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Кировской областной клинической больницы с 2018-2019 гг. Среди больных ПсА преобладали женщины (60%). Медиана возраста больных составила 52 [41,5;58,5] года, длительность суставного синдрома - 6 [2;13,5] лет, кожного псориаза - 13 [4,5;29] лет. У большинства пациентов была выявлена умеренная степень активности (35 человек, 63,6%) заболевания. Низкая активность наблюдалась у 16 человек (29%), у 1 больного (1,9%) была отмечена высокая активность, у 3 (5,5%) пациентов активности не было. На момент определения показателей функции почек большинство больных (98%) получали базисную терапию (метотрексат, лефлуномид, генно-инженерная биологическая терапия). 89% пациентов принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Были проанализированы общий анализ мочи, уровень креатинина, СКФ по формуле EPI, уровень МАУ в разовой утренней порции, определялось соотношение МАУ в разовой порции к уровню креатинина мочи. Диагноз хронической болезни почек (ХБП) устанавливался на основании выявления любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев, наличия маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или его визуализации, снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м², сохраняющегося в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10, статистический уровень значимости считался при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В анамнезе у 11 человек имелась различная патология почек: у 4 (36,4%) - структурная патология почек (кисты почек, мочекаменная болезнь), у 2 (18,2%) - диабетическая нефропатия, у 2 (18,2%) - хронический гломерулонефрит, у 2 (18,2%) - хронический тубулоинтерстициальный нефрит, у 1 (9%) - хронический пиелонефрит. При этом все пациенты имели нормальный уровень креатинина (средняя концентрация $68,7 \pm 2,18$ мкмоль/л, средняя скорость клубочковой фильтрации (СКД-ЕРІ) $96,7 \pm 2,44$ мл/мин/1,73 м²). При исследовании СКФ были выделены следующие группы пациентов: с нормальной СКФ (выше 90 мл/мин) – 41 (74,5%) больных, с пограничной СКФ (60-89 мл/мин) - 11 (20%), низкой СКФ (59 и ниже) - 3 (5,5%) больных. Протеинурия в сочетании с эритроцитурией была выявлена у 1 пациента, эритроцитурия наблюдалась у 4 больных, в 3 случаях наблюдалась лейкоцитурия. Повышение уровня МАУ наблюдалось у 7 больных. У 13 пациентов определялось повышенное соотношение МАУ/креатинину мочи, при этом у 7 человек из 13 не было нефропатии в анамнезе, что свидетельствует о латентно текущей гломерулярной патологии почек. Выявлена отрицательная сильная связь СКФ с возрастом ($p < 0,05$), при корреляционном анализе не выявлена связь между уровнем СКФ и МАУ, но имелась положительная слабая связь между уровнем СКФ и соотношением МАУ/креатинина мочи.

Выводы. При псориатическом артрите патология почек встречается часто, в данном случае у 11 человек (20%) имелась нефропатия. Также у пациентов при оценке уровня СКФ и соотношения МАУ/креатинина мочи выявлена их слабая положительная связь, повышенные уровни соотношения МАУ/креатинина мочи могут свидетельствовать о наличии нарушения гломерулярной функции почек при нормальном уровне креатинина и отсутствии мочевого синдрома.

Сайкина Е.А., Романова А.В.
ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ К
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии
Научный руководитель: д.м.н. профессор Симонова О.В.

Цель работы: оценить приверженность к лечению у пациентов с артериальной гипертензией, а также выявить факторы, влияющие на комплаенс.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 30 пациентов от 37 лет до 81 года, находящихся на лечении в неврологическом отделении КГБ №2, страдающих гипертонической болезнью. Среди них 19 женщин и 11 мужчин. Средний возраст пациентов составил $65,4 \pm 10,9$ лет,

длительность артериальной гипертензии $15,10 \pm 1,06$ лет. Высшее образование имели 46,7% пациентов, инвалидность - 13,3%, льготы на приобретение лекарств 16,7%. У 23,3% больных была выявлена артериальная гипертензия I стадии, у 53,3% - II, у 23,4% - III. На момент обследования I степень артериальной гипертензии наблюдалась у 6,7% пациентов, II - у 50% больных, III - у 43,3%. 23,3% пациентов страдали ожирением, столько же имели высокий уровень холестерина, 20% больных страдали сахарным диабетом, такой же % имели нарушение толерантности к глюкозе. Ассоциированные клинические состояния были у 43% пациентов. Оценку приверженности лечению антигипертензивными препаратами определяли с помощью опросника «8-item Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8) и анкет с целью выяснения существования факторов, влияющих на комплаентность, а также опросник по причинам пропуска лекарственных средств. Опросник MMAS-8 состоял из 8 вопросов, где по 1 баллу начислялось за каждый отрицательный ответ. Высокая приверженность соответствовала 8 баллам, средняя приверженность 6 - 7 баллам, низкая приверженность менее 6 баллам. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ BioStat2008 и включала в себя описательные статистические характеристики выборки (среднее арифметическое, стандартное отклонение), оценку достоверности различий и корреляционный анализ. Достоверными считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты. Средний балл комплаентности пациентов по 8-балльной шкале Мориски-Грина составил $4,9 \pm 0,30$. Среди опрошенных пациентов комплаентными (6 и более баллов) оказались 36,6%, среди них высокая приверженность наблюдалась у 10%. Балл комплаентности достоверно различался в зависимости от пола, уровня образования, уровня занятости пациентов (рабочий/пенсионер). При этом комплаентность пациентов со средним образованием оказалась выше и составила $5,67 \pm 0,37$ и $4,27 \pm 0,43$ балла соответственно ($p < 0,02$). Выше и приверженность пенсионеров по сравнению с работающими, она составила $5,77 \pm 0,47$ балла, когда как у работающих этот показатель равен $4,25 \pm 0,36$ балла. У мужчин приверженность оказалась ниже - $4,09 \pm 0,48$ балла, у женщин этот показатель составил $5,47 \pm 0,36$ балла. Согласно статистическим данным, выявилось отсутствие зависимости приверженности от возраста, степени и стадии артериальной гипертензии, а также от наличия льгот на покупку лекарственных средств и риска сердечно-сосудистых осложнений. Наиболее частой причиной пропуска приема антигипертензивных препаратов оказалась забывчивость пациентов. Они забывали принять таблетку, так как самочувствие в данный момент времени их не беспокоило. Эту категорию составили 33,3%. 13,3% пациентов считали, что регулярный прием препаратов необязателен. Около 6,6% пропускают прием препаратов из экономических соображений, 23,3% боятся

принимать препараты из-за возможности побочных эффектов, а также в связи с их неэффективностью. 10% не хотят быть зависимыми от лекарств.

Выводы. Приверженность пациентов к антигипертензивной терапии неврологического отделения КГБ №2 составила $4,90 \pm 0,30$ балла, что является показателем низкой приверженности. Всего приверженных к терапии 36,6%. Только 10% оказались высоко приверженными к лечению антигипертензивными препаратами. Комплаенс пациентов достоверно зависим ($p < 0,05$) от пола (у женщин он выше, чем у мужчин) и приближается к средним показателям приверженности; уровня образования (пациенты со средним образованием имели приверженность гораздо выше, чем пациенты с высшим образованием), при этом у пациентов со средним образованием приверженность также приближается к средним показателям; и от социально - экономических факторов, где у пенсионеров бал приверженности близок к среднему уровню, тогда как у работающих комплаенс оказался низким. Наиболее частыми причинами низкой комплаентности являлись забывчивость пациентов и низкая информированность о необходимости постоянного приема препаратов, а также возможных побочных эффектах.

Соколов Г.А.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: к.м.н. Метелёв И.С.

Цель работы. Проанализировать частоту встречаемости различных изменений ЭКГ у нормотензивных пациентов с подтвержденной КТ пульмонангиографией (КТПА) легочной эмболией (ЛЭ).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 35 историй болезни пациентов в возрасте $63,7 \pm 12,8$ лет (мужчин 48,8%), доставленных в приемный покой КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» с жалобами на одышку, боль в груди или синкопе. Всем пациентам в ходе диагностического поиска была проведена КТПА, по результатам которой диагностирована ЛЭ. Проанализированы ЭКГ, зафиксированные бригадой СМП или в приемном покое. При анализе ЭКГ оценивалась частота встречаемости нарушений ритма сердца (синусная тахикардия или наджелудочковое нарушение ритма сердца), отклонение электрической оси сердца, признаки гипертрофии или перегрузки правого предсердия (амплитуда Р волны в отведении II $> 2,5$ мм или амплитуда позитивного компонента Р волны в отведении V1 $> 1,5$ мм), признак S1 (появление новой выраженной волны S с амплитудой $> 1,5$ мм в отведении I при отсутствии нарушения внутрижелудочковой проводимости), признак

McGinn-White (S1Q3T3), гипертрофия правого желудочка (сумма амплитуд волн R в отведении V1 и S в отведении V6 >10,5 мм), признак Kosuge (появление новых инвертированных T волн в отведениях III и V1), а также неспецифические изменения сегмента ST-T.

Результаты. Наличие каких-либо изменений ЭКГ зафиксировано у 73% пациентов с диагностированной ЛЭ. Зарегистрированные изменения перечислены далее в порядке убывания: синусная тахикардия (43%), блокада правой ножки пучка Гиса (34%), признак Kosuge (34%), неспецифические изменения ST-T (23%), признак S1 (17%) и признак McGinn-White (11%). Встречаемость остальных проанализированных изменений ЭКГ составила менее 10%.

Вывод. Наиболее часто встречающимися изменениями на ЭКГ у нормотензивных пациентов с легочной эмболией оказались синусная тахикардия, блокада правой ножки пучка Гиса и признак Kosuge.

Соколов Г.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: к.м.н. Метелёв И.С.

Цель работы. Оценить диагностическую эффективность (чувствительность и специфичность) ЭКГ изменений у нормотензивных пациентов с болью в груди, одышкой или синкопе при подозрении на лёгочную эмболию (ЛЭ).

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 78 историй болезни пациентов в возрасте $62,8 \pm 13,6$ лет (мужчин %), доставленных СМП в КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» с жалобами на одышку и загрудинные боли. Всем пациентам была проведена КТ пульмоангиография (КТПА) для исключения ЛЭ. По результатам КТПА пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группе (n = 35, мужчин 48,8%) подтверждена лёгочная эмболия, во второй группе (n=43, мужчин 48,6%) ЛЭ исключена. Проанализированы ЭКГ, зафиксированные бригадой СМП или в приемном покое. Оценивалась встречаемость следующих изменений: нарушение ритма сердца (синусная тахикардия или наджелудочковое нарушения ритма), отклонение электрической оси сердца вправо, признаки перегрузки и гипертрофии правого предсердия (амплитуда P волны в отведении II >2,5 мм или амплитуда позитивного компонента P волны в отведении V1 >1,5 мм), признак McGinn-White (одновременное присутствие в отведении I волны S >1,5 мм и в отведении III патологической волны Q, а также негативной волны T), неспецифическое

нарушение внутрижелудочковой проводимости (расширение QRS >100 мс без деформации QRS), гипертрофия правого желудочка (сумма амплитуд волн R в отведении V1 и S в отведении V6 >10,5 мм), признак Kosuge (появление новых инвертированных T волн в отведениях III±aVF и V1±V2), признак S1 (появление новой выраженной волны S с амплитудой >1,5 мм в отведении I при отсутствии признаков нарушения внутрижелудочковой проводимости). Проведён анализ чувствительности и специфичности этих изменений в прогнозировании ЛЭ.

Результаты. Анализ диагностической эффективности ЭКГ изменений в прогнозировании легочной эмболии у нормотензивных пациентов с одышкой и болью в груди показал их относительно высокую специфичность и малую чувствительность. Специфичность проанализированных ЭКГ изменений находилась в диапазоне от 53% до 98% с наибольшими значениями у следующих признаков: гипертрофия правого желудочка (98%), отклонение ЭОС вправо (95%), неспецифическое нарушения внутрижелудочковой проводимости (95%), признак McGinn-White (93%), признак S1 (91%), признак Kosuge (91%), признаки гипертрофии и перегрузки правого предсердия (91%). Чувствительность проанализированных ЭКГ изменений оказалась низкой и варьировала от 3% до 65%, а наибольшей была у синусной тахикардии (65%) и признака Kosuge (34%).

Выводы. При анализе ЭКГ в прогнозировании легочной эмболии у нормотензивных пациентов с жалобами на боль в груди, одышку или синкопе наибольшей чувствительностью обладают синусная тахикардия и признак Kosuge, а наибольшей специфичностью – гипертрофия правого желудочка, неспецифическое нарушение внутрижелудочковой проводимости и признак McGinn-White.

Трушкова И.Ю., Васенина А.Ю.

ВЛИЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ НА РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кировский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Чичерина Е.Н.

Цель работы. Изучить влияние массы тела при рождении на развитие сахарного диабета первого и второго типов.

Материалы и методы. Сбор данных осуществлялся при помощи анкетирования. Исследуемые получали анкеты как лично, так и через интернет (в случае с иностранными исследуемыми). В своей работе мы оценивали: возраст, вес при рождении, вес в настоящее время, рост, окружность талии, тип диабета, семейный анамнез. Свое исследование мы проводили не только среди жителей России, а также за рубежом.

Результаты. Анализ анкет пациентов с сахарным диабетом в возрасте от 16 до 82 лет позволил выделить 2 подгруппы. Первую подгруппу составили 13 человек (65%), имеющие повышенный/пониженный вес при рождении (минимальный - 1200 г, максимальный - 4940 г). Вторую - 7 человек (35%), имеющие при рождении нормальный вес (3000-3800 г). При анализе 1 подгруппы были получены следующие результаты: у 92% исследуемых - сахарный диабет 1 типа с манифестацией в раннем возрасте (от 3 до 13 лет); в 31% случаев был отягощенный семейный анамнез по развитию сахарного диабета. У исследуемых 2 подгруппы результаты были следующими: 71% имели диагноз сахарный диабет 2 типа с манифестацией в возрасте от 37 до 65 лет; отягощенный семейный анамнез по развитию сахарного диабета в 71% случаев. После получения вышеуказанных данных была набрана группа сравнения, состоящая из 20 человек без диагноза сахарный диабет, возраст их составил от 21 до 71 года. Они также были разделены на 2 подгруппы. В 1 подгруппу вошли 9 человек (45%) с повышенной/пониженной массой тела при рождении. 2 подгруппу составило 11 человек (55%) с нормальной массой тела при рождении. В 1 подгруппе в 67% случаев была установлена отягощенная наследственность по развитию сахарного диабета и 50% исследуемых отмечали повышение уровня сахара крови выше нормы при профессиональных осмотрах, а женщины во время беременности.

Результаты исследования во 2 подгруппе сравнения: масса тела при рождении была в пределах нормы (от 3200 до 4000 г) повышения уровня сахара в крови не наблюдали.

Выводы. 1. Отклонение массы тела при рождении от нормальных значений в большей степени влияет на развитие сахарного диабета 1 типа. 2. Наследственная предрасположенность при развитии сахарного диабета 1 типа установлена лишь в 8% случаев. Из чего можно заключить, что данные перинатального контроля массы тела при рождении могут помочь в установлении риска развития сахарного диабета у взрослых. Следовательно, в будущем у таких детей необходимо осуществлять контроль сахара крови не менее 1 раза в год, предупреждать о высокой вероятности развития сахарного диабета.

Ускирева М.С., Луппова А.А., Меленчук В.О.
ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КИРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ О ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних и профессиональных болезней
Научный руководитель: Шамсутдинова Р.А.

Цель работы. Изучение степени информированности населения города Кирова и Кировской области о йододефицитных заболеваниях и, в

связи с этим, уровня заинтересованности профилактическими программами.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди населения Кировской области. В анкетировании участвовало 246 человек. Анализ возрастных групп среди респондентов показал следующее соотношение опрашиваемого населения: группа с возрастом «18-44» составила 74% от общего количества опрашиваемых, группа с возрастом «44-60» – 14%, а «60-70» лет – 12%

Результаты. При анализе знаний о сущности йододефицитных заболеваний было выявлено следующее: большинство опрашиваемых – 94% отвечают, что йододефицитные заболевания – это заболевания щитовидной железы. По мнению 61% анкетированных, Кировская область относится к территориям с пониженным содержанием йода, и жители страдают от его недостатка. Собственную степень осведомленности о йододефицитных состояниях жители оценивают на среднем уровне («знаю в общих чертах») – 72%. 1% опрашиваемых впервые слышат о таких заболеваниях, 10% затруднились ответить на поставленный вопрос, а 17% оценивали уровень собственной информированности как «знаю в достаточной степени». Анализируя источники получения информации о йододефицитных заболеваниях, выяснилось, что наибольшее количество опрашиваемых людей узнали о таких заболеваниях из Интернета (23 %). На втором месте оказались образовательные учреждения (21%), затем телевидение и медицинские работники (по 17%). 14% получили информацию от знакомых, 1% – по радио. Суточную потребность (120-200 мкг/сут) организма в йоде знают примерно 60% опрашиваемых. Примерно 50% знают о симптомах йододефицита. Было выявлено также, что симптомы, связанные с увеличением размеров щитовидной железы и развивающиеся в связи с этим нарушения дыхания и глотания, знает 1/5 населения. Так, на узловые образования на шее указали 26%, на чувство кома в горле – 25%, еще 13% отметили тяжесть в шее. Самым частым маркером йододефицитных заболеваний, по мнению жителей города, являются изменения эмоционального состояния. Респондентами были указаны такие симптомы, как «слабость» - 78%, «снижение функций памяти» - 48%, «депрессивные состояния» - 46%, «плохая концентрация внимания» - 43%, «раздражительность» - 37%. Следующими по частоте поражения были названы мышцы, кожа и ее производные (87%): боли в мышцах - 5%, сухость кожи - 22%, ранняя седина - 5%, выпадение волос - 26%, ломкость ногтей - 27%. Также опрашиваемые (81%) указывали влияние йододефицита на репродуктивную систему: нарушения менструального цикла у женщин (53%) и снижение потенции у мужчин (28%). 29% опрошенных указывает на патологию желудочно-кишечного тракта и 27% - на заболевания сердечнососудистой системы. Среди всех ответов встречались и симптомы со стороны органа зрения: «пучеглазие»

указали 26%, светобоязнь - 4%. Анализируя информированность о продуктах питания, содержащих йод, было выявлено, что чаще опрашиваемые выбирали морепродукты, такие как морская капуста (89,4%), тунец (62,6%), креветки(57,7%). Опрос показал, что респонденты осведомлены о факторах, приводящих к развитию йододефицитных заболеваний. Абсолютное большинство (92%) ответили, что снижение содержания йода в продуктах питания приводит к йододефициту. Стрессы отметили - 41%, 17% связали это с курением. Также было выяснено, что примерно половина опрашиваемых знает принципы профилактики йододефицитных заболеваний. Употребление йодированной соли указали 53 %, регулярное употребление продуктов, богатых йодом (морская и речная рыба, морские водоросли, другие морепродукты)-74 %, употребление с профилактической целью препаратов йода - 44%, регулярные медицинские осмотры, осмотры у врача-эндокринолога, УЗИ щитовидной железы - 47%. При наличии симптомов дефицита йода 94% респондентов обратится в поликлинику, 9%- в диспансер, 21% - на здравпункт, 12% в аптеку, 8% в женскую консультацию и 3% - вызовет скорую и неотложную помощь. Также было выявлено , что большинство осведомлены об основных методах диагностики: анализ крови на тиреоидные гормоны-53%, УЗИ щитовидной железы-80%. 80% опрашиваемых верно считают, что недостаток йода можно вылечить, 5% предполагают, что нет, а 15% затрудняются с ответом. Большая часть опрашиваемых относит к основным методам лечения: прием препаратов, восполняющих недостаток йода-82%, коррекцию эндокринных нарушений, спровоцированных дефицитом йода-42%, прием гормональных препаратов-31%, санаторное лечение в областях с повышенной концентрацией йода-29%. 8% опрашиваемых выбрали среди правильных хирургическое лечение. В ходе исследования было выявлено, что большинство опрашиваемых (53%) хотят получать информацию о профилактике йододефицитных заболеваний в виде брошюр.

Выводы. Таким образом, у населения г.Кирова выявлен средний и низкий уровень информированности о йододефицитных заболеваниях. Низкая информированность – у 41% опрашиваемых, средняя степень информированности у 56%, и высокая - у 3%. Чуть больше половины населения знает, что Кировская область относится к эндемической зоне с дефицитом йода. Также было выявлено, что имеется недостаточная информированность населения Кировской области о симптомах проявления йододефицитных заболеваний, суточной потребности организма в йоде, факторах риска, мерах профилактики и лечения. Большинство респондентов информированы о продуктах, содержащих йод. Учитывая недостаточную осведомленность населения, необходимо проводить дополнительную профилактическую работу в удобной для них форме - в виде брошюр.

Филатов М.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Симонова Ж.Г.

Цель исследования: 1) изучить распространенность диспепсического синдрома у больных хроническими формами ИБС; 2) оценить влияние полипрагмазии на распространенность диспепсического синдрома у данного контингента больных.

Материалы и методы. Проведено двухэтапное ретроспективное клиническое исследование. В ходе первого этапа изучены 1058 историй болезни больных хроническими формами ИБС, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ» в период 2016 - 2019 гг. На втором этапе была проведена оценка распространенности функциональной диспепсии у больных хроническими формами ИБС. Фактический материал обработан методом вариационной статистики. Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия χ^2 . За статистически значимый принимался уровень достоверности при $p < 0,05$. Статистическая обработка выполнялась с помощью статистических программ Primer of biostatistics 4,03 и SPSS 11.0.

Результаты первого этапа. Нами установлено, что в качестве стандартной терапии ИБС у больных хроническими формами ИБС ($n=1058$) использовались: бета-блокаторы – у 828 (78,2%) больных, блокаторы кальциевых каналов – у 515 (48,6%), ингибиторы АПФ – у 678 (64%), статины – у 925 (87,3%), дезагреганты – у 955 (90,2%), диуретики – у 447 (42,2%), сартаны – у 410 (38,7%) больных. Выявлено, что всего лишь 22,1% (234) больных в качестве профилактики поражения гастродуоденальной зоны принимали ингибиторы протонной помпы (ИПП). Группа больных, принимавших более пяти препаратов одновременно, составила 606 (57,2%) пациентов, среди них всего 195 (32,2%) больных получали ИПП. Результаты второго этапа. Сформированы две группы больных в зависимости от наличия в анамнезе гастродуоденальной патологии (ГДП). I группа составили 603 (56,9%) больных хроническими формами ИБС, имевших сопутствующую подтвержденную ГДП. Варианты ГДП: хронический гастрит, в т.ч. эрозивный гастрит, – 376 (62,4%) больных, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 89 (14,8%), ГЭРБ – 52 (8,6%), хронический гастродуоденит – 5 (0,8%) больных. II группу составили 456 (43,1%) больных ИБС без сопутствующей ГДП. Следует подчеркнуть, что

154(34,2%) больных имели симптомы желудочной диспепсии. Наиболее распространенными симптомами диспепсического синдрома явились: изжога – у 73 (47,4%) больных; тяжесть и дискомфорт в области эпигастрия – у 38 (24,8%); отрыжка – у 27 (17,6%); боль в области эпигастрия – лишь у 16 (10,4%) больных. Таким образом, на основании клинической картины и эндоскопически подтвержденного отсутствия органических изменений гастродуоденальной зоны, клинический диагноз функциональной диспепсии был установлен у 154 больных. Так, количество больных I группы составило 757 (71,5%). При этом, среди больных с функциональной диспепсией 69,4% (107) принимали более пяти препаратов одновременно, что, вероятно, отражает влияние полипрагмазии на развитие функциональной диспепсии.

Выводы. Распространенность функциональной диспепсии среди больных хроническими формами ИБС составляет 34,2 %. При этом, 69,4% больных, имеющих функциональную диспепсию, принимают более пяти лекарственных препаратов, входящих в терапию основного заболевания.

Филатов М.А.

ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Симонова Ж.Г.

Цель исследования: изучить особенности факторов риска атеросклероза у больных хроническими формами ишемической болезни сердца при сочетании с гастродуоденальной патологией.

Материалы и методы. Работа соответствовала проведению двухэтапного ретроспективного исследования. В процессе первого этапа изучены 1058 историй болезней больных хроническими формами ИБС, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ» в период с 2016 по 2019гг. На втором этапе в связи с высокой распространенностью гастродуоденальной патологии у больных хроническими формами ИБС 2. За статистически значимый принимался уровень достоверности при р<0,05. Оценка факторов риска атеросклероза у данной группы больных в сравнении с больными ИБС, не имеющих ГДП. Фактический материал, обработан методом вариационной статистики. Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия <math><0,05</math>. Статистическая обработка выполнялись с помощью статистических программ Primer of biostatistics 4.03 и SPSS 11.0.

Результаты 1 этапа. Всех обследованных (1058) пациентов разделили

в зависимости от наличия анамнеза и установленной сопутствующей ГДП на две группы. В первую группу были включены 603 (56,9%) больных хроническими формами ИБС с сопутствующей ГДП. Причем, у всех больных ГДП была подтверждена не только клинической, но и эндоскопической (по результатам ФГДС) картиной. Вторую группу составили 456 (43,1%) больных без сочетания с ГДП. Выявленные варианты ГДП: хронический гастрит, в т.ч. эрозивный гастрит – 376 (62,4%) больных, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДПК) – 89 (14,8%), хронический дуоденит – 5 (0,8%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – 52 (8,6%) больных. На втором этапе в связи с высокой распространенностью ГДП у больных хроническими формами ИБС нами были изучены факторы риска атеросклероза у данной группы больных. Установлено, что среди 603 больных ИБС, имеющих сопутствующую ГДП, имеют место следующие факторы риска атеросклероза: табачная зависимость - у 214(35,5%) больных, гиперхолестеринемия – у 449(74,4%), ожирение – у 347 (57,7%), артериальная гипертензия – у 343 (57%) больных. С целью сравнения частоты встречаемости факторов риска атеросклероза нами оценены аналогичные факторы у больных группы сравнения (n=456), которую составили больные стабильной стенокардией без сопутствующей ГДП. Выявлено, что в данной группе табачная зависимость имеет место - у 210(46%) больных, гиперхолестеринемия – у 305(67%), ожирение – у 104(23%), артериальная гипертензия – у 237(52%) больных. Таким образом, достоверно чаще у больных ИБС с сочетанием гастродуоденальной патологии по сравнению с больными контрольной группы имеет место ожирение (57,7 против 23%, <0,0001). Других значимых различий между частотой встречаемости факторов риска атеросклероза (артериальная гипертензия, табачная зависимость, гиперхолестеринемия) не получено.

Выводы. У больных хроническими формами ИБС распространенность диагностированной гастродуоденальной патологии составляет 56,9%, причем 62,4% в структуре рассматриваемой патологии составляет хронический гастрит. Среди больных хроническими формами ИБС при сочетании с гастродуоденальной патологией имеет место наиболее выраженная значимость такого фактора риска атеросклероза как ожирение.

Чоршанбиев А., Ризаева Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Самаркандский Государственный медицинский институт
Кафедра внутренней медицины №4 с гематологией
Научный руководитель: асс. Махматмурадова Н.Н.

Цель работы: выявить частоту встречаемости, характеристику, диагностику ревматических болезней при интерстициальной пневмонии легких.

Материал и методы. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2016-2019 гг. Для всех больных выполнен необходимый объем обследования, с применением рентгенографии органов грудной клетки, спирометрии, компьютерной томографии, эхокардиографии, ревматологических проб.

Результаты. По результатам проведенных исследований выявлено следующее - в гендерном аспекте отмечалось явное преобладание у женщин 18 (69,2%), а у мужчин 8 (30,8%). В возрастном аспекте отмечалось варьирование от 25 до 74 лет, с преобладанием в промежутке 30-45 лет. При этом в большинстве случаев интерстициальные заболевания легких отмечались у больных с системной склеродермией. Обычно она формировалась у больных в ранние годы заболевания и протекала латентно, а клинически выявлялась при длительном наблюдении, с учетом респираторных симптомов, обнаружением базальной крепитации при аускультации легких, исследованием функции внешнего дыхания и компьютерной томографии. Клинически у пациентов отмечалась одышка инспираторного характера (94%), непродуктивный кашель (47%), двусторонняя базальная крепитация (72%). При рентгенологическом исследовании у 82% больных, обнаружено – базальный пневмофиброз, изменение легочного рисунка и снижение прозрачности в базальных отделах легких. А при компьютерной томографии почти у всех больных отмечалась инфильтрация по типу матового стекла и симптомы «сотового» легкого. У всех больных с ревматическими заболеваниями обнаружены рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания разной выраженности (медиана жизненной емкости легких составила 54,6% от должного). Уменьшение насыщения гемоглобина кислородом в покое отмечено у 73% больных, а после теста с 6-минутной ходьбой – у всех пациентов.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований доказывают, что увеличиваются больные с ревматическими заболеваниями, у которых выявляются интерстициальные поражения легких, которые также чаще отмечались у женщин работоспособного возраста, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др.

6. ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ. ФТИЗИАТРИЯ

Агалакова Д.С., Черемисинова Е.Н.

МЕТАПНЕВМОВИРУСНАЯ И БОКАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИИ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к. м. н., доцент Калужских Т.И.

Цель работы. Изучение эпидемиологических и клинических особенностей метапневмо- и бокавирусной инфекций в возрастном аспекте у детей, госпитализированных в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» города Кирова путем анализа истории болезни детей, госпитализированных в период с 2016 по 2019 годы. В исследование включены 129 пациентов (53 - с метапневмовирусной и 76 - с бокавирусной инфекцией) в возрасте от 1 месяца до 14 лет. Этиологическая верификация ОРВИ осуществлялась выявлением ДНК/РНК вирусов в носоглоточном отделяемом методом ПЦР. Результаты исследования представлены качественными данными в виде абсолютных и относительных величин (%). Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. В результате изучения анамнеза и клинико-эпидемиологических данных при метапневмо- и бокавирусной инфекциях было выяснено, что данным заболеваниям более подвержены мальчики (73,6% и 59,2% соответственно). Метапневмовирусная инфекция преимущественно встречается в период с февраля по май, а бокавирусная - с октября по декабрь. Бокавирусная инфекция чаще регистрировалась среди детей в возрасте до одного года (43,4%), метапневмовирусная - с 1 до 3 лет (39,6%). Микст-инфекции с бокавирусом встречались в 30% случаев, с метапневмовирусом – в 5,7% в ассоциации с рино-, адено-, норовирусом, респираторно-синцитиальным вирусом и вирусом парагриппа. При данных инфекциях смешанные формы чаще встречались в возрастных группах до 1 года (46%) и с года до 3 лет (27%). Продолжительность госпитализации в среднем составляла $7 \pm 2,7$ дней. У всех пациентов наблюдалось острое начало заболевания с повышения температуры до фебрильных цифр ($38,6 \pm 1,1^\circ\text{C}$), катарального синдрома в виде ринита, гиперемии слизистых ротоглотки, симптомов интоксикации. Лихорадка дольше сохранялась при метапневмовирусной ($3,6 \pm 2,9$ дней) в сравнении с бокавирусной инфекцией ($3,2 \pm 1,9$ дней). В обеих группах пациентов встречалось поражение как верхних, так и нижних отделов дыхательных

путей. Обструкция дыхательных путей на разных уровнях наблюдалась чаще при бокавирусной, чем при метапневмовирусной инфекции (31,6% и 24,5% соответственно). Стеноз гортани в результате развития лариноготрахеита преимущественно регистрировался при метапневмовирусной инфекции (7,5% против 6,6%). Бронхообструктивный синдром с частым развитием дыхательной недостаточности при развитии бронхитов и пневмоний преобладал при инфицировании бокавирусами (25% против 17%). В частоте развития поражений нижних отделов дыхательных путей в виде пневмонии (~50%) достоверных различий выявлено не было. Жидкий стул при метапневмовирусной инфекции наблюдался в 19%, а при бокавирусной – в 13% случаев. Средняя продолжительность диареи составила $4,8 \pm 2,1$ дней.

Выводы. Среди госпитализированных детей преобладали мальчики. Сезонный подъем заболеваемости при метапневмовирусной инфекции выявлен в период с февраля по май, а бокавирусной - с октября по декабрь. Бокавирусная инфекция наиболее часто регистрировалась у госпитализированных детей первого года жизни, метапневмовирусная - с одного года до трех лет. Микст-формы при обеих инфекциях встречались в ассоциации с риновирусом, аденовирусом, норовирусом, респираторно-синцитиальным вирусом и вирусом парагриппа. Микст-форма при бокавирусной инфекции намного чаще отмечалась у детей первых трех лет жизни. Общеинтоксикационный и катаральный синдромы при данных инфекциях имели схожую картину. Поражение нижних дыхательных путей с развитием обструкции достоверно чаще регистрировалось при бокавирусной инфекции. Развитие диареи продолжительностью в среднем 5 дней наблюдалось чаще при метапневмовирусной инфекции.

Гараева Л.Р., Кондакова С.А.

АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Савиных Н.А.

Цель работы. Провести сравнительный анализ течения аденовирусной инфекции в возрастном аспекте.

Материалы и методы. В исследование включены 116 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 12 лет, находившиеся на стационарном лечении в 1 и 3 детских отделениях инфекционной клинической больницы г. Кирова в 2016-2019 гг. Этиологическая верификация ОРВИ осуществлялась выявлением ДНК вирусов в носоглоточном отделяемом методом ПЦР. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: в 1 группу вошли 17% детей в возрасте от 6 месяцев до года. Вторую группу составило из 32% детей в возрасте от 1 года до 3 лет, третья - 39% детей от 3 до 7 лет, четвертая – 12% детей от 7 до 12 лет. При анализе длительности нахождения детей в стационаре выявлено, что наибольшая продолжительность госпитализации составила $4,1 \pm 0,3$ дня у детей в возрастной группе от 1 до 3 лет (24%). Поражение верхних дыхательных путей в виде ринофарингита наблюдалось во всех возрастных группах, но чаще в группе от 7 до 12 лет (35%). Поражение нижних дыхательных путей проявлялось клиникой аденовирусной пневмонии в возрасте от 1 до 3 лет (46%). Симптомы гастроэнтерита наиболее часто встречались среди детей 3 - 7 лет (39%). Более длительная лихорадка была у детей от 1 до 3 лет и в среднем составила $1,9 \pm 0,01$ дня. Среди всех госпитализированных сопутствующая патология выявлена у 33 человек, что составило 28,4% от общего числа детей. Наиболее часто регистрировалась анемия I степени среди пациентов от 3 до 7 лет (54,5%). Кроме того, сопутствующая патология была представлена кардиомиопатией, бронхиальной астмой, синдромом Дауна, умственной отсталостью, фебрильными судорогами в анамнезе, ДЦП, контактным дерматитом, ушибом мягких тканей головы, пищевой аллергией, ушибом мягких тканей в области грудины, акродерматитом, эрозивно - геморрагическим гастритом. Осложнения аденовирусной инфекции встречались во всех возрастных группах. По результатам предоставленных данных наиболее часто развивалась изотоническая дегидратация I степени (68% от общего числа осложнений).

Выводы. Таким образом, при аденовирусной инфекции у детей всех возрастов наблюдался полиморфизм клинических проявлений. Аденовирусная пневмония наблюдалась преимущественно среди пациентов от 1 до 3 лет (46%). Поражение желудочно-кишечного тракта в виде гастроэнтерита регистрировалось в возрастной группе детей 3-7 лет (39%). Поражение верхних дыхательных путей в виде ринофарингита наиболее часто встречалось среди детей от 7 до 12 лет. Разнообразие клинических форм аденовирусной инфекции необходимо учитывать для своевременной этиологической диагностики и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Гареева А.Ф., Мамедова Н.Т.

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С**

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.м.н. Сапожникова В.В.

Цель работы. Определить особенности анамнеза, клиничко-лабораторных и инструментальных показателей у больных хроническим вирусным гепатитом С.

Материалы и методы. В 2019 году обследованы 17 пациентов с диагнозом хронический вирусный гепатит С, из них мужчины – 64,7%, женщины – 35,3%. Возраст больных составил от 29 до 72 лет (средний возраст – $52,3 \pm 13,3$ лет). Диагноз хронический вирусный гепатит С был поставлен на основании клиничко-анамнестических и лабораторных данных. Серологическое обследование включало обнаружение суммарных IgM, IgG к вирусу гепатита С (core, NS3, NS4, NS5) методом ИФА, и РНК вируса (типирование, количественный метод) методом ПЦР. В исследовании использовались результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости и данных фиброэластометрии печени (FIBROSCAN). Статистическая обработка количественных данных выполнялась с помощью StatSoftStatistica v 10.0. Обработка качественных показателей проводилась с вычислением относительных величин (%), при анализе количественных показателей при нормальном распределении вычислялось средне- арифметическое значение (M) и стандартное отклонение (σ). При отличном от нормального распределении данных вычислялись медиана (Me), квартили (Q 25,00 и Q 75,00).

Результаты. В анамнезе у больных женщин были операции (83,0%), в основном, по поводу гинекологических заболеваний, в т.ч. аборты, в результате которых им проводились гемотрансфузии (49,8%), посещение стоматолога (33,2%), маникюр (33,2%), донорство (16,6%). Мужчины с хроническим гепатитом С указывали на операции (91,0%), татуировки (45,5%), посещение стоматолога (36,4%), производственные травмы (18,2%), донорство (9,1%). Давность диспансерного наблюдения у пациентов в среднем составила $1,9 \pm 1,5$ лет. Пациенты предъявляли жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье (94,1%), общую слабость и головную боль (17,6%), кровоточивость носа и десен (11,7%), горечь во рту (5,8%), вздутие живота (5,8%), бессонницу (5,8%). Признаки декомпенсированного цирроза печени: гепатоспленомегалия, синдром холестаза, синдром печеночно-клеточной недостаточности отмечены у 1 пациента (5,8%). При интерпретации данных ОАК больных среднее содержание эритроцитов составило $4,62 \pm 0,47 \times 10^{12}/л$, лейкоцитов – $5,57 \pm 2,37 \times 10^9/л$, тромбоцитов - $204,76 \pm 69,22 \times 10^9/л$, лимфоцитов- $41,18 \pm 7,10\%$. Показатели АЛТ составили 56,3 (37,5; 132,5) Ед/л, АСТ – 45,95 (34,3; 69,9) Ед/л, ГГТП- 50,95 (31,95; 177,9) Ед/л, общего билирубина – 14,5 (11,0; 19,0) мкмоль/л, прямого билирубина 3,4 (2,0; 3,5) мкмоль/л, альбумина 43,60 (42,25; 47,75) г/л. По данным ИФА крови у пациентов определены уровни антител к антигенам вируса гепатита С: core- $14,56 \pm 0,71$, NS3-8,9 (5,4;12,4), NS4-3,0 (0,0;6,2), NS5-

10,3 (0,0;13,4). По данным клинико-лабораторного обследования у больных с хроническим гепатитом С определено наличие сахарного диабета 2 типа (23,5%), аутоиммунного тиреоидита (17,6%). Уровень глюкозы составил - 5,77 (5,26;5,99) ммоль/л, холестерина- 4,73± 1,52 ммоль/л, креатинина- 75,00 (66,00;83,00)мкмоль/л (n=14), мочевины- 4,4 (3,6;6,2) ммоль/л, АФП - 3,59(2,56; 4,36) ЕД/мл, ТТГ- 1,69 (1,31; 2,19) мМЕ/л (n=13) , анти ТПО - 1,8 (0,4; 13,7) МЕ/мл (n=11). Средняя вирусная нагрузка у больных хроническим вирусным гепатитом С составила 8,65 x 10⁵ (2,95 x 10⁵ ;58 x 10⁵) МЕ /мл. Данные УЗИ брюшной полости у 100,0% больных указывали на наличие гепатомегалии. У большинства пациентов определены следующие генотипы вируса гепатита С: 1b – 52,94%, 3a генотип - 29,41%, 2 генотип – 17,65%. По данным фиброэластометрии печени определены стадии по шкале METAVIR (n=9): F0 - (11,12%), F1 - (44,44%), F2 - (22,22%), F4 - (22,22%).

Выводы. Клинико-анамнестическими особенностями пациентов с хроническим вирусным гепатитом С являются: у женщин – операции (в т.ч.аборты) - 83,0%, посещение стоматолога (33,2%), маникюр (33,2%); у мужчин – операции (91,0%), татуировки (45,5%). Клинико-лабораторными особенностями у больных являются гепатомегалия (100,0%), минимальная цитолитическая активность (56,3 Ед/л), высокие уровни вирусной нагрузки (8,65 x 10⁵ МЕ/мл). Наиболее часто у больных с ХВГС определяется 1b генотип (52,94%) и 3a генотип (29,41%), а также стадия F1 по шкале METAVIR (44,44%). У части больных имеются внепеченочные проявления инфекции сахарный диабет 2 типа (23,5%), аутоиммунный тиреоидит (17,6%).

Гарипова Р.Н.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Калужских Т.И.

Цель работы. Установить возрастные различия эпидемиологических и клинических показателей при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе второго отделения КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ 54 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 7 лет с лабораторно подтвержденной коронавирусной инфекцией за 2016-2019 годы. Верификация вируса осуществлялась методом ПЦР с

гибридизационно-флуоресцентной детекцией набором реагентов «АмплиСенсОРВИ-скрин-FL». Для статистической обработки полученных данных применялась программа StatSoftStatistica 8.0 for Windows с расчетом показателей среднего значения (M), ошибки среднего (m), Z-критерия. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Все пациенты были разделены на 3 возрастные группы: в 1 группу вошли 22 ребенка (41%) в возрасте от 1 месяца до 1 года. Вторая группа состояла из 18 детей (33%) в возрасте от 1 года до 3 лет, третью группу составили 14 детей (26%) от 3 до 7 лет. При анализе длительности нахождения детей в стационаре выявлено, что дети первой группы пребывали в больнице дольше ($8 \pm 0,2$ суток), чем дети третьей группы ($3 \pm 0,3$ суток) ($p < 0,05$). Средняя длительность лихорадки у детей первого года жизни ($3,9 \pm 0,92$ дня) значительно превышала продолжительность лихорадки у детей старше года ($2,3 \pm 0,26$) ($p < 0,05$). Поражение верхних дыхательных путей в виде ринофарингита достоверно чаще наблюдалось у детей первого года жизни (у 45%) по сравнению с данным показателем у детей второй и третьей групп (11% и 21% соответственно) ($p < 0,05$). Ларинготрахеит наблюдался во всех возрастных группах, причем в половине случаев сопровождался явлениями стеноза. Поражение нижних дыхательных путей проявлялось клиникой трахеита почти у половины больных всех групп. Бронхит с явлениями обструкции достоверно чаще регистрировался в группе детей от года до трех лет (у 44%) при значениях данного параметра 14% в первой и 7% в третьей группах ($p < 0,05$). В третьей возрастной группе значительно чаще (в 14%) наблюдалась бронхопневмония по сравнению с первой и второй группами, где данные значения составили 4% и 0% соответственно ($p < 0,05$). Значимых различий в выявлении синдрома энтерита среди трех возрастных групп выявлено не было (14%, 11% и 14% соответственно) ($p > 0,05$).

Выводы. Более тяжелые степени тяжести коронавирусной инфекции, поражение верхних дыхательных путей, стеноз гортани достоверно чаще регистрируются у детей первого года жизни. Бронхит с явлениями обструкции чаще наблюдался группе детей с года до трех лет. Бронхопневмония чаще регистрировалась у детей от 3 до 7 лет.

Григорьянц Ж.С.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ У ЖИТЕЛЕЙ
ГОРОДА КИРОВА И ГОРОДА СИМФЕРОПОЛЯ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Барамзина С.В.

Цель работы. Выявление лиц, имеющих повышенный риск развития вирусных гепатитов В и С на основе оценки анамнеза жизни анкетированных, а также определение отношения населения к проведению профилактических прививок в отношении вирусного гепатита В.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 100 человек, из них 50 % жители города Кирова и 50 % Симферополя. Средний возраст составил 46,8 лет для Кирова и 45,4 года для Симферополя. В анкетировании не принимали участия лица, работа которых связана с высоким риском инфицирования вирусными гепатитами В и С (медицинские работники, сотрудники, контактирующие с биологическими материалами и т.д.).

Результаты. Согласно полученным данным 6% опрошенных в Симферополе имели вирусные гепатиты В, А и С в анамнезе; в Кирове подобный анамнез встречается у 4%, страдающих гепатитом В. На момент проведения анкетирования признаков активности гепатитов не выявлено. Ни у кого из опрошенных не было выявлено гепатита невирусной этиологии. При сборе семейного анамнеза жителей Кирова было выявлено, что родители 6% опрошенных страдали вирусным гепатитом, однако 26% затруднились дать ответ на поставленный вопрос, в Симферополе 4% и 10% соответственно. Стоит заметить, что 26 % опрошенных жителей Крымской столицы не имеют достоверной информации о наличии у них профилактических прививок от вирусного гепатита В, 30% никогда не прививались и 44% были привиты согласно национальному календарю; в Кирове были получены следующие результаты: 46%, 24% и 30 % соответственно. Выяснилось, что 70% кировчан ни разу самостоятельно не проходили обследование на выявление маркеров вирусных гепатитов, в Симферополе -56%. Обследовались 30% кировчан и 44% жителей Симферополя, из них в течение последнего года 5 человек (33%) и 10 человек (45%) соответственно, в течении двух-пяти лет 8 (53%) кировчан, более пяти лет 2 жительницы Кирова (13%), в Симферополе в течении двух-пяти и более пяти лет по 6 человек (по 27 %). 12% опрошенных кировчан имеют в анамнезе гемотрансфузии, из них в течение последнего года 33%, в течение двух- пяти лет – 17% и более пяти лет- 50%, причем ни кому не переливали более 5 доз гемотрансфузионной среды. В южном регионе следующие показатели: 14%, из них в течение последнего года, двух-пяти лет вливанию гемотрансфузионных растворов подвергались по 14% и более пяти лет 72%, при этом у 29% использовалось более 5 доз замещающих компонентов крови. В нашем городе 50% опрошенных подвергались оперативным вмешательствам, из них подавляющее большинство 60% имеет в анамнез лишь одну операцию и лишь 12% более пяти вмешательств, в Симферополе наблюдаются следующие показатели 44%, из них 63% имеют в анамнезе одно оперативное вмешательство, 13% более пяти. Как на юге так и в нашем регионе с момента последнего

оперативного вмешательства у большинства опрошенных прошло более пяти лет-76% и 50% человек соответственно. В двух городах лишь по 2 % респондентов имели опыт употребления инъекционных наркотиков, однако утверждают, что последняя инъекция была сделана более 5 лет назад. В Симферополе 30 %, а в Кирове 54% опрошенных признают наличие незащищенных половых контактов. 22% кировчан и 26% жителей Симферополя имеют татуировки, из них большинство лишь одну 63% и 46% человек соответственно, чаще сделанные более 5 лет назад. Однако не все опрошенные были уверены в стерильности инструментов во время проведения данной процедуры: 30% жителей Симферополя и 36% кировчан, стоит отметить, что и при посещении стоматолога стерильность инструментария в некоторых случаях не вызывает доверия 26% и 34% соответственно. 48% жителей Кирова и 44% опрошенных Симферополя посещают маникюрные салоны и барбершопы, из них 46% кировчан и 36% жителей Крыма не принимают во внимание возможность инфицирования при оказании услуг в данных учреждениях и не задумываются о вопросах дезинфекции и стерилизации оборудования. Заключительным вопросом анкетирования являлось выявление отношения населения к профилактической вакцинации от гепатита В согласно национальному календарю прививок. Подавляющее большинство респондентов сторонники вакцинации, однако, 20% жителей нашего города и 10 % жителей южной столицы не видят необходимости в проведении профилактики в отношении данного заболевания. Среди наиболее частых аргументов встречаются убежденность в возможности инфицирования в результате проведения вакцинации и утверждения о коммерческой первопричине пропаганды массовой вакцинации, в то время как процедура является бесплатной.

Выводы. Данное выборочное исследование показало, что согласно проведенной оценки анамнестических данных анкетированных подавляющее большинство опрошенных имеют определенные риски развития вирусных гепатитов. 63% анкетированных не привиты либо сомневаются в наличии вакцинации от вирусного гепатита В, что позволяет сделать вывод о высоком риск возможного инфицирования у данных лиц и недостаточном объеме проведения плановой вакцинопрофилактики в отношении данного заболевания. При сравнительном анализе выявилась следующая закономерность: жители Кирова в большей степени подвержены риску инфицирования в связи с наличием незащищенных половых контактов 54%, оперативных вмешательств 50%, у 48% закономерная связь с использованием услуг бьюти-индустрии. В Симферополе на первый план выходят оперативные вмешательства и посещение салонов красоты, барбершопов по 44%, а также незащищенные половые контакты 30%. Только 12% и 14% анкетированных соответственно имеют риск гемотрансфузионного

инфицирования вирусными гепатитами. На основе вышесказанного можно сделать вывод, что риск развития парентеральных вирусных гепатитов у жителей двух городов высок, что требует проведения необходимых профилактических мер и просвещение населения в сфере вакцинопрофилактики, для ограничения распространения ошибочного «антивакцинаторского» движения, которое неуклонно приводит к увеличению заболеваемости.

Давыдова Ю.С.

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бондаренко А. Л.

Цель работы. Изучить эпидемиологические, клинические и биохимические проявления у больных с иксодовым клещевым боррелиозом.

Материалы и методы. Под наблюдением в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» с мая по август 2019 года находились 70 человек в возрасте от 18 до 74 лет с диагнозом иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). Среди обследуемых выявлено 46 мужчин и 24 женщины. Эритемная форма установлена у 50 человек, безэритемная - у 20. Специфическая диагностика ИКБ проводилась с использованием метода ИФА сыворотки крови с обнаружением IgM, IgG к антигенам боррелий. При статистическом анализе вычислялась средняя арифметическая и ошибка средней арифметической. Обработка результатов исследования производилась с использованием программ: XLS Worksheet и Microsoft Word Macro-Enabled Document.

Результаты. При изучении эпидемиологического анамнеза факт присасывания клеща установлен у 62,8% пациентов. Среди заболевших 10% имеют домашнюю живность (собаки, кошки), 17,1% покидали пределы Кирова в течение последнего месяца (садоводческие товарищества, охота). Локализация присасывания клещей на поверхности тела: плечо – 15% случаев, голень – 12%, живот -10%, подмышечная область – 8,5% и ягодица -3% случаев. Среди больных ИКБ преобладали лица молодого возраста от 18 до 44 лет в (71% случаев). Средний возраст пациентов составил $39,4 \pm 14,7$ лет. Пик заболеваемости в исследуемой группе приходился на май месяц (69,7 %). 90% пациентов были направлены в инфекционную больницу с предположительным диагнозом ИКБ, 10% - с диагнозом ОРВИ. Длительность инкубационного периода составила $22,3 \pm 5,1$ дня. Наиболее часто была установлена средняя степень тяжести заболевания (75%), редко – тяжелая (5%). Эритемная форма выставлена в 71% случаев,

безэритемная - 29%. У большинства пациентов заболевание начиналось остро с подъема температуры тела в 77,1% случаев, недомогания - 47,1%, слабости - 42,8% и озноба - 28,5%. Длительность субфебрильной лихорадки (37,4±0,5 градусов) составила 5,3±2,2 дней. Кольцевидная эритема выявлена у 44,2% больных, сплошная - 27,1%. Диаметр экзантемы достигал 8,7±4,8 см. Наличие эритемы сопровождалось субъективными симптомами: зуд в 60% случаев, отечность - 41,2%, жжение - 28,5%. Длительность эритемы составила 9,2±4,1 дней. В общем анализе крови средний показатель лейкоцитов составил 4,6±2,3×10⁹/л, СОЭ -9,8±3,3 мм/ч, лейкоцитоз наблюдался у 15% пациентов (14,3±0,7×10⁹/л), ускорение СОЭ - у 27,1% (22,7±2,7мм/ч). В биохимическом анализе крови установлены повышенные значения АЛТ в 12,8% случаев (53,2±6,5 Ед/л), АСТ - 12,8% (51,4±7,5 Ед/л), ЛДГ - 4,2% (205,8±12,6 Ед/л). Изменения на электрокардиограмме выявлены у 40% пациентов: синусовая брадикардия- 12,8%, желудочковая экстрасистолия - 11,4%, синусовая аритмия - 10%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса - 5,7%. В 90% случаев в качестве этиотропной терапии был назначен цефтриаксон, в 10% - цефотаксим или цефепим. Пациенты были выписаны на 12,5±5,9 день болезни с полным клиническим выздоровлением в 80% случаев, с остаточными явлениями в виде незначительного астеновегетативного синдрома (слабость, легкая степень головокружения) - 20%.

Выводы. Иксодовым клещевым боррелиозом болеют преимущественно лица молодого возраста. Пик заболеваемости выявлен в мае, факт присасывания клеща установлен в 63% случаев. У большинства пациентов развивается незначительный интоксикационно-воспалительный синдром, у трети больных регистрируется безэритемная форма.

Долгополова А.А., Туманян Р.А.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н. Сапожникова В.В.

Цель работы. Определить особенности клинико-лабораторных показателей у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В.

Материалы и методы. В 2019 году были обследованы 12 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В, из них женщины составили 72,8%, мужчины- 27,2%. Возраст исследуемых составил от 37 до 68 лет, средний возраст - 52,3±11,36 лет). Диагноз хронический вирусный гепатит В поставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза, клинических, лабораторных данных и специфической

диагностики (HbS-Ag, Hbe-Ag, анти-VGD IgM). Оценивались показатели общего анализа крови и биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, билирубина, креатинина, и протромбинового индекса). Статистическая обработка количественных данных была произведена с помощью программы StatSoftStatistica v 10.0. Обработка качественных показателей проводилась с вычислением относительных величин, при проведении анализа количественных показателей при нормальном распределении вычислялось среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение (σ). При отличном от нормального распределения данных вычислялись медиана (Me), квартили(Q25;Q75).

Результаты. В анамнезе у пациентов были определены переливания крови (33,2%), контакт с больным гепатитом (16,6%), операции (16,6%), татуировки(16,6%), аборт (8,3%). Больные предъявляли жалобы на тяжесть в правом подреберье (70,0%), дискомфорт после погрешностей в диете (100,0%). При оценке показателей ОАК пациентов количество гемоглобина составило $140,0 \pm 11,91$ г/л, эритроцитов - $4,63 \pm 0,45 \times 10^{12}$ л, тромбоцитов - $195,78 \pm 28,85 \times 10^9$ л. При интерпретации результатов биохимического анализа крови: показатели АЛТ- 25,8 (20,4; 52,8) Ед/л, АСТ- 32,4 (24,0; 41,2) Ед/л, билирубин общий - 10,5 (5,7;14,9) мкмоль/л, прямой - 2,2 (1,8; 2,2) мкмоль/л и протромбиновый индекс - $99,62 \pm 12,13$. У всех больных (100,0% определен HBS-антиген) и отсутствовал HBe-антиген. У обследованных пациентов (50,0%) была выделена фаза реактивации (количественное содержание вируса составило $4,3 \times 10^5$ ($3,9 \times 10^4$; $2,5 \times 10^7$) МЕ/мл. У 50,% больных определена фаза неактивного носительства (с вирусной нагрузкой $2,9 \times 10^2$ ($1,1 \times 10^2$; $4,7 \times 10^2$) МЕ/мл). При оценке данных УЗИ гепатобиллиарной зоны у всех пациентов выявлены умеренные диффузные изменения паренхимы печени, увеличение размеров правой доли печени ($135,2 \pm 22,39$ мм * $106,4 \pm 18,28$ мм), увеличение размеров левой доли печени ($87,8 \pm 7,19$ мм * $64,2 \pm 16,6$ мм); размеры селезенки у больных составили $87,8 \pm 2,8$ мм * $37,4 \pm 11,1$ мм.

Выводы. У пациентов с хроническим вирусным гепатитом В в анамнезе наиболее часто встречались указания на переливания крови (33,2%), контакт с инфекционным больным (16,6%). Клинико-лабораторными показателями у больных с хроническим вирусным гепатитом В являлись: увеличение размеров печени, минимальная активность цитолиза, высокие уровни вирусной нагрузки при реактивации инфекции.

Кадников П.Н.

АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2019 ГГ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.м.н., доц. Барамзина С.В.

Цель работы. Изучить удельный вес наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний в Кировской области за 2010-2019 гг.

Материалы и методы. Для изучения показателей инфекционной заболеваемости были использованы данные отчетов: «О состоянии инфекционной заболеваемости в Кировской области» за 2010-2019 гг. В отчетах были сгруппированы следующие патологии: кишечные инфекции, острые и хронические гепатиты, инфекции кожи и слизистой, респираторные инфекции и гельминтозы. - Уровень заболеваемости представлен абсолютным числом и количеством случаев на 100 тысяч населения. - Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel. Результаты. Анализ инфекционной заболеваемости за 2010г.-2019г. показал общее количество выделенной патологии 3364776 случая (абсолютное число). Среди них: 3152918 (93,78%) респираторные инфекции, 99103 (2,9%) кожно-слизистые инфекции, 76811 (2,3%) кишечной инфекции, 28059 (0,8%) гельминтозов, 6919 (0,2%) хронических гепатитов, 966 (0,02%) острых гепатитов. Расчет темпа прироста показал, что по сравнению с 2010 годом в 2019 году острые гепатиты уменьшились на 55,7%, гельминтозы снизились на 42%, кишечные инфекции уменьшились на 30%, респираторные инфекции снизились на 12,6%, кожно-слизистые инфекции уменьшились на 6,4%, хронические гепатиты снизились на 5,5%. Анализ заболеваемости на 100 тысяч человек населения показал следующие данные. Респираторные инфекции глобально имеют склонность к снижению, пик заболеваемости приходится на 2013 год и составляет 26810 случаев. Отдельно следует выделить грипп, который имеет максимальный уровень заболеваемости 185 случая в 2011 г., но за период с 2012г. по 2019г. данная нозология в среднем уменьшилась в 4 раза. Кожно-слизистые инфекции имеют незначительные колебания и находятся на уровне 680-770 случаев. Пик заболеваемости приходится на 2014г. и составляет 965. Анализ кишечных инфекций показал, что глобально имеется нисходящее движение. Пик заболеваемости приходится на 2010г. и составляет 765 случая, тогда как самая низкая заболеваемость отмечается в 2015г. и составляет 540 случаев. В период с 2017г. по 2019г. наблюдаются незначительные колебания в пределах 585-591 случая. Отдельно следует выделить сальмонеллез и ротавирусный гастроэнтерит, которые имеют склонность к увеличению с 2015 г. по 2019г. При анализе гельминтозов было выявлено, что имеется нисходящее движение с 2010г. по 2019г. Анализ острых вирусных гепатитов показал, что глобально имеется нисходящее движение, но пик заболеваемости приходится на 2013г. и 2017г. и составляет 11 и 10 случаев соответственно. В 2018г. и 2019г. отмечается уменьшение заболеваемости в два раза в сравнении с вышеуказанными годами. Анализ хронических вирусных гепатитов показал, что глобально имеется

нисходящее движение, связанное, прежде всего, с уменьшением хронического вирусного гепатита В. Выводы. Таким образом, анализ инфекционной заболеваемости за 2010г.-2019г. показал общее количество выделенной патологии 3364776 случая (абсолютное число). Среди них: 3152918 (93,78%) респираторные инфекции, 99103 (2,9%) кожно-слизистые инфекции, 76811 (2,3%) кишечной инфекции, 28059 (0,8%) гельминтозов, 6919 (0,2%) хронических гепатитов, 966 (0,02%) острых гепатитов. Анализ заболеваемости на 100 тысяч человек населения выявил нисходящее движение, которое было подтверждено расчетом темпа прироста, показавшим отрицательное значение у всех нозологических форм.

Кашина В.А., Лаптев Ю.А.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. КИРОВА ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Савиных Е.А.

Цель работы. Изучить осведомленность студентов ВУЗов г. Кирова о ВИЧ-инфекции. Материалы и методы. Основу исследования составил анализ ответов, полученных с помощью опросника из 21 вопроса, касающегося различных аспектов проблемы ВИЧ-инфекции. Благодаря опроснику оценивались знания студентов в возрасте от 17 до 26 в следующих ВУЗах: Кировского ГМУ (32 респондента), ВятГУ (29 респондентов), ВятГСХА (16 респондентов), Филиала МГЮА (14 респондентов).

Результаты. 96,7% респондентов верно ответили на вопрос о том, что такое ВИЧ-инфекция; 3,3% опрошенных уверены в том, что ВИЧ-инфекция- это афера, не имеющая ничего общего с действительностью; При ответе на вопрос о ВИЧ-инфицированных в Кировской области , большая половина студентов ответили, что ВИЧ-инфицированные и больные СПИДов в Кировской области есть (76,9%), 13,2% - нет, 9,9% затрудняются ответить на этот вопрос; 89% респондентов считают, что ВИЧ-инфекция разрушает иммунную систему; 6,6% опрошенных думают, что ВИЧ-инфекция разрушают свертывающую систему крови; 1,1% уверены, что ВИЧ-инфекция не влияет на здоровье человека; 3,3% опрошенных затрудняются ответить на этот вопрос; Большинство студентов Кировских ВУЗов на вопрос об основных путях ВИЧ-инфекциях дали правильные ответы (а именно это использование для инъекций общих игл и шприцев (98,9%), от матери к ребенку (во время беременности, родов) – 84,6%, от матери к ребенку (через грудное молоко) – 54,9%, незащищенные половые контакты с человеком, ВИЧ-

статус которого неизвестен (96,7%), использовании нестерильного оборудования для пирсинга и татуировок (95,6%), использование общих бритвенных или маникюрных принадлежностей (73,6%), при проведении медицинских манипуляций (переливание крови и др.) – 92,3%; На вопрос: кто болеет ВИЧ-инфекцией? Были получены следующие данные: 97,8% считают, что женщины, 98,9% респондентов думают, что мужчины, 83,5% считают, что дети, 16,5%, что дети, 3,3% - домашние животные; При ответе на вопрос о биологических средах, которые являются наиболее опасными при передачи ВИЧ-инфекции, самыми распространенными стали ответы: кровь (100%), сперма (93,4%), вагинальный секрет (79,1%), грудное молоко (40,7%); Для определения осведомленности студентов по группам с наиболее высоким риском заражения и передачи ВИЧ-инфекции был предложен вопрос об основных группах риска заболевания. Мы получили следующие ответы: студенты, учащаяся молодежь (25,3%); медицинские работники, работающие с биологическими средами пациентов (69,2%); лица, имеющие случайные сексуальные связи (94,5%); лица, употребляющие инъекционные наркотики (95,6%); пациенты стоматологических учреждений (35,2%); лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией (64,8%); лица, предоставляющие коммерческие сексуальные услуги (86,8%); Процесс лечения ВИЧ-инфекции характеризуется длительным и скрупулезным приемом назначенных врачом препаратов - считает 94,5% опрошенных; одномоментным введением лекарственного препарата – 1,8%; лечением в течение 5-7 дней (как при любой инфекции) ответило 1,5%; 1,3% затруднились ответить на этот вопрос; Большинство студентов склонны доверять медицинским работникам в вопросах ВИЧ-инфекции (89%); сотрудникам, работающим на телефоне доверия Центра СПИД (71%). А также преподавателям (34,1%), СМИ (34,1%) и окружающим людям (9,9%). 6,6% респондентов на вопрос не ответили; На вопрос: предшествует ли заболеванию скрытый период? Были получены следующие результаты: 90,1 студента считают, что скрытый период у болезни есть, 2,2% - нет, 7,7% - затрудняются в ответе на данный вопрос; Многие студенты (68,1%) уверены в том, что презерватив защищает от заражения ВИЧ-инфекции, 20,9% считают, что защиты от презерватива нет, 11% затруднились ответить на этот вопрос; 75,8% студентов считают, что прививка от ВИЧ/СПИДа не существует, 13,2% думают, что прививка разработана, 11% не ответили на поставленный вопрос; На вопрос возможно ли полностью вылечить больного СПИДом 75,8% опрошенных ответили отрицательно, 8,8% - положительно, 15,4% затруднились ответить на данный вопрос; Также студентам в анкете был предложен следующий вопрос: какие меры следует предпринять в случае опасности заражения ВИЧ-инфекцией? Мы получили следующие результаты: Половина всех опрошенных студентов

(50,5%) на данный вопрос ответили, что при опасности заражения ВИЧ-инфекцией нужно пройти незамедлительное обследование на ВИЧ-инфекцию; 38,5% уверены, что необходимо пройти неоднократное обследование на ВИЧ-инфекцию; 6,3% студентов считают, что нужно ожидать каких-либо внешних проявлений; 3,6% - пройти гигиенические процедуры; 1,1% опрошенных не смогли ответить на вопрос; 68,1% респондентов считают, что есть уголовная ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией, 17,6 % опрошенных студентов не смогли ответить на данный вопрос, 14,3% дали отрицательный ответ, что такой статьи не существует; 81,3% опрошенных думают, что анонимное обследование на ВИЧ-инфекцию пройти можно, 12,1% не смогли ответить на этот вопрос, 6,6% считают, что анонимное обследование на ВИЧ-инфекцию в Кировской области пройти нельзя. Также сравнивались знания студентов ВУЗов г. Кирова о ВИЧ-инфекции: количество верных ответов на вопросы анкеты о ВИЧ-инфекции студентов КГМУ составили 67%; студентов ВятГУ – 38%; студентов ВятГСХА – 42%; студентов МГЮА – 34%.

Выводы. Студенты ВУЗов г. Кирова достаточно хорошо осведомлены о вопросах ВИЧ-инфекции, её профилактики, лечения и сущности. Но также есть и слабые моменты, такие как: опасные биологические среды при передаче ВИЧ-инфекции, юридическая ответственность.

Козлова Л.Н., Подушкина А.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУЛЯРЕМИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 2005 ПО 2019 ГОДЫ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.м.н. Сапожникова В.В.

Цель работы. Определить клиничко-лабораторные особенности у пациентов с туляремией в Кировской области с 2005 по 2019 годы.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены случаи заболевания у 12 пациентов с туляремией, находящихся на стационарном лечении в 7 отделении КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница». Из 12 больных было 4 (33,3%) женщин и 8 (66,6%) мужчин. Возраст больных составил от 19 до 70 лет (средний возраст – $38,8 \pm 16,2$ лет). Диагноз туляремии поставлен на основании эпидемиологических, анамнестических, клиничко-лабораторных данных. Серологическое подтверждение диагноза включало обнаружение специфических антител с помощью реакции агглютинации и реакции непрямой гемагглютинации. Статистическая обработка количественных данных выполнялась с помощью StatSoftStatistica v 10.0. Обработка

количественных показателей проводилась с вычислением относительных величин (%), при анализе количественных показателей при нормальном распределении вычислялось среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение (σ).

Результаты. Среди пациентов, больных туляремией преобладали лица трудоспособного возраста (91,7%). Выявлена характерная летне-осенняя сезонность инфекции: июль - 25,0%, август - 33,3%, сентябрь - 41,7%. У всех 12 пациентов (100%), определен трансмиссивный путь инфицирования (множественные укусы кровососущих насекомых). Клиническая картина больных туляремией характеризовалась острым началом с выраженным интоксикационным синдромом (100%). Больные предъявляли жалобы на лихорадку с температурой тела до 39-40°C (100%), общую слабость (58,3%), головную боль (33,3%), недомогание (33,3%), миалгии (25,0%). ОАК у больных в разгаре заболевания характеризовался умеренным лейкоцитозом (50,0%) - $9,7 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерным сдвигом влево (25,0%) - $(12,6 \pm 4,7 \times 10^9/\text{л})$, тромбоцитопенией (25,0%) - $147 \pm 28,1 \times 10^9/\text{л}$, повышением уровня СОЭ (41,6%) - $17,6 \pm 13,6$ мм/час. При объективном осмотре у больных выявлены язвы на месте укуса насекомого (16,6%), инфильтраты с периферической зоной гиперемии и с корочкой в центре (33,3%), папула с гиперемией (8,3%), гиперемия и припухлость по внутренней поверхности бедра (8,3%). У больных определялись болезненные увеличенные регионарные лимфатические узлы (83,3%), чаще - паховые (80,0%), реже - подмышечные (10,0%) и шейные (10%). При интерпретации результатов реакции агглютинации и реакции непрямой гемагглютинации выявлено, что титр специфических антител в период разгара заболевания составил 1:200 (33,3%), 1:100 (16,6%), 1:50 (16,6%); в период реконвалесценции 1:1280 (8,3%), 1:400 (16,6%), 1:50 (16,6%). На амбулаторном этапе для лечения больных туляремией применялась антибактериальная терапия: гентамицин (16,6%), амоксиклав (16,6%), цефотаксим (8,3%), цефтриаксон (8,3%), цефран (16,6%), супракс (8,3%), без эффекта терапии. При госпитализации больных в целях этиотропной терапии назначался антибиотик амикацин (100%) с наличием положительной динамики.

Выводы.

1. Клиническими особенностями у больных с туляремией являются острое начало заболевания с выраженной интоксикацией (100%), наличие бубонов (83,3%) и первичного аффекта в виде язв на месте укуса насекомого (16,6%).

2. Лабораторные сдвиги у пациентов с туляремией отражают выраженность интоксикационного синдрома, васкулита: в ОАК больных в разгар заболевания умеренный лейкоцитоз (50,0%) с палочкоядерным

сдвигом влево (25,0%), тромбоцитопения (25,0%), повышение СОЭ (41,6%).

3. Характерна тенденция нарастания титра специфических антител у больных с туляремией в динамике инфекционного процесса (в периоде разгара заболевания - 1:200 (33,3%), реконвалесценции - 1:400 (16,6%).

Кравченко К.Д.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НА
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ
БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней, кафедра инфекционных болезней

Научные руководители: к.м.н., доцент Фесюк Е.Г.,

к.м.н., доцент Барамзина С.В.

Цель работы. Определить наличие, частоту встречаемости и характер нежелательных побочных реакций на противотуберкулезные препараты у впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких.

Материалы и методы. Изучена и проанализирована медицинская документация впервые выявленных пациентов с инфильтративным туберкулезом легких с различной лекарственной устойчивостью МБТ, получавших лечение в Кировском областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» в 2019 году. В исследование вошли 43 пациента (31 мужчина (72%) и 12 женщин (28%), ранее туберкулезом не болевших. Лечение проводилось в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями и стандартами лечения больных туберкулезом. Суточные дозы основных и резервных противотуберкулезных препаратов рассчитывали на кг массы тела больного согласно общепринятым принципам химиотерапии. Суточная доза препаратов назначалась в один прием, что способствовало созданию более высокого пика концентрации препаратов в сыворотке крови. В историях болезни обследованных пациентов документировали неблагоприятные побочные реакции на прием противотуберкулезных препаратов, включая однократный прием полной суточной дозы. Средняя длительность пребывания пациентов на стационарном лечении составила 152 койко/дня.

Результаты. В клинической структуре туберкулеза органов дыхания преобладал инфильтративный туберкулез легких (100%), выявленный в молодом возрасте (21-44 лет) у 30 обследованных (70% пациентов), зрелом (45-59 лет) – у 11 (25,4 %), пожилым (60-74 лет) – у 2 (4,6%). Фаза обсеменения определялась у 3 пациентов (7%), распада – у 20 (46,5%),

распада и обсеменения – у 17 (39,5%), рассасывания и уплотнения – у 3 (7%). Все пациенты являлись бактериовыделителями, в том числе с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя у 16% (7 пациентов), множественной устойчивостью и полирезистентностью 42% и 42% соответственно (18 и 18 человек). Осложнения основного заболевания в виде туберкулезного плеврита имели 5 пациентов (11,6%), дыхательной недостаточности – 3 пациента (7%). Наиболее часто определялась сопутствующая патология со стороны органов зрения – 44,2% (19 человек), лор-органов – 32,6% (14 человек), желудочно-кишечного тракта – 13,9% (6 человек). Среди обследованных пациентов злоупотребляли алкоголем 30 пациентов (69,8%), курили 28 человек (65%). Нежелательные побочные реакции аллергического характера встречались у 2 (4,7%) пациентов в виде зуда на внутренней поверхности плеч и предплечий, груди, животе, передней поверхности бедер, сыпи (в том числе крапивница). НПР токсического характера определялись в 14 (33 %) случаях. Лекарственно - индуцированное поражение печени зарегистрировано у 10 (23,2 %) больных, из них подтвержденное только повышением уровня трансаминаз в крови – у 8 (18,6 %) пациентов. У 2 человек (4,6%) синдром цитолиза сопровождался клиническими проявлениями (повышение фракций прямого билирубина, желтуха, тошнота, рвота). Со стороны нервной системы НПР токсического характера регистрировались у 2 (4,6 %) пациентов в виде головных болей. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались следующие изменения: повышение артериального давления, боли в сердце, метаболические изменения на ЭКГ – у 1 (2,3 %) пациента. Проявления НПР со стороны желудочно-кишечного тракта отмечались в 2 (4,6 %) случаях в виде тошноты и рвоты. Со стороны опорно-двигательного аппарата НПР токсического характера в виде артралгий зафиксированы у 1 (2,3 %) больного. Со стороны зрительного анализатора у 1 пациента (2,3%) отмечали выпадение полей зрения и двоение предметов. НПР токсико-аллергического характера в ходе исследования не зарегистрированы. НПР аллергического характера чаще развивались на начальных этапах химиотерапии, не превышающих одного месяца. НПР токсического характера одинаково развивались на 1-м (9,3%) и 2-м (9,3%) месяце лечения. Так же в 1 случае (2,3%) НПР развились после приема 1 дозы противотуберкулезных препаратов (ПТП). В 2,3 % наблюдений проявляются по получении пациентом 120 доз ПТП, а в 1 (2,3%) случаев развитие НПР при получении пациентом 180 доз. На фоне НПР была произведена временная отмена ПТП в 6 (13,9%) случаев. В 3 (7%) случаях были купированы нежелательные побочные реакции. В остальных случаях препараты были отменены, поскольку у пациентов развивались НПР со стороны органов слуха и зрения. Отмена ПТП, проведение дезинтоксикационной,

антигистаминной, протективной терапии значительно удлиняли сроки пребывания пациентов в стационаре (в среднем на 38 ± 11 койко-дней в 3 (7%) случаях. Закончили полный курс лечения 14 (32,6%) пациентов. Выписаны из стационара за нарушение режима (злоупотребление алкоголем, самовольный уход) 25 человек (58,1%); отказались от лечения 2 пациента (4,6%), переведены в хирургическое отделение для дальнейшего оперативного лечения 2 пациента (4,6%). У 14 пациентов (32,6%) произошло закрытие полостей распада, у 19 (44,2%) закрытия полостей распада не наблюдалось. У 10 пациентов (23,2%) лечение не принесло никакого эффекта. Вероятно, это связано с тем, что пациенты не соблюдали рекомендации и назначения лечащего врача, злоупотребляли алкоголем и нарушали режим.

Выводы.

1. У впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких превалируют НПР токсического характера – 14 (33 %) наблюдений, в частности, лекарственно-индуцированное поражение печени зафиксировано в 10 (23,2 %) случаев

2. Эффективность лечения больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом с НПР на противотуберкулезные препараты установлена только у каждого третьего обследованного пациента (32,6%). НПР на противотуберкулезные препараты существенно удлиняют сроки пребывания пациентов на этапе стационарного лечения (в среднем на 38 ± 11 койко-дней).

Крючкова А.В., Хисматуллина А.И.
РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент, Калужских Т.И.

Цель работы. Установить возрастные различия эпидемиологических и клинических проявлений риновирусной инфекции у детей.

Материалы и методы. Исследования проводилось на базе второго и третьего отделений КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница». Проведен анализ историй болезни 94 детей, госпитализированных с диагнозом «Риновирусная инфекция», в период 2016 по 2019 годы. Верификация ОРВИ осуществлялась методом ПЦР с гибридизационно – флуоресцентной детекцией набором реагентов «АмплиСенсОРВИ-скрин-FL». Для оценки исследуемых показателей применялись методы вариационной статистики. Определяли следующие величины: средняя арифметическая, относительный показатель в процентах (удельный вес), уровень значимости с помощью Z-критерия Фишера.

Результаты. Из 94 детей с риновирусной инфекцией, в 2016 году было госпитализировано 14 детей, в 2017 году – 11 детей, в 2018 году - 53 ребенка, в 2019 году - 16 детей. Наибольшее количество госпитализированных в течение трех лет было в осенне-зимне-весенний периоды. Среди госпитализированных детей преобладали мальчики - 61%, девочки составили 39%. На 1-2 день болезни госпитализированы 61% детей, на 3 и более поздние сутки болезни – 39%. В среднем количество койко-дней было $6,2 \pm 0,2$. Сопутствующая патология в виде тимомегалии 2-3 степени, кардиопатии, сахарного диабета 1 типа, атопического дерматита, патологии ЖКТ, двусторонней сенсорной тугоухости, ОКИ различной этиологии имела у 44,6 % детей, достоверно чаще выявлялась в возрастной группе от 1 месяца до 1 года (51,4%) Общее состояние в 92,6% больных было средней степени тяжести, у 7,4% детей было состояние тяжелой степени тяжести. Тяжелое состояние чаще регистрировалось у детей в возрасте от 1 месяца до года (6,4%), при этом в 85,7% случаев отмечалось у детей, имеющих сопутствующую патологию. Лихорадка отмечалась у 90,4% госпитализированных детей: субфебрильная – 37 (39,3%) детей, фебрильная - 32 (34,1%) и гектическая - 16 (17%). Более высокие показатели средней величины ($38,5^{\circ}\text{C} \pm 0,2$) и продолжительности лихорадки ($3,5 \pm 0,2$ дней) выявлены у детей в возрасте от 1 месяца до года. Поражение верхних и нижних дыхательных путей в виде ринофарингита, ларинготрахеита, бронхита и пневмонии. Обструктивный синдром наблюдался у 49% больных. В 17% случаев в виде стеноза гортани 1-2 степени, 26,6% - бронхообструктивного синдрома, 25,5% - дыхательной недостаточности 1-2 степени. Явления стеноза 1-2 степени чаще формировались у детей от 7 до 14 лет (50%). Бронхообструктивный синдром чаще выявлялся у детей от 1 месяца до года (31,4%). Дыхательная недостаточность чаще формировалась у детей от 1 месяца до 1 года (37.1%). Из 57 детей, госпитализированных на 1-2 сутки болезни, осложнения сформировались у 33 детей (58%), 27 детей из данной группы имели сопутствующую патологию и осложнения были у 14 детей, что составило 52%. Из 37 детей, госпитализированных на 3 и позднее сутки болезни, осложнения сформировались у 27 детей (73%), 15 детей из данной группы имели сопутствующую патологию и осложнения сформировались у 10 детей, что составило 67%.

Выводы.

1) Наибольшее количество госпитализаций приходится на холодное время года.

2) У детей, госпитализированных в ранние сроки заболевания, на 1-2 день болезни, осложнения наблюдались в меньшем проценте случаев (58%), чем у детей, госпитализированных в более поздние сроки (73%).

3) Формирование тяжелой степени тяжести чаще встречалось у детей, имеющих сопутствующую патологию.

Кузнецова К.Н.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бондаренко А.Л.

Цель работы. Изучить клинико-эпидемиологические особенности клещевого энцефалита в Кировской области.

Материалы и методы. В 2019 году в КОГБУЗ «Инфекционная клиника больницы» с мая по сентябрь на лечении находились 54 пациента с клещевым энцефалитом (КЭ) в возрасте от 20 до 84 лет, мужчин – 29 (53,7%), женщин – 25 (46,3%). Среди них инаппаратная форма выявлена у 9 человек, лихорадочная - 27, менингеальная - 6, очаговая - 12. Диагноз подтвержден при обнаружении специфических IgM, G к вирусу КЭ в ИФА крови. Применены методы первичной статистической обработки данных (средняя арифметическая, ошибка средней арифметической), программа Microsoft Office Excel. Результаты. Факт присасывания клеща имел место в 61,1% обращений. Из них 57,4% отметили присасывание одного клеща, 2-хи более - 3,6%. Наибольшая часть присасываний приходилась на июнь-июль (70,5%). Кроме того, 9,4% заболевших стряхивали клещей с одежды или кожи, снимали с родственников или домашних животных. В 29,5% случаев путь заражения установить не удалось. Пик заболеваемости в исследуемой группе приходился на июнь (44,4%). Также значительное количество заболевших выявлено в мае и июле (12,9% и 25,9% соответственно). Возрастная структура пациентов: от 20 до 44 лет - 18 человек (33,3%), от 45 до 59 лет - 19 (35,1%), от 60 до 74 лет - 15 (27,7%), от 75 до 84 - 2 (3,7%). Длительность инкубационного периода составила $10,8 \pm 8,8$ дней. Инаппаратная форма наблюдалась у 14,8% пациентов. Лихорадочная форма диагностирована у 58,9% больных. В 16,6% случаев зарегистрировано двухволновое течение, период апирекии составлял 5-16 дней. Менингеальная форма развилась у 13% больных. На долю очаговых форм пришлось 23,9% случаев. Преобладала полиоэнцефалитическая форма (8,6%), реже встречались менингоэнцефалитическая (4,3%), полиомиелитическая (6,5%), и энцефалополиомиелитическая (4,3%). Среди заболевших выявлена преимущественно средняя степень тяжести (80,0%), тяжелая степень составила 15,5%, легкая - 4,4%. У всех больных заболевание начиналось остро с лихорадки продолжительностью $9,4 \pm 3,9$ дней и проявлений

интоксикационного синдрома: слабости (93,8%), головной боли (89,1%), миалгий (56,3%), головокружения (50,0%) и артралгий (18,8%). У 21,9% пациентов лихорадка сопровождалась ознобом. Менингеальный синдром обнаружен у 25,0% больных. У всех пациентов отмечалась ригидность мышц затылка, в 10,9% случаев выявлен положительный симптом Кернига, в 1,6% - Брудзинского. При исследовании ликвора зарегистрирован преимущественно лимфоцитарный плеоцитоз ($234,0 \pm 115,0$ клеток в 1 мм^3). При очаговых формах тяжелая степень тяжести отмечена в 36,3% случаев. Клинические проявления очаговых форм различались в зависимости от уровня поражения нервной системы и проявлялись в виде стойких вялых параличей и парезов преимущественно верхних конечностей при полиомиелитических формах, симптомами поражения ядер черепно-мозговых нервов (III, VII, IX, X, XII пары) при развитии полиоэнцефалита. У половины больных очаговыми формами установлен лейкоцитоз ($11,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$), у четверти пациентов зарегистрировано повышение СОЭ ($19,6 \pm 4,5$ мм/час). Клиническими проявлениями энцефалита были судорожный синдром, эпилептические припадки. Из анамнестических данных установлено, что специфическую профилактику получили 9 человек (16,6%), из них активную - 3 (5,5%) и пассивную - 6 (11,1%). У одного пациента с завершённой схемой вакцинации развилась инаппарантная форма, у другого – лихорадочная. Еще у одного больного, не завершившего курс вакцинации, установлена лихорадочная форма заболевания. Среди пациентов, получивших после присасывания клеща человеческий иммуноглобулин против КЭ, очаговая форма выявлена в 3,7% случаев, лихорадочная - 3,7%, менингеальная - 1,8%, инаппарантная - 1,8%. У всех пациентов, перенесших неочаговые формы клещевого энцефалита, наблюдалось полное выздоровление. Выздоровление как исход очаговых форм было зарегистрировано только в 75,0% случаев, у остальных больных сохранялись парезы и выраженная слабость верхних конечностей (16,6%), очаговая симптоматика в виде ассиметрии лица (8,3%).

Выводы. Клещевым энцефалитом чаще болеют люди среднего и пожилого возраста, преимущественно мужчины. В подавляющем большинстве случаев наблюдается трансмиссивный путь передачи. Пик заболеваемости приходится на июнь. Наиболее распространена лихорадочная форма инфекции. Очаговые формы встречаются у четверти больных, протекают тяжело со стойкими остаточными явлениями.

Невиницына Д.А.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор А.Л.Бондаренко

Цель работы. Выявить структуру и клинико-эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций в Кировской области.

Материалы и методы. В 2019 году в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» на лечении находились 729 пациентов с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 15 до 90 лет, мужчин – 294, женщин – 435. Диагноз был подтвержден у 216 пациентов. Верификация диагноза осуществлялась на основании результатов бак посева кала, ПЦР кала на острые кишечные инфекции (ОКИ). При анализе полученного материала применены методы первичной статистической обработки данных (средняя арифметическая, ошибка средней арифметической), программа Microsoft Office Excel.

Результаты. Среди всех больных с ОКИ возбудитель выявлен в 27% случаях, женщин было 58%. Заболевания бактериальной этиологии составили 54%, вирусной - 44%, смешанной - 2%. Идентифицированы следующие возбудители острых кишечных инфекций: Salmonella – 45%, Norovirus – 24,5%, Rotavirus – 16%, Adenovirus – 3,5%, Campylobacter – 2,3%, Shigella – 2%, Enterovirus – 1%, Enterobacter – 1%, Astrovirus – 1%, Iersinia 1%, Klebsiella – 1%, Enterococcus – 0,5%, Kluyvera – 0,5%, Echerichia – 0,5%. Среди пациентов с уточненной этиологией наиболее часто встречался сальмонеллез (98 человек). 48% составили больные в возрасте от 15 до 44 лет, 24% - в возрасте от 45-59 лет и 28% - в возрастной категории от 60-74 лет. Женщин и мужчин было примерно поровну (женщины - 47%, мужчины - 53%). Заболевание встречается круглый год (осень–23%, зима-19%, весна-24%), с незначительным преобладанием летом (34%). 50% пациентов связывают своё заболевание с употреблением недостаточно термически обработанных яиц, 16% - курицы, 16% - мяса, 10% - колбасы, 10% - молока. Все пациенты жаловались на слабость, недомогание, снижение аппетита и дискомфорт в животе. В 86% случаев наблюдался интоксикационно-воспалительный синдром (температура тела повысилась до $38,6 \pm 0,2$ °C). У всех заболевших наблюдали снижение аппетита, дискомфорт в животе, жидкий стул ($10 \pm 0,5$ раз), рвота была у 55% ($5 \pm 0,5$ раз). Все случаи сальмонеллеза сопровождались 1-2 степенью дегидратации: 32 пациента предъявляли жалобы на сухость во рту (жажду), 14 человек беспокоило снижение диуреза, у 2 наблюдалась осиплость голоса и у 1 человека были судороги икроножных мышц. У 52% больных в ОАК был выявлен лейкоцитоз ($WBC=13,6 \pm 0,7 \times 10^9$): у 75% повышен уровень палочкоядерных лейкоцитов ($18,4 \pm 1,7\%$), у 25% - сегментоядерных ($77,2 \pm 1,4\%$). Энтерит встречался в 17% случаях, энтероколит - 35%, колит - 48%. При этом у 36 человек среднее количество лейкоцитов в копрограмме составило – $24,9 \pm 2,9$ в поле зрения, а у 44 человек лейкоциты покрывали поле зрения. Эритроциты наблюдались в копрограмме у 57 заболевших ($15,2 \pm 3,5$ в поле зрения), у 2 человек они

покрывали все поле зрения. Длительность госпитализации составила $7\pm 0,2$ койко-дней. Среди возбудителей вирусной этиологией преобладали Noravirus и Rotavirus. У 53 пациентов была диагностирована норовирусная инфекция. Наиболее часто данная нозологическая форма встречается в возрастной группе от 15-44 лет (88%). Количество заболевших женщин (73%) значительно превышало мужчин (27%). Для норовирусной инфекции характерна зимне-весенняя сезонность (79%). Наиболее часто заболевание встречалось у пациентов, которые имели контакт с детьми с симптомами ОКИ (35%), 25% накануне употребляли некипяченную воду и 6% имели контакт с больными ОРВИ. Все больные жаловались на слабость, недомогание, снижение аппетита и дискомфорт в животе. Интоксикационно-воспалительный синдром наблюдался у 54% заболевших: температура тела поднималась до $37,7\pm 0,1^{\circ}\text{C}$. Жидкий стул был в 100% случаев ($5\pm 0,5$ раз), рвота наблюдалась у 69% больных ($5\pm 0,6$ раз). У всех заболевших норовирусной инфекцией имела место 1-2 степень дегидратации: сухость во рту (жажда) встречалась у 11 человек, снижение диуреза было у 2 пациентов, жалобы на судороги икроножных мышц предъявляли 2 человека, мышечные боли определены у 1 пациента. В ОАК у 29 человек был выявлен лейкоцитоз ($13,2\pm 0,9\times 10^9$), у 6 заболевших - лимфоцитоз ($52\pm 0,8\%$). Анализ копрограммы позволил выявить в 30% случаях энтерит, в 53% - энтероколит, в остальных 17% - колит. Среднее количество лейкоцитов у 30 человек в копрограмме составило 18 ± 3 в поле зрения, кроме того, у 6 человек лейкоциты покрывали поле зрения. У 13 пациентов в копрограмме обнаружены эритроциты ($11\pm 5,7$ в поле зрения). Длительность госпитализации составила $6\pm 0,6$ койко-дней. Ротавирусная инфекция выявлена у 35 человек. В половине случаев данное заболевание встречается в возрасте от 15 до 44 лет (56,6%). Женщины и мужчины заболевают с одинаковой частотой (женщины - 53%, мужчины - 47%). Для ротавирусной инфекции характерна осенне-зимняя сезонность (72%). 40% пациентов накануне заболевания имели контакт с детьми с симптомами ОКИ (40%), 26% употребляли некипяченную воду. Все пациенты жаловались на слабость, недомогание, снижение аппетита и дискомфорт в животе. У 50% больных развился интоксикационно-воспалительный синдром – температура тела поднималась до $38,1\pm 0,2^{\circ}\text{C}$. Частота жидкого стула составила $9\pm 1,2$ раз. Жалобы на рвоту предъявляли 70% заболевших ($5\pm 0,8$ раз). Только у 1 пациента наблюдались катаральные явления (ринит, дискомфорт в горле). У всех заболевших ротавирусной инфекцией наблюдалась 1-2 степень дегидратации: 12 человек предъявляли жалобы на сухость во рту (жажду), у 3 пациентов отмечалось снижение диуреза. Кроме того, 2 заболевших жаловались на судороги и тянущие боли в икроножных мышцах. У 5 больных наблюдался лейкоцитоз ($10,8\pm 0,7\times 10^9$), у 8 человек лимфоцитоз

(50±0,7%). Энтерит встречался в 29% случаев, 56 % составил энтероколит, у остальных 15% был колит. У 20 человек количество лейкоцитов по результатам копрограммы – 17,5±4 в поле зрения, а у 3 лейкоциты покрывали все поле зрения. У 11 пациентов в копрограмме были обнаружены эритроциты (6,8±3,4 в поле зрения). Длительность госпитализации больных с ротавирусной инфекцией составил 7±1 койко-дней.

Выводы:

1. Из 729 больных острыми кишечными инфекциями этиологию удалось установить в 27% случаев.
2. Сальмонеллез развивается после употребления в пищу недостаточно термически обработанных яиц, характеризуется выраженным интоксикационно-воспалительным синдромом и колитом.
3. Рота- и норовирусные инфекции чаще регистрируются в холодное время года, после контакта с детьми с симптомами ОКИ, сопровождаются невыраженным интоксикационно-воспалительным синдромом и энтероколитом.

Полянина К.Н., Чипсанова Т.Н.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ
ЖИЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОБЛАСТНОГО
ПОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА Г. КИРОВА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Фесюк Е.Г.

Цель работы. Оценка уровня информированности о здоровом образе жизни среди пациентов 1-го легочного отделения Областного клинического противотуберкулезного диспансера г.Кирова. Объект исследования. Пациенты 1-го легочного отделения Областного клинического противотуберкулезного диспансера г. Кирова.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди населения пациентов 1-го легочного отделения противотуберкулезного диспансера г. Кирова. В анкетировании участвовало 63 человека. Для исследования использовались анкета «Здоровый образ жизни», состоящая из 11 вопросов, на каждый из которых было дано несколько вариантов ответов. Обработка анкет проводилась вручную.

Результаты. По результатам анкетирования, пациенты 1-го легочного отделения Областного противотуберкулезного диспансера достаточно осведомлены о составляющих здорового образа жизни (89% опрошенных). Однако, среди тех, кто не выбрал вариант ответа «все выше перечисленное», нет респондентов, считающих занятие спортом важной частью ЗОЖ. Среди респондентов 80% употребляют

алкоголь, 54% курят, 6% употребляют наркотики, что свидетельствует о распространенности вредных привычек среди пациентов. Отсутствие вредных привычек, по мнению большинства респондентов (35%), - основа для сохранения здоровья. Однако, 25% пациентов считают, что необходимость предпринимать какие-либо меры для улучшения своего состояния отсутствует. К основным причинам несоблюдения ЗОЖ респонденты отнесли «за компанию» (28%) и «чтобы снять напряжение» (25%). Абсолютное большинство пациентов мотивирует отказаться от вредных привычек собственное сознание (54%). Также респонденты отметили ухудшение здоровья (33%), высокие цены на алкоголь, сигареты и наркотики (8%), общественно мнение (5%).

Выводы.

1. Пациенты 1-го легочного отделения Областного противотуберкулезного диспансера г. Кирова достаточно осведомлены о здоровом образе жизни.

2. Преобладающее число респондентов имеют вредные привычки.

3. Основой для сохранения здоровья пациенты считают отказ от вредных привычек, однако часть опрошенных утверждает, что необходимости предпринимать какие-либо меры для улучшения своего состояния – нет.

4. Большая часть респондентов отмечает, что не соблюдает ЗОЖ вследствие неблагоприятного воздействия окружения, имеющего вредные привычки.

5. Главной мотивацией для опрошенных служит собственное сознание, что указывает на необходимость активной профилактической работы с пациентами.

Романова А. В.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель работы. Оценка эпидемической ситуации по социально значимым заболеваниям и мониторинг состояния организации медицинской помощи в местах лишения свободы.

Материалы и методы. Анализ статистических данных о заболеваемости в местах лишения свободы социально значимыми заболеваниями. Основные сведения об эпидемической ситуации содержатся в ФСИН-6 «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы», а также № 8

«Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Сведения о больных туберкулезом», № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями» за период 2011 – 2018 гг.

Результаты. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 туберкулез, ВИЧ - инфекция и инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, относятся к социально значимым заболеваниям и заболеваниям, представляющим опасность для окружающих. На заболеваемость осужденных влияют такие факторы, как: санитарные и бытовые условия содержания, питание, социальное окружение и социальные связи осужденных как в учреждении, так и за его пределами. Санитарные условия в местах лишения свободы на данный момент оцениваются как неблагоприятные. Минимальное количество жилой площади на человека, скученность людей, несоблюдение личной гигиены осужденными, редкие походы в душ, отключение или отсутствие горячей воды, отсутствие средств личной гигиены – все это напрямую влияет на здоровье заключенных, повышает риск заражения заболеваниями даже здоровых лиц спецконтингента. Основные болезни, которыми страдает большинство осужденных, являются: туберкулез, ВИЧ и СПИД, гепатит, сифилис. По сравнению со средними показателями по России в целом, в местах лишения свободы (на 2018 год) заболеваемость выше: туберкулезом в 19,4 раза, ВИЧ-инфекцией в 26,9 раза, сифилисом в 8,9 раза. Среди впервые зарегистрированных случаев туберкулеза в учреждениях ФСИН практически каждый второй больной (43,8%) находится в возрасте 25—34 лет. Следствием своевременности выявления туберкулеза является регистрация преимущественно ранних форм туберкулеза в местах лишения свободы. Но есть и положительная динамика: за период 2011—2018 гг. количество освободившихся пациентов с активными формами туберкулеза сократилось в 1,7 раза — с 15 712 до 9027 человек. Развитие лабораторной службы в учреждениях УИС позволило поддерживать стабильно высокую долю впервые выявленных больных туберкулезом, обследованных как с использованием микроскопии (2017 г. – 99,9%), так и с использованием культуральной диагностики (2017 г. – 92,4%). И среди новых случаев туберкулеза, и среди случаев рецидива туберкулеза прослеживается тенденция к росту летальности от других причин, прежде всего от ВИЧ-инфекции. В местах лишения свободы также растет доля инфицированных ВИЧ среди состоявших на учете больных туберкулезом: 2011 г. – 12,8%; 2017 г. – 26,8%; 2018 г. – 32,3%. В учреждениях ФСИН среди состоявших на учете больных туберкулезом сочетанная патология отмечается чаще, чем среди общего населения России. Пациентов, умерших от туберкулеза, регистрируют преимущественно как умерших от ВИЧ-инфекции, поскольку в большинстве случаев ВИЧ-инфекция при смерти от

туберкулеза имеет поздние стадии. В 2018 г. 97,9% смертельных случаев зарегистрированы как умершие от ВИЧ-инфекции, даже в том случае, если заключенный, больной туберкулезом, умирал от туберкулеза, но был инфицирован ВИЧ, даже когда не было выраженного снижения иммунитета (число клеток CD4 больше 350). В результате снижение показателя «смертность от туберкулеза» происходит частично за счет регистрации причины смерти от ВИЧ – инфекции. Показатель заболеваемости сифилисом в 2018 г. в местах лишения свободы составил 209,3 на 100 тыс. среднесписочного состава спецконтингента, что превышает среднероссийский показатель в 8,9 раза (23,5 на 100 тыс. населения). Тем не менее, данное заболевание имеет неуклонную тенденцию к снижению с 2011 г. В следственных изоляторах было впервые выявлено 96% случаев сифилиса.

Выводы. Распространение социально значимых заболеваний в местах лишения свободы оказывает существенное влияние на эпидемическую ситуацию в целом в большинстве стран мира. В России это связано с тем, что с санитарно-эпидемиологической точки зрения учреждения УИС, особенно следственные изоляторы, представляют собой экстремальную, искусственно созданную среду обитания, создающую значительную нагрузку на организм часто очень молодого и не совсем сформировавшегося человека. Несмотря на прогрессивные методы лечения, разработку новых медикаментов для лечения социально значимых заболеваний, в местах лишения свободы показатели таких заболеваний как ВИЧ – инфекция и туберкулез достаточно трудно поддаются своевременной диагностике и лечению, маскируясь под другие заболевания, или же протекая в виде сочетанной патологии, которая, судя по данным, неуклонно прогрессирует, что, в свою очередь, может увеличивать риск заболеваемости мирного населения при освобождении осужденных. Проблема медицинского обеспечения в исправительных учреждениях может быть связана еще и с тем, что медико-санитарная служба уголовно-исполнительной системы и Минздрав России работают не сообща, что, вероятно, замедляет процесс диагностики, оказания квалифицированной помощи и правильного своевременного лечения социально значимых заболеваний, что затем и отражается в статистических данных.

Рябова А.А., Утробина Ю.Ю., Попонин Н.М.
**ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: д.м.н., профессор Бондаренко А.Л.

Цель работы. Оценить показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией и частоту её выявления на разных клинических стадиях в Кировской области за десятилетний период, а также дать сравнительную оценку показателям заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кировской и Нижегородской областях, Пермском крае за пятилетний период.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основании эпидемиологических отчетов специалистов Кировского Центра по профилактике и борьбе со СПИД с 2010 по 2019 годы. Для изучения заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Нижегородской области и Пермском крае использовались данные сборников Министерства здравоохранения Российской Федерации «Социально-значимые заболевания населения России» за 2014-2018 годы. Сравнительная оценка уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией выполнена с помощью стандартизованного относительного риска и его 95% доверительных интервалов. Оценка динамики уровня заболеваемости в Кировской, Нижегородской областях, Пермском крае выполнена с использованием показателей временного ряда: абсолютный прирост, темп прироста (ТП). В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 5% ($p < 0,05$). Статистическая обработка данных выполнена с помощью Microsoft Excel.

Результаты. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Кировской области в 2010 году составила 5,4 на 100 000 населения, в 2019 году – 18,1 на 100 000 населения. ТП впервые выявленной ВИЧ-инфекции в Кировской области с 2010 по 2019 гг. составил 235,2 %. В 2018 году установлено снижение среднегодового прироста заболеваемости, который составил (-13,4%), в 2019 году также отмечается его снижение – (-0,5%). Пораженность ВИЧ-инфекцией в Кировской области в 2010 году была 62,5 на 100 000 населения, в 2019 году – 164,3 на 100 000 населения, что в 2,6 раз превышает уровень 2010 года. При исследовании выявления ВИЧ-инфицированных на разных стадиях болезни в Кировской области в 2010 году на 2 стадии было обнаружено $2,6 \pm 0,5\%$ пациентов, на 3 стадии – $81,6 \pm 1,3\%$, на 4 стадии – $15,7 \pm 1,2\%$. Доля заболевших, выявленных на 4 стадии, в 2011 году составляла $20,0 \pm 1,4\%$, в 2012 году – $20,9 \pm 1,4\%$, в 2013 году – $25,8 \pm 1,5\%$, в 2014 году – $25,0 \pm 1,5\%$, в 2015 году – $35,7 \pm 1,6\%$, в 2016 году – $45,4 \pm 1,7\%$, в 2017 году – $45,4 \pm 1,7\%$, в 2018 году – $39,0 \pm 1,6\%$, в 2019 году – $49,1 \pm 1,7\%$. В 2019 году ВИЧ-инфицированных, обнаруженных на 4 стадии, в 3,1 раз больше, чем в 2010 году, $p < 0,05$. Среди заболевших, выявленных на 4 стадии, в 2010 году на потребителей наркотиков приходилось $33,3 \pm 19,2\%$, на беременных женщин – $33,3 \pm 19,2\%$, по клиническим показаниям – 0. В 2019 году по клиническим показаниям выявлено $40,46 \pm 5,3\%$. В 2010 году из всех ВИЧ-инфицированных, обнаруженных на 4 стадии, местных жителей – $66,8 \pm 1,6\%$, прибывших из других регионов – $16,6 \pm 1,3\%$, из мест лишения

свободы – $16,6 \pm 1,3\%$. В 2019 году местных – $89,2 \pm 1,1\%$, прибывших – $9,5 \pm 0,9\%$, из мест лишения свободы – $1,3 \pm 0,4$. Установлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) доли местных жителей, заболевших ВИЧ-инфекцией, в 2019 году по сравнению с 2010 годом. При проведении сравнительного анализа выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в Кировской области и близлежащих регионах обнаружено, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2018 году в Нижегородской области в 3,5 раз, а в Пермском крае в 8,3 раз выше, чем в Кировской области. В Кировском регионе показатель относительного стандартизированного риска заболеваемости ВИЧ-инфекцией не являлся статистически значимым и в 2014 г. составлял 0,22 (0,12-0,39), в 2015 г. – 0,24 (0,14-0,41), в 2016 г. – 0,25 (0,14-0,42), в 2017 г. – 0,31 (0,19-0,51), в 2018 г. – 0,27 (0,16-0,45). В Пермском крае данный показатель в 2014 г. являлся статистически значимым и составлял 1,75 (1,29-2,38), в 2015 г. – 1,75 (1,31-2,41), в 2016 г. – 1,80 (1,34-2,41), в 2017 г. – 2,07 (1,55-2,77), в 2018 г. – 2,24 (1,68-2,98). В Нижегородской области данный показатель не являлся статистически значимым и составлял в 2014 г. – 1,30 (0,93-1,8), в 2015 г. – 1,25 (0,91-1,70), в 2016 г. – 1,10 (0,8-1,53), в 2017 г. – 0,81 (0,57-1,16), в 2018 г. – 0,95 (0,67-1,33). ТП впервые выявленной ВИЧ-инфекции в Кировской области с 2014 по 2018 гг. составлял 34,3%, в Пермском крае за этот же период – 35,9%, что свидетельствует об увеличении заболеваемости в данных субъектах за 5 лет. Данный показатель в Нижегородской области с 2014 по 2018 гг. составлял (-21,8%), что характеризует снижение уровня впервые выявленной ВИЧ-инфекции.

Выводы.

1. В Кировской области за последние десять лет отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 3,4 раза, в 2018 году впервые регистрируется снижение среднегодового прироста.

2. За период с 2010 по 2019 гг. в Кировской области произошло значительное увеличение частоты выявления заболевания на 4 стадии при обследовании по клиническим показаниям преимущественно местных жителей.

3. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Нижегородской области и Пермском крае в 3,5-8 раз выше, чем в Кировской области, однако, в Кировской области и Пермском крае установлено увеличение темпа прироста впервые выявленных случаев болезни за последние пять лет, а в Нижегородской – снижение.

Салтанова М.О.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бондаренко А.Л.

Цель работы. Выявить современные клинико-эпидемиологические особенности острых вирусных гепатитов в Кировской области.

Материалы и методы. В 2018-2019гг. на лечении в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» находилось 74 пациента в возрасте от 15 до 88 лет с диагнозом острый вирусный гепатит; женщин - 51,4%, мужчин – 48,6%. Среди заболевших выявлено 23 пациента с острым вирусным гепатитом А (31%), 31 пациент с острым вирусным гепатитом Е (41,8%), 6 пациентов с острым вирусным гепатитом В (8,1%), 14 пациентов с острым вирусным гепатитом С (18,9%). Диагнозы подтверждены обнаружением специфических маркеров (AntiHAV IgM, AntiHEV IgM, HBsAg и Anti-HBcor IgM, RNA HCV). Для анализа полученного материала применены методы статистической обработки данных, программа Microsoft Office Excel (средняя арифметическая, ошибка средней арифметической).

Результаты. Среди больных острым вирусным гепатитом А преобладали лица в возрасте от 18 до 60 лет (87%). Средний возраст больных 42 ± 4 года. Заболевание встречалось в течение всего года: весной заболело 27,6%, летом – 4,3%, осенью – 21,7%, зимой – 21,7%. В 48% случаев заражение произошло водным путем, в 39% – контактно-бытовым путем, в 13% путь передачи не был установлен. В 56,6% случаев заболевание имело легкую степень тяжести, в 21,7% - среднюю степень, в 21,7% - тяжелую степень тяжести. Продолжительность болезни составила 21 ± 1 день. Желтушная форма инфекции зарегистрирована у 17 человек (73,9%), безжелтушная форма – у 6 человек (26,1%). Продолжительность преджелтушного периода составила 6 ± 1 дней. Астеновегетативный вариант преджелтушного периода выявлен в 34,8%, гриппоподобный вариант – в 17,4%, смешанный вариант – в 47,8% (из них в 39,1% сочетались гриппоподобный и диспепсический варианты; в 8,7% сочетались астеновегетативный и диспепсический). Желтушный период продолжался 15 ± 1 дней. Жалобы на потемнение мочи отмечались у 60,8% пациентов, тяжесть в правом подреберье отмечали 30,4%, ахолия кала была у 13%. Гепатомегалия отмечена в 73,9% случаев и составляла $1,5 \pm 0,2$ см. При лабораторном обследовании установлено: общий билирубин у больных желтушной формой составил $108,7 \pm 17,1$ мкмоль/л (прямой билирубин $65,8 \pm 11,8$ мкмоль/л); АЛТ $1339,8 \pm 334,6$ Ед/л; АСТ $751,5 \pm 199,2$ Ед/л. Тимоловая проба увеличена в 65% случаев и составляет $25,9 \pm 1,9$ ЕД S-H. Среди больных острым вирусным гепатитом Е преобладали лица в возрасте от 44 до 75 лет (58%). Средний возраст – $51,1 \pm 3$ года. Заболевание чаще встречалось зимой (45,2%), реже – весной (22,6%), летом (22,6%) и осенью (9,7%). В 67,7% случаев заражение произошло водным путем; употребление недостаточно термически обработанной свинины выявлено в 3,2% случаев; профессии, связанные с

животноводством (скотник) составили 3,2%; несоблюдение личной гигиены выявлено в 3,2%. У 22,6% больных источник не выявлен. В 61,2% случаев заболевание имело легкую степень тяжести, в 19,4% - среднюю, в 19,4% - тяжелую степень тяжести. Продолжительность болезни составила $25 \pm 2,5$ дней. Желтушная форма выявлена у 20 пациентов (64,5%), безжелтушная - у 11 пациентов (35,5%). Продолжительность преджелтушного периода составила $5,5 \pm 0,8$ дней. В 32,3% случаев наблюдался астеновегетативный вариант преджелтушного периода. Гриппоподобный вариант также наблюдался в 32,3%. Смешанный вариант выявлен у 35,5% (из них у 16,1% пациентов сочетались астеновегетативный и диспепсический, у 19,4% - сочетались гриппоподобный и диспепсический). Продолжительность желтушного периода составила $21 \pm 2,3$ день. Жалобы на потемнение мочи отмечались в 64,5%, тяжесть в правом подреберье выявлена в 41,9%, ахолия кала - в 25,8%. Гепатомегалия $2,4 \pm 0,4$ см выявлена в 58% случаев. При лабораторном обследовании установлено: общий билирубин у пациентов с желтушной формой заболевания - $180,2 \pm 45,3$ мкмоль/л (прямой билирубин - $108,5 \pm 29,5$ мкмоль/л); АЛТ - $1215,0 \pm 301,4$ Ед/л; АСТ - $1135,0 \pm 306,7$ Ед/л. Тимоловая проба увеличена в 42% и составляет $15,8 \pm 2$ ЕД S-N. Среди больных острым вирусным гепатитом В большую часть составили лица в возрасте от 18 до 44 лет (83,3%). Средний возраст больных составил 39 ± 2 лет. Анализ эпидемиологического анамнеза показал, что у 33% пациентов в течение последних 6 месяцев были стоматологические вмешательства, у 17% - татуировки, у 50% не удалось выявить характерные пути передачи инфекции. В 66,7% случаев заболевание имело легкую степень тяжести, в 33,3% - тяжелую степень тяжести. Продолжительность болезни составила 48 ± 9 дней. Желтушная форма выявлена у 2 пациентов (33,3%), безжелтушная форма - у 4 пациентов (66,7%). Продолжительность преджелтушного периода - 34 ± 9 дня. В 33,3% случаев (у 2 пациентов) преджелтушный период протекал по астеновегетативному варианту, в 66,7% (у 4 пациентов) - по смешанному варианту (при этом у 2 пациентов сочетались гриппоподобный и диспепсический варианты, у 2 других сочетались астеновегетативный и диспепсический варианты). Продолжительность желтушного периода составила 15 ± 3 дней. Жалобы на потемнение мочи отмечались у 66,7% пациентов, тяжесть в правом подреберье отмечали 33,3%, ахолия кала была у 33,3%. Гепатомегалия $2,6 \pm 0,6$ см отмечалась у 83,3%. При лабораторном обследовании установлено: общий билирубин у больных с желтушной формой - $303,8 \pm 51,5$ мкмоль/л (прямой билирубин - $163,2 \pm 74,7$ мкмоль/л); АЛТ - $863,6 \pm 212,3$ Ед/л; АСТ - $439,3 \pm 117,6$ Ед/л. Увеличение тимоловой пробы отмечено у 1 пациента (6,9 ЕД S-N). Среди больных острым вирусным гепатитом С преобладали лица от 18 до 44 лет (71,4%). Анализ эпидемиологического анамнеза

показал, что у 28,6% имеются татуировки, у 21,4% за последние 6 месяцев были стоматологические вмешательства, у 21,4% - оперативные вмешательства за последние 6 месяцев, у 7,1% выявлен половой контакт с больным ХВГС. У 21,4% пациентов не выявлены характерные пути передачи инфекции. В 42,9% заболевание имело легкую степень тяжести, в 21,4% - среднюю, в 35,7% - тяжелую. Продолжительность болезни составила 32 ± 5 дня. Желтушная форма выявлена у 13 пациентов (92,8%). Продолжительность преджелтушного периода составила 11 ± 3 дней. Астеновегетативный вариант преджелтушного периода выявлен у 57,1% пациентов, гриппоподобный вариант – у 21,4%, смешанный вариант выявлен у 21,4% (при этом у всех отмечалось сочетание астеновегетативного и диспепсического вариантов). Продолжительность желтушного периода составила 20 ± 3 дней. Жалобы на потемнение мочи выявлены у 92,8%, тяжесть в правом подреберье отмечали 42,8%, ахолия кала – у 21% больных. Гепатомегалия $1,9 \pm 0,2$ см отмечалась у 92,8% пациентов. При лабораторном обследовании установлено: общий билирубин у пациентов с желтушной формой составил $168,5 \pm 27,8$ мкмоль/л (прямой билирубин – $80,8 \pm 16,6$ мкмоль/л); АЛТ – $1079,2 \pm 217,8$ Ед/л; АСТ – $716,9 \pm 193,7$ Ед/л. При исследовании методом ПЦР выявлено, что у 10 человек – 1 генотип, у 2 человек – 2 генотип, у 2 человек – 3 генотип. Тимоловая проба увеличена в 28,6% и составляет $7,4 \pm 1$ ЕД S-H.

Выводы. При острых гепатитах А и Е преобладает водный путь передачи (основной фактор – некипяченая вода). Желтушные формы при ОГА и ОГЕ составляют 96,8% и 92,8% соответственно. Для гепатита А характерен гриппоподобный вариант преджелтушного периода, для гепатита Е – астеновегетативный. У больных ВГА и ВГЕ установлен выраженный цитолиз (при ОГА - 34N и при ОГЕ - 30N). При острых гепатитах В и С в анамнезе чаще имеется указание на посещение стоматолога и татуировки. Отмечается выраженная продолжительность заболевания (более 30 дней). При ОГВ, как и при ОГС, характерен астеновегетативный вариант преджелтушного периода. При ОГВ преобладают безжелтушные формы заболевания.

Свинар Е.С., Бердникова Е.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.м.н., доц. Савиных М.В.

Цель работы. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей сальмонеллеза и кампилобактериоза у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 69 детей в возрасте от 0 до 14 лет с подтвержденными диагнозами сальмонеллеза (50 детей) и кампилобактериоза (19), госпитализированных в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» в 2017-2019 гг. Среди них мальчиков было 50,7%. Подавляющее большинство больных составили дети от 1 до 3 лет (44,9%). Диагноз был подтвержден бактериологическим и молекулярно-генетическим методами. Результаты наблюдений статически обработаны с использованием программы Microsoft Office Excel 2015 г.

Результаты. Среди больных сальмонеллезом и кампилобактериозом преобладали дети от 1 до 3 лет (46,0% и 42,1% соответственно). При этом кампилобактериозом чаще болели девочки (52,6%), а сальмонеллезом – мальчики (52,0%). Неорганизованных детей было достоверно больше при кампилобактериозе (78,9%), чем при сальмонеллезе (30,0%, $p < 0,001$). Средняя продолжительность пребывания в стационаре была больше при кампилобактериозе ($5,4 \pm 0,6$ против $4,9 \pm 0,3$ дней). При обоих заболеваниях четкой связи с приемом пищи или с контактом с больными ОКИ не прослеживалось. В обоих случаях преобладало острое начало с выраженным интоксикационным синдромом и подъемом температуры до фебрильных цифр. Средняя продолжительность лихорадки при кампилобактериозе составила $3,4 \pm 0,4$ суток, при сальмонеллезе – $3,8 \pm 0,2$ суток. Достоверные различия были получены при сравнении частоты встречаемости основных симптомов поражения желудочно-кишечного тракта: жидкий стул при сальмонеллезе длился $5,6 \pm 0,3$ суток, что было вдвое больше, чем при кампилобактериозе ($2,8 \pm 0,3$, $p < 0,001$), но при этом частота стула в сутки была примерно одинакова ($8,5 \pm 0,6$ и $7,2 \pm 1,8$ раз соответственно). Боли в животе были зарегистрированы чаще при сальмонеллезе – в 46,0% случаев (36,8% - при кампилобактериозе). Рвота так же наблюдалась чаще у детей, больных сальмонеллезом – 78,0% (против 57,9%), но с меньшей продолжительностью, чем при кампилобактериозе ($2,0 \pm 0,2$ и $2,2 \pm 0,4$ дней соответственно). У большей части больных кампилобактериозом заболевание протекало по гастроэнтеритическому типу ($36,8 \pm 11,4\%$), в то время как при сальмонеллезе преобладал гастроэнтероколитический вариант заболевания – $72,0 \pm 6,3\%$. Заболевания иногда сопровождались развитием осложнений в виде кетоацидоза (кампилобактериоз – 21,1%, сальмонеллез – 30,0%).

Выводы. Таким образом, у госпитализированных детей чаще диагностировался сальмонеллез. Бактериальными ОКИ чаще болеют дети от 1 до 3 лет. Сальмонеллез по сравнению с кампилобактериозом сопровождается более выраженными симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, частым вовлечением в воспалительный процесс

толстой кишки. Кампилобактериоз чаще регистрируется у неорганизованных детей.

Смирнова А.В., Козлова К.А.
УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ, КРАСНУХОЙ И ВЕТРЯНОЙ
ОСПОЙ У НАСЕЛЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РФ И МИРА В
ПЕРИОД С 2014-2019 ГГ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Барамзина С.В.

Цель работы. Изучить заболеваемость корью, краснухой, ветряной оспой в период с 2014-2019 гг. у населения Кировской области и РФ.

Материалы и методы. Использованы данные статистики по заболеваниям по ежегодным докладам Роспотребнадзора по Кировской области и РФ, данные ВОЗ. Использовались методы: статистический, описательный, сравнительный.

Результаты. По данным Роспотребнадзора коревая инфекция в 2014 году в г. Кирове коэффициент по заболеваемости составил 0,98. 2015 г. - Сунский район 15, в остальные регионах не было зарегистрировано вспышек. 2016 г. – вспышек нет. 2017 г. – Киров 19, остальных районах не зарегистрировано. 2018 г. – Унинский район 25, в остальных не зарегистрировано. 2019 г. – не зарегистрировано. В Российской Федерации в течение последних двух лет (2018-2019 гг.) увеличилось число завозов коревой инфекции из неблагополучных стран, коэффициент которых составил 2,4 и 5,22 соответственно. Наибольшее количество случаев кори в мире за последние 12 месяцев отмечено на Мадагаскаре - 151 032, Украине - 78 708, Индии - 36 251, Таиланде – 7738. Регистрируются и летальные случаи: на Фиджи 21 человек погиб от эпидемии кори, число жертв эпидемии кори на Самоа увеличилось до 72. Существенно осложнилась эпидситуация по кори в мире -это является следствием недостаточных охватов иммунизацией против кори населения разных стран. Ветряная оспа имеет тенденцию к возрастанию. В 2014 г. в Малмыжском районе случаи заболеваемости по ветряной оспе составил 2201, Тужинский – 2006, Мурашинский – 1744, Подосиновский – 1532. 2015 г. – Белохолунинский – 1501, Орловский – 1782, Уржумский – 1533. 2016 г. – Нолинский – 1874, Яранский – 1716, Афанасьевский – 1282, 2017 г. – Санчурский – 2569, Арбажский – 1599, Пижанский – 1519, Кирово-Чепецк – 1451. 2018 г. – Белохолунинский – 1355, Лузский – 1262, Афанасьевский – 1139, 2019 г. – Сунский – 2156, Афанасьевский – 1792, Куменский – 1452, Опаринский – 1419. В 2017 г. в России выросло число переболевших ветрянкой. За 9 месяцев 2017 г. зарегистрировано 680 тысяч случаев, что в сравнении с аналогичным

периодом 2016 г. больше на 8,7%. Если включить сюда статистику за октябрь, то прирост оценивается в 9%. Ветряная оспа в период с 2014-2019г. по миру по данным ВОЗ имела следующие показатели: 1 718 276 – 1 750 102 случаев заболеваемости, количество стран, подвергнутых заболеванию возросло с 28 до 36 стран в них вошли: Италия, Албания, Румыния, Африканский континент и другие. В Российской Федерации и в мире случаи заболеваемости растут, данная ситуация происходит из-за наплыва миграции и отсутствие вакцинации в национальном календаре прививок. Заболеваемость краснухой имеет небольшое распространение в мире. В 2016 году в г. Кирове был зарегистрирован 1 случай краснухи. В РФ по данным на 2018 г. было зарегистрировано 5 случаев краснухи (0.00 на 1 млн населения), данные случае были завозные. По данным ВОЗ в мире до сих пор происходят вспышки краснухи: в Италии в период с 2014-2017г- с 24 до 30 случаев. В 2017 г. зарегистрировано 724 случая краснухи в 20 странах Европейского региона ВОЗ из 46 стран (87%), представивших данные по краснухе (в том числе нулевую отчетность). Почти все случаи были зарегистрированы в Польше (n=496; 69%), за ней следуют Германия (74; 10%), Италия (68; 9%) и Австрия (42; 6%). В Польше также отмечен самый высокий уровень заболеваемости на 1 млн населения. В 2017 г. в Австрии было зарегистрировано 39 случаев краснухи, из которых 32 были связаны с двумя вспышками. У остальных 7 случаев эпидемиологическую связь со случаями из вспышки установить не удалось. К ним относятся два завозных случая: из Южной Африки и Румынии. Вывод.

Выводы. Таким образом, в период с 2014 по 2019 года в Кировской области и РФ и мире возросла заболеваемость ветряной оспой, вследствие отсутствия вакцинопрофилактики. Коревая инфекция в РФ зафиксирована только в виде завозных случаев, в мире ситуация по заболеваемости остаётся неблагополучной. Ситуация по заболеваемости краснухой в Кировской области и РФ близка к элиминации, в мире мы видим регионы где до сих пор происходят вспышки и полное отсутствие вакцинопрофилактики.

Хлыбова А.А., Васильева Т.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У
ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Егорова Т.В.

Цель работы. Сравнить эпидемиологию, клинико-лабораторные характеристики энтеровирусной инфекции (ЭВИ) у детей и взрослых.

Материалы и методы. В период 2015-2019 годов в 1 и 3 детских отделениях пролечено 256 пациентов с ЭВИ в возрасте от 6 месяцев – до 14 лет (1 группа) и 28 - в возрасте 15-48 лет (2 группа) в 5 и 7 взрослых отделениях КОГБУЗ ИКБ. С целью верификации диагноза использовались методы: иммуноферментного анализа (ИФА) с определением IgM/IgG к вирусу клещевого энцефалита (ВКЭ), боррелиям, вирусам простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ-1 и ВПГ-2), вирусу Эпштейн-Барра (ВЭБ), цитомегаловирусу (ЦМВ); полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией РНК энтеровирусов (ЭВ) в фекалиях, мазках из ротоглотки, ликворе; ДНК и РНК респираторных вирусов (всего 10 типов); реакции латексной агглютинации (РЛА) с определением растворимых антигенов менингококков, Hib, стрептококков, пневмококков, эшерихий в ЦКДЛ КОГБУЗ ИКБ; вирусологический для выделения полиовирусов (в вирусологической лаборатории Регионального центра по эпидемиологическому надзору за полиомиелитом и ОВП, г. Екатеринбург). Пациентам с остро развившейся внутричерепной гипертензией (ВЧГ) при отсутствии противопоказаний проводилась люмбальная пункция (ЛП) с исследованием ликвора на цитоз, белок, глюкозу, хлориды. По показаниям использовались инструментальные методы электронейромиографии (ЭНМГ), магнито-резонансной томографии головного и/или спинного мозга (МРТ ГМ и/или СМ). Анализ полученных данных осуществлялся с вычислением средних значений M , среднего отклонения m , χ^2 с использованием программы Microsoft Office Excel.

Результаты. Диагноз ЭВИ лабораторно подтвержден в 99,3% случаев и в 0,7% - выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных. Как у детей, так и у взрослых в 1/3 случаев был неизвестный эпидемиологический анамнез, в остальных случаях можно было выделить: контакт с больными ОРВИ или установленной ЭВИ, с водой (употребление некипяченой воды, купание в открытом водоеме), выезд за пределы Кировской области (Анапа, Казань, Пыть Ях, Соль-Илецк, Турцию). Во 2 группе пациентов все случаи зарегистрированы летом-осенью с пиком заболевания в июне-июле и сентябре. В 1 группе – единичные случаи – зимой/весной, подъем заболеваемости начинался с августа и 55,9 % больных ЭВИ зарегистрировано в сентябре и октябре. Структура ЭВИ у детей и взрослых, соответственно, состояла из следующих форм: герпангина 91 (35,5%)/2 (7%), ($p < 0,01$), ящуроподобный синдром – синдром «рот-руки-ноги» 62 (24,2%)/8 (28,5%), ($p > 0,05$), нейротоксикоз 28 (10,9%)/0, ($p > 0,05$), смешанные формы 23 (8,9%)/0, ($p > 0,05$), фарингит 11 (4,3%)/11 (39,2%), ($p > 0,05$), герпангина + экзантема невезикулярная 9 (3,5%)/0, ($p > 0,05$), везикулярный стоматит 8 (3,1%)/1 (3,5%), ($p > 0,05$), серозный менингит 5

(1,9%)/4 (14,3%), ($p < 0,01$), менингоэнцефалит 4 (1,5%)/1 (3,5%), ($p > 0,05$), ОВП 4 (1,5%)/0, ($p > 0,05$), mixed-инфекция 6 (2,3%)/0, ($p > 0,05$), лихорадочная «малая» форма 2 (0,8%)/0, ($p > 0,05$), стоматит 1 (0,4%)/0, ($p > 0,05$), экзантема 1 (0,4%)/0, ($p > 0,05$), гастроэнтерит 1 (0,4%)/1 (3,5%), ($p < 0,01$), энтерит 1 (0,4%)/0, ($p > 0,05$). Среди mixed-инфекций у детей в 66,7 % случаев выявлена комбинация ЭВИ + риновирусная инфекция, по 16,7 % случаев – комбинации ЭВИ + гемофильная + аденовирусная инфекции и ЭВИ + норовирусная инфекция. У детей в структуре смешанных форм ЭВИ встречались разные сочетания герпангины, экзантемы, энтерита/гастроэнтерита, ящуроподобного синдрома, фарингита, стоматита, миокардита, миозита, гепатита. Наиболее тяжело протекала ЭВИ в 1 и 2 группах при поражении нервной системы. У взрослых с поражением ЦНС (подгруппа 2а) у 80 % больных был выявлен серозный менингит и в 20 % - менингоэнцефалит. У детей с поражением ЦНС 12,2 % случаев приходилось на серозный менингит (1а подгруппа), 9,8 % - менингоэнцефалит (1б подгруппа), 9,8 % - миелит с развитием острого вялого паралича (ОВП) (1в подгруппа), 68,3 % - нейротоксикоз (1г подгруппа). Средний возраст в 2а подгруппе был $37,2 \pm 5,1$ года. Средний возраст детей 1а подгруппы составил $7,2 \pm 1,5$ года; 1б подгруппы – $3,3 \pm 1,4$ года; 1в подгруппы – $1,5 \pm 0,5$ года; 1г подгруппы – $6,6 \pm 2,9$ года. Госпитализация больных 2а подгруппы осуществлялась на $3,8 \pm 1,5$ в подгруппах 1а-1г - на $3,2 \pm 1,9$ день болезни ($p > 0,05$). У 95,6% пациентов 2а подгруппы и 100 % - 1а-1г подгрупп было острое начало с повышением температуры тела до $38,7^\circ\text{C} \pm 0,6^\circ\text{C}$ и $38,4^\circ\text{C} \pm 0,5^\circ\text{C}$ ($p > 0,05$) соответственно. В 100 % случаев в подгруппах 2а, 1а, 1б, 1г развились признаки острой внутричерепной гипертензии (ВЧГ), проявляющиеся выраженной головной болью, рвотой. Реактивно-болевыми феномены были у 60 % больных 2а подгруппы продолжительностью $1 \pm 1,3$ дня. Очаговая симптоматика (атаксия и моторная афазия) отмечалась у 1 пациента (20 % случаев) и сохранялась в течение 3 суток. Очаговая симптоматика в подгруппе 1б включала мозжечковую атаксию у 75%, сходящееся косоглазие у 25%, переходящий спастический нижний монопарез в 25%, бульбарный синдром (брадикардия, поперхивание при глотании, дизартрия) в 25% больных. В 50% случаев был судорожный синдром с структуре отека головного мозга (ОГМ). Люмбальная пункция (ЛП) проведена на $4,8 \pm 2,2$ день болезни в 2а подгруппе и на $7,5 \pm 3,0$ день болезни в 1а-1б подгруппах. Ликвор был бесцветный, прозрачный, цитоз $205 \pm 97 \times 10^6$ и $80,5 \pm 43,3 \times 10^6$ клеток/л ($p > 0,05$) смешанного характера с преобладанием лимфоцитов (лимфоцитов $82 \pm 9\%$, нейтрофилов $14 \pm 10\%$, моноцитов 0% и лимфоцитов $72,0 \pm 12,5\%$ нейтрофилов $15,1 \pm 6,8\%$, моноцитов $11,7 \pm 5,7\%$ ($p > 0,05$)), с уровнем белка $0,6 \pm 0,2$ г/л и $0,4 \pm 1$ г/л ($p > 0,05$); глюкозы $3,6 \pm 0,3$ и $3,2 \pm 0,5$ ммоль/л ($p > 0,05$), хлоридов $118,7 \pm 3,1$ и $118,7 \pm 2,6$ ($p > 0,05$)

соответственно. Контрольная ЛП была проведена у 1 пациента с серозным менингитом 1а подгруппы на 23 день болезни с нормализацией показателей и у 60% пациентов 2а подгруппы на $14,6 \pm 2,4$ день болезни. Полной нормализации цитоза на 3-й неделе от начала менингита не было зафиксировано (цитоз от 12 до 88×10^6 клеток/л), сохранялся смешанный плеоцитоз (лимфоциты $80 \pm 6\%$, нейтрофилы $20 \pm 6\%$), нормализовался белок $0,3 \pm 0,1$ г/л, динамически значимых изменений концентрации глюкозы и хлоридов не отмечалось. Неврологическая симптоматика у пациентов 1в подгруппы представляла острый вялый верхний монопарез в 50%, парапарез в 25 % случаев в структуре миелита/миелопатии в шейном отделе и острый вялый верхний монопарез в комбинации со спастическим нижним парапарезом и сенситивной атаксией в 25% случаев в структуре миелита на уровне шейного и грудного отделов СМ. У 50% пациентов этой группы выявлялись остаточные парезы через 60 дней после развития ОВП. В 50 % случаев был кратковременный двигательный дефицит, восстановившийся через $3,5 \pm 0,5$ дней от момента манифестации ОВП. В 1г подгруппе неврологическая клиника включала субкомпенсированную ВЧГ в 75,6%, декомпенсированную ВЧГ в 19,5%, дислокационный синдром (с проведением ИВЛ в течение 1 суток) в 2,4 %, энцефалитическую реакцию с кратковременной (2 дня) атаксией в 2,4 % случаев. РНК ЭВ выявлена у 20% больных в мазке из ротоглотки, у 40% – в фекалиях, у 20% – в ликворе, у 20% - во всех перечисленных биоматериалах пациентов 2а подгруппы. В 1а-1г подгруппах РНК ЭВ выявлена в 62,5% случаев в мазках из ротоглотки, в 57,5% - в фекалиях, в 2,5%, - в ликворе, 5% (у пациентов 1г подгруппы) – не выявлена ни в одной из сред, и диагноз в этих случаях ставился клинко-эпидемиологически. В общем анализе крови (ОАК) в подгруппе 2а и 1а-1г были выявлены лейкоциты $8,1 \pm 2,2 \times 10^9$ /л и $12,4 \pm 0,8 \times 10^9$ /л ($p > 0,05$); нейтрофилы $73,7 \pm 6,2\%$ и $75 \pm 2\%$ ($p > 0,05$), СОЭ $10,4 \pm 5,2$ и $18,0 \pm 1,6$ мм/ч ($p > 0,05$) соответственно.

Выводы. Сезонность ЭВИ летне-осенняя, заболеваемость ЭВИ значительно выше у детей, у них выявляется большая разнообразность клинических форм, большая вариабельность и выраженность поражения нервной системы, а также течение ЭВИ в структуре mixt-инфекций. У детей в ОАК при ЭВИ с поражением ЦНС отмечается умеренно выраженный лейкоцитоз, выраженный нейтрофилез, умеренное увеличение скорости оседания эритроцитов.

7. МИКРОБИОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ

Васюкова И.А., Макарова Н.Е.

ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ У CLOSTRIDIUM BUTYRICUM И CLOSTRIDIUM SPOROGENES – АНАЭРОБОВ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРСПЕКТИВНЫМИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА

Кировский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Богачева Н. В.

Цель работы заключается в исследовании острой и хронической токсичности *Clostridium butyricum* и *Clostridium sporogenes* на нелинейных белых мышах, а также для оценки возможности их дальнейшего использования при разработке противоопухолевого препарата.

Материалы и методы. В работе использовали 30 нелинейных мышей. Оценку острой и хронической токсичности на животных проводили в отношении культур *Cl. sporogenes* и *Cl. butyricum*. Концентрацию выросших культур определяли при помощи стандарта мутности («МакФарланда», методом визуального сравнения), после чего каждую культуру разводили до определенной концентрации стерильным раствором натрия хлорида и вводили животным по установленной схеме эксперимента. Влияния культур на организм мышей оценивали по выживаемости, физиологическим показателям животных, активности неспецифического иммунитета.

Результаты. Для оценки острой токсичности 15 животных были разделены на 3 подгруппы по 5 мышей в каждой. Группа № 1 получила *Clostridium butyricum*, группа № 2 – *Clostridium sporogenes*. Каждой из пяти мышей в группах вводили культуру в концентрации 109 кл/мл, 108 кл/мл, 107 кл/мл, 106 кл/мл, 105 кл/мл однократно, внутрибрюшинно в объеме 300 мкл. Животным в группе № 3 вводили раствор натрия хлорида. Для оценки хронической токсичности *Cl. butyricum* и *Cl. sporogenes* вводили мышам в максимальной концентрации (109 кл./мл) в течение 14 дней. Контрольной группе в течение 14 дней вводили раствор натрия хлорида.

По результатам оценки острой токсичности было установлено, что все мыши остались живы. Оцениваемые физиологические показатели не изменились и были сравнимы с группой контроля: аппетит, потребление воды и активность остались такими же, как до введения препарата. При оценке хронической токсичности, как и при острой, все животные остались живы. При посеве содержимого кишечника на среду Китта-Тароци и последующей микроскопии приготовленных мазков, морфологической и биохимической оценке культур, выделенных от мышей всех групп, были идентифицированы *Cl. sporogenes* и *Cl. butyricum* в большей концентрации в опытных, чем в контрольных группах.

Оценку фагоцитарной активности проводили по способности мононуклеаров, выделенных от экспериментальных животных, поглощать клетки дрожжей. Для этого мононуклеары инкубировали в течение 60 мин при 37°C с последующим высевом на среду Сабуро. У животных, которым препарат вводили в течение 14 дней произошла активация неспецифического иммунитета. При оценке количества колоний дрожжей на чашках Петри в опытных группах их выросло меньше (50 ± 4), что свидетельствует о более активной поглотительной способности фагоцитов, чем в контрольной группе животных (75 ± 5).

Выводы. Таким образом, *Cl. butyricum* и *Cl. sporogenes* не обладают токсическим действием на организм нелинейных белых мышей. После попадания в макроорганизм клостридии способны приживаться в кишечнике, независимо от кратности и концентрации вводимых в организм культур. И наконец, *Cl. butyricum* и *Cl. sporogenes* стимулируют неспецифический иммунитет, что является положительной стороной ожидаемого противоопухолевого эффекта иммунобиологического препарата.

Валов С.Л., Вишняков А.В., Горелов Е.Н., Чонтян Д.А.
УЧАСТИЕ ВИРУСОВ В ЭВОЛЮЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ НА ПРИМЕРЕ
ГЕРПЕС-ВИРУСА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии и вирусологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Поярков Ю.А.

Цель работы. Рассмотреть общие закономерностях участия вирусов в эволюции с точки зрения различных теорий и конкретизировать эти закономерности на примере герпес-вируса; привести количественные доказательства необходимости актуализации этой темы при изучении студентами курса медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии.

Материалы и методы. Теоретическая часть: анализ естественно-научной литературы, текстов научных исследований (глубина поиска – 10 лет) и других (в том числе электронных) медиа-источников. Использование методов компаративистики, синтеза, обобщения, восхождения от абстрактного к конкретному. Практическая часть: проведение анкетирования среди студентов Кировского ГМУ (138 студентов 3-го курса) для изучения их мнения по вопросу участия вирусов в эволюционном процессе. Корреляционный анализ взаимосвязи успеваемости студентов по микробиологии, вирусологии и иммунологии с их мнением о роли вирусов в эволюции (коэффициент корреляции Пирсона, статистический пакет Microsoft Office Excel).

Результаты. Вирусы – совершенно особая форма жизни, а жизнь в свою очередь является сферой, которая постоянно изменяется. В этом изменении роль вирусов никак нельзя игнорировать, так как они связаны со всеми уровнями жизни, не имея при этом собственного обмена веществ. Вопрос о роли вирусов в эволюции неразрывно связан с проблемой их происхождения. Существует 3 основных гипотезы: согласно первой вирусы являются результатом дегенерации бактерий; согласно второй вирусы являются эволюционировавшими доклеточными структурами и, наконец, вирусы могут быть представлены как дериваты самостоятельных клеточных структур. Доказательство участия вирусов в эволюции начинается с того, что вирусы подчиняются законам популяционной генетики. В ряду, который обозначил Ричард Левонтин, показан переход от генотипа к фенотипу, который в случае вирусов происходит при встраивании их наследственной информации в геном хозяина. Следующим пунктом является сравнение вирусов с фагами и плазмидами. Так же, как плазида, взаимодействующая с показанной на схеме бактерией, дополняет ее свойства новыми, вирус, которым инфицирован неандерталец обеспечивает появление генов, отвечающих за иммунитет. Таким образом происходит адаптивная интрогрессия: гибридизированная популяция подвергается действию естественного отбора, а наилучшим образом приспособленные индивиды формируют новую популяцию – популяцию современных людей. Критики теории участия вирусов в эволюции (да и эволюции в целом) в качестве аргумента могут привести отсутствие многих промежуточных форм для построения филогенетического ряда, однако следует заметить, что огромное количество вирусов находится в мировом океане, а 80% из них еще не открыты. Если учесть еще и устойчивость вирусов в космосе, гипотеза панспермии будет выглядеть менее фантастической, если заменить в ней бактерий на вирусы. Серьезным аргументом эволюции вирусов выступает вирус-гигант – мимивирус, геном которого больше генома части бактерий. Если редуccionистский подход учитывает еще и тех вирусов, что с генетической точки зрения сопоставимы с мимивирусом, то на заданный ранее вопрос о том, являются ли вирусы живыми, вполне можно ответить утвердительно. Кроме того, у мимивируса есть вирофаг-спутник, который делает возможным горизонтальный перенос генетической информации в дополнение к вертикальному в организме амебы. Изучение эпидемиологии вирусов предполагает список вопросов, ответы на которые приводят нас к сравнению с популяционными волнами. Концепция популяционных волн сформулирована как раз С.С. Четвериковым, автором наиболее современной – синтетической теории эволюции. Человек, направивший медицину на изучение эпидемиологии вирусов, также является важным фактором в рассматриваемых процессах. Причем отношения его с вирусами могут быть рассмотрены как симбиоз, если взять во внимание

обнаруженные при расшифровке генома человека последовательности, на 80% совпадающие с ретровирусами. Доказательство участия вируса герпеса в эволюционном процессе базируется на том, что герпес-вирус также подчиняется законам популяционной генетики; только этот вирус в предполагаемом процессе эволюции выработал механизм манипуляции апоптозом, тем не менее его персистенция до сих пор остается феноменом. Преодоление эволюционных барьеров иллюстрируется чрезвычайно высокой устойчивостью вируса герпеса, позволяющей ему переносить действие химических веществ, а также длительно сохраняться во внешней среде. Вирус герпеса также имеет отношение к популяционным волнам: в поисках средства борьбы с чрезмерно размножившимися рыбами австралийские учёные обратили внимание на вспышку вируса карпового герпеса. Последний был использован как регулятор численности карповых. «Я называю этот вирус своеобразным Инь и Янь, потому что он имеет плохую и хорошую сторону, – говорит доктор Кен МакКолл. – Для Австралии его можно рассматривать в качестве потенциального белого рыцаря, который поможет очистить наши речные системы». При этом открытые вопросы эпидемиологии герпес-вируса остаются прежними и предполагают как минимум возможность эволюционного обоснования.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что 22,3% студентов считают маловероятным участие вирусов в эволюции; 35,7% придерживаются агностической позиции, согласно которой современная наука не располагает средствами, необходимыми для ответа на этот вопрос; 42% респондентов считают вполне вероятной связь вирусов с эволюционным процессом, однако 19% из них говорят о незначительной их роли в эволюционном преобразовании природы. В то же время наблюдается прямая статистически значимая зависимость (коэффициент корреляции $r=0,32$) между успеваемостью студентов и признанием роли вирусов в эволюции.

Таким образом, материалы работы могут быть использованы для занятий на кафедре микробиологии и вирусологии, чтобы восполнить имеющиеся пробелы в понимании студентами вирусов и их участия в фундаментальных естественных процессах.

Выводы. Факт участия вирусов в эволюционном процессе имеет достаточно обоснованную аргументацию, тем не менее механизмы их интеграции в непрерывное изменение живой природы еще предстоит изучить. Однозначно можно сказать лишь то, что попытка исключения вирусов из эволюции путем их уничтожения приведет к остановке эволюции человека, так как имеет место процесс взаимного динамического влияния вирусов и человеческой иммунной системы друг на друга. Возможно, именно благодаря этому процессу современный человек стал таким, каким его изучает наука. Студентам, которые уделяют медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии недостаточное внимание,

следует изучить данный вопрос, поскольку он имеет непосредственное отношение к медицинской практике, особенно в свете текущей эпидемиологической ситуации.

Видякина Н.А., Медведева М.В.
ФОРМИРОВАНИЕ ИММУННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ РЕЗИДЕНТНОЙ
МИКРОФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА БЕЛЫХ МЫШЕЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии и вирусологии
Научный руководитель: к.в.н. Аккузина С.Г.

Цель работы. Выявить присутствие антител в сыворотке крови белых мышей к резидентной микрофлоре кишечника.

Материалы и методы. Применяли бактериологический, бактериоскопический, серологический и молекулярно-биологический методы исследования. В опытах использовано 11 белых мышей. Культивирование микрофлоры кишечника проводили на средах: Эндо, Бифидум-среда (в аэробных условиях при 37°C), лактобакагар (в анаэробных условиях при 37°C), Сабуро (в аэробных условиях при 24°C). Для изучения морфологических и тинкториальных свойств выросших бактерий изготавливали с отдельных колоний мазки и окрашивали по Граму. Вид микроорганизмов устанавливали путем постановки полимеразной цепной реакции (ПЦР). Наличие специфических антител к микроорганизмам определяли постановкой РА на стекле с сывороткой крови белых мышей. Сыворотку получали методом седиментации крови мышек взятой из сердца. Постановку реакции осуществляли с суточными культурами микроорганизмов, выделенными из кишечника особи, от которой взята кровь и изолированных от другой мышки.

Результаты исследования. При культивировании на среде Эндо из кишечника только 2-х мышек выросли колонии малинового цвета с металлическим блеском (при микроскопии – палочки расположены одиночно грамотрицательные). Специфический рост бифидобактерий в среде (в виде «гвоздиков» и «комет») установлен из кишечника всех мышей (длинные палочки, расположенные в цепочку и короткие палочки в виде скоплений грамположительные). На лактобакагаре отмечали рост в виде колоний R-формы светло-коричневого цвета с темным центром, плоских, непрозрачных (в мазке отмечали присутствие грамотрицательных палочек). На среде Сабуро роста микроорганизмов не было. После постановки ПЦР выяснили, что из кишечника белых мышей выделена микрофлора: *Escherichia coli*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium animalis ssp animalis*, *Gemella morbillorum*. Реакция агглютинации с суточной агаровой культурой *Escherichia coli* штаммов, выделенных из разных мышек, была положительная даже с штаммом из кишечника этой

мышки. Постановка реакции с собственными бифидобактериями была отрицательной, а бифидобактериями, выделенными из других мышей положительна. Агаровая культура анаэробных палочек *Gemella morbillorum* имела сухую консистенцию и результат реакции был непонятен.

Выводы.

1. В результате бактериологических исследований и постановки ПЦР определено, что представителями биопленки толстого кишечника белых мышей являются микроорганизмы: *Escherichia coli*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium animalis ssp animalis*, *Gemella morbillorum*.

2. В сыворотке крови белых мышей выявлены антитела к разным штаммам *Escherichia coli*.

3. Установлено наличие иммунной толерантности организма белых мышей к собственным бактериям *Bifidobacterium animalis ssp animalis*, *Bifidobacterium adolescentis*, так как антитела в сыворотке крови отсутствовали.

Вишняков А.В., Валов С.Л., Горелов Е.Н., Лыхин Ю.А., Чонтян Д.А.
РАЗРАБОТКА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «БИФИМЕТАБИОФАГ»

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы заключается в создании комбинированного препарата, устойчивого к факторам агрессии бактерий. Для решения цели были обозначены задачи: изучить действие эшерихиозного бактериофага на культуры эшерихий; определить степень влияния на жизнеспособность патогенных эшерихий продуктов метаболизма пробиотических штаммов бифидобактерий.

Материалы и методы. Из исследуемых культур готовили фиксированные препараты, окрашивали методом Грама. Кишечную палочку культивировали на питательной среде Эндо, на которой образуются колонии малинового цвета вследствие расщепления углевода лактозы микробным ферментом лактазой при температуре 37 градусов Цельсия в течение 24 часов. Изучали биохимические свойства с помощью набора фирмы Lachema (Чехия). Пробиотические штаммы бифидобактерий культивировали в среде Блаурокка, охлаждали, центрифугировали, пропускали через бактериальные фильтры с диаметром пор 0,45 мкм, отделяя продукты метаболизма от цельных клеток, полученный продукт стерилизовали в ультрафиолетовой сфере. Действие бактериофага исследовали методом «стекающей капли». Экспериментальных животных (белых беспородных мышей) заражали

патогенной кишечной палочкой через рот, содержали в отдельном виварии, кормили пищей из обычного рациона. Затем через 5 дней назначали «БифиМетаБиоФаг» в течение 5 дней. До начала и после окончания опыта исследовали фекалии на дисбактериоз.

Результаты. Из статистических данных проведенных исследований установлено, что при смешивании продуктов метаболизма штамма *Bifidobacterium longum* и эшерихиозного бактериофага, лизирующее действие фага на кишечную палочку сохранялось. Объектом исследования служили бактерии рода *Escherichia*, обладающие фактором патогенности: гемолизином. При выращивании бактерий на кровяном агаре отмечали явления лизиса вокруг колоний. После опытов воздействия бактериофага, изучаемую культуру эшерихий вновь высевали на питательную среду Эндо, после инкубации при температуре 37°C рост бактерий не зафиксировали. Также осуществляли доклинические исследования на лабораторных животных, которых в эксперименте заражали патогенной кишечной палочкой, через 5 дней проводили исследование кала на наличие гемолитических форм бактерии рода *Escherichia*. При бактериологическом анализе высевались кишечные палочки, вызывающие гемолиз эритроцитов в питательной среде. Затем вскармливали мышам препарат «БифиМетаБиоФаг» в течение 5 дней, для контроля брали фекалии, изучали количественный и качественный состав микрофлоры. Установили, что после применения комбинированного испытуемого препарата наличие патогенных штаммов кишечной палочки не выявлено, показатели нормофлоры улучшились: количество лактобактерий и энтерококков стабилизировалось. Из анализа литературных данных выявлено, что в последние годы отмечается неуклонный рост количества штаммов микроорганизмов, устойчивых к антибактериальным препаратам, в частности – антибиотикам. Бактерии имеют видовую и приобретенную устойчивость к антибиотикам. При возникновении внутрибольничных инфекций формируются мультирезистентные госпитальные штаммы микробов, которые обладают выраженными факторами патогенности, поражая не только ослабленных пациентов, но и здоровых в иммунном плане людей. Профессор Мичиганского Университета (США) G.F. Ulbis заявил, что «эра антибиотиков завершена, наступает эра бактериофагов». Однако бактерии также приспосабливаются к бактериофагам, изменяя состав рецепторов, синтезируют капсулоподобную слизь, закрывая рецепторы для адсорбции вирусов бактерий. Бифидобактерии, в свою очередь, синтезируют метаболиты, растворяющие вещества слизи, оголяя рецепторы для бактериофагов.

Выводы. Комбинированный препарат «БифиМетаБиоФаг» действует избирательно на патогенные штаммы кишечной палочки, обладающей гемолизирующим действием; применение препарата «БифиМетаБиоФаг»

нормализует уровень представителей нормальной микрофлоры экспериментального животного.

Козвонин Д.В.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЙМЕННЫХ ОЗЕР РЕКИ ВЯТКИ В ЧЕРТЕ ГОРОДА КИРОВА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Изучить микробиологическое состояние водоемов, в которых ведется наблюдение за вновь выявленным растением *Wolffia*.

Материалы и методы. Микробиологический анализ проб воды проводили на базе бактериологического отделения лаборатории направленного регулирования межмикробных взаимодействий в экзо- и эндомикроэкологических системах на базе кафедры микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО Кировского ГМУ под руководством заведующей кафедры Колеватых Е.П., применяя стандартные методики. Исследование проводилось с 2016 по 2019 год. Пробы отбирались ежегодно в июне месяце. Пробы для микробиологических анализов брали в тех точках и в те же сроки, которые были намечены для гидробиологических исследований. Обязательным условием микробиологических анализов является соблюдение стерильности. Поэтому пробу воды отбирали в стерильные бутылки, проба воды зачерпывалась бутылкой, погружаемой на глубину 5-10 см. Отобранная проба закрывалась стерильной ватной пробкой с марлевой салфеткой, поверх накладывалась салфетка из жесткой бумаги и завязывалась ниткой. Транспортировка в лабораторию осуществлялась в течение 6 ч., где и производился высеив образцов на питательные среды. Посевы производились способом вливания или рассеивом на поверхности. В первом случае в чашку вносили 0,1 см³ пробы воды и заливали теплым агаром круговыми вращениями чашки по столу. Высевы дублировали 2-3 раза. Засеянные чашки выдерживали в термостате при температуре 30-35°C. Время инкубации для учета разных групп микроорганизмов было разным. После культивирования микроорганизмов на питательных средах из них готовили микропрепараты и окрашивали по разным методикам для возможности их дифференцировки (бактерии различных видов имеют свои особенности строения и окраски). После приготовления препарат изучали в световом микроскопе при увеличении 1000х и определяли вид бактерий. При работе с микробиологическим материалом соблюдали определенные правила: стерильность, халаты, шапочки и маски, правила пользования бактериологической петлей, спиртовкой и так далее. После работы весь инструментарий обрабатывался, а препараты с микроорганизмами обеззараживались.

Результаты. В связи с тем, что при исследовании методом биоиндикации в 2016 г. было выявлено ухудшение экологического состояния водоемов Ежово озеро и протока Курья, было решено провести оценку состояния данных водоемов по микробиологическим критериям. Микробиологический анализ воды исследуемых водоемов 2016 г. выявил превышение нормативов по всем показателям. Общее микробное число в Ежово озеро превышало показатель в 2,5 раза, в Курье в 5 раз. В старице Курья обнаружены сальмонеллы. Бактериологический анализ воды показал, что санитарно-гигиеническое состояние водоемов в 2017 г. существенно улучшилось, это отражают фактически все показатели. В 2017 г. общее микробное число в пробах из Ежово озера снизилось в 1,5 раза. Показатели проб из Курьи так же уменьшились за исключением образца, взятого непосредственно у коллектора: общее микробное число превышает норматив в 5 раз. Обсемененность различными видами микроорганизмов уменьшилась в ряде случаев на порядки, опять же за исключением образца, взятого у коллектора в Курье, где отмечается увеличение количества стафилококков. Следует отметить полное отсутствие сальмонелл в пробах 2017 г. В образце, взятом у коллектора из Курьи, был выявлен достаточно редкий вид микроорганизмов *Rhodotorula* spp. Выявление данного микроорганизма указывает на микробное загрязнение антропогенного происхождения, так как они вегетируют на кожных покровах человека в небольших количествах. Улучшение микробиологических показателей можно объяснить более низкими температурами окружающей среды в 2017 г. Бактериологический анализ 2018 г. показал, что практически во всех пробах наблюдается превышение нормы по микробиологическим показателям, также обнаружена *Candida membranifaciens*, свидетельствующая о следах пластика (бутылок или пакетов). В 2019 г. появился новый вид микробов *Stenothrophomonas maltophilia*.

Выводы. Оценка экологического состояния пойменных озер реки Вятки по микробиологическим показателям показала, что санитарно-гигиеническое состояние водоемов в 2017-19 гг. улучшилось по сравнению с 2016 г. Однако, практически во всех пробах наблюдается превышение нормы по микробиологическим показателям. Показатели микробиологического загрязнения однозначно запрещают употребление воды из водоемов Курья и Ежово озеро в пищевых целях, купаться в данных водоемах так же не рекомендуется. Воду можно применять для полива сельскохозяйственных культур. Превышение нормы по микробиологическим показателям в 2016 г. возможно связано с занесением загрязнений с прилегающей территории во время высокого весеннего половодья 2016 г. и жарким летом. Предположительно, микробиологическое загрязнение благоприятно влияет на рост и размножение *Wolffia*.

Кончак В.В., Солонец К.М.
ИММУНОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА
МЕЛОКСИКАМ ДЛЯ КУЛЬТУРЫ КЕРАТИНОЦИТОВ НАСАТ
Белорусский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Павлов К.И.

Цель работы. Оценить токсический эффект лекарственного средства мелоксикам для культуры кератиноцитов НаСаТ с использованием методологии альтернативной *in vitro*-токсикологии.

Материалы и методы. Альтернативная *in vitro*-токсикология – перспективное направление тестирования химических веществ, динамично развивающееся в последние годы. Тест-объектом в *in vitro*-токсикологии являются культуры клеток и тканей, микроорганизмы, мелкие ракообразные, что позволяет выполнять токсикологические исследования, поэтому её методология гуманна и не связана со страданием лабораторных животных и психологическим дискомфортом у исследователя.

Объектами данного исследования послужили клетки культуры кератиноцитов НаСаТ. Клетки линии НаСаТ являются иммортализованными кератиноцитами взрослого человека. Иммортализация достигается после мутаций в обеих аллелях гена-супрессора опухолей р53 после длительного культивирования. Также на данный процесс оказывает влияние сниженная концентрации кальция в среде и повышенная температура культивации. Культура НаСаТ относительно неприхотлива и удобна для стандартных условий культивации.

Культура кератиноцитов поддерживалась в научной группе «Иммунология» Научно-исследовательской части БГМУ.

Перед исследованием кератиноциты НаСаТ культивировались в течение 3-х суток в среде DMEM с добавлением L-глутамин и сыворотки эмбрионов телят до достижения необходимого количества в 600 тысяч клеток на 1 лунку 24-х луночного планшета.

Токсикологический эксперимент выполнялся следующим образом:

1. Добавление к суспензии клеток в 12-луночный планшет токсиканта в необходимой концентрации.
2. Инкубация на протяжении требуемого времени при температуре 37°C.
3. Добавление красителей для микроскопии.

Токсикант с культурами кератиноцитов НаСаТ инкубировался 24 часа. Световая и флуоресцентная микроскопия проводилась при помощи микроскопа ZEISS Axio Vert.A1. с использованием красителей трипанового синего, пропидия йодида, акридинового жёлтого, родамина

Ж, бромистого этидия (рисунок 1). Выполнялся положительный и отрицательный контроль.

В основу оценки иммунотоксичности было положено свойство красителя пропидия йодида связываться с ДНК, что возможно только в мертвой клетке в результате нарушения барьерной функции цитолеммы и кариолеммы. Клетки, активно инкорпорирующие пропидий йодид, ярко окрашенные при флуоресцентной микроскопии, считались мертвыми.

Мелоксикам – нестероидное противовоспалительное средство, обладает противовоспалительным, жаропонижающим, анальгетическим действием, относится к классу оксикамов, производное энолиевой кислоты. Применяется при симптоматическом лечении остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилоартрита (болезнь Бехтерева) и других воспалительных и дегенеративных заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом. Использование мелоксикама может привести к желудочно-кишечным кровотечениям, головным болям, сыпи и кровотечениям из кишечника. Как и другие НПВС, его использование связано с повышенным риском сердечно-сосудистых патологий, таких как стенокардия и инсульт.

Для оценки токсичности различных концентраций мелоксикама в графическом редакторе Adobe Photoshop СС были совмещены микрофотографии, полученные при флуоресцентной микроскопии, с микрофотографиями, полученными при световой микроскопии. Оценку активности токсикантов осуществляли с помощью пробит-анализа – вычислены летальные концентрации (LC16, LC50, LC84, LC100) . Величины доз, характеризующих минимальный эффект гибели (пороговая концентрация – LC10), вызывающих летальный эффект у большинства клеток (LC90), и минимальной абсолютно летальной концентрации (LC99). Кроме того, вычисляли коэффициенты, характеризующие степень токсичности: индекс летальности (ИЛ), как отношение LC99 к LC10, и коэффициент наклона прямой «доза – эффект» (КН). Для обработки результатов использовались табличный процессор Microsoft Excel 2016 и пакет программного обеспечения Statsoft Statistica 10.

Результаты. Культура кератиноцитов HaCaT характеризовалась однородностью клеточного состава и возможностью лёгкого подсчёта клеток. Минимальный объём положительного контроля (сапонин 0,02 мг/мл) приводил к 100% гибели клеток культуры. При использовании НПВС мелоксикам выраженный токсический эффект в отношении клеток культуры кератиноцитов HaCaT отмечался в диапазоне концентраций 0,12-1,84 мг/мл.

Выводы. Использование методологии альтернативной *in vitro*-токсикологии позволило оценить токсический эффект лекарственного средства мелоксикам для культуры кератиноцитов HaCaT. Для культуры кератиноцитов HaCaT была определена летальная концентрация

мелоксикама LC50, которая составила 0,7864 мг/мл. Данные наблюдения акцентируют иммунотоксический эффект мелоксикама и указывают на повышенную чувствительность клеток иммунной системы к токсическим эффектам данного противовоспалительного средства. Таким образом, применение НПВС может снижать резистентность организма.

Коптелова А.А.

ОТРАБОТКА МЕТОДИКИ ИНАКТИВАЦИИ НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА НА РАЗЛИЧНЫХ ШТАММАХ *ESCHERICHIA COLI*

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Богачева Н. В.

Цель работы. На примере различных штаммов *E.coli* изучить инактивирующее действие наночастиц серебра.

Материалы и методы. В работе использовали два штамма *E.coli*: штамм *E.coli* С-600 (культура № 1) и штамм *E.coli*, выделенный из препарата «Бификол» (культура № 2). Культуры выращивали на мясопептонном агаре («ГНЦ прикладной микробиологии», г. Оболенск), среде Эндо («ГНЦ прикладной микробиологии», г. Оболенск); для инактивации культур применяли, приготовленный цитратным методом раствор наночастиц серебра; для разведения культур применяли стандарт мутности («МакФарланда», Индия) и 0,9 % раствор NaCl с pH 7,4±0,2.

Результаты. Обе культуры (№ 1 и № 2) перед воздействием наночастиц серебра были доведены раствором натрия хлорида до концентрации 1×10^9 кл./мл. Далее в полученные бактериальные суспензии добавляли раствор наночастиц серебра в соотношении 1:1 и инкубировали содержимое в термостате при температуре 37 °С. Время воздействия раствором наночастиц серебра на обе культуры *E.coli* составляло 1 и 3 часа, после чего проводили посев 100 мкл каждой культуры на чашки Петри со средой Эндо. Засеянные чашки Петри инкубировали в течение суток при температуре 37 °С. По окончании инкубации был выявлен сплошной рост на чашках Петри с культурой №1 и №2 с общим временем инкубации 1 час. Полученный результат позволяет предположить, что воздействие на культуры *E.coli* раствором наночастиц серебра в течение 1 часа является малоэффективным т.к инактивация микроорганизмов не происходит. На чашках Петри с культурой *E.coli* С-600 штамма и инкубационным периодом составляющим 3 часа были обнаружены колонии в количестве 13-17, круглой формы, с ровным краем, без запаха, малинового цвета с металлическим блеском, диаметром 5 мм. При микроскопии мазков из данных колоний видны длинные, а не короткие как при микроскопии исходных культур, Грамм отрицательные палочки. На трех чашках Петри с культурой № 2 (*E.coli*, выделенная из препарата

«Бификол», обработанная наночастицами серебра) и инкубационным периодом 3 часа выросли 1-5 колоний, все круглой формы, с ровным краем, без запаха, малинового цвета с металлическим блеском, диаметром 6 мм. При сравнительной оценке биохимической активности инактивированных культур в сравнении с исходными штаммами было выявлено снижение сахаролитической активности у культуры № 2. При повторном воздействии наночастиц серебра на культуры № 1 и № 2 и посеве на среду Эндо в первом случае количество колоний уменьшилось до 10-12 колоний, посев инактивированной культуры № 2 роста не дал. Отсутствие роста культуры свидетельствует о полной ее инактивации, что не должно является результатом работ, направленных на получение вакцинных препаратов с сохраненными свойствами антигенности и иммуногенности.

Выводы.

1. При сравнительной оценке двух методов инактивации выяснилось, что время воздействия раствором наночастиц серебра в течение 3х часов является более эффективным, чем воздействие в течение 1 часа.

2. На примере двух штаммов E.coli показано различное по степени инактивации действие наночастиц серебра на культуры. Наблюдалось более быстрое и выраженное антибактериальное действие с изменением ферментативной активности в отношении E.coli, выделенной из препарата «Бификол».

3. Результаты работы показали необходимость отработки методики инактивации культур с использованием наночастиц серебра не только в отношении различных видов микроорганизмов, но и в отношении различных штаммов.

Леушина Е.С., Гришкина Д.А.

ВИДЫ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ КАНДИДОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Оценка зависимости видовой принадлежности дрожжевых грибов рода *Candida* и состояния местного иммунитета.

Материалы и методы. Материалы для исследования были собраны стерильными коммерческими ватными тампонами, одноразовыми пластиковыми пипетками отбиралась ротовая жидкость под наблюдением врача-педиатра, после чего доставлялась в микробиологическую лабораторию в транспортной среде. Под наблюдением находились 60 детей с диагнозом «Кандидозный стоматит» в возрасте 5 – 6 месяцев. Все

пациенты были разделены на две группы по показателям местного иммунитета: первая группа обследованных состояла из детей с локальной иммунной недостаточностью (30 человек), вторая группа была представлена больными без нарушений в иммунном статусе слизистых оболочек полости рта (30 человек). Посевы клинического субстрата проводили в питательную среду Сабуро, инкубация происходила при температуре 24°C в течение 3 суток, идентификация проходила в биохимическом тесте CANDIDAtest 21 (Lachema, Чехия). Секреторный иммуноглобулин А (SIgA) определялся иммуноферментным методом (ИФА) с применением реактивов «Иммуноглобулин А-ИФА-Бест». Уровень лизоцима устанавливался с помощью набора AssayMax Human Lysozyme ELISA для количественного определения человеческого лизоцима в образцах биологических жидкостей методом ИФА.

Результаты. Выявлены различия в количестве лизоцима и SIgA: в ротовой жидкости детей первой группы обнаружен лизоцим в низком количестве 0,2 – 0,5 нг/мл при содержании его у представителей второй группы – 0,7 – 0,9 нг/мл; иммуноглобулин А – 72,3 мг/л и 84,9 мг/л соответственно. При микологическом методе определения дрожжевых грибов рода *Candida* в первой группе выявлены преимущественно виды *C. glabrata* (93,3 и 33,3% соответственно), *C. albicans* (83,3 и 50%), *C. quilliermondii* (60 и 40%), *C. kefyr* (40 и 26,7%), *C. krusei* (40 и 16,7%). В клиническом материале представителей второй группы преобладали штаммы *C. tropicalis* (90 и 60%). Известно, что ежегодно заболеваемость кандидозным стоматитом детей раннего возраста увеличивается. Широкое применение антибиотиков, цитостатических препаратов, глюкокортикоидов нередко создают условия для вегетации грибов. Наблюдаемый в последнее время рост числа пациентов, страдающих иммуносупрессией и вторичным иммунодефицитом, сопровождается распространением инфекций, вызываемых условно-патогенной микрофлорой, включая грибы. Из всех микотических инвазий большую часть (не менее 96%) занимают грибы рода *Candida*, существующие в двух формах: дрожжевых клеток и псевдомицелия. Наиболее патогенны для детей грибы рода *Candida albicans* и *Candida non-albicans*.

Выводы. Частота выделения дрожжевых грибов *C. non-albicans* (*C. glabrata*, *C. krusei*, *C. quilliermondii*, *C. kefyr*) выше у пациентов с локальной иммунной недостаточностью слизистых оболочек полости рта (низкий уровень лизоцима и секреторного иммуноглобулина А).

Маслова А.А., Николаева О.П.
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГРИБА *CANDIDA SP. ALBICANS* С
БАКТЕРИЯМИ-АССОЦИАНТАМИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии и вирусологии
Научный руководитель: к.в.н. Аккузина С.Г.

Цель. Выявить особенности взаимоотношений между грибом *Candida sp. albicans* и микрофлорой ротовой полости.

Материалы и методы. В исследованиях участвовало 13 человек. Выделение микроорганизмов осуществляли путем взятия смывов из ротовой полости стерильными ватными тампонами и посевом на питательные среды: мясопептонный агар, лактобакагар, мясопептонный солевой агар, среда Сабуро, Бифидум-среда. Культивирование посевов проводили при 37°C в течение 24 часов. После описания характера роста изготавливали мазки и окрашивали по методу Грама, отмечая форму клеток, их взаимное расположение и тинкториальные свойства. Виды микроорганизмов устанавливали постановкой полимеразной цепной реакции. Особенности межмикробных взаимодействий микроорганизмов выясняли путем совместного выращивания на питательных средах.

Результаты исследования. На мясопептонном агаре отмечали рост в виде колоний S –формы белого цвета и R-формы кремового цвета. При микроскопии обнаружили кокки, располагающиеся скоплениями грамположительные и диплококки грамотрицательные. На лактобакагаре в анаэробных условиях наблюдали рост в виде колоний S –формы, мелких полупрозрачных (овальные диплококки грамотрицательные) и R-формы крупные колонии серо-белого цвета, при микроскопии – это переплетающиеся нити из длинных палочек грамположительных. На солевом агаре выросли мелкие колонии белого цвета и светло-жёлтого цвета: в мазках – кокки, располагающиеся скоплениями, грамположительные. На среде Сабуро при комнатной температуре в основном зафиксированы мелкие полупрозрачные колонии и только из одной пробы, крупные колонии молочно-белого цвета (в поле зрения микроскопа – крупные овальные клетки грамположительные). Глубинный рост в виде «комет» отмечали на Бифидум-среде из всех проб. При микроскопии установили, что это короткие толстые палочки, расположенные скоплениями.

По результатам ПЦР в ротовой полости подопытных присутствовала следующая микрофлора: *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium bifidum*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Veilloneila parvula*, *Streptococcus mitis*, Actinomycetales, *Candida sp. Albicans*.

После совместного выращивания микроорганизмов приготавливали мазки и окрашивали по Граму. Внесение в Бифидум- среду чистых культур *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium bifidum* и *Candida sp. albicans* и дальнейшее культивирование показало, что происходит адгезирование бифидобактерий на поверхности клеток гриба.

Культивирование на мясопептонном бульоне (МПБ) *Candida sp. albicans* вместе с *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus* вызывают уменьшение количества клеток гриба, что подтверждает микроскопия изготовленного с МПБ препарата. Посев на Бифидум- среду

бактериальной массы *Veillonella parvula* и *Candida sp. albicans* выявил одновременный рост обоих видов микроорганизмов.

Выводы. 1. В результате бактериологических исследований выявлено существование симбиотических межмикробных отношений между грибом *Candida sp. albicans* и бактериями *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium bifidum*, *Veillonella parvula*.

2. Взаимоотношения между грибом *Candida sp. albicans* и стафилококками (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*) являются антагонистическими, так как вызвали лизис клеток гриба.

Морозова М.Л., Михайлова А.В.

ОЦЕНКА РОЛИ БАКТЕРИЙ ВИДА *PROPIONIBACTERIUM GRANULOSUM* В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Оценить роль бактерий вида *Propionibacterium granulosum* в развитии хронического пародонтита.

Материалы и методы. В клинике ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России было обследовано 40 пациентов с клиническими признаками пародонтита разной степени тяжести (20 женщин и 20 мужчин). Возраст пациентов варьировал от 40 до 75 лет, средний возраст составил $60,3 \pm 10,1$ лет. В контрольную группу вошли 20 здоровых добровольцев, имеющих интактный пародонт, средний возраст - $56,3 \pm 7,5$ лет. Степень тяжести пародонтита определялась врачом-стоматологом на основании диагностических критериев, описанных в клинических рекомендациях. Для легкой степени тяжести хронического генерализованного пародонтита характерны периодическое появление кровоточивости десен, иногда запах изо рта, неприятные ощущения в деснах, зуд, жжение. При осмотре выявлена застойная венозная гиперемия и отечность слизистой десневого края, над- и поддесневые зубные отложения. Для средней степени тяжести характерны кровоточивость десен при чистке зубов, почти постоянная при откусывании пищи, изменение цвета и вида десны, подвижность отдельных зубов, изменение их положения в зубной дуге. При физикальном обследовании определялся цианоз слизистой оболочки десневого края, межзубных сосочков, в отдельных участках наблюдали истончение слизистой десневого края, наддесневые и поддесневые зубные отложения. При тяжелом хроническом генерализованном пародонтите пациенты жаловались на боль при приеме пищи, иногда самостоятельную боль, не связанную с приемом пищи, изменения положения зубов, появления щелей между зубами, выпадение

зубов. Во время осмотра выявлена цианотичность слизистой оболочки десневого края, межзубных сосочков, изменение конфигурации десневых сосочков, в отдельных участках истончение слизистой десневого края и деформация десны, обильные наддесневые и поддесневые зубные отложения, подвижность зубов II-III степени. Также при обследовании оценивались гигиенические и пародонтальные индексы, определялось гноетечение из десневых карманов.

У всех пациентов после осмотра ротовой полости осуществлялся сбор ротовой жидкости для лабораторных исследований. Определяли количество условно-патогенных микроорганизмов, участвующих в развитии пародонтита, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени с использованием наборов реагентов «Пародонтоскрин» («ДНК-Технология», Россия). Микробиологические исследования осуществляли на 5 тест-культурах условно-патогенных бактерий, составляющих основу субгингивальной бляшки: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*. Культуральным методом выявляли уровень вегетации *Propionibacterium granulosum*, посев осуществляли в чашки Петри с кровяным агаром, инкубировали в анаэробных условиях с применением газогенераторных пакетов. Идентифицировали с помощью биохимического набора Анаэротест (Lachema, Чехия). Статистическая обработка выполнена с помощью программы STATISTICA for Windows версия 6.1.

Результаты. При анализе клинических и лабораторных данных, установлено, что хроническое течение пародонтита наблюдалось у 40 пациентов, среди них легкая и средняя степень течения болезни составила 75%, тяжелая – 25%. В ротовой жидкости всех обследуемых больных вегетировали пародонтогенные микроорганизмы: *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (95%), *Porphyromonas gingivalis* (95%), *Prevotella intermedia* (85%), *Tannerella forsythensis* (75%), *Treponema denticola* (62,5%). Наличие бактерий вида *Propionibacterium granulosum* выявили в исследуемом материале 13 (32,5%) пациента, причем в группе обследуемых легкой и средней степени – 23,1%, тяжелой формы - 76,9%. Известно, что пропионовые бактерии обладают иммуномодулирующим эффектом, синтезируют пропионовую и уксусную кислоты, участвуют в синтезе витамина B12. Однако многочисленные исследования бактерий рода *Propionibacterium* показали, что микроорганизмы вид *Propionibacterium granulosum* не являются основным источником пропионовой кислоты и при нарушениях местного иммунитета могут быть причиной развития воспалительных реакций. Поэтому в настоящее время таксономия вида *Propionibacterium granulosum* изменилась: род *Propionibacterium* был разделён на 4 рода: *Propionibacterium*, *Acidipropionibacterium*, *Cutibacterium*, *Pseudopropionibacterium*. Все они

остались в составе семейства Propionibacteriaceae и, как продуценты пропионовой кислоты, также могут называться пропионовокислыми бактериями. Исключённые из рода Propionibacterium виды были реклассифицированы следующим образом: Propionibacterium acidipropionici → Acidipropionibacterium acidipropionici; Propionibacterium acnes → Cutibacterium acnes; Propionibacterium granulosum → Cutibacterium granulosum.

Выводы. При тяжелых формах хронического пародонтита вегетирующую пародонтогенные микроорганизмы: Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Tannerella forsythensis, Treponema denticola и пропионовые бактерии вида Cutibacterium (Propionibacterium) granulosum. В схеме лечения хронического пародонтита необходимо применять иммуномодуляторы и антагонисты бактерий рода Cutibacterium.

Никонова В.А., Горбачёва В.А.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОДЫ РОДНИКОВ РЯЗАНСКОЙ
И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ

Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова

Кафедра микробиологии

Научный руководитель: Воробьева И.В., Котелевец Е.П.

Цель работы: изучить микробиологические характеристики воды питьевой наиболее посещаемых подземных водоисточников Рязанской и Московской областей.

Материалы и методы: в качестве объектов исследования были приняты воды подземных водоисточников Рязанской области (родник Иоанно-Богословского монастыря в селе Пощупово Рыбновского района, «Троица» в поселке Солотча) и Луховицкого района Московской области (родник у деревни Берхино, источник «святого Николая Чудотворца» в усадьбе Городна). Были исследованы по 5 проб из каждого водоисточника. Забор проб и определение общего микробного числа (ОМЧ) проводилось по общепринятой методике в соответствии с СанПиН 2.1.4.1175-02 «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения. Санитарная охрана источников» и МУК 4.2.1018-01 «Санитарно-микробиологический анализ питьевой воды» Министерства здравоохранения РФ. Дополнительно была проведена микроскопия с иммерсионной системой мазков колоний при помощи микроскопа "Биолам-ЛОМО".

Результаты. Среднее арифметическое ОМЧ воды родника близ Иоанно-Богословского монастыря в селе Пощупово составило 0 КОЕ/мл, источника «Троица» в поселке Солотча – 2 КОЕ/мл; родника у деревни

Берхино Луховицкого района – 254 КОЕ/мл; источника святого Николая Чудотворца возле усадьбы Городна - 641 КОЕ/мл. При микроскопии микропрепаратов из посевов воды источника д. Берхино и усадьбы Городна были обнаружены грамтрицательные палочки. При микроскопии микропрепаратов из посевов воды п. Солотча обнаружили грамположительные кокки и грамтрицательные палочки.

Выводы. На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что вода из источников близ Иоанно-Богословского монастыря в селе Пощупово и «Троица» поселка Солотча соответствуют нормам СанПиН 2.1.4.1175-02 (ОМЧ – не более 100 КОЕ/см³), является безопасной и пригодной к употреблению. Напротив, показатель ОМЧ воды из родника у деревни Берхино и источника святого Николая Чудотворца значительно превышают норму, что говорит о неудовлетворительном санитарном состоянии источника водоснабжения и санитарно-охранной зоны, возможном их загрязнении хозяйственно-бытовыми сточными водами. Следовательно, выбор – употреблять ли воду из данных источников водоснабжения и, если употреблять, то для каких целей, остается за потребителями.

Саляхутдинов Р.Р., Чеглакова Ю.А.

**РОЛЬ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ И БАКТЕРИЙ ВИДА
STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA В ФОРМИРОВАНИИ
ПУЛЬПИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ**

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Оценка роли анаэробных микроорганизмов и бактерий вида *Stenotrophomonas maltophilia* в развитии эндодонтогенных инфекций у пациентов с частичным отсутствием зубов.

Материалы и методы. Исследовали содержимое каналов зубов у пациентов с заболеваниями пульпы, дентина и частичным отсутствием зубов: 30 человек.

Материал отбирали врачи-стоматологи при оказании медицинской помощи специальным стерильным бумажным пером до удаления некротизированных тканей, после хирургической помощи, из каналов удаленных постоянных зубов. Стерильными ватными тампонами брали смывы с зубных протезов. Доставляли в бактериологическую лабораторию. Готовили ряд десятикратных разведений исследуемого материала: 1:10; 1:100; 1:1000; 1:10000; 1:100000 и т.д. Высевали на питательные среды: Анаэроагар, Эндо, мясо-пептонный и кровяной агар. Культивировали при температуре 37 градусов Цельсия в условиях термостата. Анаэробную среду создавали в микроанаэроостате с

применением газогенераторных пакетов. Подсчитывали количество колоний и переводили в КОЕ/мл. Идентифицировали в биохимическом тесте производства Lachema. Морфологические свойства изучали методом Грама. Бактерии вида *Stenotrophomonas maltophilia* выращивали на среде ЛИДС, дифференцировали с помощью панели API25 (bioMerieux, Франция). Результаты исследований обрабатывали при помощи стандартных статистических пакетов («SPSS-11,5 for Windows»). Для определения статистической значимости различий величин использовался t-критерий Стьюдента. Непрерывные переменные представлены в виде $M \pm m$ (выборочное среднее \pm ошибка среднего). В данном исследовании использовался критический уровень значимости p , где он не превышал 0,05 ($p < 0,05$), что означало достоверность полученных отличий.

Результаты. Анализируя данные исследования, можно констатировать преобладание в некротизированных участках пульпы анаэробных микроорганизмов: *Anaerorhabdus furcosa* (плеоморфные короткие грамотрицательные палочки), *Alistipes putredinis* (короткие грамотрицательные палочки, обнаруживаемые в сгустках), *Dialister pneumosintes* (мелкие коккопалочки грамотрицательные), *Mitsuokella multacida* (грамотрицательные палочки с закругленными концами). Чаще выделяли с поверхности зубных протезов обследованных лиц с заболеваниями пульпы микроорганизмы: *Stenotrophomonas maltophilia* (66,7% и 13,3% соответственно), *Candida membranifaciens* (73,3% и 26,7%), *Staphylococcus epidermidis* (93,3% и 73,3%). В клиническом материале слизистых оболочек пациентов с частичным отсутствием зубов и наличием зубных протезов также преобладали микробы *Stenotrophomonas maltophilia* (70% и 12% соответственно), *Candida membranifaciens* (80% и 60%), *Staphylococcus epidermidis* (80% и 33,3%). Необходимо отметить выявленные микробные ассоциации *S. maltophilia* и *St. epidermidis* (67% и 12%), *St. epidermidis* и *C. membranifaciens* (90% и 10%) при высокой обсемененности очага 5×10^6 КОЕ/мл. Гемолитическая активность бактерий была выявлена у *S. maltophilia* и *St. Epidermidis* среди пациентов с частичным отсутствием зубов. Известно, что использование искусственных зубов повышает риск инфицирования полости рта, повреждения слизистых оболочек, нарушения естественного микробиома. В результате метаболизма образуются кислоты, которые способствуют повышению адгезивных свойств микроорганизмов. При окраске фиксированных препаратов из культур *Staphylococcus epidermidis* и *Stenotrophomonas maltophilia* методом Романовского-Гимза выявили капсулу, слизистое вещество, повышающее адсорбцию бактерий к поверхности полимерных изделий. Измерение pH бактериальных суспензий на ионометре показало высокую кислотность.

Выводы. Микроорганизмы *pneumosintes*, *Mitsuokella multacida* принимают активное участие в патологическом процессе гнойно-

воспалительных заболеваний корневых каналов; у пациентов с частичным отсутствием зубов при использовании зубных протезов чаще вегетировали бактерии с адгезивными свойствами *membranifaciens*, воспалительных процессах эндодонта и на поверхности искусственных зубов обнаружили гемолитические формы бактерий *epidermidis*.

Смирнов А.А.

РАЗРАБОТКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ИММУНОСУПРЕССИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Богачева Н.В.

Цель исследования. Воспроизвести хеликобактериоз в организме нелинейных мышей на фоне индуцированного дексаметазоном состояния иммуносупрессии.

Материалы и методы. В работе использовали 30 нелинейных мышей обоего пола весом 15-20 г. Для создания состояния иммуносупрессии применяли дексаметазон («КРКА», Словения). Лимфоциты из селезенки выделяли, используя градиент плотности для мышей и режим центрифугирования 1500 об./мин в течение 15 мин. Подсчет клеток осуществляли в камере Горяева на световом микроскопе («Микмед-2», Россия). Для выделения *H. pylori* (*H. p.*) гомогенизированное содержимое желудка (ГСЖ) сеяли на колумбийский агар (КА) с антибиотиками (АБ). Идентификацию выросшей культуры осуществляли, используя микроскопию, морфологическую оценку выросших культур, биохимические тесты и иммунохроматографический анализ (тест-систему «РЭД *Helicobacter pylori*», Россия).

Результаты. На первом этапе теоретически обосновали дозу дексаметазона для создания у животных состояния иммуносупрессии: 40 мкг/мл в сутки. Далее провели введение препарата 20 опытным мышам ежедневно, внутрибрюшинно, трехкратно. На 4-й день исследования 20 опытных мышей были разделены на 2 подгруппы по 10 животных в каждой: 1 группе вводили препарат *H. p.* перорально в объеме 0,2 мл в концентрации 1×10^9 кл./мл; 2 группе вводили препарат *H. p.* как животным в 1-й группе, но дополнительно делали две внутримышечные подколки дексаметазоном. Контрольной (3-й) группе мышей дексаметазон не вводили, однако вместе с опытными животными на 4-й день эксперимента они также получили препарат *H. p.* На 6-й день после введения *H. p.* мышей подвергли эвтаназии. При подсчете в камере Горяева выделенных из селезенки лимфоцитов было выявлено, что концентрация лимфоцитов в первой группе составляет $7,3 \times 10^6$ кл./мл, во второй группе – $3,3 \times 10^6$ кл./мл, в третьей группе – $11,1 \times 10^6$ кл./мл.

При посеве ГСЖ на КА с АБ у мышей 1-й и 2-й групп было выявлено наличие роста характерных для *H. p.* колоний, с наибольшим количеством у 2-ой группы. У контрольной группы – рост не наблюдался. При биохимическом исследовании выявлена положительная уреазная, оксидазная и каталазная активность, характерная для данного микроорганизма. Принадлежность культуры, выделенной из биологического материала экспериментальных 1-й и 2-й групп животных, к *H. p.* подтверждена при тестировании ее с использованием иммунохроматографической тест-системы «РЭД *Helicobacterpylori*» (Россия).

Исследование проведено в рамках Грантовой программы ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «Университетский научный грант» в рамках проекта № 1-1.2/2020».

Выводы:

1. Оценена возможность создания состояния иммуносупрессии на мышцах при введении теоретически обоснованной схемы использования дексаметазона: уровень лимфоцитов достоверно ($p < 0,05$) снижается как в 1-й и 2-й группах мышей, с преобладанием во 2-й группе.

2. На фоне состояния иммуносупрессии создана модель хеликобактериоза, которая может быть использована для изучения антропонозных инфекции и разработки перспективных схем лечения.

Степанова М.А.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Оценить роль *Haemophilus haemolyticus* в развитии варикозной болезни.

Задачи исследования: изучить количественный и качественный состав микрофлоры полости рта, в отделяемом трофических язв и крови при варикозной болезни.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ микробиологического изучения ротовой жидкости, отделяемого трофических язв, цельной крови пациентов с хронической венозной недостаточностью и представителей контрольной группы, не имеющих данной патологии. Ротовую жидкость собирали натошак в утреннее время в стерильные емкости, транспортировали в микробиологическую лабораторию. Исследуемый материал гомогенизировали, изготавливали фиксированные и нативные препараты, окрашивали методом Грама, Циля-Нильсена, высевали на питательные среды: желточно - солевой агар с

целью выделения стафилококков, энтерококкагар - для обнаружения энтерококков, кровяной агар – стрептококков, шоколадный агар – гемофильных палочек. Образцы крови помещали в двухфазную питательную среду и инкубировали при температуре 37°C в течение 24 часов. Затем фиксировали характер роста. При отсутствии видимого роста бактерий применяли микроскопический метод с последующим высевом на шоколадный агар в атмосфере 5-10% углекислого газа. Идентифицировали микроорганизмы в панели биохимических тестов LACHEMA (Чехия). Математический анализ проводили с помощью статистического пакета Excel.

Результаты. При бактериологическом изучении ротовой жидкости установлено наличие бактерий рода *Streptococcus* и *Staphylococcus* в обеих группах обследованных, количество *Haemophilus haemolyticus* превысило показатели группы сравнения (74 и 6% случаев). При содержании *Haemophilus haemolyticus* в отделяемом трофических язв пациента происходило наличие роста на питательной среде – шоколадный агар в объеме 5×10^6 -7 КОЕ/мл. Также констатировано изменение времени свертывания крови в пробах пациентов, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной тромбозом в присутствии антигенов *Haemophilus haemolyticus*. Время свертывания крови здорового человека в течение 5 минут, при варикозной болезни без антигена – 3 минуты, в присутствии антигена – 1 – 2 минуты.

Выводы. В ротовой жидкости пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей и в отделяемом трофических язв чаще персистировали бактерии *Haemophilus haemolyticus*; при тромбозе повышалась свертывающая активность крови.

Трубникова М.А., Кряжева П.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, МИКРОБИОМА И
ЭКСПОСОМА АКНЕ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ.
ДЕМОНСТРАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: доцент Дрождина М.Б.,

к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Анализ микробиома кожи лица при акне у студентов, выделение наиболее значимых экспосом-факторов, анализ изменения индексов качества жизни до и после лечения, демонстрация результатов проведенной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 студентов, 20-22 лет. Первая группа: пациенты с акне, 15 человек. Вторая группа:

здоровые студенты, 15 человек. Соскоб с поверхности кожи анализировали бактериологическим методом. CD3, CD4, CD8, CD20 лимфоциты в периферической крови анализировали в реакции непрямой иммунофлюоресценции, иммуноглобулины G, A, M выявляли иммуноферментным анализом. Метаболизм нейтрофилов оценивали по результатам спонтанного НСТ-теста. Циркулирующие иммунные комплексы определяли осаждением полиэтиленгликолем. Качество жизни оценивали: Кардиффским индексом социальной дезадаптации (CADI), индексом оценки психо-социального эффекта воздействия акне (APSEA), дерматологическим индексом качества жизни (DLQI). Пациенты с легкой и средне-тяжелой степенью акне пролечены препаратом, содержащим бензоилпероксид и адапален; пациенты с тяжелой формой – системный изотретиноин. Статистический анализ - программа «STATISTICA 10».

Результаты. На коже пациентов первой группы чаще колонизировали *Propionibacterium acnes* (66,6 и 33,3 %), *Propionibacterium granulosum* (86,6 и 26,6%), *Prevotella melaninogenica* (53,3 и 13,3%), *Peptostreptococcus anaerobius* (80 и 40%), бактерии рода *Enterococcus* (80% и 26,6%).

Анализ данных иммунного статуса выявил достоверное снижение количества CD16- лимфоцитов, процента фагоцитирующих нейтрофилов, а также повышение значений количества CD3-клеток, НСТ-теста, уровня циркулирующих иммунных комплексов, IgG и IgM в сыворотке крови пациентов с акне. Наиболее значимые экспосом-факторы: стресс, нарушение диеты, изменение климата, менструальный цикл. Средний показатель CADI, APSEA, DLQI составили до лечения 6,1; 63; 7,3 соответственно; после лечения – 2,9; 42; 4 соответственно. Под влиянием проводимого лечения полного очищения кожи достигли все пациенты.

Выводы. Кожа лица пациентов с акне значительно чаще колонизируется анаэробными бактериями и факультативно-анаэробными кокками, по сравнению с кожей интактных пациентов. Показатели иммунного статуса свидетельствуют о дисфункции иммунитета с преимущественной активацией Т-звена, что объясняет характер воспалительного процесса. Значительное улучшение индексов CADI, APSEA, DLQI в процессе лечения продемонстрировало правильный выбор терапевтической тактики у всех пациентов.

Тунева Н.А., Дегтянникова Е.В.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ОТНОШЕНИИ МИКРОФЛОРЫ ПЕРИИМПЛАНТНЫХ ЗОН

Кировский государственный медицинский университет

Вятский государственный университет

Кафедра микробиологии и вирусологии, кафедра микробиологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Богачева Н. В.

Цель работы. Изучить антибиотикорезистентность микроорганизмов, наиболее часто встречающихся в периимплантных зонах у пациентов со стоматологическими имплантатами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов с периимплантатами в анамнезе – 27 женщин и 13 мужчин. Каждому из пациентов в ходе исследования был проведен бактериологический анализ субмукозальных образцов биопленки из периимплантной зоны. В отношении всех выделенных микроорганизмов была определена антибиотикорезистентность методом дисков («ООО НИЦФ» Россия). Антибиотикорезистентность была исследована в отношении 21 антибиотика: ампициллина, ванкомицина, клиндамицина, эритромицина, цефтриаксона, гентамицина, левофлоксацина, цефокситина, норфлоксацина, бензилпенициллина, линезолида, тетрациклина, нитрофурантоина, моксифлоксатина, оксациллина, фосфомицина, тейкопланина, фузидиевой к-ты, тобрамицина, тигециклина, хлорамфеникола.

Результаты: Результат бактериологического этапа исследования позволил идентифицировать микроорганизмы периимплантных зон до вида. Среди них наиболее были выделены наиболее часто встречающиеся микроорганизмы *Streptococcus mitis*, *Streptococcus sanguinis*, *Staphylococcus epidermidis*, *Actinomyces naeslundii*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Антибиотикорезистентность была определена в отношении четверки лидеров по частоте встречаемости их у пациентов. У *Streptococcus mitis* антибиотикорезистентность по отношению ко всем изучаемым в работе антибиотикам была отмечена в 23,8 %; у *Actinomyces naeslundii* – в 28,8 %, *Streptococcus sanguinis* – в 19,1 %, *Staphylococcus epidermidis* – в 38,1 %. Кроме этого, мы провели оценку перекрестной чувствительности у лидеров периимплантитов. Все четыре микроорганизма обладали перекрестной чувствительностью к ванкомицину и левафлоксацину, которая составила к периимплантным микроорганизмам выявлена в отношении клиндамицина, эритромицина, гентамицина, которая составила 26,3; 23,8 и 30,0 %.

Выводы. Таким образом, выявлена достаточно высокая чувствительность к большинству изученных в соответствующим антибиотикам 97,3 % и 95,0 %. Перекрестная резистентность у работе антибиотиков. Полученные данные могут быть обоснованы ограниченным применением антибиотиков для решения проблемы периимплантита на современном этапе развития стоматологии. Если рассматривать антибиотики, рекомендуемые для покрытия широкого спектра микроорганизмов, рассматриваемых в качестве причины воспаления, то это должны быть ванкомицин и левафлоксацин.

Хасаншина З.Р.

ОТРАБОТКА ЭТАПА ИНАКТИВАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ДЛЯ
ПОЛУЧЕНИЯ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА,
НАПРАВЛЕННОГО НА ПРОФИЛАКТИКУ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

Вятский государственный университет

Кафедра микробиологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Богачева Н.В.

Цель работы. Оработать инактивацию *Helicobacter pylori* наночастицами коллоидного серебра как одного из этапов разработки методики получения иммунобиологического препарата, направленного на профилактику хеликобактериоза.

Материалы и методы. В работе использовали культуру *Helicobacter pylori*, выращенную на колумбийском агаре с 5% сывороткой крови крупного рогатого скота. Идентификацию *H. pylori* осуществляли методом микроскопии мазков, окрашенных по Граму, по морфологическим признакам, биохимическим тестам, а также при помощи иммунохроматографической тест-системы («РЭД *Helicobacter pylori*», Россия). Культуру микроорганизма доводили до необходимой концентрации, используя стандарт мутности («МакФарланда», Индия) и 0,9% раствор NaCl с pH 7,4±0,2. Для проведения инактивации применяли препарат наночастиц коллоидного серебра, полученный цитратным методом. Воздействие наночастицами коллоидного серебра осуществляли в микроаэрофильных условиях при 37 °С в течение 3 часов.

Результаты. На первом этапе работы провели подготовку культуры *H. pylori*. Для этого трехсуточную культуру микроорганизма доводили до концентрации 1×10⁹кл./мл, после чего получали шесть десятикратных разведений. Далее в шесть пробирок с различными концентрациями *H. pylori* от 1×10⁹кл./мл до 1×10⁴кл./мл добавляли препарат наночастиц коллоидного серебра в соотношении 1:1. В качестве контрольных проб использовали смесь культуры с NaCl в соотношении 1:1. После трехчасовой инактивации культуры провели высевы из опытных и контрольных проб на колумбийский агар с сывороткой. При концентрации культуры 1×10⁹кл./мл как в опытной, так и в контрольной пробе наблюдался рост сплошным газоном. Начиная с концентрации 1×10⁸кл./мл было отмечено уменьшение числа колоний *H. pylori* в опытных пробах по сравнению с контролями. В последней опытной пробе, где концентрация культуры составила 1×10⁴кл./мл, рост не наблюдался. При оценке после инактивации выросших культур было отмечено изменение их биохимической активности из разведений, начиная с 1×10⁷кл./мл до 1×10⁵кл./мл. Положительная оксидазная и каталазная активность после инактивации изменились, соответственно, на отрицательную и слабоположительную.

Выводы. Таким образом, показано, что при уменьшении концентрации культуры *H. pylori* наночастицы коллоидного серебра проявляют большую инактивирующую способность в отношении данного микроорганизма. Также установлено, что использование наночастиц коллоидного серебра для инактивации *H. pylori* с целью получения иммунобиологического препарата, направленного на профилактику хеликобактериоза, требует учета концентрации как самих наночастиц, так и культуры, кратности воздействия наночастиц на культуру для сохранения антигенных и иммуногенных свойств.

Хорошавина А.С., Брагин К.А.

МИКРОБНОЕ СООБЩЕСТВО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА БЕЛЫХ МЫШЕЙ: МЕЖМИКРОБНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.в.н. Аккузина С.Г.

Цель работы. Установить виды межмикробных взаимодействий в биопленке слизистых желудочно-кишечного тракта белых мышей.

Материалы и методы. В работе использованы бактериологический и бактериоскопический методы исследования. Идентификацию видов микроорганизмов проводили путем постановки полимеразно - цепной реакции.

Для получения чистых культур микроорганизмов брали соскобы со слизистой ротовой полости, желудка, тонкого и толстого отдела кишечника белых мышей и осуществляли посев на питательные среды: Эндо, Сабуро, солевой МПА, лактобакагар, Бифидум-среда. Культивирование посевов выполняли при 37°C в условиях термостата, за исключением посева на среде Сабуро – при 24°C.

Морфологические и тинкториальные свойства выделенных бактерий изучали микроскопией мазков, окрашенных по Граму.

Межмикробные связи устанавливали путем совместного культивирования микроорганизмов на селективных питательных средах в течение 24 часов при температуре от 24°C до 37°C, с последующим изготовлением мазков и окраской их по Граму.

Результаты. При культивировании посевов на среде Эндо отмечали присутствие малиновых колоний с металлическим блеском и розовых гладких блестящих (S-форма) и колоний малинового цвета шероховатых сухой консистенции (R-форма). В изготовленных и окрашенных мазках наблюдали палочки с закругленными концами одиночные грамотрицательные; розовые колонии - длинные палочки, располагающиеся в цепочку грамположительные.

На среде Сабуро выросли колонии S-формы белые и желтые средних размеров, а также крупные колонии молочно-белого цвета. При микроскопии обнаружены: грамположительная кокковая микрофлора расположением скоплениями, пакетами, и палочковидная грамположительная и грамотрицательная в виде одиночных коротких и длинных палочек.

Колонии S-формы белого цвета и серо-белого цвета отмечали на солевом агаре и лактобакагааре (в мазках – кокковые грамположительные бактерии и палочки грамотрицательные).

В Бифидум-среде наблюдали глубинный рост – колонии бифидобактерий в виде «комет», в поле зрения микроскопа найдены палочки короткие толстые располагающиеся скоплениями грамположительные.

При проведении ПЦР идентифицированы выделенные виды микроорганизмов из ротовой полости мышей - это кокковая микрофлора *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Sarcina ventriculi*; палочковидная микрофлора - *Escherichia coli*, *Bacteroides sp. vulgatus*; ветвящиеся формы - *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium dentium*, *Actinomycetales*, *Fusobacterium necrophorum*, и микроскопические грибы *Candida sp. albicans*.

Биопленка слизистой желудка белых мышей содержит микроорганизмы: *Staphylococcus saprophyticus*, *Escherichia coli*, *Escherichia fergusonii*, *Mitsuokella multacida*, *Alistipes putredinis*, *Candida sp. albicans*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium animalis ssp animalis*.

Слизистая тонкого кишечника белых мышей колонизирована бактериями: *Staphylococcus saprophyticus*, *Escherichia coli*, *Fusobacterium necrophorum*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium animalis ssp animalis*.

Резидентной микрофлорой, выделенной из соскоба со слизистой толстого кишечника, являются следующие виды микроорганизмов *Staphylococcus saprophyticus*, *Escherichia fergusonii*, *Escherichia coli*, *Peptococcus simiae*, *Peptostreptococcus*, *Gemella morbillorum*, *Actinomycetales*, *Fusobacterium necrophorum*, *Sacharomices cerevisial*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium animalis ssp. animalis*.

Совместное выращивание на МПА *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus* и *Escherichia coli* не вызвало видимых изменений - в мазках отмечали присутствие и кокковой и палочковидной микрофлоры.

При культивировании гриба *Candida sp. albicans*, *Sacharomices cerevisial* с кокковидной микрофлорой *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus* в мазках отмечали единичные кокки и большое количество овальных клеток гриба.

Выращивание бифидобактерий, кишечной палочки и *Staphylococcus aureus* в бифидосреде привело к отсутствию бифидобактерий в мазке.

Выводы.

1. При проведении бактериологических и молекулярно-биологических исследований установлена резидентная микрофлора биотопов желудочно-кишечного тракта белых мышей.

Биотоп «ротовая полость» содержит микрофлору *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Sarcina ventriuli*, *Escherichia coli*, *Bacteroides sp. vulgatus*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium dentium*, Actinomycetales, *Fusobacterium necrophorum*, и микроскопические грибы *Candida sp. albicans*.

Биопленка слизистой желудка включает *Staphylococcus saprophyticus*, *Escherichia coli*, *Escherichia fergusonii*, *Mitsuokella multacida*, *Alistipes putredinis*, *Candida sp. Albicans*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium animalis ssp animalis*.

Слизистая тонкого кишечника колонизирована бактериями: *Staphylococcus saprophyticus*, *Escherichia coli*, *Fusobacterium necrophoru*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium animalis ssp animalis*.

Резидентной микрофлорой толстого кишечника являются следующие виды микроорганизмов: *Staphylococcus saprophyticus*, *Escherichia fergusonii*, *Escherichia coli*, *Peptococcus simiae*, *Peptostreptococcus*, *Gemella morbillorum*, Actinomycetales, *Fusobacterium necrophoru*, *Sacharomices cerevisial*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Bifidobacterium animalis ssp. animalis*.

2. В биотопах наблюдаются разные виды межмикробных взаимодействий.

Нейтрализм наблюдается между *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus* и *Escherichia coli*.

Антагонизм присутствует во взаимоотношениях между дрожжеподобными грибами и кокковой микрофлорой, а также бифидобактериями и кокковой микрофлорой.

Между дрожжеподобными грибами и бифидобактериями установлен тип взаимоотношений – комменсализм.

Цепелёв А.А., Демьянков А.М., Кожокарь Р.А.
МЕТОДИКИ АНАЛИЗА ИНАКТИВАЦИИ ШТАММОВ *E. COLI*
НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра микробиологии и вирусологии
Научный руководитель: д.м.н., доцент Богачева Н.В.

Цель работы. Изучить качество инактивации наночастицами серебра штаммов *Escherichia coli*.

Материалы и методы. Штамм *E.coli* C-600 (штамм № 1/1) и штамм *E.coli* C-600 (штамм № 1/2), соответственно, до и после инактивации наночастицами серебра; штамм *E.coli*, выделенный из препарата «Бификол» (штамм № 2/1) и штамм *E.coli*, выделенный из препарата «Бификол» (штамм № 2/2), соответственно, до и после инактивации наночастицами серебра. Для инактивации культур применяли раствор наночастиц серебра, приготовленный цитратным методом. Для оценки инактивации использовали: метод дисков (антибиотики: ампициллин (1), цiproфлоксацин (2), азитромицин (3), гентамицин (4)), метод серийных разведений антибиотиков с ампициллином; метод агаровых блоков; определение чувствительности к бактериофагу; анализ протеолитической и сахаролитической активности; метод постановки реакции агглютинации на стекле со специфическими сыворотками.

Результаты. На первом этапе провели оценку морфологии колоний инактивированных культур. При посеве штаммов № 1/2 и 2/2 было обнаружено изменение размера и формы колоний в сравнении со штаммами 1/1 и 2/1. При исследовании антибиотикорезистентности бактериальных штаммов было установлено выраженное ослабление резистентности в отношении всех исследуемых антибиотиков у обоих инактивированных штаммов, более выраженное у инактивированного штамма, выделенного из «Бификола» (штамм 2/2). У штамма 1/2 в сравнении с исходным штаммом 1/1 зона негативного роста уменьшилась при исследовании 1, 2, 3, 4 антибиотиков, соответственно, с 12 мм до 8 мм, с 10 мм до 6 мм, с 11 мм до 7 мм, с 9 мм до 7 мм; у штамма 2/2 в сравнении с исходным штаммом 2/1, соответственно, с 10 мм до 5 мм, с 8 мм до 5 мм, с 6 мм до 4 мм, с 9 мм до 6 мм.

При оценке инактивации микроорганизмов методом серийных разведений минимальная доза ампициллина, подавляющая рост обоих инактивирующих штаммов, увеличилась: в отношении штамма 1/2 в сравнении с 1/1 в три раза (с 3 ед. до 9 ед), в отношении штамма 2/2 в сравнении с 2/1 в четыре раза (с 3 ед. до 12 ед).

При использовании метода агаровых блоков, при добавлении в питательную среду штамма-антагониста вида *L. acidophilus* наблюдали появление зон негативного роста большего диаметра у инактивированных культур по сравнению с контролем. Метод титрования бактериофагов установил снижение резистентности исследуемых после инактивации штаммов к действию бактериофага. При исследовании биохимических свойств микроорганизмов тесты на индол, аммиак и сероводород были отрицательны, отмечалось снижение спектра расщепляемых сахаров на средах Гисса. В реакции агглютинации на стекле со специфической сывороткой наблюдали положительную реакцию при исследовании обоих инактивированных штаммов, что является подтверждением сохранности

антигенных свойств микроорганизма как немаловажного признака качества инактивации.

Выводы:

1. С использованием недорогих методов была проведена оценка качества инактивации двух штаммов *E.coli*, позволяющая утверждать о возможности применения наночастицами серебра для ослабления свойств микроорганизма с целью получения иммунобиологических препаратов.

2. По результатам оценки установлена разная степень инактивации наночастицами серебра различных штаммов. Данный факт свидетельствует о необходимости отработки метода инактивации с использованием наночастиц серебра в отношении не только вида, но и штамма микроорганизмов с обязательным применением методов оценки уровня инактивации.

Ширинов Ф.Н., Яровиков Н.А.

УЧАСТИЕ STAPHYLOCOCCUS AUREUS SUBSP. ANAEROBIUS В ПАТОГЕНЕЗЕ ВТОРИЧНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Колеватых Е.П.

Цель исследования. Определение частоты персистенции *Staphylococcus aureus subsp. anaerobius* в перитонеальной жидкости.

Материалы и методы. Всего было обследовано 47 больных в возрасте от 17 до 80 лет: 32 мужчин, 15 женщин. Взятие клинического материала осуществляли во время операции врачом – хирургом в асептических условиях в транспортные среды Cary-Blair. Использовались бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-генетический (полимеразная цепная реакция) методы. Для культивирования стафилококков готовили ряд десятикратных серийных разведений, высевали на питательные среды: кровяной агар с применением газогенераторных пакетов ANAEROGASPAK (HiMidia, Индия), желточно-солевой агар (ЖСА). Результаты исследования проходили обработку с помощью программы STATISTICA for Windows версия 6.1.. Критерием статистической достоверности получаемых данных была принята общепринятая в медицине величина $p < 0.05$.

Результаты. По результатам идентификации значительная часть выделенных бактериальных культур была отнесена к роду *Staphylococcus* (78,72%), причем было замечано доминирование *Staphylococcus aureus* (68,08%). В результате исследования была установлена частота персистенции *Staphylococcus aureus subsp. anaerobius* и *Staphylococcus aureus subsp. aureus* в перитонеальной жидкости при вторичных перитонитах (46,80 и 21,27% соответственно). Причем в ассоциациях

анаэробный стафилококк вегетировал реже, чем в монокультуре (4,55 и 95,45%). У лиц со вторичным перитонитом обнаруживали смешанную аэробно - анаэробную флору. В группе аэробов чаще выделялись бактерии рода *Staphylococcus* – 15 наблюдений, что составило 31,91%, *Escherichia coli* – 11 (23,40%), *Proteus* – 10 (21,27%); в группе анаэробов *Staphylococcus aureus* subsp. *anaerobius* – 22 (46,80%), *Bifidobacterium* – 18 (38,29%), *Bacteroides* – 9 (19,14%).

Выводы. В результате исследования установлена частота персистенции *Staphylococcus aureus* subsp. *anaerobius*, который принимает участие в патогенезе вторичных перитонитов.

8. НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Абызбаева А.С., Байкосова Г.К.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТА С ОЛИВОПОНТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии, медицинской генетики

Научный руководитель: к. м. н., доцент Аптикеева Н.В.

Цель работы. Изучить степень выраженности нарушений опорно-двигательного аппарата у пациента с оливопонтocerebellарной дегенерацией.

Материалы и методы. Описание клинического случая редкой формы мультисистемной атрофии оливопонтocerebellарной дегенерации у мужчины 58 лет. В ходе исследования были использованы современное экспертное оборудование (эргометр ZEBRIS, США (учитывались параметры устойчивости и ходьбы по площади эллипса, скорости ходьбы, темпу ходьбы, длине шага, поворота ступни, фазы переноса и приземления, асимметрии) и видеонистагмография VNG415, Германия (спонтанный и поствращательный нистагмы) на базе Главного бюро по медико-социальной экспертизе по Оренбургской области.

Результаты. Пациент считает себя больным 2 года, когда постепенно стало развиваться «постоянное головокружение». При анализе ходьбы с открытыми глазами на аппарате ZEBRIS были получены следующие результаты: скорость передвижения составила 0,7 км/ч; количество шагов на 100 м – 120 шагов в минуту; длительность двойного шага – 2,1 секунды; темп ходьбы – 85 шагов в минуту; поворот левой ступни – 8,6 градусов, а правой – 7,4 градуса от центра тяжести; длина шага слева – 12 сантиметров(см), справа – 8 см; фаза приземления 40% слева и 43% справа; фаза переноса слева 12%, справа – 12 %; боковая симметрия – 150 мм вправо, вперед-назад – 162 мм. При оценке параметров устойчивости на

аппарате ZEBRIS с открытыми глазами было выявлено, что площадь эллипса 95% распределения составила 241 мм², площадь эллипса с закрытыми глазами - 1750 мм². При проведении видеонистагмографии спонтанный нистагм не был зарегистрирован, поствращательный - 0,03 секунды справа и 0,02 секунды слева (вариант нормы).

Выводы. Современное экспертное оборудование эргометр ZEBRIS позволило объективизировать 1 степень выраженности нарушений опорно-двигательной системы. Головокружение – как основная жалоба пациента уточнена в виде неустойчивости (несистемного головокружения), замедленном темпе ходьбы с признаками атаксии в обе стороны, что подтверждает поражение мозжечка при оливопонтocerebellарной недостаточности. А результаты видеонистагмографии опровергли наличие вестибулярного синдрома (системного головокружения).

Бабий Н.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кировский государственный медицинский университет.

Кафедра неврологии и нейрохирургии.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шишкина Е.С.

Цель работы. Изучить частоту встречаемости и степень тяжести клинических проявлений полинейропатии у больных сахарным диабетом 2-го типа, а также выявить факторы риска развития диабетической полинейропатии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» г. Кирова среди пациентов с установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа. Всего было опрошено 30 человек (8 мужчин и 22 женщины), средний возраст обследуемых - $62,6 \pm 7,31$ лет. Кроме исследования неврологического статуса с оценкой двигательной силы, поверхностной и глубокой чувствительности, для оценки поражения периферической нервной системы использовались соответствующие опросники (опросник нейропатической боли, шкала бальной оценки симптомов нейропатии, шкала нейропатических нарушений нижних конечностей). Учитывались следующие факторы риска: возраст, пол, индекс массы тела, стаж диабета, средний уровень глюкозы венозной крови, уровень гликированного гемоглобина, наличие вредных привычек, наличие сопутствующих заболеваний.

Значимость оценивалась по критерию Манна-Уитни. Для определения взаимосвязи двух переменных использовались коэффициенты корреляции по смешанным моментам Пирсона.

Результаты. Участники исследования были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом <5 лет (9 человек), во 2 группу → 6 лет (21 человек). При оценке неврологического статуса наиболее часто отмечалось нарушение вибрационной (у 89,9% - 84,6% среди пациентов 1 группы, 95,2% среди пациентов 2 группы) и тактильной чувствительности (в 38,5% - 33,3% среди пациентов 1 группы, 45% среди пациентов 2 группы). Болевая чувствительность снижалась или выпадала у 22,2% больных (11,1% среди пациентов 1 группы, 33,3% среди пациентов 2 группы), нарушение мышечно-суставного чувства наблюдалось среди 15% исследуемых (0% среди пациентов 1 группы, 15% среди пациентов 2 группы). Снижение рефлексов на нижних конечностях в виде снижения\ отсутствия ахиллова рефлекса у 78% больных (66,7% среди пациентов 1 группы, 90,4% среди пациентов 2 группы), коленного рефлекса - у 47% исследуемых (28,5% среди пациентов 1 группы, 66,7% среди пациентов 2 группы). При бальной оценке симптомов нейропатии в 46,7% случаев выявлена тяжелая нейропатия (0% среди пациентов 1 группы, 70% среди пациентов 2 группы), в 6,7% выраженная нейропатия (15% среди пациентов 1 группы, 15% среди пациентов 2 группы), в 16,7% - умеренная (40% среди пациентов 1 группы, 10% среди пациентов 2 группы). При оценке болевого синдрома нейропатическая боль согласно опроснику DN4 была диагностирована в 50% случаев (44,4% среди пациентов 1 группы, 52,4% среди пациентов 2 группы).

При анализе у пациентов факторов риска развития полинейропатии получено: у пациентов 2 группы (со стажем диабета >6 лет) достоверно чаще (коэффициент корреляции 0,8) встречается снижение вибрационной чувствительности, в отличие от недостоверного снижения в 1 группе. При учете возраста пациентов получено, что с увеличением возраста пациентов, а также уровня глюкозы венозной крови пациентов вибрационная чувствительность в обеих группах нарушается достоверно чаще. Достоверного снижения вибрационной чувствительности в зависимости от веса пациентов и уровня гликированного гемоглобина крови не выявлено, как в первой группе, так и во второй. Снижение вибрационной чувствительности в зависимости от пола не достоверно, несмотря на то, что количество женщин со снижением данного параметра преобладает над количеством мужчин. Курение является фактором риска развития диабетической полинейропатии ($p < 0,03$).

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом в 86,7% случаев наблюдается вовлечение в патологический процесс периферической нервной системы (достоверно), которая чаще всего представлена нарушением глубокой чувствительности. При этом тяжелая нейропатия наблюдается достоверно выявлена в 43,3% случаев. Болевой синдром сопутствует полинейропатии лишь в 50% случаев, что свидетельствует о высоком проценте встречаемости безболевого формы патологии

(достоверно). Есть достоверная корреляция клиники полинейропатии со стажем заболевания, уровнем глюкозы венозной крови, избыточным весом, курением.

Таким образом, диабетическая полинейропатия остается на сегодняшний день актуальной проблемой, несмотря на лечение основного заболевания. Своевременная диагностика и коррекция данного осложнения сахарного диабета позволит улучшить качество жизни таких пациентов.

Бабикова А.А., Шушпанова Д.И., Халиуллина А.Р.
ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии
Научный руководитель: к.м.н. Э.Ф. Сырчин

Цель работы. Оптимизация лечебно-диагностических мероприятий при ВОГ у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни детей с ВОГ за период с 2012 по 2019 год, пролеченных в хирургическом отделении Кировской областной детской клинической больницы (24 больных).

Результаты. На основании собранных данных установлено, что заболеванием чаще страдают мальчики (14, 58,3%), девочек за этот период пролечено 10 (41,7%). В возрастном аспекте больные распределились следующим образом: до 6 месяцев 43%, от 0,5 до 2 лет – 43%, старше 2 лет – 14%. Всем больным выполнялась нейросонография через большой родничок, КТ головного мозга, МРТ головного мозга (по показаниям). Всем больным было выполнено эндоскопическое вмешательство – эндоскопическая тривентрикулостомия (ЭТВС). У 14 больных подобная тактика привела к положительному результату (эффективность метода – более 58%), у 10 больных стойкой компенсации с помощью ЭТВС достичь не удалось. Им была выполнена повторная операция – вентрикулоперитонеальное шунтирование. Непосредственные результаты оперативного лечения у всех больных оценены как удовлетворительные, катамнестическим наблюдением охвачены все больные, прооперированные по поводу ВОГ; проведено анкетирование родителей всех наблюдающихся пациентов, большая часть из них отметила стойкую положительную динамику лечебных мероприятий, но 8 детей (33,3%) из прооперированных больных в настоящее время имеют инвалидность. Результаты лечения находятся в зависимости от возраста оперативного лечения больных: в возрастной группе до 6 месяцев вероятность успешной ЭТВС составляет 33%, от 0,5 до 2 лет вероятность успешной ЭТВС составляет 67%, у детей старше 2 лет вероятность успешной ЭТВС близка к 100%.

Выводы.

- 1) Первичная ЭТС в настоящее время является признанным и основным методом лечения больных ВОГ у детей («шведская тактика»).
- 2) Эффективность ЭТС по нашим данным составляет 58,3%.
- 3) Эффективность операции возрастает с возрастом пациентов на момент операции (при возрасте более 2 лет – приближается к 100%).

Востриков Н.А.

РОЛЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАТТЕРНОВ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСКОГЕННОЙ ЛЮМБОИШИАЛГИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шерман М.А.

Цель работы. Оценить имеющиеся актуальные литературные данные по вопросу о целесообразности хирургического лечения больных с хронической дискогенной люмбоишиалгией.

Основная часть. Боль в поясничном отделе позвоночника (БВП) остается актуальной проблемой современной медицины. Самой частой причиной болей в спине являются дистрофические поражения позвоночника (А.Н. Белова 2003; В.П. Веселовский 1992; А.М. Вейн 2001; С.Т. Ветрилэ 2002; Я.Ю. Попелянский 2003; А.А. Скоромец 2005;). Синдром БВП – одна из самых распространенных патологий во взрослой популяции и, по некоторым данным, встречается более чем у 80% населения. Около 80–85% случаев БВП – это неспецифическая боль, причинами которой являются проблемы мышц, фасеточных суставов, связочного аппарата крестцово-подвздошного сустава. До 1–5% приходится на специфическую боль, связанную с патологией костной ткани (переломы, опухоли и т.д.), суставных и околоуставных (ревматологические заболевания) и отдаленных структур (отраженные висцеральные боли, аневризма аорты и т.д.). И в 10–15% случаев боль носит радикулярный характер, сопровождающийся симптомами сдавления корешка нерва (Исайкин А.И. и соавт. 2016г; А.А. Каргальцев, М.А. Макаров 2018). Как правило, такие пациенты нуждаются в декомпрессивной операции, но по тем или иным причинам, дата операции может откладываться на неопределенный срок, из-за чего формируется не только дискогенный компонент боли, но и дистрофический. В результате вышеперечисленных механизмов формируется хроническое течение радикулярного болевого синдрома (А.О. Гуца, Н.А. Коновалов и соавторы 2014г; Н.А. Коновалов, О.Н. Древаль и соавторы 2014г)

Согласно мнению экспертов международной ассоциации по изучению боли, хронической считается боль длительностью более 3

месяцев. (Н.М. Merskey,1994) В целом, хроническая БВП встречается очень часто: от 15 до 45% среди французского работающего населения, 13,1% среди взрослых 20–69 лет в США, до 5,91% в Италии, и является важной экономической проблемой из-за величины средств, затрачиваемых на лечение таких пациентов, и за счет их нетрудоспособности. В социальном плане синдром хронической БВП также значим, так как ограничивает больных в повседневной активности и, как и любая хроническая боль, может приводить к росту депрессивных состояний (А.А. Каргальцев, М.А. Макаров 2018).

Несмотря на оперативное лечение пациентов с радикулярной болью при её хроническом течении, велик процент рецидивов при отсутствии анатомически выявленного диско-радикулярного конфликта. Согласно некоторым исследованиям, рецидивирующие боли после дисэктомии у пациентов с люмбоишиалгией возникают у 15-25% людей (Scott L. Parker, Stephen K., Mendenhall BS et al., 2015). Это является колоссально большим процентом, который отображает социальные потери трудоспособного общества.

Рост распространённости, увеличение аппаратных возможностей в последние десятилетия обусловили интенсификацию исследований в области диагностики и лечения хронической дискогенной люмбоишиалгии.

В мировой и российской литературе встречаются работы, которые показывают взаимосвязь между интенсивностью болевого синдрома и повышением уровней некоторых факторов воспаления (фактора некроза опухолей, цитокинов (ФНО) - α , интерлейкина (IL) - 1β и IL-6, фактора роста эндотелия сосудов) (Chao Hsing Yeh, Lung Chang Chien, 2015; John C. Licciardone, DO, MS, MBA, Cathleen M. Kearns, BA; 2012; Sarwar, Sheryar MD, Atim, Abdulkadir MD 2015; A.T. Still Research Institute, A.T. Still University, Kirksville, MO 2017) Так же, рядом других авторов показано изменение этих факторов в послеоперационном уровне (Н.Е. Nøgevdold and all. 2000). Но не отображена корреляция между уровнем этих факторов и сохранением болевого синдрома в до и послеоперационном периоде.

Выводы. Вышеописанная ситуация подтолкнула к изучению взаимосвязи клинико-лабораторных паттернов и сохранению болевого синдрома у пациентов с хронической дискогенной люмбоишиалгией, перенесших оперативное вмешательство. Анализ полученных результатов позволит сформировать актуальную теоретическую базу для разработки критериев прогнозирования эффективности хирургического лечения хронического болевого синдрома у пациентов с дискогенной люмбоишиалгией.

Загоскин А.А., Лобастов Д.К.
СООТНОШЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И
КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Татаренко С.А.

Цель работы. Установление соотношений нейровизуализационных характеристик и клинических данных у больных с хронической субдуральной гематомой.

Материалы и методы. В рамках проведенного исследования были проанализированы данные 74 больных с хронической субдуральной гематомой за трёхлетний период. Объём проанализированного материала является актуальным и достаточно полным на выбранном отрезке времени исходя из клинических рекомендаций ассоциации нейрохирургов России по хроническим субдуральным гематомам 2015 года, согласно которым все больные с установленным диагнозом хронической субдуральной гематомы подлежат госпитализации в нейрохирургический стационар. Анализ данных осуществлялся после предварительного проведения систематизации клинических данных, в первую очередь показателей оценки неврологического статуса, и результатов нейровизуализации – компьютерной томографии. Обработка данных проводилась непараметрическими методами статистического анализа с выявлением значимых ($p < 0,05$) взаимоотношений полученных показателей. Данные представлены в форме медианы и значений границ верхнего и нижнего квартилей.

Результаты. Возраст пациентов составлял 67 ($56,25 \div 60$), при этом медианный возраст мужчин (63 года) был почти на 10 лет меньше поступавших женщин (72 года). При рассмотрении гендерной разницы значительно чаще хроническая субдуральная гематома отмечалась у мужского пола, с пропорцией женский пол/мужской пол 1:2,4. Интегративный показатель статуса больных с хронической субдуральной гематомой по классификации МакУолдера имел следующее распределение: 0 баллов – 14,9%, 1 балл – 28,4%, 2 балла – 50,0%, 3 балла – 6,8% от общего числа пациентов. В качестве метода нейровизуализационной диагностики методом выбора являлась компьютерная томография головного мозга. Необходимо отметить что в 15% случаях хроническая субдуральная гематома была выявлена как «случайная находка» при проведении нейровизуализации. По результатам нейровизуализационного исследования – компьютерной томографии объём гематомы составлял 100 ($70 \div 180$) мл. Максимальная толщина гематомы, при сведениях об оценке данного показателя, равнялась 21

(10÷26) мм. Дислокация срединных структур, в случаях её определения, составляла 8 (3÷12) мм. Направленность дислокации в целом в равной степени была вправо/влево. В ряде наблюдений (9,5%) по данным компьютерной томографии определялись признаки острого кровоизлияния в имеющуюся хроническую гематому. Балл интегративной оценки статуса по МакУолдеру достоверно ($p < 0,05$) с высоким коэффициентом корреляции коррелировал с показателями объема гематомы, её толщиной, наличием дислокации срединных структур. Собственно объем гематомы значимо соотносился с тяжестью состояния, наличием симптомов головокружения, снижением силовой характеристики мышц конечностей, уровнем сознания, степенью дислокации срединных структур ($p < 0,000001$), максимальной толщиной гематомы ($p < 0,000001$), наличием признаков острого кровоизлияния в имеющуюся хроническую субдуральную гематому, а также с лабораторным показателем уровня лейкоцитов. По показателю пола, несмотря на некоторые отдельные небольшие особенности статистически значимых различий, за исключением стороны локализации гематомы, по результатам нейровизуализации не определялось.

Выводы. Наиболее значимыми для сопоставления клинических и нейровизуализационных данных при хронической субдуральной гематомы по полученным результатам из компьютерно-томографических показателей определялись показатели объема гематомы, степень дислокации срединных структур, максимальная толщина гематомы, наличие признаков острого кровоизлияния в имеющуюся хроническую субдуральную гематому. Со стороны клинических данных в наибольшей степени с ними соотносились балл оценки статуса по МакУолдеру, тяжесть состояния, симптом головокружения, силовая характеристика мышц конечностей.

Капитула Г.Р., Гаджикулиева М.Н.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Шишкина Е.С.

Цель работы: оценить выраженность астении среди пожилых пациентов и пациентов старческого возраста.

Материалы и методы: В опросе участвовали 62 человека из которых 40 женщин и 22 мужчины возраста от 60 до 88 лет ($73,27 \pm 7,52$), находящихся на лечении в КОГБУЗ «Центр медицинской реабилитации». 1 группа: 37 человек – пациенты пожилого возраста (60-74 года). 2 группа: 25 человек – пациенты старческого возраста (75-90 лет). Синдром

старческой астении (ССА) оценивали по шкале FRAIL. Он нередко сопровождается аффективными расстройствами и нарушением сна. Для оценки уровня тревоги и депрессии были использованы шкала гериатрической депрессии, анкета оценки ночного сна и шкала тревоги Бека. Статистический анализ был проведен в прикладной программе STATISTICA 6.0 с использованием критерия хи-квадрат и коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты: При анализе полученных данных было выявлено, что в среднем уровень астении среди всех опрошенных составлял $3,44 \pm 1,78$, в 1 группе $2,64 \pm 1,57$, а во 2 группе $4,53 \pm 1,44$. При этом всего 5% опрошенных не наблюдали у себя признаков старческой астении и считали себя полноценно здоровыми, 27% наблюдали преастеническое состояние, а остальные 68% испытывали 3 и более симптомов астении. Коэффициент корреляции возраста и ССА – $0,63$ ($p < 0,01$).

В среднем уровень депрессии среди всех опрошенных составлял $3,58 \pm 2,84$. При этом в первой группе средний уровень депрессии – $2,97 \pm 2,8$, а во 2 группе – $4,42 \pm 2,74$. Коэффициент корреляции для уровня депрессии – $0,57$ ($p < 0,01$).

В среднем уровень тревожности среди всех опрошенных составлял $10,66 \pm 6,79$. При этом в первой группе средний уровень тревожности – $7,92 \pm 4,99$, а во 2 группе $14,46 \pm 7,19$. Коэффициент корреляции для уровня тревожности – $0,58$ ($p < 0,01$).

В среднем уровень качества сна среди всех опрошенных составлял $17,11 \pm 2,73$. При этом в 1 группе средние значения качества сна – $17,61 \pm 2,9$, а во 2 группе $16,42 \pm 2,37$. Коэффициент корреляции для качества сна – $0,47$ ($p < 0,05$).

Среднее значения степени ССА у женщин – $3,43 \pm 1,78$ в общем больше, чем у мужчин – $3,41 \pm 1,89$ ($p > 0,05$). При этом в 1 группе у женщин $2,83 \pm 1,53$, а во 2 группе – $5,2 \pm 1,22$ ($p > 0,05$). У мужчин в 1 группе – $2,5 \pm 0,83$, а во 2 группе – $3,75 \pm 2,08$ ($p < 0,01$).

Коэффициент корреляции для выраженности ССА и количеством сопутствующих заболеваний – $0,71$ ($p < 0,01$). Наиболее часто встречались такие диагнозы как гипертоническая болезнь (79,03%), гастрит (41,94%) и ИБС (35,48%), остеоартроз (29,03%), ИМ (19,35%), СД 2 типа (16,13%), инсульт (12,9%). При этом в 1 группе наиболее частое заболевание – ГБ (75,68%), гастрит (51,35%), остеоартроз (25%), СД 2 типа (13,89%), ИБС (10,81%), ИМ (5,55%), инсульт (2,78%) СД, а во 2 группе – ГБ (84%), ИБС (68%), ИМ (40%), остеоартроз (36%), инсульт (28%), гастрит (28%), СД 2 типа (16%). Наблюдали достоверную разницу между выраженностью заболеваний 1 и 2 группы по ГБ, гастриту, остеоартрозу, ИБС, ИМ, инсультам.

Средний ИМТ у всех опрошенных $27,0 \pm 4,45$, в 1 группе – $27,4 \pm 4,47$, во 2 группе – $26,5 \pm 4,54$. Коэффициент корреляции – $-0,06$, что указывает

на отсутствие связи между степенью астении и ИМТ, разница не достоверна.

Среднее значение степени астении у пожилых людей с высшим образованием составил $3,08 \pm 1,97$ из них в 1 группе – $3,17 \pm 2,14$, во 2 группе – $3,25 \pm 0,71$. У людей со средним специальным образованием среднее значение ССА – $3,77 \pm 1,68$. Из них в 1 группе – $3 \pm 1,09$, во 2 группе – $4,06 \pm 1,81$. У людей со средним образованием – $3,25 \pm 1,29$. Их них в 1 группе – 3 ± 1 , во 2 группе – $3,44 \pm 1,51$. Существенной разницы выраженности ССА у пациентов с разным уровнем образования не наблюдали, разница не достоверна.

Вывод: У людей старческого возраста астения наблюдается чаще, чем у людей пожилого возраста. При этом всего 5% опрошенных не наблюдали у себя признаков старческой астении, 27% испытывают преастеническое состояние, а остальные 68% испытывали 3 и более симптомов астении. Существует прямая связь умеренной силы между возрастом человека и степенью выраженности ССА.

Чем старше человек, тем выраженнее проявления депрессии. Кроме того, существует прямая связь умеренной силы между проявлениями астении пожилого человека и степенью выраженности депрессии. Тревожность более выражена у пациентов старческого нежели пожилого возраста, а также существует прямая связь умеренной силы между выраженностью ССА и степенью тревожности пожилых людей.

Качество сна пожилых людей выше качества сна пациентов старческого возраста и существует обратная связь слабой силы между степенью выраженностью ССА и сном.

Оценили влияние сопутствующих факторов, таких как пол, возраст, сопутствующие заболевания, ИМТ и уровень образования на выраженность астении и корреляцию астении с тревожно-депрессивным синдромом и нарушениями сна. Выраженность старческой астении не зависит от пола. Женщины и мужчины старческого возраста наблюдают признаки астении чаще, чем женщины и мужчины пожилого возраста. Существует прямая и сильная связь между степенью выраженности ССА и количеством заболеваний у пациентов, наличие сопроводительных заболеваний ухудшает общее состояние и способствует повышению «хрупкости» отдельного пожилого человека. Наиболее часто встречаются такие диагнозы как ГБ (79,03%), гастрит (41,94%) и ИБС (35,48%). Связь между выраженностью ССА и ИМТ отсутствует. Уровень образования не влияет на проявление у пациентов астении.

Таким образом, ССА достаточно распространен у пациентов старше 60 лет и ухудшает течение многих заболеваний, что требует своевременной его диагностики и коррекции.

Лобастова М.В., Лобастов Д.К.
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ
ГЕМАТОМЕ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Татаренко С.А.

Цель работы. Исследование гендерных особенностей при хронических субдуральных гематомах с учётом демографических показателей, анамнестических, клинических и нейровизуализационных данных.

Материалы и методы. В рамках проведённого исследования были проанализированы данные 74 больных с хронической субдуральной гематомой, из которых 52 пациента были мужского пола, 22 пациента женского пола. Объём проанализированного материала на 3-х годовом отрезке времени представляется актуальным и достаточно полным исходя из клинических рекомендаций ассоциации нейрохирургов России по хроническим субдуральным гематомам 2015 года, по которым все больные с установленным диагнозом хронической субдуральной гематомы подлежат госпитализации в нейрохирургический стационар. Анализ данных осуществлялся после предварительного проведения систематизации клинических данных, в первую очередь показателей оценки неврологического статуса, и результатов нейровизуализации – компьютерной томографии. Обработка данных проводилась непараметрическими методами статистического анализа с выявлением значимых ($p < 0,05$) взаимоотношений полученных показателей. Данные представлены в форме медианы и значений границ верхнего и нижнего квартилей.

Результаты. При медианном возрасте пациентов госпитализированных с хронической субдуральной гематомой 67 лет, возраст женщин (72,0 (62,0÷74,375) года) достоверно ($p < 0,05$) превышал возраст мужчин (63,0 (55,0÷74,5) года). При рассмотрении гендерной разницы подавляюще чаще рассматриваемая патология отмечалась у мужского пола, с пропорцией женский пол/мужской пол 1:2,4. Частота встречаемости хронической субдуральной гематомы у женщин во всех десятилетних группах была ниже, чем у мужчин соответствующего возраста, при этом определялась несомненная тенденция роста частоты хронической субдуральной гематомы по всем возрастным группам в отношении к предшествующей более молодой. Определялась сезонная неравномерность поступления пациентов – наиболее часто, как мужчины, так и женщины поступали в промежутке февраль-июль. Исходя из временного интервала между предполагаемым повреждением и госпитализацией, который составлял 29 (16,25÷60) дней, первые полугодие

года представляется возможным оценивать как максимальное по частоте повреждений, приводящих в дальнейшем к хронической субдуральной гематоме. Мужчинам значимо чаще, чем женщинам, диагноз устанавливался по данным нейровизуализации в качестве первоначально «случайной находки» на компьютерной томографии. У относительно большего количества женщин определялась хроническая сопутствующая патология, не связанная с заболеваниями нервной системы (наиболее часто – патология сердечно-сосудистой системы), что, видимо, связано с их более старшим возрастом. У 28% мужчин, достоверно чаще, чем у женщин, в анамнезе определялся показатель факта избыточного употребления алкоголя/алкоголизма. Гендерное распределение по интегративному показателю клинического статуса больных с хронической субдуральной гематомой по классификации МакУолдера было примерно равным, наиболее частый уровень в 2 балла отмечался у 51,9% мужчин и у 45,5% женщин. Из нейровизуализационных показателей статистически чаще у женщин определялась левосторонняя локализация гематомы. По проанализированным лабораторным показателям у мужчин более высоким был уровень гемоглобина (Me=136 г/л), которое связано с нормальными физиологическими особенностями полов.

Выводы. По результатам проведённого анализа данных и показателей у больных с хронической субдуральной гематомы в качестве наиболее важных гендерных особенностей можно определить нижеследующие. Это более старший возраст больных женского пола в сочетании с более низкой частотой встречаемости у них рассматриваемой патологии. Мужчинам значимо чаще диагноз устанавливался как первоначально «случайная находка», также у мужчин чаще определялся анамнестический факт избыточного употребления алкоголя/алкоголизма. По показателям нейровизуализации у женщин определялась с большей частотой левосторонняя локализация гематомы. Проанализированные лабораторные показатели значимых гендерных различий не продемонстрировали.

Плаксина М.Н., Гарипова Г.И., Пивоварова М.А.
НАРУШЕНИЕ СНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Шишкина Е.С.

Цель работы. Оценить выраженность нарушений сна и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материалы и методы. Исследовалось 80 человек с болезнью Паркинсона в возрасте 29-88 лет (47 женщин и 33 мужчин) амбулаторно-поликлинического звена, добровольно принявших участие в

анкетировании. Для определения качества сна применяли шкалу сонливости Эпворта, анкету оценки ночного сна (Вейн А.М., Левин Я.И.), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Учитывалось влияние на развитие расстройств качества сна, клиники таких факторов как пол, возраст, курение и употребление алкоголя ,стаж заболевания. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием стандартного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Для оценки достоверности использовался критерий Хи-квадрат. Различия двух показателей считались достоверными при p меньше 0,05.

Результаты. По результатам исследования все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу (основную) вошли пациенты со стажем заболевания до 5 лет - 45 человек. Во вторую группу (группу сравнения) вошли пациенты со стажем заболевания больше 5 лет -35 человек. 1) По данным Шкалы дневной сонливости Эпворта среди пациентов 1 группы в 73,4% имеются нарушения сна в виде дневной сонливости, при этом у 55,6% - умеренная сонливость, а в 17,8% - аномальная сонливость. Среди пациентов 2 группы в 77,1% имеются нарушения сна в виде дневной сонливости, при этом у 40% - умеренная сонливость, а в 37,1% - аномальная сонливость ($p < 0,05$). При оценке ночного сна с помощью анкеты Вейна А.М., Левина Я.И. среди пациентов 1 группы в 95,6% выявлено нарушение ночного сна, при этом у 60% - легкое нарушение, а в 35,6% - значительное нарушение сна. Среди пациентов 2 группы в 91,4% выявлено нарушение ночного сна, при этом у 68,6% - легкое нарушение, а в 22,8% - значительное нарушение сна ($p < 0,05$). 2) По госпитальной шкале тревоги и депрессии в 1 группе в 95,6% наблюдались тревожно-депрессивные состояния, из них клинически выраженные в 86,7%. Во 2 группе в 97,1 % наблюдались тревожно-депрессивные состояния, из них все были клинически выраженные($p < 0,05$). 3) Среди пациентов 1 группы с нарушениями сна наблюдается проявление тревоги и депрессии в 100%. Среди пациентов 2 группы наблюдается проявление тревоги и депрессии в 96,3%. При проведении корреляционного анализа выявили влияние нарушения сна на развитие тревожно-депрессивного состояния ($p < 0,05$). 4) По данным шкалы дневной сонливости Эпворта в 1 группе у пациентов с нарушениями сна выяснили, что курят из них – 25,8%, принимают алкоголь – 32,3%. Во 2 группе у пациентов с нарушениями сна выяснили, что курят из них – 33,3%, принимают алкоголь – 18,5%. При оценке ночного сна по анкете Вэйна и Левина в 1 группе у пациентов с нарушениями сна выяснили, что курят из них – 38%, принимают алкоголь – 11,9%. Во 2 группе у пациентов с нарушениями сна выяснили, что курят из них – 27,3%, принимают алкоголь – 15,2%. При проведении корреляционного анализа между нарушением сна и наличием вредных привычек (курение и алкоголь)

взаимосвязь не обнаружена ($p > 0,05$). Курение и алкоголь не влияют на качество сна пациентов с болезнью Паркинсона. По данным шкалы дневной сонливости Эпворта по гендерному соотношению в 1 группе: мужчин больше, чем женщин (64,5% против 35,5%). По гендерному соотношению во 2 группе: мужчин больше, чем женщин (51,9% против 48,1%). При оценке ночного сна по анкете Вэйна и Левина по гендерному соотношению в 1 группе: женщин больше, чем мужчин (57,1% против 42,9%). По гендерному соотношению во 2 группе: женщин больше, чем мужчин (54,5% против 45,5%). При проведении корреляционного анализа между нарушением сна и полом пациентов обнаружили, что дневной сонливости подвержены больше мужчины, а нарушения ночного сна встречаются в большей степени у женщин ($p < 0,05$). По данным шкалы дневной сонливости Эпворта по возрастному распределению в 1 группе дневная сонливость встречалась преимущественно у людей среднего и пожилого возраста (по ВОЗ) – 38,7% и 48,7% соответственно. По возрастному распределению во 2 группе доминирует пожилой и старческий возраст (по ВОЗ) – 44,4% и 40,8% соответственно. При оценке ночного сна по анкете Вэйна и Левина по возрастному распределению в 1 группе наибольшее количество людей среднего и пожилого возраста (по ВОЗ) – 35,7% и 45,2% соответственно. По возрастному распределению во 2 группе наибольшее количество людей пожилого и старческого возраста (по ВОЗ) – 39,4% и 39,4% соответственно. В исследуемых группах дневная сонливость и нарушение ночного сна встречались в основном у лиц пожилого возраста ($p < 0,05$).

Выводы. 1) У 97,5% пациентов с болезнью Паркинсона наблюдаются нарушения сна, которые представлены нарушением ночного (93,75% всех случаев) и дневного сна (75% всех случаев) ($p < 0,05$). 2) У 98,25% пациентов с болезнью Паркинсона наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства ($p < 0,05$). Среди длительно болеющих пациентов (со стажем заболевания больше 5 лет) нарушения в виде тревоги и депрессии встречаются чаще, чем среди мало болеющих пациентов ($p < 0,05$). 3) Наличие нарушения сна (дневного и ночного) достоверно влияют на развитие тревожно-депрессивных состояний ($p < 0,05$). 4) Нарушение в виде дневной сонливости доминирует среди длительно болеющих пациентов (со стажем заболевания больше 5 лет), а нарушение ночного сна среди мало болеющих пациентов (со стажем меньше 5 лет) ($p < 0,05$). Дневная сонливость чаще встречается среди мужчин, тогда как у женщин преобладает нарушение ночного сна ($p < 0,05$). Наблюдается зависимость нарушения сна от возраста пациентов, лица пожилого возраста чаще сталкиваются с такой проблемой ($p < 0,05$).

Филиппова Ю.А., Сучков М.И.
**ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Научные руководители: к.м.н., ассистент Остроумова Т.М.,
д.м.н., профессор Остроумова О.Д.

Цель работы. Проанализировать эффективность профилактического консультирования пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и риском возникновения ОНМК.

Материалы и методы. В исследование были включены 100 пациентов Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (30 женщин, 70 мужчин) с АГ и ОНМК в анамнезе. В качестве инструмента оценки комплаентности пациентов и их информированности о предикторах ОНМК использовалась анкета, подготовленная на основе новейшей литературы. Клинико-функциональные особенности пациентов и достижение целевого уровня цифр артериального давления (АД) рассматривали, используя данные из первичной медицинской документации и проведенных терапевтических осмотров.

Результаты. 32 % пациентов спустя 3 месяца после консультации со специалистом не следовали медицинским указаниям и не принимали регулярно гипотензивные препараты. Целевого уровня АД достигли 50 % пациентов, из них 85 % принимали фиксированные комбинации гипотензивных препаратов 1 раз в день.

Выводы. Степень соблюдения медицинских рекомендаций для пациентов с АГ является неудовлетворительной, что делает ее основной причиной низкой эффективности антигипертензивной терапии, а также повышает риск повторного возникновения ОНМК.

**9. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.
ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ.**

Александрова М.А., Попова Р.Н.
**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
РАЙОНАХ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.

Цель. Дать характеристику региональным особенностям показателей работы скорой медицинской помощи в Кировской области за 2017 год.

Материалы и методы. Для исследовательской работы были взяты статистические данные Медицинского информационно-аналитического центра Кировской области (МИАЦ КО) по деятельности СМП в следующих районах: Арбажский, Афанасьевский, Белохолуницкий, Богородский, Верхнекамский, Верхошижемский, Вятскополянский, Даровской, Зуевский, Кикнурский, Кильмезский, Кирово-Чепецкий, Котельничский, Куменский, Лебяжский, Лузский, Малмыжский, Мурашинский, Нагорский, Немский, Нолинский, Омутнинский, Опаринский, Оричевский, Орловский, Пижанский, Подосиновский, Санчурский, Свечинский, Слободской, Советский, Сунский, Тужинский, Унинский, Уржумский, Фаленский, Шабалинский, Юрьянский, Яранский. Статистическая обработка данных включала описательную статистику (в том числе характер распределения количественных признаков), качественные данные представлены абсолютными и относительными величинами. Выполнен многомерный статистический анализ, включивший кластерный и факторный анализы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 7.

Результаты. В результате кластерного анализа все районы Кировской области были подразделены на три кластера: первый кластер составил 30.77% от общего числа районов, второй – 64.1%, третий – 5.13%.

В ходе факторного анализа было выделено семь факторов, которые впоследствии были сопоставлены с каждым кластером.

Фактор первый – нагрузка на врача бригады СМП в год и в сутки. Фактор второй – число выездов СМП по поводу травм, отравлений, родов, патологических беременностей. Фактор третий – внезапные состояния, безрезультатные выезды. Фактор четвертый – прочие состояния. Фактор пятый – обслуживание населения. Фактор шестой - амбулаторное оказание помощи населению. Фактор седьмой – нагрузка на фельдшера бригады СМП в год и в сутки.

Для третьего кластера характерны 1, 5 и 7 факторы. В нём наблюдается наибольшая численность населения (30730 – Слободской район, 28003 – Вятско-Полянский район), следовательно, большее число обслуживаемого населения, для которого требуется соответствующее количество врачебных и фельдшерских бригад. Также, отмечено повышенное число ДТП в связи с наибольшей численностью населения данных районов и прохождения через данные районы автомобильных дорог федерального и регионального значения.

Для первого кластера характерен 2 фактор. Предполагается, что в связи с расположением в районах первого кластера ведущих агропромышленных предприятий, в них наиболее часто встречаются травмы и отравления.

Для второго кластера характерны 3,4 и 6 факторы. Во второй кластер входит самое высокое число районов, которые отдалены от областного центра. Следовательно, процент амбулаторных приемов высокий, а также, из-за отдаленного расположения крупных областных медицинских учреждений, наблюдается низкий процент узкоспециализированной помощи.

Выводы. Проведенный анализ показал, что районы Кировской области имеют особенности по показателям деятельности СМП, можно выделить группы районов со сходными показателями деятельности, что может говорить о близких условиях медицинского обслуживания населения в данных районах. Причём характер деятельности СМП в каждой группе районов должен быть индивидуальным. Необходимо более тесное взаимодействие руководства подстанций с поликлиническими организациями по передаче тяжёлых и часто вызывающих скорую медицинскую помощь больных, что может ещё больше снизить уровень обращаемости населения в станцию скорой медицинской помощи. Анализ показал, что во многих районах недостаточно укомплектованы бригады СМП врачами и фельдшерами, что несомненно снижает эффективность работы неотложной помощи. На основании выше представленных исследований можно предложить следующие рекомендации:

Для районов первого кластера: систематическая проверка надлежащего качества аппаратуры, механизированных установок на промышленных предприятиях; обеспечить работников эффективными средствами индивидуальной защиты, а также проводить семинары по технике безопасности при работе на промышленных предприятиях.

Для районов второго кластера: увеличить число специалистов узкоспециализированных профилей и финансирование деятельности данных лечебных учреждений; обеспечить районные больницы более совершенным медицинским оборудованием, т.е. улучшать материально-технические базы ЦРБ.

Для районов третьего кластера: увеличить число фельдшерских и врачебных бригад СМП путем повышения привлекательности условий для работы в районах. Совершенствовать организацию медицинской помощи пострадавшим в ДТП на уровне обучения водителей, сотрудников ГИБДД, а также повышение общей безопасности на дорогах.

Барцевич И.Г., Журан М.А., Квач Н.И.
ОЦЕНКА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ,
НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ

Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Барцевич И.Г.

Цель работы. Оценить индекс массы тела (ИМТ) у больных псориазом и оценить влияние избыточной массы тела на тяжесть болезни и здоровье самого пациента.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 172 пациента отделения дерматологии областного кожно-венерического диспансера. Все пациенты были в возрасте от 18 до 81 года, в том числе 111 (64,5%) мужчин и 61 (35,5%) женщин. В работе использовались истории болезни пациентов, применялись методы расчета индекса тяжести течения псориаза (PASI), который основан на определении суммы показателей выраженности основных симптомов псориаза: эритемы, инфильтрации и шелушения с учетом площади поражения кожного покрова и ИМТ (масса тела, кг/рост, м²). Использована общепринятая классификация ИМТ: нормальная масса тела составляет 18,5-24,9 кг/м², избыточная масса тела 25,0-29,9 кг/м², ожирение 1 степени 30,0-34,9 кг/м², ожирение 2 степени 35-39,9 кг/м², ожирение 3 степени 40,0 кг/м² и выше.

Результаты. Установлено, что нормальную массу тела имели менее половины из лечившихся в стационаре – 44,8% (77 пациентов), избыточную – каждый третий 29,1% (50 пациентов) и ожирение – каждый четвертый 26,1% (45 пациентов). Их имевших ожирение 68,9% имели первую, 22,2% – вторую и 8,9% – третью степень. С учетом характера высыпаний в составе лечившихся преобладали лица с более тяжелой формой псориаза: экссудативной – 118 (68,6%) больных, а с вульгарной – 54 (31,4%). Результаты исследования показали, что чем выше ИМТ, тем тяжелее протекает болезнь: у пациентов с экссудативным псориазом средний ИМТ ($27,3 \pm 5,2$ кг/м²) выше, чем с вульгарным ($25,7 \pm 5,8$ кг/м²), $p < 0,05$. Для доказательности выявленных закономерностей проведен корреляционный анализ, позволивший проследить связи между ИМТ и тяжестью псориаза, возрастом, длительностью течения заболевания, наличием сопутствующих заболеваний. Установлена достоверная прямая корреляционная связь ИМТ с индексом PASI, отражающим тяжесть и распространенность псориазического процесса, до лечения ($p = 0,03$, $RS = 0,166$), и после лечения ($p = 0,048$, $RS = 0,152$). То есть чем выше ИМТ, тем тяжелее клинические проявления псориаза (более выражены эритема, инфильтрация и шелушение, больше площадь поражения псориазическими элементами). Также отмечена корреляционная связь между возрастом ($p < 0,001$, $RS = 0,423$) и длительностью болезни ($p = 0,08$, $RS = 0,133$), чем больше ИМТ, тем выше возраст и длительность болезни. Среди обследованных больных 46,6% имели от одного до шести сопутствующих заболеваний. ИМТ у лиц с коморбидностью ($28,5 \pm 6,1$ кг/м²) статистически значимо выше, чем у пациентов без сопутствующих болезней ($25,4 \pm 4,2$ кг/м²), критерий Манна-Уитни, $p = 0,001$. У больных, имеющих три и более сопутствующих болезней, ИМТ еще выше – $30,6 \pm 6,3$ кг/м². Выявленные

изменения указывают на значительное влияние ИМТ в формировании выраженного течения и распространенности псориаза.

Выводы. Таким образом, по результатам исследования было установлено, что нормальная масса тела была только у 44,8% больных, 29,1% имели избыточную массу тела и 26,1% – ожирение разной степени. Наличие избыточной массы тела и ожирения утяжеляло течение псориаза у госпитализированных больных: чем выше ИМТ, тем тяжелее клинические проявления псориаза (более выражены эритема, инфильтрация и шелушение, больше площадь поражения псориазическими элементами). Количество сопутствующих псориазу болезней больше у лиц с избыточной массой и ожирением (ИМТ $28,5 \pm 6,1$ кг/м²), чем у пациентов без сопутствующих болезней (ИМТ $25,4 \pm 4,2$ кг/м²), $p=0,001$. Избыточная масса тела и ожирение являлись фактором риска, который усугублял основной диагноз.

Вишняков А.В., Домрачева Е.В.

НЕЦЕНЗУРНАЯ ЛЕКСИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МИКРОКЛИМАТ В УЧЕБНОМ И ТРУДОВОМ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом экономики и управления

Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.

Цель работы. Изучение взаимосвязи употребления нецензурной (обсценной) лексики с показателями благоприятности психологического микроклимата в коллективе студентов-медиков и медработников.

Материалы и методы. Работа была начата с изучения литературы, а также других (в том числе электронных) медиа-источников по вопросу места обсценной лексики в речи современного человека, профессиональной коммуникации и лингвоэкологии. В исследовании приняли участие 163 человека: 95 студентов 3 курса Кировского ГМУ и 68 медицинских работников. Возраст респондентов составил от 18 до 28 лет. Среди участников исследования было проведено анкетирование, включающее вопросы относительно частоты, условий (эмоциональный стресс, неконфликтная беседа; формальная и неформальная обстановка; адресаты и их возраст) и возраста начала употребления обсценной лексики. Также респонденты дали ответы на вопросы по поводу их личного мнения об употреблении нецензурной брани ими и по отношению к ним. Для анкеты была разработана система оценки, где наиболее высокий балл соответствует наибольшей интеграции обсценной составляющей в лексикон участника исследования (максимально возможный балл - 21). Далее респондентам предлагалось оценить психологический микроклимат в их рабочем коллективе по экспресс-методике А.Ф. Фидлера: в

предложенной таблице приведены противоположные по смыслу пары слов (дружелюбие - враждебность, согласие - несогласие, удовлетворенность - неудовлетворенность, продуктивность - непродуктивность, теплота - холодность, сотрудничество - несогласованность, взаимная поддержка - недоброжелательность, увлеченность - равнодушие, занимательность - скука, успешность - безуспешность), с помощью которых можно описать атмосферу в коллективе, за что начисляются баллы. Итоговый показатель колеблется от 10 (наиболее положительная оценка) до 80 (наиболее отрицательная). Были подсчитаны как итоговые показатели, так и результаты по отдельным парам характеристик микроклимата. Наконец, был проведен корреляционный анализ (критерий корреляции Пирсона, пакет статистического анализа Microsoft Excel) зависимости благоприятности психологического микроклимата от употребления обценной лексики у студентов и медработников, а также зависимости употребления мата от пола, возраста и возраста начала употребления нецензурной брани. Для сравнения употребления обценной лексики студентами и медработниками, а также психологического микроклимата первых и вторых был использован Т-критерий Стьюдента (при уровне значимости 0,05 и 0,01; программа «BioStat 2009 Professional 5.8.4», «AnalystSoft», США).

Результаты. По результатам анкетирования лишь 20,4% всех респондентов полностью исключают употребление обценной лексики, в то время как 40,7% (в два раза больше, чем по данным ВЦИОМ) используют ее ежедневно. Об употреблении нецензурных выражений в состоянии эмоционального стресса сообщают 80,5% опрошенных, что позволяет предположить наличие высокого конфликтного потенциала в коллективах респондентов. Всего 6,4% утверждают, что используют нецензурную лексику не только в неформальной обстановке, хотя статистика по следующему вопросу насчитывает 28,6% респондентов, употребляющих обценную лексику при общении с коллегами на работе, причем 27,4% - со старшими коллегами. Что касается студентов, то речь идет в первую очередь о производственной практике и научном сотрудничестве, то есть о сферах, в которых формируются основные модели поведения для дальнейшей трудовой деятельности. Тем не менее позитивным наблюдением можно считать тот факт, что лишь 15,3% опрошенных в ответ на ненормативную лексику, направленную на них, отвечают тем же, в то время как 45,9% проявляют терпение (важное качество для медицинского работника) и отвечают цензурно или же по возможности не продолжают разговор (37,8%). Исследование психологического микроклимата в соответствующих коллективах показало в среднем 23,7 балла у медицинских работников и 33 балла у студентов-медиков. Исходя из того, что теоретически максимально возможный негативный показатель составляет 80 баллов, результат не может быть

интерпретирован как критический, но определенно свидетельствует о напряженности, которая в свою очередь должна быть рассмотрена как индикатор для разработки мероприятий по предупреждению нарастания этого напряжения. Примечательно, что статистический анализ при помощи Т-критерия Стьюдента подтвердил достоверность отличий между суммарными показателями благоприятности психологического микроклимата у студентов и медработников при однородности показателей интеграции мата в повседневный лексикон, что, с одной стороны, дает основания говорить о развитии адаптации после трудоустройства, но с другой – о риске формирования у студентов «конфликтотенных» моделей поведения в трудовом коллективе. Дальнейшему статистическому анализу были подвергнуты корреляция между возрастом, полом, а также возрастом начала употребления обценной лексики и показателем ее интеграции в речь. Как выяснилось, пол незначительно влияет на употребление обценной лексики (корреляция между мужским полом и значением интеграции, исходя из данных таблицы Чеддока, является слабой: $r = 0,1$, при этом данные, согласно t-критерию, статистически незначимы). Также коэффициент корреляции Пирсона показал слабую ($r = -0,25$) обратную связь с возрастом (некоторое снижение употребления с взрослением) и умеренную ($r = 0,39$) прямую связь с возрастом начала употребления (проще говоря, чем раньше человек начал материться, тем больше он делает это на текущий момент, что подтверждает наше предположение). Эти данные t-критерий определил как статистически значимые. При этом возраст начала употребления не влияет на благоприятность психологического микроклимата в коллективе. Наконец, перейдя к исследованию взаимосвязи между интеграцией обценной лексики в речь и психологическим микроклиматом, мы не получили статистически значимых данных о ее влиянии на суммарный показатель, но обнаружили наличие умеренной ($r = 0,3$) прямой связи, которая подтверждается t-критерием, с повышением уровня таких слагаемых, как несогласие и недоброжелательность. Учитывая, что на повышение напряженности микроклимата в медицинских организациях влияет множество факторов (в том числе организационного плана), такие результаты вполне можно считать подтверждением целесообразности предложения учитывать специфику лексической составляющей в процессе оказания медицинских услуг и корпоративной культуре в ЛПУ в целом, причем основы «лингвоэкологического воспитания» должны закладываться еще в процессе получения образования. Важно также отметить, что 53,8% участников исследования испытывают желание ограничить употребление нецензурной лексики в своей речи и стараются его реализовать, поэтому при проведении должной просветительской работы лингвоэкология может надеяться на повышение уровня корпоративной культуры медицинских

работников (в том числе будущих) и, как следствие, улучшение качества услуг, оказываемых в сфере здравоохранения.

Выводы. Роль обценной лексики в повседневной речи связанных с медициной людей (и студентов, и медработников) велика, при этом не всегда полноценно осознание студентами и медработниками недопустимости распространения подобной экспрессии на профессиональное общение (в основном, с коллегами). Обценная лексика способна, в противовес возможной эмоциональной разгрузке, выступать как конфликтогенный фактор, будучи ассоциированной с повышением несогласия и недоброжелательности.

Дуйсембаева А.Н.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Научный руководитель: д.м.н., проф. Борщук Е.Л.

Цель. Анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения среди населения Оренбургской области.

Материалы и методы. Использованы данные ежегодного информационно-аналитического сборника о здоровье населения и деятельности медицинских организаций области г. Оренбурга за 2006-2018 гг. Методы исследования – ретроспективный эпидемиологический анализ, метод сплошного наблюдения, статистический (анализ динамических рядов). Расчеты и графический анализ данных проводили на базе пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010.

Результаты. Проведен анализ данных заболеваемости с диагнозом, установленным впервые среди всего населения Оренбургской области в 2006-2018 гг. Заболеваемость БСК с впервые установленным диагнозом в 2018г. регистрировалась у всего населения области ($67,00 \pm 1,8$ на 1000 населения). Темп прироста первичной заболеваемости в целом по области с 2006 по 2018г. составила $T_{пр}=40,4\%$, $\chi^2 = 24,3$, $p \leq 0,05$. В целом по Оренбургской области отмечалось достоверное снижение общей заболеваемости БСК за исследуемый период ($T_{пр}=-1,02\%$, $\chi^2 = 13,7$, $p \leq 0,05$). Среднемноголетний уровень общей заболеваемости в Оренбургской области БСК составил $336,57 \pm 1,70$ на 1000 населения.

При изучении многолетней динамики уровень общей заболеваемости БСК на 3,7 процента в 2018 году превышает уровень 2014 года, показатель первичной заболеваемости в тот же отрезок времени увеличился на 1,7 раза, сохраняя тенденцию к росту.

В многолетней структуре заболеваемости БСК первое по значимости место занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным

давлением. Второе по значимости место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Выводы. В Оренбургской области за период 2006-2018 гг. отмечается рост первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, и достоверное снижение общей заболеваемости БСК. В структуре заболеваемости лидируют болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением и ишемическая болезнь сердца. В региональной программе «Борьба с сердечно – сосудистыми заболеваниями» объясняется возможная причина выявленной динамики, тем, что произошел рост объемов и качества углубленных методов исследования во время диспансерных осмотров взрослого населения, в частности применение дуплексного сканирования брахицефальных артерий. Количество выявленных заболеваний при этом за последние 3 года возросло в 6,6 раза (с 414 до 2722).

Дьякова Н.А., Шишорина Л.А., Бобина Е.А.
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАКОПЛЕНИЯ ФЛАВОНОИДОВ В
РАСТЕНИИ В АГРО- И УРБОЦЕНОЗАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО
ЧЕРНОЗЕМЬЯ

Воронежский государственный университет
Кафедра фармацевтической химии и фармацевтической технологии
Научный руководитель: д.фарм.н., проф. Сливкин А.И.

Цель исследования - изучение влияния антропогенных факторов на содержания флавоноидов в траве горца птичьего, собранного в урбо- и агроэкосистемах Воронежской области.

Материалы и методы. Выбор территорий отбора образцов лекарственного растительного сырья обусловлен характером специфического антропогенного воздействия на него (табл. 1). Объектом исследования была выбрана трава горца птичьего (*Polygonum aviculare* L.). Горец птичий является многолетним синантропным растением, произрастающим в Воронежской области повсеместно.

Содержание флавоноидов, основной группы биологически активных веществ травы горца птичьего, определяли по фармакопейной методике в пересчете на авикулярин на спектрофотометре СФ-2000. Каждое определение проводили трехкратно. Данные, полученные в ходе исследований, статистически обрабатывали с помощью программы «Microsoft Excel» при доверительной вероятности 95%.

Результаты. Определяемое нами содержание флавоноидов в пересчете на авикулярин в траве горца птичьего представлено ниже:

1. Воронежский биосферный заповедник $1,81 \pm 0,07$
2. Хоперский заповедник $1,52 \pm 0,05$
3. Борисоглебский район $1,78 \pm 0,06$

4. с. Елань-Колено $1,63 \pm 0,03$
5. с. Нижнедевицк $1,45 \pm 0,04$
6. г. Острогожск $1,05 \pm 0,07$
7. г. Семилуки $1,57 \pm 0,03$
8. г. Нововоронеж $1,02 \pm 0,05$
9. ВЛЭ (Нововоронежский городской округ) $0,64 \pm 0,04$
10. Лискинский район $1,03 \pm 0,04$
11. Ольховатский район $1,26 \pm 0,05$
12. Подгоренский район $1,05 \pm 0,07$
13. Петропавловский район $1,34 \pm 0,05$
14. Грибановский район $1,02 \pm 0,05$
15. Хохольский район $0,95 \pm 0,07$
16. Новохоперский район $1,41 \pm 0,03$
17. Репьевский район $1,28 \pm 0,04$
18. Воробьевский район $1,38 \pm 0,04$
19. Панинский район $1,04 \pm 0,07$
20. Верхнехавский район $0,98 \pm 0,04$
21. г. Эртиль $1,68 \pm 0,04$
22. Россошанский район $1,65 \pm 0,05$
23. Вблизи ОАО «Минудобрения» (г. Россошь) $2,01 \pm 0,05$
24. Вблизи ООО «Бормаш» (г. Поворино) $1,90 \pm 0,07$
25. г. Борисоглебск $1,66 \pm 0,04$
26. г. Калач $2,07 \pm 0,04$
27. Вблизи ТЭЦ «ВОГРЭС» (г. Воронеж) $0,97 \pm 0,04$
28. Вблизи ООО «Сибур» (г. Воронеж) $0,95 \pm 0,07$
29. Вдоль Воронежского водохранилища (г. Воронеж) $1,23 \pm 0,05$
30. Вблизи Воронежского аэропорта (Рамонский район) $1,92 \pm 0,04$
31. Улица г. Воронеж (ул. Ленинградская) $1,04 \pm 0,05$
32. Вдоль трассы М4 (Рамонский район) $0,70 \pm 0,03$
33. 100 м от М4 (Рамонский район) $0,67 \pm 0,07$
34. 200 м от М4 (Рамонский район) $0,82 \pm 0,07$
35. 300 м от М4 (Рамонский район) $1,19 \pm 0,06$
36. Вдоль трассы А144 (Аннинский район) $0,65 \pm 0,06$
37. 100 м от А144 (Аннинский район) $0,93 \pm 0,03$
38. 200 м от А144 (Аннинский район) $1,10 \pm 0,04$
39. 300 м от А144 (Аннинский район) $1,23 \pm 0,05$
40. Вдоль трассы М4 (Павловский район) $0,72 \pm 0,05$
41. 100 м от М4 (Павловский район) $0,85 \pm 0,07$
42. 200 м от М4 (Павловский район) $0,93 \pm 0,04$
43. 300 м от М4 (Павловский район) $0,89 \pm 0,05$
44. Вдоль нескоростной дороги (Богучарский район) $0,94 \pm 0,04$
45. 100 м от нескоростной дороги (Богучарский район) $1,13 \pm 0,06$
46. 200 м от нескоростной дороги (Богучарский район) $1,20 \pm 0,04$

47. 300 м нескоростной дороги (Богучарский район) $1,31 \pm 0,06$
 48. Вдоль железной дороги (Рамонский район) $0,84 \pm 0,07$
 49. 100 м от железной дороги (Рамонский район) $0,93 \pm 0,07$
 50. 200 м от железной дороги (Рамонский район) $1,02 \pm 0,05$
 51. 300 м от железной дороги (Рамонский район) $1,01 \pm 0,05$
 Требования ФС – не менее 0,5.

Результаты исследования содержания флавоноидов в траве горца птичьего показали, что все отобранные образцы отвечают фармакопейным требованиям. При этом в некоторых образцах травы горца птичьего с территорий, испытывающих на себе антропогенную нагрузку (образцы, собранные в г. Россошь, п.г.т. Поворино, вблизи периметрового ограждения Воронежского аэропорта), выявлена индукция синтеза полифенолов, что, вероятно, связано с их антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием в условиях окислительного стресса. Однако некоторые образцы травы горца птичьего, также произрастающие в районах повышенного антропогенного влияния (образцы, собранные вблизи крупных автомобильных и железнодорожных магистралей), выделяются резко сниженными концентрациями флавоноидов в них. Объяснить данный факт возможно экологическим законом взаимодействия факторов. Вблизи крупных дорог условия обитания вида отличаются не только повышенными концентрациями токсичных веществ в окружающей их среде, но и высокой загазованностью, запыленностью территорий, что также сказывается как на физиологических особенностях растительного организма, так и на силу токсического воздействия изучаемых поллютантов.

Выводы. Были проанализированы свыше 50 образцов травы горца птичьего, собранных в различных по уровню антропогенного воздействия районах Воронежской области, на предмет содержания флавоноидов в пересчете на авикулярин. Все исследуемые образцы оказались соответствующими требованиям нормативной документации.

Ефремова У.С.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Башкирский государственный медицинский университет
 Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
 с курсом ИДПО

Научный руководитель: к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.

Цель работы. Выяснить отношение к вакцинации молодежи (обучающихся школ и младших курсов образовательных учреждений высшего образования (ОУВО), степень их осведомленности о профилактических прививках.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был использован социологический и статистические методы. Нами была составлена авторская анкета, включавшая ряд закрытых вопросов о вакцинопрофилактике. В опросе приняли участие 371 респондент, среди которых 78,1% (290/371) женского пола, 21,9% (81/371) мужского пола. При этом большая часть респондентов (77% (285/371) – обучающиеся ОУВО различных специальностей: 148 человек (51,9%) – медицинских специальностей, 8 человек (23,9%) – гуманитарных специальностей; 36 (12,6%) – технических специальностей; 26 (9,1%) – специальностей, связанных с биологией; 7 (2,5%) – специальностей, связанных с искусством; остальных респонденты (86 человек (23%) – школьники. Предположили, что большое число студентов медицинских специальностей не должно повлиять на результат, в связи с недавним поступлением в ОУВО и отсутствием специализированных знаний. Средний возраст респондентов составил 17,69 лет. Сбор данных проходил дистанционным способом посредством использования платформы «Google формы» в сентябре 2019 года. Для статистической обработки данных были применены пакеты программ: Microsoft Excel, STATISTICA 10.

Результаты. При анализе ответов было выявлено, что 90,3% (335/371) считают профилактические прививки необходимыми. С помощью применения хи-квадрата Пирсона, было выявлено, что среди обучающихся ОУВО статистически значимо ($p=0,001$) более распространено мнение о необходимости прививок, чем среди школьников. Однако, несмотря на мнение большинства о необходимости прививок, в прошлом сезоне от гриппа привившись всего лишь 36,6% (136/371) респондентов, в том числе и 2 человека, кто отметил, что делать прививки не нужно; 29,9% (111/371) вообще не делают профилактические прививки от гриппа по различным причинам. Далее респондентам был задан вопрос об их отношении к вакцинации. Большая часть опрошенных - 78% (290/371) относятся положительно, могли бы посоветовать прививать детей, однако около 20% из них (56/290) себе прививки не делают. Остальные респонденты 22% (81/371) относятся к вакцинации неоднозначно или отрицательно, как в отношении некоторых вакцин (17 человек), так и в отношении любых прививок (5 человек). Как причины отказа от вакцинации респонденты указывали: отсутствие 100% гарантии от заражения инфекционным заболеванием вред прививок, превышающий риск заражения, недоверие к медработникам или вакцинам, боязнь побочных эффектов, а так же религиозные и личные причины, запреты родителей. Студенты медицинских специальностей в основном отмечали, что вред от прививок превышает риски заражения. Если поделить выборку на 3 группы: обучающиеся медицинских и биологических специальностей, студенты специальностей, не связанных с медициной или биологией (гуманитарных, технических и творческих) и школьников, то можно заметить, что

наиболее негативно к прививкам настроены школьники. Всего лишь 65,1% (56/86) от всех школьников, прошедших опрос, относятся к вакцинации положительно.

Следующий блок вопросов был посвящен осведомленности о профилактических прививках и о вакцинации. На вопрос: “Для чего необходимо делать профилактические прививки?” – 44,5% (165/371) ответили: “Для профилактики тяжелого течения инфекционных заболеваний”; 48,5% (179/371) дали ответ: “Для полной профилактики инфекционного заболевания”; 2,9% (11/371) не знают для чего необходимо делать прививки и 16 человек (4,3%) убеждены, что их просто положено делать. О существовании календаря прививок знают 46,6% (173/371) респондентов. При этом 61,7% (50/81) респондентов, кто отрицательно или неоднозначно относятся к профилактическим прививкам знают о календаре прививок. По окончании анкеты 70%(260/371) респондентов отметили, что нуждаются в дополнительной информации о прививках, чтобы повысить уровень знаний по вакцинопрофилактике.

Выводы. Таким образом, большинство опрошенных положительно относятся к вакцинации, однако большая часть респондентов предпочитают не делать прививку от гриппа; около половины респондентов правильно указали цель вакцинопрофилактики; Считают вакцинацию не нужной, по большей части, люди, которые плохо осведомлены о сути и значении профилактических прививках. Следует отметить, что данные носят предварительный характер и не могут быть применены ко всем обучающимся, в связи с неравномерным распределением выборки по полу, однако исследование будет продолжено для получения более расширенной информации.

Жданова О.М., Булычева Е.В.

ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ОДАРЕННЫХ УЧАЩИХСЯ ИННОВАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра профилактической медицины

Научный руководитель: д.м.н., профессор Сетко Н.П.

Цель работы. Определить особенности биологической адаптации одаренных учащихся инновационных образовательных учреждений.

Материалы и методы. Функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценено у 300 одаренных подростков 8-11-х классов методом вариационной пульсометрии на аппаратно-программном комплексе ORTO-expert (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003) по показателям variability of heart rate: моды (M_0), амплитуды моды (AM_0), вариационного размаха (ΔX), квадратного корня из среднего квадратов

разностей величин последовательных пар интервалов (RMSSD); спектрального анализа и волновой структуры синусового ритма: высоко- (HF), низко- (LF) и очень низкочастотных (VLF) колебаний; с определением степени напряжения регуляторных систем, уровня функциональных резервов и биологической адаптации по индексу напряжения регуляторных систем (ИН). Анализ полученных данных осуществлен с помощью параметрических методов медицинской статистики с расчётом средней арифметической, стандартного отклонения, среднеквадратической ошибки. Для выявления статистически значимых различий в сравниваемых группах был применен параметрический критерий Стьюдента с последующим расчетом достоверности (p). Значимыми считали различия при $p \leq 0,05$. Расчеты осуществлены с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Office 2010» и «Statistica 13.0».

Результаты. У учащихся 11-х классов, в сравнении с подростками 8-х классов установлено достоверное увеличение показателей парасимпатического отдела ВНС – RMSSD с $0,08 \pm 0,012$ с. до $0,12 \pm 0,011$ с. ($p \leq 0,05$), HF с $2245,9 \pm 957,66$ мс² до $4410,9 \pm 726,31$ мс² ($p \leq 0,05$); а также показателей, отражающих влияние симпатического отдела ВНС – LF с $4025,2 \pm 1469,55$ мс² до $6807,6 \pm 1050,82$ мс² ($p \leq 0,05$), VLF с $4634,1 \pm 1013,86$ мс² до $18171,6 \pm 4646,43$ мс² ($p \leq 0,05$). Вероятно, усиление симпатического и парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы у одиннадцатиклассников было обусловлено нарушением функций регуляторных систем, за счет рассогласования вегетативного баланса, что подтверждалось данными увеличения в 2,5 раза с 18,8% до 46,9% количества подростков с рассогласованием симпатического и парасимпатического отделов ВНС среди 11-х классов, относительно данных учащихся 8-х классов.

По всей видимости, высокий уровень интеллектуальных нагрузок в сочетании с риском нарушения важнейших компонентов здорового образа жизни способствовал развитию утомления у одаренных учащихся 11-х классов, в связи с чем, вероятно, среди одиннадцатиклассников, по сравнению с данными учащихся 8-х классов, произошло снижение в 2,7 раза количества подростков с достаточными функциональными возможностями с 25,0% до 9,4%, на фоне увеличения в 1,7 раза числа обучающихся с существенно сниженными функциональными резервами с 37,5% до 65,6%.

Лишь 9,4% одиннадцатиклассников имели удовлетворительной уровень биологической адаптации, тогда как среди восьмиклассников у каждого четвертого подростка выявлена удовлетворительная биологическая адаптация, при этом у 21,9% и 43,8% одиннадцатиклассников определена неудовлетворительная биологическая адаптация и срыв адаптационных возможностей, что в 1,2 раза и 2,3 раза,

соответственно, превышало количество подростков среди восьмиклассников с таким уровнем биологической адаптации (18,8%).

Вывод. Таким образом, от 8-го к 11-у классу в 2,5 раза увеличилось число одаренных учащихся с рассогласованием вегетативного баланса, при этом у каждого второго одаренного одиннадцатиклассника происходило истощение функциональных резервов (65,6%) и снижение адаптационного потенциала (43,8%).

Заборовский И.Г.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Республика Беларусь
Кафедра офтальмологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Абельский Д.Е.

Цель работы. Определить распространенность, идентифицировать факторы риска развития диабетической ретинопатии (ДР) среди городского населения с сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Изучение проводилось среди пациентов с СД, находившихся на учете в эндокринологическом диспансере областного центра. Все параметры исследования оценивались на основании первичной медицинской документации, которая включала результаты ежегодной офтальмологической экспертизы. В исследование включены 524 пациента от 19 до 85 лет, имеющих в анамнезе диабетическую ретинопатию со средним возрастом $53,2 \pm 14,1$ лет. Среди них были 243 мужчины и 281 женщина и не различались по возрасту, $p > 0,05$. Анализируемая когорта была представлена пациентами с СД 1 типа (10,2%) и СД 2 типа (89,8%).

Результаты. Установлено, что совокупный уровень распространенности ДР в 1,6 раза выше у пациентов с СД 1 типа (47,4%), чем при СД 2 типа (29,4%), $p < 0,001$. Распространенность непролиферативной ретинопатии составила $22,2 \pm 2,1\%$, препролиферативной – $5,8 \pm 2,3\%$, пролиферативной – $3,2 \pm 2,4\%$. Ежегодно регистрируется 14,9% новых случаев ДР, что в 1,3 раза превышает темпы роста СД. ДР возникает в более раннем возрасте у больных СД 1 типа. Средний возраст пациентов с СД 1 типа при установлении диагноза ДР равен $29,5 \pm 4,1$ года, а при СД 2 типа – $57,5 \pm 3,2$ ($p < 0,001$).

Средний период от установления диагноза СД до развития непролиферативной диабетической ретинопатии равен $9,5 \pm 0,3$ лет, до возникновения препролиферативной диабетической ретинопатии – $17,5 \pm 1,2$ лет, пролиферативной диабетической ретинопатии – $22,7 \pm 1,6$ лет ($p < 0,01$). У мужчин этот промежуток в среднем на два года короче по сравнению с женщинами независимо от тяжести ДР. Следовательно,

развитие препролиферативной ДР из непролиферативной происходит в среднем спустя 8,0 лет, а пролиферативный из препролиферативной – через 5,2 года. Установлена сильная корреляция между продолжительностью СД и уровнем ДР ($RS=0,93$; $p<0,05$). Не имелось различий в частоте ДР в зависимости от пола ($p>0,05$).

Особенностью исследуемого контингента является наличие большого количества осложнений и сопутствующей патологии. Как показали результаты исследования, в среднем у каждого больного ДР имелось $8,5\pm 0,3$ сопутствующих заболеваний, варьируя в зависимости от длительности болезни (до 5-ти лет – $6,3\pm 0,3$; 6-10 лет – $7,9\pm 0,3$; 15 лет и более – $9,2\pm 0,4$; $p<0,001$), возраста (дети и подростки – $6,8\pm 0,5$; лица трудоспособного возраста – $8,9\pm 0,5$; пенсионного возраста – $8,7\pm 0,3$; $p>0,05$), типа диабета (СД 1 типа – $8,0\pm 0,5$; СД 2 типа – $9,3\pm 0,4$; $p<0,05$) и пола (мужчины – $8,2\pm 0,2$; женщины – $8,9\pm 0,2$; $p<0,05$). Результаты данного исследования свидетельствовали, что наиболее часто встречающимися и имеющими место более чем у половины пациентов с ДР являлись в 96,5% случаев полинейропатия, в 84,6% – ангиопатия нижних конечностей, в 66,5% – нефропатия, в 56,8% – катаракта, в 52,9% – артериальная гипертензия. Наличие данной патологии может служить маркером ДР. Установлено, что нормальную массу тела имели менее четверти – 22,6% (119), избыточную – каждый третий 30,5% (160) и ожирение – почти половина 46,9% (245) больных. Наличие избыточной массы тела и ожирения коррелировало с количеством сопутствующих заболеваний: число их выше по сравнению с лицами с нормальной массой тела ($ИМТ < 24,9 \text{ кг/м}^2$), $p<0,05$.

Выводы. Таким образом, ежегодно регистрировалось 14,9% новых случаев ДР, что в 1,3 раза превышает темпы роста СД. Полученные результаты свидетельствовали о более высоком риске возникновения ретинопатии у инсулинозависимых пациентов с СД 1 типа (47,4% случаев на 100 больных), чем при СД 2 типа (29,4,0%), $p<0,05$. На частоту и тяжесть ДР оказывали влияние возраст пациента, тип и продолжительность СД, наличие избыточного веса и ожирения. У каждого больного ДР имелось $8,5\pm 0,3$ сопутствующих заболеваний, что предполагает необходимость при лечении учитывать совместимость и взаимодействие лекарственных средств.

Кончак В.В., Михновец М.С.

**РАДИОАКТИВНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ СОЛИГОРСКОГО РАЙОНА
(МИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ) ОТХОДАМИ
КАЛИЙНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ
ФАКТОР ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра радиационной медицины и экологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Аветисов А.Р.

Цель работы. Провести мониторинг радиационного фона города Солигорска и территории, прилегающей к терриконам.

Материал и методы. Для измерения бета- и гамма-фона был использован дозиметр «РКСБ-104». Дозиметр РКСБ-104 предназначен для измерения мощности полевой эквивалентной дозы гамма-излучения, измерения плотности потока бета-излучения с загрязненных радионуклидами поверхностей одежды, жилых помещений, твердых и жидких продуктов питания, предметов быта, строительных материалов, окружающей среды, а также измерение удельной активности радионуклида. Измерения проводились на следующих участках: Кафедра радиационной медицины и экологии БГМУ; Черта города Солигорска; Технологическая дорога на территорию первого рудоуправления; Солеотвал, сформированный около 30 лет назад; Свежий солеотвал; Солеотвал 2 рудоуправления; Берег шламохранилища 1 рудоуправления; Шламохранилище 2 рудоуправления.

Был проведен забор шлама из шламохранилища второго рудоуправления и с помощью радиометра «РУБ-01П6» с блоком детектирования БДКГ-03П была измерена удельная активность радионуклидов ^{137}Cs и ^{134}Cs в сумме, а также с поправкой на 40К.

Результаты. Город Солигорск был основан в 1958 году в связи с открытием месторождений калийной соли в районе деревень Вишневка, Покровка, Ковалева Лоза, Теслин и Песчанка. На сегодняшний день население города составляет 106627 человек.

ОАО «Беларуськалий» занимает более 90% от общего объема промышленного производства города. Предприятие выпускает каждую шестую тонну калийных удобрений в мире. С каждым годом предприятие увеличивает объемы производства. В состав предприятия входят четыре рудоуправления, вспомогательные и обслуживающие подразделения. Первое рудоуправление располагается всего лишь в 3,5 км от черты города. В ходе производства образуются галитовые отходы. Они относятся к 4 классу опасности. Складирование накопленных отходов на земной поверхности привело к образованию солеотвалотерриконов высотой до 100-120 м и шламохранилищ для размещения жидких глинисто-солевых шламов. В результате на равнинной территории возникли своеобразные горные ландшафты и рассольные озера. За более чем 40-летний период эксплуатации Старобинского месторождения калийных солей на поверхности земли в Солигорском горнопромышленном районе накопилось свыше 800 млн. т отходов на общей площади около 1400 га.

Специфика расположения терриконов обуславливает следующие геоэкологические проблемы:

1. Засоление почвы, а также поверхностных и подземных вод, в том числе и пресных, так как в геоэкологическом разрезе данного региона отсутствуют глинистые водоупоры. В воде Солигорского водохранилища

обнаружено повышенное содержание сульфатов, хлоридов, гидрокарбонатов.

2. Подработка подземных рудных горизонтов вызывает систематические сдвиги породных массивов, это привело к тому, что над выработками сильвинитовой руды на площади свыше 200 км² образовались просадки земной поверхности, что, в свою очередь, приводит к заболачиванию и подтоплению сельскохозяйственных земель.

3. Во время добычи сильвинита и его переработки в окружающую среду выбрасывается огромное количество газов и пылеаэрозолей, что приводит к загрязнению атмосферного воздуха.

4. На прилегающих к предприятиям территориях наблюдаются повышенные значения радиационной активности, влияние которой на население Солигорского района является объектом настоящего исследования.

В связи с ростом производства калийных удобрений на ОАО «Беларуськалий» возникает геоэкологическая проблема, которая носит региональный характер и охватывает не только Солигорский район, но и частично Слуцкий и Любанский.

В ходе работы были проведены измерения в следующих точках города и получены следующие результаты (рисунки 2 и 3). По результатам анализа пробы шлама установлено: общая удельная активность ¹³⁷Cs и ¹³⁴Cs равна 216,82 Бк/кг, удельная активность ¹³⁷Cs и ¹³⁴Cs с поправкой на 40К равна 63,81 Бк/кг.

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии превышений допустимых значений измеряемых величин.

Выводы. В ходе проведенного исследования не было обнаружено критического уровня повышения радиационного фона. При этом радиационный фон оказался повышенным в пробе из шламохранилища. Повышенный радиационный фон может провоцировать различные заболевания, в т.ч. онкологические, что должны учитывать медицинские работники Солигорского района, в частности, спецполиклиники ОАО «Беларуськалий» в ходе профилактических бесед и осмотров.

Кротова А.А.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА КИРОВСКОГО ГМУ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель: к.б.н. Мальцев Д.Н.

Цель работы: оценить функциональное состояние дыхательной системы студентов 6 курса Кировского ГМУ по основным показателям: ЖЁЛ, % от ДЖЁЛ, жизненный индекс, проба Штанге, проба Генче

Материалы и методы исследования. В оценке функционального состояния дыхательной системы приняли участие 100 студентов 6 курса лечебного факультета Кировского ГМУ: 50 юношей и 50 девушек. Средний возраст составил 23 года. В ходе работы были применены такие методы, как измерение показателей ЖЁЛ, % от ДЖЁЛ, жизненного индекса, проб Штанге и Генче, обработка и анализ полученных данных. Полученные результаты интерпретировались посредством вычисления средней арифметической, ошибки средней арифметической.

Результаты исследования.

Девушки: ЖЁЛ(мл) – 3025 ± 150 (При норме - 2500-3500мл);

% от ДЖЁЛ – 91 ± 8 (При норме - 95-105%);

Жизненный индекс (мл/кг) – $52,5 \pm 0,85$ (При норме – 50-60мл/кг)

пр. Штанге(сек) – $59 \pm 10,0$; (При норме - 60-90 сек);

пр. Генче (сек) - 35 ± 7 (При норме – более 30 сек);

Юноши: ЖЁЛ(мл) – 4456 ± 150 (При норме – 4500-5000мл);

% от ДЖЁЛ – $87 \pm 0,9$ (При норме - 95-105%);

Жизненный индекс (мл/кг) – $57,9 \pm 0,9$ (При норме – 60-70мл/кг)

пр. Штанге (сек) – $84 \pm 17,5$; (При норме - 60-90 сек);

пр. Генче (сек) – $44 \pm 1,5$ (При норме – более 30 сек);

Анализ полученных данных в ходе исследования выявил, что у девушек снижены такие показатели, как % от ДЖЁЛ - 91 ± 8 (При норме - 95-105%), жизненный индекс– $52,5 \pm 0,85$ (При норме – 50-60мл/кг), проба Штанге $59 \pm 10,0$; (При норме - 60-90 сек), проба Генче - 35 ± 7 (При норме – более 30 сек), но ЖЁЛ в пределах нормы, а у юношей снижены такие показатели как ЖЁЛ– 4456 ± 150 (При норме – 4500-5000мл), % от ДЖЁЛ– $87 \pm 0,9$ (При норме - 95-105%), жизненный индекс– $57,9 \pm 0,9$ (При норме – 60-70мл/кг), а проба Штанге и проба Генче в пределах нормы. Возможно, полученные результаты во многом связаны низкой двигательной активностью студентов. В многочисленных исследованиях отмечается, что, несмотря на специфику медицинского образования, у студентов медицинских ВУЗов распространенность отдельных негативных поведенческих факторов (гиподинамия) значительно выше по сравнению с учащимися других ВУЗов. Каждый четвертый студент не готов к выполнению регулярных адекватных физических нагрузок, спортом занимаются по данным разных авторов от 5 до 28,8% студентов. По-видимому, к одной из причин низкой физической активности студентов можно отнести увеличивающийся объем учебных дисциплин с переходом от курса к курсу, негативное отношение к физической культуре (непосещаемость, подготовка рефератов во время занятий физической культурой), недостаточное количество занятий физкультурой в неделю.

Вывод. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что уровень развития дыхательной системы студентов 6 курса лечебного факультета Кировского ГМУ недостаточен. Полученные данные

свидетельствуют о необходимости увеличения количества регулярных занятий физкультурой и спортом.

Леушина Е.С., Гришкина Д.А.
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гигиены
Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.

Цель. Изучить особенности питания студентов Кировского ГМУ. Выяснить: является ли питание студентов Кировского ГМУ рациональным, сбалансированным.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Кирове. В нем приняло участие 115 респондентов. Среди них 78 женского пола и 37 мужского, диапазон возраста 18-26 лет. Было проведено анкетирование, в котором изучался режим питания, ассортиментный набор продуктов, потребление белков, жиров, углеводов, продуктов основной пирамиды питания животного и растительного происхождения. Помимо этого, был произведен расчет ИМТ и использован хронометражно-табличный метод для определения энергозатрат, соматоскопический – определение толщины кожно-жировой складки. Обработка анкет проводилась с помощью Microsoft Office Excel. Для оценки различий применялся t-критерий Стьюдента. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05.

Результаты. Расчет ИМТ показал, что респонденты мужского пола не имеют дефицита массы тела, нормальная масса у 74,1%, избыток наблюдается у 25,9%. Среди девушек дефицит у 5,2%, норма – 84,5%, избыток – 10,3%. ИМТ у студентов в целом находится в норме, однако, избыток массы тела чаще встречается у юношей на 16%

На вопрос – сколько раз в день питаются студенты были получены следующие ответы: 2 раза - 22,40%, 3 раза - 34,10%, 4 раза - 28,20%, 5 и более - 11,80%, по-разному - 3,60%. Из выше представленных данных видно, что большинство студентов питаются 3 раза в день.

При изучении промежутков между приёмами пищи выявлено: 2 ч. - 2,35%, 3 ч. - 25,88%, 4 ч. - 30,59%, 5 ч. - 23,53%, 6 ч. - 9,41%, по-разному - 8,24%. Большая часть респондентов питается с промежутком между приемами пищи не более 4 часов, 8,2% студентов не имеют чёткого режима питания. При ответе на вопрос – завтракают ли студенты, получено, что 63,50% регулярно завтракают, 7,10% не завтракают вообще и 29,40% иногда принимают пищу по утрам. При учете последнего приёма пищи выявлено: до 18 ч. - 16,50%, 18-21 ч. - 47,10%, после 21 ч. - 36,50%, это говорит о том, что большинство студентов кушает в последний раз

после 18:00, вероятно, это связано с тем, что студенты поздно ложатся спать, что подтверждают ответы на вопрос – за сколько часов до сна последний приём пищи: 1 час - 12,9%, 2 часа - 32,9%, 3 часа - 35,3%, 4-5 часов - 8,2%, по-разному - 10,6%.

Изучение ассортимента набора продуктов показало, что продукты быстрого приготовления употребляют 22,4%, полуфабрикаты – 41,2%, колбасные изделия – 38,8%, мясо – 80,0%, рыбу – 36,5%, картофель – 75,3%, крупы – 76,5%, макаронные изделия – 77,6%, молочные изделия – 69,4%, овощи – 63,5%, фрукты – 69,4%, мучные изделия – 56,5%, кондитерские изделия – 52,9%, фаст-фуд – 21,2%. В рационе студентов преобладают мясо, макаронные изделия, крупы, картофель. Меньше всего употребляют рыбу, фаст-фуд, продукты быстрого приготовления. Употребление продуктов растительного происхождения основной пирамиды здорового питания: злаковые - 31,80%, картофель - 56,50%, овощи - 51,80%, фрукты - 54,10%, крупы - 57,60%, ягоды - 5,90%. Употребление продуктов животного происхождения основной пирамиды здорового питания: не употребляют – 0,00%, молоко и продукты молока – 36,00%, яйца - 10,60%, мясо – 80,00%, печень - 8,20%, рыба – 25,00%. Потребление белка респондентами мужского пола оказалось следующим: выше нормы – 30%, норма – 50%, ниже нормы – 20%; девушки имеют показатели: выше нормы – 5%, норма – 70%, ниже нормы – 25%. Потребление белка студентами нерационально, особенно это прослеживается у мужского пола, так как лишь 50% употребляют должное его количество. С потреблением жиров ситуация обстоит следующим образом: среди юношей не наблюдается превышения рекомендуемых значений, нормальное количество употребляют 80%, ниже нормы – 20%, девушки, потребляющие жиров больше нормы, составили 15%, оптимальное количество – 45% и ниже рекомендуемых величин – 40%. Прослеживается проблема потребления жиров девушками, так как значительная часть из них (40%) употребляет жиров меньше нормы. Потребление углеводов студентами обоих полов выше нормы не наблюдается, 40% юношей и 15% девушек употребляют углеводы в оптимальном количестве, но также выявлены нарушения в потреблении углеводов, потому что у 60% мужского пола и у 85% женского пола показатели ниже нормы. При анализе «Белково-углеводно-жировой» модели питания получены следующие данные: юноши употребляют 104 г белка, 95 г жиров, 272 г углеводов; девушки употребляют 57 г белка, 69 г жиров и 169 г углеводов. У мужского пола соотношение БЖУ составило 1:1:3, у женского – 1:1:4. Оценка соотношения калорийности приёмов пищи у мужского пола показала, что фактическая величина завтрака составила 23,92% (при рекомендуемой величине 30,00%), обеда – 35,49% (при рекомендуемой величине 50,00%), ужина – 40,59% (при рекомендуемой величине 20,00%). Последний приём пищи среди юношей

является высококалорийным. Оценка соотношения калорийности приёмов пищи у женского пола показала, что фактическая величина завтрака составила 20,21% (при рекомендуемой величине 30,00%), обеда – 43,34% (при рекомендуемой величине 50,00%), ужина – 35,45% (при рекомендуемой величине 20,00%). Последний приём пищи среди девушек можно назвать высококалорийным. Анализ средних показателей энергозатрат и энергопотребления студентов выявил, что питание студентов не покрывает их суточных энергозатрат в соответствии с индивидуальными нормами, так как средний показатель энергозатрат юношей составил 3042,6 ккал при среднем показателе энергопотребления 2476,9 ккал, а у девушек 2111,35 ккал при среднем показателе энергопотребления 1491,5 ккал. Измерение размеров кожно-жировой складки у студентов выявило, что у 40% респондентов мужского пола и 50% респондентов женского пола размеры кожно-жировой складки меньше нормы. Средние же показатели отмечаются у 50% юношей и 40% девушек, высокие показатели у 10% студентов как мужского, так и женского пола. У студентов выявлено уменьшение толщины кожно-жировой складки в сравнении с нормой, особенно у девушек – 50%. Студентам была дана возможность оценить влияние дохода на качество их питания по 5-ти балльной шкале: 1 балл - 2,4%, 2 балла - 8,2%, 3 балла - 18,8%, 4 балла - 29,4%, 5 баллов - 29,4%, не влияет - 11,8%. Выявлено, что доход имеет значительное влияние на качество питания студентов.

Выводы. Таким образом, гипотеза о том, что питание студентов Кировского ГМУ не является рациональным и сбалансированным полностью подтвердилась. В фактическом питании большинства студентов-медиков обнаружены существенные отклонения от нормы. Это касалось как продуктового набора питания, режима питания, так и употребления основных питательных веществ, помимо этого выявлено, что доход значительно влияет на качество питания студентов.

Леушина Н.А., Капустина Н.М.

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ДАРОВСКОМ, ОПАРИНСКОМ И ПИЖАНСКОМ РАЙОНАХ
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ПОЗИЦИИ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ**

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом экономики и управления

Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.

Цель работы. Оценить состояние стационарной медицинской помощи в Даровском, Опаринском и Пижанском районах Кировской области с позиции процессного управления за 2014-2018 годы.

Материалы и методы. Для изучения показателей деятельности стационаров использовались данные сборников "Статистика здоровья населения и здравоохранения Кировской области" МИАЦ Минздрава Кировской области за 2014-2018 годы. Показатели представлены качественными данными в виде относительных величин (в %) и количественными данными в виде абсолютных чисел и средних величин. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. Все процессы в МО подразделили на медицинские (качественные и количественные), экономические и управленческие. В работе проведена оценка медицинских процессов. Процент госпитализированных детей в возрасте от 0 до 17 лет в течение 5 лет в Опаринском районе стабилен, в Даровском - снижается, а в Пижанском - незначительно повышается. Процент госпитализированных лиц старше трудоспособного возраста растёт на протяжении 5 лет во всех районах. В Даровском районе с 2014 по 2016 год наблюдается увеличение, в 2017 году – снижение, в 2018 году – повышение процента больничной летальности взрослого населения. Этот же показатель в Опаринском районе с 2014 по 2016 год снижается в 2 раза, а с 2016 по 2018 год растёт. В Пижанском районе больничная летальность взрослого населения относительно стабильна на протяжении 5 лет. Больничная летальность детей в возрасте от 0 до 17 лет снизилась в Пижанском (до 0) и Опаринском районах. Во всех районах наблюдается тенденция к снижению обеспеченности койками на 10 000 населения, а также уменьшение количества круглосуточных коек. Также во всех районах сократилась средняя длительность госпитализации. По количеству пролеченных пациентов в местах дневного пребывания больничных организаций лидирует Пижанский район. В стационарах могут быть внедрены технологии проекта "Бережливая поликлиника": снижение времени ожидания в очереди к врачу и в процедурный кабинет, использование электронных медицинских карт и направлений к узким специалистам, исключение пересечения потоков здоровых и больных.

Выводы. В деятельности МО можно выделить медицинские качественные, медицинские количественные, экономические и управленческие процессы. В МО Даровского, Опаринского и Пижанского районов за 2014-2018 годы наблюдается общее повышение качества медицинской помощи (например, больничная летальность в целом очень низкая, средняя длительность госпитализации ежегодно снижается). В то же время стоит уделить больше внимания стационарозамещающим технологиям, особенно в Даровском и Опаринском районах. Некоторые технологии проекта "Бережливая поликлиника" могут быть использованы в работе стационаров.

Лёгоньякая А.Ю.
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА БУТИЛИРОВАННОЙ ВОДЫ,
ПРОДАВАЕМОЙ В ТОМСКЕ

Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра гигиены
Научный руководитель: к.м.н., доцент Серебрякова В.Н.

Цель. Изучить органолептические, микробиологические свойства, показатели химического и органического состава бутилированной воды в Томске.

Материалы и методы. Для проведения исследования были выбраны наиболее популярные торговые марки бутилированной воды в Томске благодаря проведенному анонимному анкетированию на платформе google-формы в 2019 году: «Лель», «Юнона», «Туран», «Святой источник», «Томская кристалльная», «Черноголовка». Данная анкета была распространена в социальных сетях. При исследовании микробиологических показателей указанных марок воды, были исследованы: общее микробное число (ОМЧ), глюкозо-положительные колиморфные бактерии (ГКБ), общие колиморфные бактерии (ОКБ), термотолерантные колиморфные бактерии (ТКБ), споры сульфитредуцирующих клостридий, *Pseudomonas aeruginosa*. Техническим прибором для определения степени загрязнения воды являлся Аква тестер TDS METP US MEDICA PURE WATER.

Результаты. В опросе приняли участие 400 человек, проживающих в г Томске, из них 28% - представители мужского пола, 72% - женского. В целом 76% процентов жителей города чаще всего используют в качестве питьевой воды бутилированную воду. Оценивая органолептические свойства представленных марок воды, респонденты отмечали приятный вкус, отсутствие запаха, прозрачность воды всех изученных марок. Некоторые из опрашиваемых отмечали присутствие соленого вкуса у воды «Юнона».

Во всех представленных видах бутилированной воды данные показатели соответствовали норме (ОМЧ от 0 («Святой источник», «Туран», «Черноголовка») до 43 в «Юнона»).

При исследовании химических показателей воды установлено, что показатель общей минерализации у всех представленных марок ниже 1000 мг/л, что соответствует норме (от 105 в марке «Святой источник» до 649 в марке «Юнона»). Наибольшим содержанием хлоридов, не превышающих значения гигиенического норматива» характеризуется торговая марка «Лель». Наибольшим содержанием натрия и калия характеризуются марки воды «Черноголовка» и «Туран». Наибольшим уровнем кальция характеризуется марка «Томская кристалльная».

При помощи прибора Аква тестера TDS METP US MEDICA PURE WATER была определена степень загрязнения воды. Единицей измерения являлось количество допустимых растворенных в воде частиц- PPM. Были приняты следующие интервалы: 0-5 PPM (полностью очищенная дистиллированная вода), 5-50 PPM (идеальная вода для питья), 51-150 PPM (питьевая вода из подземных и горных источников или очищенная через угольный фильтр), 151-300 PPM (предельно допустимая вода высоким содержанием примесей), 301-500 PPM (опасная для питья вода), 500 и более PPM (непригодная вода). Были получены следующие результаты: «Лель»- 155 PPM, «Юнона» -300 PPM, «Святой источник»- 53 PPM, «Туран»- 198 PPM, «Томская кристальная» - 254 PPM, «Черноголовка»- 36 PPM.

Выводы. Таким образом, изученные марки бутилированной воды по органолептическим, микробиологическим и химическим показателям соответствуют норме, но некоторые показатели имеют предельно допустимое значение (предельное количество примесей в воде «Юнона»- 300 PPM). Несмотря на то, что бутилированная вода проходит несколько этапов очистки, некоторые ее марки могут иметь предельно допустимые значения по отдельным показателям.

Лыхин Ю. А., Симонова П. А.

ВЛИЯНИЕ РАБОЧЕГО МЕСТА НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом экономики и управления
Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.

Цель. Установить влияние эргономики рабочих мест студентов Кировского ГМУ на их работоспособность.

Материалы и методы. Оценка соответствия функциональных параметров рабочих мест студентов проводится по ГОСТу 12.2.032-78 «Система стандартов безопасности труда (ССБТ). Рабочее место при выполнении работ сидя. Общие эргономические требования» и СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы». Кроме этого, был задействован «ГОСТ 22046-2002 Мебель для учебных заведений», а конкретно «ГОСТ 11016-93 (ИСО 5970-79) Стулья ученические» и «ГОСТ 11015-93 (ИСО 5970-79) Столы ученические». Для получения всех сведений был проведен опрос «Оценка эргономичности рабочего места», составленный на основах рекомендаций, приведенных в вышеуказанных документах. Опрос был предоставлен студентам Кировского ГМУ. Всего в нем участвовало 97 студентов 1-3 курса Кировского ГМУ. Средний

возраст респондентов составил 20 лет. Также был проведен корреляционный анализ зависимости работоспособности от эргономики рабочего места, для чего был использован критерий корреляции Пирсона, пакет статистического анализа Microsoft Excel.

Результаты. Опрос студентов дал следующие результаты: 64,9% опрошенных студентов предпочитают заниматься за компьютерным столом и лишь 41,6% из них предпочитает использовать специальный компьютерный стул. При этом 87,5% из этих студентов утверждают, что им удобно заниматься на своем рабочем месте. Все респонденты, кроме того, указывали размеры своих столов и стульев. Из тех участников, что сидели за компьютерным столом, у 100% он соответствовал норме. Средние показатели рабочего места респондента таковы: 880 x 1070 x 690 (мм). Что касается стула, то здесь следующие результаты: из тех, кто сидел на компьютерном стуле у 100% он как минимум соответствовал показателям ГОСТа, в то время как в общей совокупности у 2% человек стулья не соответствовали норме. Следующим пунктом оценки пригодности рабочего места для занятий стало Освещение. Согласно результатам опроса, лишь 5% респондентов используют один тип освещения. Другие 95% предпочитают использовать комбинированное освещение. Самым частым является сочетание естественного освещения, настольной лампы, люстры, что составляет 38% от общей массы. Данный тип освещения рабочей поверхности наиболее подходит для продуктивной работы. Из тех 38%, использующих для освещения естественный свет, настольную лампу и люстру, 100% имеют освещенность свыше 300 лк. Средний показатель освещенности для них составил 396 лк. Из всех студентов, предпочитающих использовать комбинированный тип освещения, лишь у 25% показатель составил ниже 300 лк, а среднее значение для этой группы было 327 лк. Из группы, использующей один тип освещения, 100% респондентов имели показатель освещенности ниже 300 лк, а среднее значение составило 269 лк, что не является совсем критическим, но тем не менее, не подходит для работы. Еще одним немаловажным показателем является расположение окна в комнате. Из всех лиц, прошедших тест, лишь у трети окно расположено правильно, то есть слева. При расположении окна справа и сзади, создается тень, которая мешает обзору при работе. Следующий показатель – размещение компьютера на рабочем месте. Здесь также необходимо соблюдать ряд правил. Монитор должен быть расположен на расстоянии не менее 500 мм; монитор должен быть расположен либо на уровне глаз, либо чуть ниже, но ни в коем случае не выше уровня глаз. По собранной статистике, 100% опрошенных имеют правильно расположенный монитор. Но при этом у 27% лиц монитор расположен ближе, чем на 500 мм. Среднее значение составило 514 мм. Также, из опроса стало ясно, что 60% респондентов проводят за компьютером без перерыва более 1 часа, из них

13% сидят до 6 часов и более, 27% до 3х часов. Согласно СанПин 2.2.2/2.4.1340-03 не рекомендуется проводить за компьютером свыше 6 часов, кроме того, необходимо в конце каждого часа, то есть каждые 50 минут делать разминку. В нашем же случае получилась очень интересная картина. 70% опрошенных студентов выполняют разминку для тела если засиделись, но абсолютно противоположная картина с разминкой для глаз. 70% НЕ выполняют её при долгом нахождении за компьютером или в целом на рабочем месте. Данная картина может быть связана с тем, что как раз-таки 70% опрошенных при долгом сидении на одном месте ощущают усталость, и 10% - боль. Но никто из них не ощущает усталости в глазах, из за чего не делает упора на их разминку. Последний шаг – корреляционный анализ. Коэффициент корреляции составил 0,89. Это говорит о наличии прямой сильной зависимости работоспособности студентов от эргономики рабочего места.

Выводы. Подводя итоги, хочется отметить, что подавляющее большинство студентов имеет удовлетворительные эргономические параметры рабочего места, что сказывается на высоком уровне их работоспособности. Правильная его организация, а также организация труда и распорядка дня предохраняет человека от развития заболеваний и различных осложнений, позволяет постоянно сохранять бодрость духа, способствует высокой производительности. Недооценка показателей, рассмотренных в нашей работе, может привести к серьезным последствиям, начиная переутомлением нервной системы и заканчивая серьезными повреждениями организма (как например, искривление позвоночника).

Мальцева Е.С., Шишневa А.С.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ НА ПРИМЕРЕ
ОТДЕЛЬНЫХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2014-2018 гг.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом экономики и управления

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н. Чагаева Н.В.

Цель работы. Дать сравнительную оценку показателям заболеваемости туберкулёзом в субъектах Российской Федерации (РФ) за 2014 – 2018 гг.

Материалы и методы. Для изучения показателей заболеваемости туберкулёзом использовались данные из сборников «Социально значимые заболевания населения России» Министерства Здравоохранения РФ за 2014 – 2018 годы. Уровень заболеваемости представлен количеством случаев туберкулёза на 100000 населения. Оценка динамики уровня заболеваемости туберкулёзом выполнена с использованием показателей

временного ряда: абсолютный прирост и темп прироста (ТП). Сравнительная оценка уровня заболеваемости туберкулезом выполнена с помощью стандартизированного относительного риска и его 95% доверительных интервалов. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. Показатель относительного стандартизированного риска заболеваемости туберкулезом в Уральском федеральном округе в 2014 г. равнялся 1,26 (0,9–1,77), в 2015 г. – 1,36 (0,97–1,91), в 2016 г. – 1,35 (0,95–1,93), в 2017 г. – 1,3 (0,9–1,89), в 2018 г. – 1,39 (0,94–2,04). Относительно регионов данного округа результаты следующие: в Курганской области этот показатель в 2014 г. составил 1,19 (0,88–1,62), в 2015 г. – 1,45 (1,09–1,93), в 2016 г. – 1,35 (0,99–1,83), в 2017 г. – 1,36 (0,98–1,88), в 2018 г. – 1,54 (1,12–2,12). В Свердловской области в 2014 году относительный стандартизированный риск заболеваемости составил 1,23 (0,91–1,67), в 2015 г. – 1,19 (0,88–1,61), в 2016 г. – 1,2 (0,88–1,64), в 2017 г. – 1,16 (0,82–1,62), в 2018 г. – 1,17 (0,83–1,65).

В Сибирском федеральном округе данный показатель составил в 2014 г. 1,66 (1,2–2,29), в 2015 г. – 1,69 (1,22–2,34), в 2016 г. – 1,71 (1,22–2,4), в 2017 г. – 1,73 (1,21–2,46), в 2018 г. – 1,81 (1,25–2,61). В республике Тыва в 2014 г. данный показатель равнялся 1,71 (1,34–2,19), в 2015 г. – 1,65 (1,28–2,12), в 2016 г. – 1,94 (1,51–2,5), в 2017 г. – 2,0 (1,54–2,6), в 2018 г. – 1,73 (1,32–2,28).

В Дальневосточном федеральном округе показатель относительного стандартизированного риска заболеваемости туберкулезом в 2014 г. составил 1,74 (1,26–2,39), в 2015 г. – 1,77 (1,29–2,48), в 2016 г. – 1,77 (1,27–2,48), в 2017 г. – 1,78 (1,25–2,54), в 2018 г. – 1,67 (1,15–2,42). Относительно регионов данного округа результаты следующие: в Приморском крае в 2014 г. – 1,3 (1,01–1,67), в 2015 г. – 1,35 (1,04–1,74), в 2016 г. – 1,35 (1,04–1,76), в 2017 г. – 1,31 (0,99–1,74), в 2018 г. – 1,48 (1,1–1,99). В Еврейской автономной области в 2014 г. – 1,32 (1,03–1,71), в 2015 г. – 1,22 (0,94–1,59), в 2016 г. – 1,29 (0,98–1,68), в 2017 г. – 1,27 (0,96–1,69), в 2018 г. – 1,41 (1,05–1,9). В Чукотском автономном округе в 2014 г. – 1,32 (1,02–1,71), в 2015 г. – 1,53 (1,19–1,96), в 2016 г. – 1,81 (1,41–2,33), в 2017 г. – 1,71 (1,31–2,23), в 2018 г. – 2,55 (1,95–3,33).

ТП заболеваемости туберкулезом за 2014 – 2018 гг. составил в РФ (-25,3), а в Приволжском федеральном округе (ПФО) (-26,4%), в Центральном федеральном округе (-28,5%), в Северо-Западном федеральном округе (-37,2%), в Южном федеральном округе (-24,6%), в Северо-Кавказском федеральном округе (-22,3%), в Уральском федеральном округе (-17,9%), в Сибирском федеральном округе (-18,7%), в Дальневосточном федеральном округе (-28,3%).

Выводы. При расчёте стандартизированного относительного риска заболеваемости туберкулезом с 2014 по 2018 годы определен статистически значимый уровень в Уральском, Сибирском,

Дальневосточном федеральных округах. Как в РФ, в целом, так и в отдельных федеральных округах с 2014 по 2018 годы выявлено стабильное снижение заболеваемости туберкулезом. Это может являться показателем улучшения условий жизни людей и их социального статуса, качественной работы здравоохранения – проведением диспансеризации, появлением более совершенных лекарственных препаратов и современных методов диагностики данного заболевания.

Нагина С.А., Чугунов Н.А.

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ОТ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ МАРОК APPLE IPHONE, SAMSUNG, HUAWEI, XIAOMI

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Научные руководители: к.м.н., доцент Моталова Т. В.,
д.м.н., профессор Кирюшин В. А.

Цель работы: измерить и проанализировать интенсивность ЭМИ от современных моделей смартфонов марок Apple iPhone, Samsung, Huawei и Xiaomi, дополнительно провести социологическое исследование, для изучения частоты и продолжительности использования сотовых телефонов.

Материалы и методы. Измерения проводились с помощью измерителя плотности потока энергии электромагнитного поля – ПЗ-33, в следующих режимах: работа в фоновом режиме, входящий и исходящий звонок на смартфон, режим разговора. Учитывались максимальные значения ППЭ, измерения проводились в соответствии с МУК 4.3.2501-09 «Измерение электромагнитных полей персональных подвижных систем сотовой связи». В качестве норматива был выбран показатель 10 мкВт/см² (согласно СанПиН 2.1.8/2.2.4.1190-03 «Гигиенические требования к размещению и эксплуатации средств сухопутной подвижной радиосвязи»). Для стандартизации показателей все измерения на смартфонах проводились: на максимальной яркости, включенной передаче данных, отключенном GPS и Wi-Fi, сотовый оператор не учитывался при оценке результатов. Расстояние до датчика в режиме разговора- 5см, в 2х других- 50см. Для оценки частоты, продолжительности, режимов использования смартфонов и другой информации была разработана анкета. Всего опрошено 215 респондентов.

Результаты. По данным анкетирования 27,7% опрошенных – пользователи Apple iPhone, 15,5% используют смартфоны Samsung, а 56,8% - марки других смартфонов. 78,5% респондентов используют одну сим-карту в телефоне, 21,5% - две сим-карты. Ежедневно 43,5%

опрошенных используют смартфон более 5 ч, 29%- от 3 до 5 часов, 22,4% - от 1 до 3 часов, 5,1% - менее 1 ч в день. На основании данных полученных с помощью опроса были выделены 3 группы брендов смартфонов для исследования:

-Apple iPhone (iPhone 5S, iPhone 6S, iPhone 7, iPhone 8, iPhone XR, iPhone X);

-Samsung (Samsung Galaxy A5, Samsung Galaxy A7, Samsung Galaxy S7, Samsung Galaxy S9, Samsung G1, Samsung A50);

-модели Huawei и Xiaomi (Huawei Honor 9, Huawei Honor 5, Huawei Honor 8A, Huawei P20 lite, Huawei Honor 7x, Xiaomi Redmi Note 5A Prime, Xiaomi Redmi Note 4x Pro, Xiaomi MI A1, Xiaomi Redmi Note 6 Pro).

При измерении фоновых показателей получены следующие результаты максимальных показателей ППЭ:

- в группах Apple iPhone и Samsung, а также в группе смартфонов моделей Huawei и Xiaomi у всей выборки моделей значения не превышают ПДУ.

При измерении показателей во время входящего звонка на смартфон максимальные показатели ППЭ:

- в группе Apple iPhone (у всей выборки моделей) не превышают ПДУ;

- в группе смартфонов Samsung, у модели Samsung Galaxy A7 максимальный показатель превысил ПДУ в 1,4 раза, у остальных - соответствуют гигиеническому нормативу;

- в группе смартфонов моделей Huawei и Xiaomi не превышают ПДУ.

При измерении показателей в режиме разговора максимальные показатели ППЭ:

- в группе Apple iPhone у модели Apple iPhone 7 - превысил ПДУ в 3,2 раза;

- в группе смартфонов Samsung у модели Samsung Galaxy A7 - выше ПДУ в 1,5 раза;

- в группе смартфонов моделей Huawei и Xiaomi у модели Honor 9 значение превысило ПДУ в 1,5 раза.

Выводы. В ходе анализа результатов установлено, что наиболее безопасными марками смартфонов оказались Apple iPhone. Проанализировав результаты измерений во всех 3-х режимах работы смартфонов установлено, что значения максимальных показателей ППЭ, близких или превышающих значения ПДУ, в большинстве случаев регистрировались в группе смартфонов Huawei и Xiaomi. Максимальные значения ППЭ от смартфонов регистрировались только в первые 3-5 секунд в режиме входящего/исходящего звонка. При уменьшении яркости до 50% и ниже показатели ППЭ соответственно уменьшались (на 0,1-0,3 мкВт/см²).

Одегова О.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
БОЛЕЗНЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2013-2017 ГГ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом экономики и управления
Научный руководитель: к.м.н. Чагаева Н.В.

Цель работы. Дать сравнительную оценку общей заболеваемости болезнями щитовидной железы (ЩЖ) среди детского населения в отдельных субъектах Российской Федерации (РФ) за 2013-2017 гг.

Материалы и методы. Для изучения заболеваемости болезнями ЩЖ использовались данные сборников «Общая заболеваемость детского населения России от 0 до 14 лет» за 2013-2017 гг. Уровень заболеваемости представлен количеством случаев заболеваний ЩЖ на 100000 детского населения. Оценка динамики уровня заболеваемости выполнена с использованием показателей временного ряда: абсолютный пророст и темп прироста (ТП). Сравнительная оценка заболеваемости болезнями ЩЖ выполнена с помощью стандартизованного относительного риска и его 95% доверительных интервалов. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. Показатель относительного стандартизованного риска общей заболеваемости болезнями ЩЖ среди детского населения в Северо-Кавказском федеральном округе (ФО) в 2013 г. равнялся 1,84 (1,61-2,09), в 2014 г. – 1,93 (1,71-2,19), в 2015 г. – 1,88 (1,65-2,13), в 2016 г. – 1,57 (1,37-1,79), в 2017 г. – 1,51 (1,32-1,73). В Приволжском ФО (ПФО) данный показатель составил в 2013 г. – 1,14 (0,99-1,31), в 2014 г. – 1,10 (0,96-1,27), в 2016 г. – 1,00 (0,86-1,16), в 2017 г. – 1,11 (0,96-1,28). В Уральском ФО показатель относительного стандартизованного риска общей заболеваемости болезнями ЩЖ среди детского населения в 2013 г. равнялся 1,06 (0,92-1,23), в 2014 г. – 1,13 (0,98-1,30), в 2015 г. – 1,21 (1,05-1,39), в 2016 г. – 1,40 (1,22-1,60), в 2017 г. – 1,20 (1,05-1,39). В республике Дагестан показатель относительного стандартизованного риска в 2013 г. равнялся 1,9 (1,73-2,09), в 2014 г. – 1,76 (1,61-1,93), в 2015 г. – 1,77 (1,61-1,94), в 2016 г. – 2,03 (1,84-2,25), в 2017 г. – 2,16 (1,95-2,39). В Чувашской республике данный показатель составил в 2013 г. – 1,92 (1,70-2,16), в 2014 г. – 1,67 (1,47-1,88), в 2015 г. – 2,30 (2,03-2,60), в 2016 г. – 2,21 (1,95-2,51), в 2017 г. – 2,46 (2,19-2,77). В Челябинской области данный показатель составил в 2013 г. 2,01 (1,77-2,27), в 2014 г. – 1,76 (1,56-1,98), в 2015 г. – 1,81 (1,62-2,03), в 2016 г. – 1,50 (1,34-1,67), в 2017 г. – 1,55 (1,37-1,75). ТП общей заболеваемости болезнями ЩЖ среди детского населения за 2013-

2017 гг. составил в Северо-Западном ФО 27,12%, в Южном ФО 24,6%, в Уральском ФО 12,1%, в Центральном ФО 9,8%. В Дальневосточном ФО данный показатель равнялся (-23,3%), в Северо-Кавказском ФО – (-18,8%), в Сибирском ФО – (-8,3%), в ПФО – (-4,1%).

Выводы. Проведенное исследование выявило статистически значимо высокий относительный риск общей заболеваемости болезнями ЦЖ среди детского населения в Северо-Кавказском, Приволжском и Уральском ФО по сравнению с РФ. При расчете стандартизированного относительного риска общей заболеваемости болезнями ЦЖ среди детского населения с 2013 по 2017 гг. определен статистически значимый уровень в республике Дагестан, Чувашской республике, Челябинской области. Установлено увеличение уровня общей заболеваемости болезнями ЦЖ в Северо-Западном, Южном, Уральском, Центральном ФО и снижение в Дальневосточном, Северо-Кавказском, Сибирском и ПФО за 2013-2017 гг.

Панкратова Е.С., Зюзева Д.С., Ерофеева П.Д.
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ
АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КИРОВСКОМ
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и
профессиональных болезней

Научный руководитель: старший преподаватель Шамсутдинова Р. А.

Цель работы: оценить удовлетворенность качества оказания амбулаторной медицинской помощи в Кировском клиничко-диагностическом центре.

Материалы и методы. Было проведено исследование, посвященное выяснению удовлетворенности пациентов получаемой амбулаторной медицинской помощью в Клиничко — диагностическом центре, который включает в себя девять поликлиник, расположенных в разных частях города Кирова. В анкетировании приняли участие равное количество мужчин и женщин. Граждане в возрасте от 18 до 39 лет приняли наиболее активное участие в анкетировании (43%), а также граждане в возрасте от 40 до 60 лет (32%), менее активно участие в анкетировании принимали респонденты старше 60 лет (25%). Объектом исследования были жители города Кирова, давшие добровольное согласие на участие в исследовании. В каждой поликлинике было опрошено по 30 человек. Всего в анкетировании приняли участие 270 респондентов. Опрашивались респонденты разных возрастных категорий, с учетом пола Пациентам предлагалось оценить доступность медицинской помощи, санитарно - гигиенические условия медицинского учреждения, вежливость медицинских работников.

Результаты. По итогам анкетирования населения города Кирова получились следующие данные. Из общего числа опрошенных, наибольшее количество людей имеют социальный статус «работающий», что составляет 44,2%. На втором месте - «пенсионер» (23,4%), далее идут «учащийся» (13,9%), «инвалид» (9,9%) и «безработный» (8,8%). В свою очередь из их числа наибольшее количество, а именно 38,3% обращаются за медицинской помощью в среднем 1 раз в 1-6 месяцев; а наименьшее количество - чаще 1 раза в месяц, что составляет – 13,8%. Так же было выявлено, что основной целью обращения за медицинской помощью в поликлинику является диагностика и/или лечение (57,4%). При опросе респондентов было выявлено, что самым простым и удобным способом обращения является «интернет», а самым сложным и неудобным способом является обращение по телефону и через лечащего врача. Из результатов анкетирования выяснилось, что более половины опрошенных (70,1%) приходится ожидать приема врача с момента записи до недели и более, а менее недели всего лишь – 29,9%. При этом наибольшее количество опрошенных утверждают, что быстрее всего можно попасть на прием к стоматологу, а дольше всего приходится ждать приема участкового терапевта. Об удовлетворенности графиком работы врачей и служб поликлиники респонденты высказались следующим образом: более половины, а именно 63,3% удовлетворены графиком, а 36,6% - нет.

Респондентов попросили ответить, почему график работы врачей и служб поликлиники им не удобен. Большинству опрошенных (28,8%) график приема врача неудобен, так как не совпадает с графиком их рабочего времени. А 22,2% не могут попасть на прием после 15:00. Так же график работы процедурного кабинета и кабинета УЗИ не удобен респондентам. По результатам анкетирования выяснилось, что 62,2% населения считает, что существует нехватка специалистов нужного профиля. А именно 14% опрошенных считают, что существует нехватка врачей хирургического профиля, примерно одинаковый уровень у инфекциониста, пульмонолога, невролога, офтальмолога (8-9%). Еще меньше у уролога, аллерголога, ревматолога, гинеколога (5,3%). Нехватку участковых терапевтов отметило только 3% опрошенных. Ожидание при посещении кабинета ЭКГ, УЗИ, регистратуры, доврачебного кабинета у большинства опрошенных не превышает 15 минут. Однако ожидание результатов УЗИ и рентгена 5,5% ожидали более 1 часа. А в кабинете ЭКГ: 20% утверждают, что результаты выдали сразу, а 30%, что ожидали всего лишь 5-10 минут. В городе Киров лишь 31,2% населения не приходилось оплачивать диагностические исследования. Но всё-таки основная масса (68,8%) оплачивала исследования. Среди них, 42% оплачивало МРТ, 27,5% - УЗИ, 13,7% -КТ, и 6% - ФВД.

Респондентов попросили оценить прием у врача на 5-бальной шкале. Были получены следующие результаты. В городе Киров вежливость и

внимательность врача большинство опрошенных (43,3%) оценивают в 4 балла и 37,7% в 5 баллов. Вежливость и внимательность медицинской сестры опрошенные оценили чуть выше. А именно 45,5% поставили оценку «хорошо» и 41,1% «отлично». Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения удовлетворяет большую часть населения, однако 8,9% оценивают объяснение на 2 балла. Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения также удовлетворяет большую часть населения, но оценку «плохо» поставили уже большее количество опрошенных, а именно 16,7%.

Большая часть респондентов оценивает работу регистраторов как «хорошо» (вежливость и внимательность 42,2%, опрятный внешний вид 45,9%, количество работников регистратуры 37,4%), наименьшее количество респондентов поставили оценку «крайне плохо» - 0,7%, 0,4 и 2,2% соответственно. Об удовлетворенности условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, состояние туалета, чистота и свежесть помещения, наличие кулера с питьевой водой и работы гардероба) большая часть респондентов ответила «хорошо» 38%, однако многие респонденты жалуются на отсутствие кулера с питьевой водой (ответ «крайне плохо» выбрали 20% опрошенных). В ходе анкетирования выяснилось, что в каждой поликлинике есть рентген-кабинет, ЭКГ и аптечный ларек, но пациенты считают, что в поликлиники нужно добавить массажные кабинеты (53%), МРТ (57%) и КТ (43%). При вызове участкового врача на дом необходимую помощь и консультацию вовремя получили только 34% населения, при этом 26% помощь была оказана позже, чем это требовалось. Дополнительной информации, размещенной на стендах поликлиник (о здоровом питании, заболеваниях) 30% респондентов считает, что недостаточно. Большая часть опрошенных (68%) в целом удовлетворена работой медицинских учреждений, однако 32% не удовлетворены работой медицинских учреждений.

Выводы. Полученные данные позволяют прийти к выводу, что жители города Кирова в целом удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях, но есть ряд факторов, которые могут повлиять на улучшение качества предоставления медицинских услуг. При проведении исследования об удовлетворенности населения города Кирова оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях выявилось следующее: в поликлиники для диагностики или лечения заболеваний обращаются примерно половина работающих людей. Для них график работы врачей не удобен, так как соответствует их рабочему времени, а также не всегда бывает возможность попасть на прием после 15:00. Большинство считает, что через регистратуру на прием к врачу записаться легко, но всё-таки удобно записываться через интернет. Населению хотелось бы иметь в каждой

поликлинике кабинеты КТ, МРТ, УЗИ, массажный кабинет, а также большее количество врачей узких специальностей. Особенно необходим хирург и гастроэнтеролог. Как выяснилось, врачам следует уделять большее внимание объяснению назначенных исследований и предъявляемых пациентом жалоб на боли и недомогание. Так же в поликлиниках нет кулеров с питьевой водой. Если в целом рассматривать картину удовлетворённости качеством оказания медицинских услуг населению можно сделать вывод: показатели удовлетворённости высокие у населения города Кирова, но всё-таки 32% не удовлетворены, что является причиной для усовершенствования оказания амбулаторной медицинской помощи.

Рунге А.Е., Шарилова М.Д.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ДЕЙСТВИИ ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ КАК КСЕНОБИОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РИСКА

Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены и экологии, кафедра лучевой диагностики и
лучевой терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сивакова С.П.,
ст. преподаватель Смирнова Г.Д.

Цель работы: Изучение осведомленности населения о действии пищевых аллергенов как ксенобиотического фактора риска.

Материалы и методы. В ходе исследования было проведено валеолого-диагностическое тестирование 501 респондента в возрасте от 18 до 68 лет. Среди обследованных 76,5% женщин и 23,5% мужчин. Анкетирование проводилось в интернете с помощью сервиса Google Формы.

Результаты. Активно интересуются проблемами аллергизации организма 88,8% респондентов. Сталкивались с ее отдельными проявлениями 59,8% участников исследования.

Выбирая вклад трех факторов риска в развитии ПА, участники исследования отметили значимость: наследственной предрасположенности (64,3%), нерационального питания (65,7%), стресса (44,9%).

Выяснилось, что при покупке продуктов, население наибольшее внимание уделяет стоимости и сроку хранения (78,9%). В меньшей степени респондентов интересуют химический состав, наличие пищевых добавок, калорийность, страна производитель, а также вкусовые качества продукта.

С опасностью для здоровья пищевых добавок согласились 72,5% респондентов. Они же и определили, что пищевые добавки являются источниками ПА и канцерогенов. Тем не менее, у 38% участников выбор

при покупке пищевых продуктов зависит от обстоятельств. Не купили бы продукт, зная о наличии в нем опасных добавок, только 58% респондентов.

Чаще всего, по мнению 71% респондентов, ПА вызывают цитрусовые, фрукты. На молоко и молочные продукты указали 31% респондентов, на различные виды орехов – 27%, мед, шоколад и кондитерские изделия – 21%, острая пища и фастфуд – 11%, клубника – 9%, рыба и морепродукты – 7%, газированные и окрашенные напитки – 6%.

По мнению 25,5% респондентов развитие ПА провоцирует применение нитратов в растениеводстве. Более значимо, по мнению участников исследования, на развитие ПА, влияет применение пестицидов (49,2%). Самыми опасными продуктами по содержанию пестицидов, по данным EWG, считаются клубника и шпинат, а, по мнению респондентов – картофель и помидоры. Опасность загрязнения пестицидами фруктов и зелени не отметил ни один участник исследования.

К сожалению, только незначительная часть участников исследования указали, что ксенобиотическими факторами риска также являются: вещества, придающие привлекательный внешний вид и обеспечивающие их сохранность плодам (6,8%), использование покрытий фруктов смесью воска, парафина и сорбиновой кислоты (3,9%), обработка этиленом растительной продукции, когда ей просто надо «дозреть» (3,2%). Поэтому и не учитывают этот факт большинство участников исследования: только 3,2% замачивают овощи и зелень перед употреблением, 5,4% предварительно очищают кожуру у яблок и груш, 9,8% не употребляют овощи и фрукты, если на них желтые пятна, 11,5% выбрасывают подгнившую или пораженную плесенью продукцию.

Оценивая весь спектр возможного неблагоприятного воздействия ксенобиотиков, поступающих в организм с пищей, участники исследования выбрали несколько направлений:

- снижение иммунитета (87,3%),
- сенсibilизацию организма (75,6%),
- общетоксическое действие (66,9%),
- мутагенный, эмбриотоксический, тератогенный и канцерогенный эффекты (58,4%),
- влияние на пищеварение и усвоение пищевых веществ (43,2%),
- гонадотоксический эффект и нарушение репродуктивной функции (37,2%),
- ускорение процессов старения (2,5%).

Выводы. Результаты исследования доказали широкую распространенность и недостаточную информированность о ПА среди населения. Хотя большинство респондентов проводят аналогию между продуктами, употребляемыми в пищу, и состоянием своего здоровья, большая часть из них не обращает внимания на химический состав

продукта или наличие пищевых добавок, способных привести к развитию аллергической реакции. Современный выбор продуктов питания формируется под влиянием Интернета и рекламы, собственных пищевых предпочтений, а не на научно обоснованных рекомендациях.

Фролова С.И., Кузовкова Т.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Самарский государственный медицинский университет

Кафедра сестринского дела

Научные руководители: к.м.н., доцент Лазарева Л.А.,

ассистент Беликова О.В.

Цель работы. На основании выявленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у сестринского персонала, разработать рекомендации по их профилактики.

Материалы и методы. Материалом анализа явилась выборка медицинских сестер, работающих в отделениях терапевтического и хирургического профиля ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. В работе использованы социологический, аналитический и статистический методы исследования. Опрос проводился с помощью регистрации информации на специальную анкету «Каков Ваш риск сердечно-сосудистых заболеваний?».

Результаты. Гендерный состав опрошенных характеризовался преобладанием лиц женского пола. По возрастным категориям в терапевтическом отделении участники анкетирования распределились в следующем порядке: до 29 лет – 18,4%, от 40 до 49 лет – 27,2%, 50-59 лет - 27,2%, 60 лет и старше – 27,2%. В хирургическом отделении возрастная категория специалистов среднего звена следующая: до 29 лет – 12,5%, 30-39 лет – 20,8%, 40-49 лет – 20,8%, 50-59 лет 33,4%, 60 лет и старше -12,5%.

36,3% медицинских сестер терапевтического отделения не имели наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). В возрасте от 40 до 50 лет у 36,3% опрошенных заболевания были у родственников, в 27,4% случаев - у трех кровных родственников в трудоспособном возрасте. У 33% медицинских сестер хирургического отделения не было риска ССЗ. В 30% случаев наблюдался риск ССЗ у 2 кровных родственников в любом возрасте, у 25% - у родственников в возрасте от 40 до 50 лет, у 12% - у трех кровных родственников.

Больше половины опрошенных (81,8%) терапевтического отделения ответили, что не курят. 9,1% медицинских сестер выкуривают от 1 до 10 в сутки, 9,1% - более 11 сигарет в сутки. В хирургическом отделении 45% специалистов среднего звена не курят, 30% - курят 1-10 сигарет в сутки, 25% - более 11 сигарет в сутки.

В терапевтическом отделении у 45,4% опрошенных жизнь периодически носит стрессовый характер. 18,1% медицинских сестер утвердительно ответили «да» на наличие стресса в жизни, 36,5% - считают, что стресс в их жизни отсутствует. На вопрос: «Носит ли ваша жизнь стрессовый характер?» ответы сестринского персонала хирургического отделения распределились следующим образом: у 41,6% носит периодически стрессовый характер, 33,4% ответили «да», 25% дали отрицательный ответ.

72,7% медицинских сестер терапевтического отделения проводят сидя менее 75% рабочего дня, 27,3% - более 75% рабочего дня. В хирургическом отделении 79,2% сестринского персонала менее 75% своего рабочего дня проводят сидя, 20,8% - более 75% рабочего дня проводят сидя.

Среди опрошенных в терапевтическом отделении 36,3% умеренно употребляют мясо, жиры, мучное, сладкое, 27,2% медицинских сестер считают употребление несколько избыточным, 18,2% не придерживаются ограничений в питании, 18,2% придерживаются правильного питания ежедневно (300 гр. и более овощей и фруктов в свежем виде, злаки, орехи, рыба, постное мясо, обезжиренные молочные продукты, яйца 1-3 в неделю, ограничение соли, жиров, отсутствие алкоголя). Специалисты среднего звена хирургического отделения на вопрос о питании ответили следующим образом: 59% не придерживаются ограничений в питании, 25% - умеренно употребляют мясо, жиры, мучное, сладкое, 8% придерживаются правильного питания, 8% считают употребление несколько избыточным.

Избыточную массу тела с превышением до 5 кг, по собственному мнению, имеют 27,2% медицинских сестер терапевтического отделения, у 18,1% - превышение до 10 кг, у 9,2% масса тела превышает более 20 кг. 45,5% респондентов не имеют избыточного веса. 45,8% медицинских сестер хирургического отделения считают, что они имеют избыточную массу тела с превышением до 5 кг, 16,2% имеют превышение массы тела до 10 кг, у 4% превышение достигает до 15 кг, превышение массы тела более 20 кг наблюдается у 4% специалистов среднего звена. У 30% средних медицинских работников масса тела в пределах нормы.

Физически активными среди респондентов терапевтического отделения являются 72,8% медсестер, которые совершают пешие прогулки и участвуют в подвижных играх (волейбол, теннис, футбол) не менее 30 минут в день, превышая физически пассивную группу (27,2%). 61,2% сестринского персонала хирургического отделения являются физически активными, у 38,8% респондентов физическая нагрузка отсутствует.

90,9% специалистов среднего звена терапевтического отделения не испытывали дискомфорт или боли (давящие, сжимающие) за грудиной или в области сердца, в то время как у 9,1% медицинских сестер отмечались данные симптомы. А в хирургическом отделении дискомфорт или боли

(давящие, сжимающие) за грудиной или в области сердца испытывали 16,6% опрошенных, у 83,4% данная симптоматика не отмечалась.

Среди медицинских сестер терапевтического отделения у 54,5% АД составляло свыше 140/90 мм.рт.ст., у 45,5% - до 140/90 мм.рт.ст. В хирургическом отделении АД свыше 140/90 мм.рт.ст. имели 67,5% анкетированных, у 32,5% АД не поднималось выше 140/90 мм.рт.ст.

45,4% сестринского персонала терапевтического отделения не знают свой уровень липидов и глюкозы в крови, у 18,2% показатели крови в норме, 18,2% знают уровень липидов и глюкозы в крови и принимают гиполипидемические препараты. У 18,2% опрошенных показатели повышены, но они ничего не принимают. 50% медицинских сестер хирургического отделения не знают свой уровень липидов и глюкозы в крови, 30% знают и показатели в норме, 12% знают и принимают гиполипидемические препараты, у 8% показатели повышены, но ничего не принимают.

54,5% специалистов среднего звена терапевтического отделения не обращались за медицинской помощью по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы или сахарного диабета, а 45,5% медсестер приходилось обращаться за медицинской помощью. Такая же картина наблюдалась и у сестринского персонала хирургического отделения: 50,1% обращались за медицинской помощью, 49,9% - не обращались.

Последний вопрос в нашей анкете был посвящен качеству жизни, которое устраивает 84,5% среднего медицинского персонала терапевтического отделения, 15,5% опрошенных не удовлетворены своим качеством жизни. В хирургическом отделении 75% медицинских сестер довольны качеством своей жизни, 25% - не устраивает качество их жизни.

Выводы. 54,5% медицинских сестер терапевтического отделения имеют значительный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Им необходимо отказаться от вредных привычек, наблюдаться у участкового врача, выполнять все его рекомендации, упорядочить режим дня. 36,4% медсестер подвержены умеренному риску. Им требуется придерживаться следующих рекомендаций: необходима регулярная диспансеризация, приложить все свои усилия к факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний. У 9,1% сестринского персонала риск сердечно-сосудистых заболеваний отсутствует.

У 20,8% медицинских сестер хирургического отделения наблюдается максимальный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Данным специалистам среднего звена следует немедленно обратиться к участковому врачу, решить вопрос о консультации врача - кардиолога. 16,6% респондентов имеют значительный риск, у 50% сестринского персонала выявлен умеренный риск патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. У 12,6% медицинских сестер отсутствует риск

сердечно-сосудистых заболеваний, им можно делиться опытом здорового образа жизни с друзьями и знакомыми.

Чермных А.А., Щеголихина И.В.
БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ
ОБСТАНОВКИ РАЙОНОВ ГОРОДА КИРОВА С
ПРОГНОЗИРОВАНИЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гигиены
Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.

Цель исследования. Оценка экологической обстановки районов г. Кирова: оценка влияния загрязняющих факторов на содержание веществ вторичного синтеза в зеленом пространстве г. Кирова с помощью анализа аскорбиновой кислоты, в частности, в плодах рябины обыкновенной и тем самым определение уровня загрязнения. Выявление зависимости уровня заболеваемости от загрязнения районов, прогнозирование заболеваемости от загрязнения районов.

Материалы и методы. В работе применен метод анализа имеющейся научной литературы, также метод количественного определения витамина С (аскорбиновой кислоты) по методу Тильманса в плодах рябины обыкновенной. Метод корреляционно-регрессионного анализа. Анализ районной заболеваемости за 5 лет. Сбор рябины осуществлялся навесками, по 5 навесок массой 100 грамм каждая с одного района. Сбор проходил во дворах на расстоянии 15 м от больших дорог, в местах наибольшего по времени прибывания детей.

Результаты. В ходе анализа доступной научной литературы установлено, что антропогенное загрязнение среды приводит к увеличению содержания пероксидных групп, активации ПО и ПФО, повышению содержания аскорбиновой кислоты в вегетативных тканях. В этих работах показано, что в стрессовых условиях (при облучении, механическом повреждении, изменении химического состава окружающей среды) активность антирадикальной системы возрастает. На основании большого экспериментального материала, полученного за последние годы, установлено, что универсальной реакцией растительной клетки на экстремальные условия внешней среды является активизация процесса перекисного окисления липидов, и поэтому одним из маркеров окислительного стресса растений является уровень витамина С. Поскольку аскорбиновая кислота является ингибитором свободнорадикального окисления, то при действии антропогенных загрязнителей повышается ее расходование на инактивацию свободных радикалов. Все это доказывает, что аскорбиновая кислота является относительным маркером экологического загрязнения. Исследование было выполнено в городе

Кирове. Для исследования были выбраны следующие зоны: по 5 точек каждого района города Кирова, сборы проводились во дворах, для достоверности результатов. После сбора проводилось титрование методом Тильманса. Для расчета содержания аскорбиновой кислоты в рябине используют формулу ,где: X – содержание аскорбиновой кислоты в мг на 100 г продукта, 0,088 – содержание аскорбиновой кислоты, мг (1 мл 0,001 Н раствора 2,6-дихлорфенолиндофенола соответствует 0,088 мг аскорбиновой кислоты, м.м. аскорбиновой кислоты – 178, а грамм-эквивалент – 88 г) ,А – результат титрования 0,001 Н раствором 2,6-дихлорфенол-индофенолом в мл; Б – объём экстракта, взятый для титрования; В – количество продукта, взятого для анализа, г; Г – общее количество экстракта, мл; 100 – пересчёт на 100 г продукта. Установлено достоверное снижение содержания аскорбиновой кислоты в плодах рябины в местности с неблагоприятной экологической обстановкой. Для достоверности мы сравнивали с относительным контролем: нормальным содержанием аскорбиновой кислоты в плодах рябины (190 мг/100гр). Наиболее загрязнённые районы: центр, ЮЗ, ОЦМ, Лепсе. (40-60 мг). Средне загрязненные: дружба, парк победы, вокзал, центральный рынок, зональный(60-100мг). Относительно чистые районы: Нововятск, Радужный, Чистые пруды, Вересники, Макарье, Комминтерн (100-120 мг). Для подтверждения результатов мы составили корреляционную зависимость со средней детской заболеваемостью данных районов. Корреляция выявила сильную отрицательную зависимость ($r = -0,81$ при $p < 0,05$) увеличения заболеваемости от понижения содержания аскорбиновой кислоты. На базе этого мы составили уравнение регрессии с помощью которого можно прогнозировать заболеваемость основываясь на нашем методе $y = 3279,464 - (7,096 * X)$, где X-уровень аскорбиновой кислоты, Y-заболеваемость.

Выводы. Экологические выбросы существенно влияют на содержание аскорбиновой кислоты в рябине. С целью экологического мониторинга, возможно, использовать ягоды рябины. Вещества, входящие в состав промышленных выбросов в первую очередь, нарушают процесс синтеза аскорбиновой кислоты в растениях.

Шуляк М.С., Махачей П.Д., Заборовский Г.И.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь
Научный руководитель: к.м.н., доцент Заборовский Г.И.

Цель работы. Изучить медико-социальный портрет, течение беременности и родов у юных женщин.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 52 беременные женщины, возраст которых не превышал 16 лет на момент наступления беременности, наблюдение за которыми проводилось в 2016-2018 годах в перинатальных центрах Гродненской области. Предметом исследования явились данные анамнеза, антропометрических, клинических параметров. Используются методы: клинический (оценка течения беременности, родов на основе анализа историй родов, историй развития новорожденных, обменных карт), анкетирования, математические. Обработка материала осуществлялась с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты. Согласно полученным в ходе исследования данным средний возраст юных беременных (14-16 лет) к началу родов составил $15,7 \pm 0,9$ года. На этот контингент приходится 27,5% случаев от всех беременных среди несовершеннолетних. Группа юных беременных представлена школьниками (67,6%) и учащимися средних специальных учебных заведений (32,4%). Почти $\frac{3}{4}$ юных мам (72,2%) не состоят в браке. Нередко в этой возрастной группе встречаются вредные привычки в виде злоупотребления алкоголем (1,9%) и курения (23,0%), которые имеют место даже во время беременности. Настоящая беременность для абсолютного большинства (88,5%) была первой по счету, а у 11,5% – второй (предыдущие заканчивались медицинскими абортми). Особенностью течения беременности у юных женщин является большое количество осложнений (1,3 осложнения на одну пациентку). Осложнения гестации в порядке убывания расположились следующим образом: токсикозы (ранний и поздний) – 33,3%, анемия (23,2%), угроза прерывания беременности и преждевременных родов (18,2%), инфекции мочевыделительной системы (12,1%), преэклампсия и гестационный сахарный диабет (по 1,6%). Большинство беременностей у юных женщин (96,1%) закончились родами. Осложнения родов имели место у 57,7% родильниц, причем у 14-15-летних их частота в 1,3 раза выше по сравнению с 16-летними, однако различие показателей статистически не подтверждается ($p > 0,05$). Почти у каждой десятой юной женщины (9,6%) роды оказались преждевременными, а более четверти рожениц (26,9%) нуждались в родовозбуждении. Тазовые предлежания встречались у 11,5% юных женщин, которые в большинстве своем являлись показаниями к проведению кесарева сечения. Одним из отягчающих факторов родоразрешения у юных беременных, диагностируемых у каждой пятой роженицы (19,2%), является анатомически и клинически узкий таз. Практически с той же частотой (19,3%) у этого контингента течение родов сопровождается слабостью родовых сил. Нередко встречается преждевременное излитие околоплодных вод (5,8%) как следствие

преждевременного разрыва плодных оболочек. С той же частотой (5,8%) наблюдается дискоординация родовой деятельности. Родовой травматизм у юных матерей, в виде разрывов мягких тканей родового канала представлен разрывами шейки матки (3,6%), разрывами промежности (1,9%).

Выводы. Таким образом, социальный портрет юных беременных женщин представлен школьниками (67,6%) и учащимися средних специальных заведений (32,4%), пребывающих в статусе незамужних (72,2%), преимущественно с первой по счету беременностью (88,5%) и наличием вредных привычек (курение 23,0%). Для исследуемого контингента характерно присутствие большого числа осложнений беременности в виде токсикоза, анемии, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, наличия инфекций мочевыделительной системы, что необходимо учитывать при разработке превентивных мер.

10. ОНКОЛОГИЯ.

Австриевских А.М., Козлова М.В., Блинова И.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ОТДЕЛЬНЫХ СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2008-2018 ГГ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом экономики и управления
Научный руководитель: к.м.н., доцент Чагаева Н.В.

Цель работы. Дать сравнительную оценку показателей заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в отдельных субъектах Приволжского федерального округа (ПФО) за 2008-2018 гг.

Материалы и методы:

1. Для изучения показателей заболеваемости РШМ использованы данные из сборников: «Злокачественные новообразования в России» и «Состояние онкологической помощи населению России» за 2008-2018 гг.
2. Уровень заболеваемости представлен количеством случаев РШМ на 100 тысяч населения.
3. Оценка динамики уровня заболеваемости РШМ выполнена с использованием показателей временного ряда: абсолютный прирост и темп прироста.
4. Сравнительная оценка уровня заболеваемости РШМ выполнена с помощью стандартизованного относительного риска и его 95% доверительных интервалов.
5. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

6. Оценка статистической значимости качественных признаков выполнена с помощью критерия χ^2 . В качестве критерия статистической значимости различий (p) взято значение $p < 0,05$.

Результаты. Темп прироста заболеваемости раком шейки имеет поразительные данные, в период с 2008 по 2018 гг. по ПФО он составлял 123,32%, а в Кировской области 103,65%. Более высокий риск развития рака шейки матки выявлен в Нижегородской области, республике Удмуртия и Пермском крае на протяжении всех десяти лет. Если рассмотреть детально риск развития РШМ в этих областях за десять лет, то видно, что среднее значение риска больше 1, что говорит о высоком риске дальнейшего развития РШМ в данном регионе и не имеет тенденции к снижению. Проанализировав изменение уровня летальности от РШМ, было установлено, что в ПФО летальность выше в 2011-2013 гг. и имеет тенденцию к снижению. ВКО, после резкого скачка летальности в 2012 году, наблюдается тенденция к снижению.

Выводы. Статистически значимо больший уровень заболеваемости РШМ наблюдается в Нижегородской области, республике Удмуртия и Пермском крае по сравнению с ПФО. Статистически значимо меньший уровень заболеваемости наблюдается в республике Марий Эл и республике Чувашия по сравнению с ПФО. После изучения данных статистической отчетности заболевания РШМ по ПФО определено неравномерное распределение заболеваемости и летальности по субъектам ПФО. При расчете стандартизованного относительного риска заболеваемости РШМ выявлен статистически значимый уровень в Нижегородской области, республике Удмуртия и Пермском крае. Проанализировав изменение уровня летальности от РШМ, было установлено, что в ПФО и КО летальность имеет тенденцию к снижению.

Беспятых А.Э., Горелов Е.Н.

СОЦИО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБОРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних и профессиональных болезней

Научный руководитель: ст.преподаватель Шамсутдинова А.А.,

к.м.н., доцент Чепурных А.Я.

Цель работы. Анализ социо-гигиенической характеристики пациентов со злокачественными новообразованиями почек.

Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента КОКОД онкологического отделения №4 со злокачественными новообразованиями почек, проходивших лечение в период с ноября 2019 г. по февраль 2020 г.. Социо-гигиеническая характеристика составлялась

по результатам опроса с помощью оригинальной анкеты, состоящей из 26 вопросов о социальном статусе, трудовой деятельности, характере питания, физической активности, вредных привычках. Обработка полученных данных проводилась вручную. Для статистической обработки полученных результатов нами выбран коэффициент корреляции Пирсона. В качестве критерия статистической значимости различий (p) взято значение $p < 0,05$.

Результаты. При анализе пола пациентов со злокачественными новообразованиями почек выявлено, что среди них 62% (15 человек) мужчины и 38% (9 человек) женщины. По возрасту самой многочисленной оказалась группа старше 55 лет (42% составили лица от 55 до 64 лет и 29% лица 65 лет и старше). 8% составили лица в возрасте 35-44 года, 21% - 45-54 года. 58% опрошенных – пенсионеры, работающие – 25%, безработных оказалось 8,5% и такой же процент служащих. В официальном браке из всех опрошенных состоит 46%, в гражданском – 8%, вдовец/вдова – 25% опрошенных, не состоят в браке либо разведены – 21% респондентов. 63% респондентов имеют среднее специальное образование, 25% высшее и 12% среднее. 46% пациентов проработали на последнем рабочем месте более 20 и 30 лет. Все опрошиваемые удовлетворены своим рабочим местом, а продолжительность рабочего дня составляет 8 и меньше 8 часов. У 25% опрошиваемых на работе присутствуют вредные профессиональные факторы, среди которых: древесные красители, шум, низкая освещенность рабочего места, статическая поза, физические и эмоциональные нагрузки. Большинству респондентов работа приносит положительные эмоции, и они довольны своим профессиональным выбором. Режим питания соблюдает половина опрошенных. Все опрошиваемые стараются соблюдать принципы здорового питания. Чаще всего респонденты употребляют в пищу мясо (92%), овощи (86%) и молочные продукты (73%). Тонизирующие напитки, такие как кофе или крепкий чай иногда употребляют 58%. Режим дня соблюдают 58% респондентов. Не курит 54% больных, а среди курящих стаж в 11-15 лет имеют 12%, 16-20 лет – 12%, и более 20 лет – 8%. Спиртные напитки употребляет 42% исследуемых (половина из них 1 раз в месяц, другая - 1 раз в несколько месяцев). Из предложенных напитков самым популярным является вино – его выбрали 29% опрошенных из числа тех, кто употребляет алкоголь. Все респонденты имели различные предпочтения в проведении своего свободного времени, но никто из опрошенных не выбрал пункт «занятие спортом», что свидетельствует о сниженной физической активности пациентов. Сон 67% опрошенных длится 6-7 часов, а сон 33% – 7-8 часов, что соответствует норме. На вопрос о месте проведения своего отпуска 8% опрошенных выбрали варианты ответа «дом отдыха», «отсутствие отпуска» и «поездка на юг»,

29% предпочитают отдыхать в городе, в то время, как 54% выбрали отдыхать на садовом участке. 25% респондентов выбрали вариант проведения отпуска на природе. В результате статистической обработки данных обнаружена значимая корреляция заболеваемости с мужским полом ($r=0,03$) и возрастом опрошенных пациентов ($r=0,04$). Статистически значимой корреляции с другими изучаемыми факторами обнаружено не было.

Выводы. На повышение риска развития злокачественных новообразований почек из рассматриваемых нами социо-гигиенических аспектов прослеживается особое влияние возраста и пола пациентов. Это чаще мужчины старше 55 лет. Достоверной связи с другими изучаемыми факторами, такими как составляющими условий труда, отдыха, режима и тяжести работы, повседневного образа жизни, семейного положения, вредных привычек, а так же предпочтений в питании не было выявлено.

Вервекин И.В.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДИК РЕГИОНАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ
ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА НА ПРИМЕРЕ АСЦИТНОЙ
ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У КРЫС

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени И. П. Павлова

Кафедра онкологии

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

Цель работы. 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 базе Научно-исследовательского института ПСПБГМУ на 60 крысах самках Вистар. Для эксперимента отбирались крысы в возрасте 2,5–3 месяца с массой тела 300–370 г. 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 более без признаков опухолевого процесса, считались излеченными.

Результаты. 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. Таким образом, открытый метод можно рекомендовать для лечения канцероматоза у человека, как более эффективный. Экспериментальная технология внутрибрюшинной химиогипертермической перфузии 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.

Микитюк А.В., Мисевич К.И.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Михайлов И.В.

Цель работы. Оценить результаты дренирующих вмешательств на желчевыводящих путях у пациентов с механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 88 медицинских карт стационарных пациентов, перенесших дренирующие операции по поводу механической желтухи в Гомельском клиническом

онкологическом диспансере в период с января 2017 по октябрь 2019 года. В исследуемой группе мужчин было 52 (59%), женщин - 36 (41%), возраст колебался от 22 до 91 года (средний возраст составил $63,4 \pm 10,2$ года). У пациентов оценивалась структура заболеваний, длительность желтушного периода, длительность госпитализации, частота послеоперационных осложнений и госпитальную летальность. На основании анализа медицинских карт была сформирована электронная база данных в Microsoft Access. Статистический анализ проводился с использованием параметрических показателей описательной статистики.

Результаты. В нозологической структуре преобладали: рак головки поджелудочной железы - 55 (62,5%) случаев, рак желчных протоков - 12 (13,6%), рак большого дуоденального сосочка (БДС) - 9 (10,3%), рак желудка - 6 (6,9%). Реже наблюдались рак желчного пузыря, рак печеночного изгиба ободочной кишки и рак молочной железы - по 1 случаю (1,1%). У 3 (3,4%) пациентов диагноз злокачественного новообразования был исключен, имел место хронический псевдотуморозный панкреатит. Среди осложнений опухолевого процесса, наряду с механической желтухой, у 21 (23,9%) пациентов наблюдалась анемия, у 5 (5,7%) - холангит. Длительность желтушного периода колебалась от 2 до 60 дней, в среднем составила $16,2 \pm 10,1$ дней. При этом у 9 (10,2%) пациентов продолжительность желтухи составила от 2 до 7 дней, у 24 (27,3%) - 8 - 14 дней, у 32 (36,4%) - 15 - 30 дней, у 4 (4,5%) - от 31 до 60 дней. Большинству пациентов выполнена холецистоеюностомия (45 случаев, 51,1%) и гепатикоеюностомия (26; 29,5%). Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ выполнена 14 (15,9%) пациентам, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и стентирование общего печеночного протока - 2 (2,3%), наружное дренирование общего печеночного протока - 1 (1,1%). Длительность госпитализации во всей исследуемой группе составила в среднем $18 \pm 12,3$ дней. При этом у 9 пациентов она колебалась от 1 до 7 дней, у 35 - 8 - 14 дней, у 33 - 15 - 30 дней, у 10 - 31 - 60 дней. Послеоперационные осложнения развились у 15 (17,0%) пациентов. Наиболее часто встречались несостоятельность анастомозов (3,4%), внутрибрюшное и желудочно-кишечное кровотечение (по 2,3%), постпункционный панкреатит (2,3%) и печеночно-почечная недостаточность (2,3%). Послеоперационная летальность составила 5,7%. Причиной летальных исходов явились несостоятельность анастомозов (2,3%), внутрибрюшное кровотечение, деструктивный панкреатит и прогрессирование печеночной недостаточности (по 1,1%). Пациенты от 36 до 80 лет, мужской пол, 4 пациента с раком головки поджелудочной железы и 1 человек с раком желчных протоков. Осложнения развились после холецистоеюностомии в 7 (15,6%) случаев, после гепатикоеюностомии - в 5 (19,2%), после ЧЧХС - в 3 (21,4%) ($P=0,78$).

Умерло после холецистостомии 4 (8,9%) пациента, после ЧЧХС – 1 (7,1%), после гепатикостомии летальности не наблюдалось (P=0,15).

Выводы.

1. Большинство пациентов оперировано по поводу рака головки поджелудочной железы (62,5%), рака желчных протоков (13,6%) и рака большого дуоденального сосочка (10,3%). Чаще выполнялась холецистостомия (51,1%) и гепатикостомия (29,5%) и ЧЧХС (15,9%).

2. Послеоперационные осложнения развились у 17,0% пациентов. Наиболее часто встречались несостоятельность анастомозов (3,4%), внутрибрюшное и желудочно-кишечное кровотечение (по 2,3%), постпункционный панкреатит (2,3%) и печеночно-почечная недостаточность (2,3%). Послеоперационная летальность составила 5,7%. Причиной летальных исходов явились несостоятельность анастомозов (2,3%), внутрибрюшное кровотечение, деструктивный панкреатит и прогрессирование печеночной недостаточности (по 1,1%).

3. Статистически значимых различий частоты послеоперационных осложнений и летальности после различных вариантов дренирующих операций у пациентов исследуемой группы не выявлено.

Мищенко И. М.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ростовский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: к.б.н., ассистент Вартамян Э.Э.

Цель работы. Изучить распространенность и морфологическую характеристику неоплазий толстой кишки в различных возрастных группах. Проанализировать частоту возникновения полипов толстой кишки в зависимости от их локализации. Выявить группы риска малигнизации новообразований. Определить оптимальные сроки проведения колоноскопии с целью профилактики развития КРР.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на базе КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону. Проведен анализ амбулаторных истории болезни и результатов колоноскопий (КС), выполненных 292 пациентам в возрасте от 19 до 87 лет. Пациенты разделены на 7 возрастных групп с интервалом в 10 лет. В каждой группе проанализированы жалобы, характер выявленной патологии, локализация и морфология обнаруженных неоплазий. Статистическая обработка выполнена в программном обеспечении MS Excel. Взаимосвязь между возрастом пациентов и результатами исследований оценивалась при помощи критерия Пирсона χ^2 (при $df=6$, $p<0,001$).

Результаты. Обследовано 114 мужчин (39%) и 178 женщин (61%). Пациенты первых трех группах жаловались в основном на боли в животе, метеоризм, жидкий или неустойчивый стул. Пациентов IV-VII групп чаще всего беспокоили запоры, боль в животе, стул с кровью. Впервые в жизни ВКС сделали 244 пациента (83,6%), повторные исследования провели 48 пациентам (16,4%). 27 пациентам (9,2%) ВКС была назначена в рамках предоперационного обследования. Неоплазии толстой кишки были выявлены у 132 пациентов (45,2%), у 11 пациентов (3,8%) обнаружены злокачественные опухоли, у 5 пациентов (1,7%) - большие латерально распространяющиеся образования с очагами дисплазии (LST). В I группе (18-30 лет) у 22 пациентов (64,7%) обнаружен колит разной степени выраженности, в том числе в 2 случаях (5,8%) эндоскопическая картина соответствовала язвенному колиту. У 4 пациентов (11,7%) диагностирован терминальный илеит. Во II группе (31-40 лет) у 26 человек (66,6%) диагностирован колит, один из которых был язвенным (2,9%), у 3 пациентов (7,7%) - терминальный илеит, в 2 случаях (5,1%) найдены солитарные язвы прямой кишки. По одному полиповидному образованию имели 12 пациентов (30,7%). Два и более полипов найдено у 2 обследованных (5,1%). Всего обнаружено 20 неоплазий. По морфологической структуре это были гиперпластические полипы в количестве 8 (40%), тубулярные аденомы - 5 (25%), зубчатые аденомы - 7(35%) Чаще всего неоплазии локализовались в сигмовидной и прямой кишке. В одном случае (2,6%) на 8 см от ануса найдена тубулярная аденома, а на 33 см - высокодифференцированная аденокарцинома. В III группе (41-50 лет) колит диагностирован у 13 человек (32,5%), язвенный колит у 1 (2,5%), болезнь Крона у 1(2,5%). Одиночные полипы имели 14 человек (35%), два и более полипов - 4 человека (10%). Всего было найдено 29 полипов: 15 - тубулярных аденом (51,7%), 5 - зубчатых аденом (17,2%), 9 - гиперпластических полипов (31%). Основная масса неоплазий локализовалась в нисходящем отделе ободочной кишки и в сигмовидной кишке. В данной группе не было выявлено ни одного случая ЗНО. В IVгруппе (51-60 лет) у 40 пациентов (90,9%) был диагностирован колит разной степени выраженности, у 1(2,3%) - язва прямой кишки, у 2 (4,5%) - дивертикулы.По 1 полипу имели 14 человек (31,8%), два и более полипа - 14 человек (31,8%). Всего было обнаружено 51 эпителиальное образование: 16 тубулярных аденом (31,3%), 14 зубчатых аденом (27,4%), 21 гиперпластический полип (41%). У 2 пациенток (4,5%) в куполе слепой кишки находились LST. По морфологической структуре это были тубулярные аденомы с очагами дисплазии I-II степени. Сочетание нескольких типов неоплазий имели 8 человек (20%). 20 неоплазий (39,2%) локализовались в сигмовидной кишке. У 2 пациентов (4,5%) этой группы были обнаружены высокодифференцированные

аденокарциномы на 7 и 30 см от ануса. В последнем случае ЗНО сочеталось с наличием двух зубчатых аденом непосредственно возле опухоли и на 18 см от ануса. В V группе (61-70 лет) у 44 пациентов (89,7%) эндоскопическая картина соответствовала колиту разной степени выраженности. По 1 полипу имели 19 человек (38,7%), два и более – 13 человек (26,5%). Сочетание нескольких типов неоплазий имели 2 пациента (4%). Всего обнаружена 51 эпителиальное новообразование: 17 тубулярных аденом (33,3%), 6 зубчатых аденом (11,7%), 4 тубуло-ворсинчатых аденом (7,8%), 24 гиперпластических полипа (47%). В сигмовидной кишке неоплазии локализовались чаще всего. У одного пациента (2%) в поперечно-ободочной кишке обнаружена высококодифференцированная аденокарцинома на фоне тубулярной аденомы с дисплазией высокой степени. В VI группе (71-80 лет) колит диагностировали у 34 пациентов (77,3%). Неоплазии обнаружены у 23 человек (52,3%). Одиночные полипы имели 9 пациентов (20,5%), два и более полипа – 14 пациентов (14,2%). Всего найдено 57 эпителиальных образований, из которых 17 (29,8%) – тубулярных аденом, 9 (15,8%) – зубчатых аденом, 5 (8,8%) – тубуло-ворсинчатых аденом, 1 (1,7%) – ворсинчатая аденома, 25 (43,8%) – гиперпластических полипа. У 3 пациентов (6,8%) выявлены LST. По результатам гистоанализа это были тубуло-ворсинчатые и ворсинчатая аденомы с очагами дисплазии I-II степени. В 5 случаях (11,4%) было отмечено сочетание нескольких типов образований. 14 неоплазий (24,5%) локализовались в сигмовидной кишке. Еще по 8 новообразований (14%) приходились на восходящую, поперечно-ободочную и прямую кишку. ЗНО толстой кишки были диагностированы у 3 пациентов (6,8%). Все они локализовались в восходящем отделе ободочной кишки. Морфологически опухоли представляли собой высококодифференцированные аденокарциномы. В VII группе (81-87 лет) колит был выявлен у 37 пациентов (88%). Полипы были обнаружены у 17 обследованных (40,5%), из них по одному образованию имели 10 пациентов (23,8%), два и более – 7 пациентов (16,6%). Всего найдено 27 неоплазий. Морфологически это были тубулярные аденомы – 13 шт. (48,1%), тубуло-ворсинчатые аденомы с очагами дисплазии – 3 шт. (11,1%), ворсинчатые аденомы с очагами дисплазии – 3 шт. (11,1%), гиперпластические полипы – 8 шт. (29,6%). Сочетание нескольких типов неоплазий было отмечено у 3 пациентов (7,1%). Новообразования в 45% случаев локализовались в сигмовидной кишке. ЗНО были обнаружены у 4 пациентов (9,5%) на 10, 19, 25 и 44 см от ануса. В трех случаях это были умеренно дифференцированные аденокарциномы, в одном случае - карцинома *in situ* на фоне тубулярной, местами тубуло-ворсинчатой аденомы с очагами дисплазии высокой степени. Анализ полученных результатов: От 2 до 4,5% пациентов имели злокачественные новообразования (ЗНО). Рост числа ЗНО отмечен после

70 лет (9,5%). Учитывая длительность процесса озлокачествления, всем пациентам старше 50 лет, целесообразно рекомендовать выполнение КС. Рецидивы полипов в сроки от 1 года до 7 лет зарегистрированы у 20 пациентов, что составило 41,6 % от числа обследованных повторно. Эти пациенты входят в группу повышенного риска по развитию ЗНО и должны регулярно выполнять КС. Таким образом, среди мероприятий, направленных на профилактику развития КРР, КС занимает ведущее место.

Выводы. Установлено, что колоноскопия является ведущим методом обследования в деле профилактики ЗНО толстой кишки. Повышение онкологической настороженности в отношении пациентов 30-40 лет позволит своевременно назначить эндоскопическое обследование, выявить и удалить новообразования, не допустив их озлокачествления. Всем пациентам от 30 до 50 лет в рамках диспансеризации необходимо проводить ректосигмоскопию, сделав это исследование к таким же обязательным, как флюорография, электрокардиография и маммография. Всем пациентам старше 50 лет необходимо рекомендовать выполнение ВКС. Пациенты с рецидивирующими неоплазиями кишечника должны выполнять ВКС на регулярной основе в плановом порядке.

Морозов А.И.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ СЕВАСТОПОЛЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра онкологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Олексенко В.В.

Цель работы. Проанализировать основные тенденции заболеваемости раком молочной железы в городе Севастополе и Российской Федерации.

Материалы и методы. Проведен поиск в базе данных, сформированных по результатам анализа официальной учетно-отчетной медицинской документации данных канцер-региста ГБУЗС «Севастопольский городской онкологический диспансер имени А.А. Задорожного» с 2005 по 2019 гг. База данных содержит сведения 4680 пациентов впервые выявленным ЗНО молочной железы (2005-2019 гг.), среди которых в 98,7% случаев у женщин. Анализ эпидемиологической ситуации осуществлялся по экстенсивным, интенсивным, стандартизированным показателям, рассчитанным прямым методом. Для характеристики территориальных различий заболеваемости РМЖ

определялся темп прироста и среднегодовой прирост заболеваемости, что позволило провести сопоставление с общими показателями по РФ.

Результаты. В ходе анализа установлено, что в структуре общей онкологической заболеваемости населения города Севастополя в 2019 году РМЖ составил 10,6%, в женской популяции – 20,3%. При сопоставлении стандартизированных показателей по городу Севастополю и РФ среди женщин в 2005 году уровень общероссийской заболеваемости был несколько выше данных по городу Севастополю (АР Крым для 2005 г.): 2005 г. – 37,6 на 100 тысяч против 35,2 на 100 тысяч. При этом анализ показателей за 2019 год указывает на превышение общероссийского показателя заболеваемости в городе Севастополе, что составило 52,6 на 100 тысяч (г. Севастополь) против 50,4 на 100 тысяч (РФ). При валидации прогностического алгоритма показатель уровня заболеваемости РМЖ среди женского населения города Севастополя к 2024 году может составить 92,8 на 100 тысяч. В 2019 году кумулятивный риск для женского населения в городе Севастополе достиг уровня среднероссийского показателя – 5,4% (при сравнении в 2005 г. этот показатель по городу Севастополю составлял 4,1%, РФ – 4,5%). При анализе динамики заболеваемости РМЖ установлено, что среди женщин города Севастополя наблюдается повышение заболеваемости практически во всех возрастных группах, особенно в период 2012-2019 гг. Среди мужчин города Севастополя наиболее высокая заболеваемость в 2005-2019 гг. приходилась на пожилой и старческий возраст. Рост заболеваемости наблюдался в 2018-2019 гг. Средний возраст заболевших в 2019 году для города Севастополя составил $60,6 \pm 5,9$ лет, для мужчин – $60,8 \pm 6,0$ лет, для женщин – $60,3 \pm 5,8$ лет. При анализе показателей смертности за исследуемый период времени, отмечается негативный показатель смертности в общей группе во временном промежутке с 2016 по 2019 гг.

Выводы. Таким образом, в последние годы в РФ отмечается улучшение показателей работы онкологической службы. Однако в городе Севастополе все же наблюдается снижение показателя индекса накопления контингентов (2018-2019 гг.); медленное увеличение показателя морфологической верификации для РМЖ, несмотря на улучшение материально-технического оснащения большинства больниц города Севастополя.

Мукашева Н. Ж.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СВЕРХЭКСПРЕССИИ МИКРО-РНК В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра онкогинекологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Карибай Толеутайулы

Цель работы. Научная интерпретация эффективности целенаправленного действия на определенные Микро-РНК – как один из методов эффективного лечения при РШМ. Материалы и методы. В данной работе представлен систематический обзор. Произведен поиск, сбор и анализ материалов, сопоставление научной литературы за последние 3 года, соответствующие клиническому вопросу. А также отсев данных в соответствии с критериями отбора информации.

Результаты. Для того, чтобы выявить терапевтическое действие того или иного микроРНК, учеными были произведено множество исследований с использованием различных лабораторных методов. Во-первых, результаты вестерн-блоттинга и анализа люциферазы доказали, что FOXM1 является прямой мишенью для мкРНК-216b. Вестерн-блоттинг-анализ показал, что мкРНК-216b может ингибировать пролиферацию клеток путем регулирования связанных с FOXM1 факторов клеточного цикла, подавления *cyclinD1*, *c-myc*, *LEF1* и *p-Rb* и усиления экспрессии *p21*. Далее, чтобы исследовать, может ли мкРНК-221 влиять на репликацию ДНК, опосредованную HPV 16 E1-E2, ученые сверхэкспрессировали или подавляли экспрессию мкРНК-221 в клетках SiHa. Затем применяли ПЦР в реальном времени для количественной оценки уровней репликации вирусной ДНК. В результате было обнаружено, что сверхэкспрессия мкРНК-221 ингибировала опосредованную HPV 16 E1-E2 репликацию ДНК, тогда как нокдаун мкРНК-221 облегчал его *in vitro*. Вместе эти результаты показывают, что активация мкРНК-221 ингибирует опосредованную HPV 16 E1-E2 репликацию ДНК *in vitro*. Transwell-анализы были проведены для изучения влияния мкРНК873 на метастазирование клеток рака шейки матки. Результаты показали, что сверхэкспрессия мкРНК873 значительно ингибировала способность клеток HeLa к миграции и инвазии. В заключение важно отметить, что все эти результаты проведенных исследований необходимы в терапевтическом плане при лечении рака шейки матки.

Выводы. На сегодняшний день специалисты на пути к разработке и внедрению рациональных и эффективных подходов к решению данной актуальной проблемы. Путем систематического обзора статей можно прийти к следующим выводам: мкРНК873 может функционировать как супрессор опухолей. Высокий уровень мкРНК-216b служит лучшим прогностическим маркером у пациентов с раком шейки матки. Действие на мкРНК-221 является новой многообещающей анти-HPV 16 терапевтической мишенью. Следовательно, улучшение исследования молекулярных взаимодействий, происходящих во время инициации и прогрессирования рака шейки матки, может быть полезным при определении терапевтических целей и предоставлении новых прогностических методов лечения.

Снхчян А.С.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЛАСТЯХ С ОДИНАКОВОЙ
ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ, ПФО РФ И ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ, ЦФО РФ)**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Цель работы. Изучить и проанализировать динамику заболеваемости раком щитовидной железы в областях ПФО РФ и ЦФО РФ с приблизительно одинаковой численностью населения, занимающих лидирующие позиции, связанные с дефицитом йода.

Материалы и методы. Для исследования использовались данные опубликованные в сборнике «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)(2008-2018гг)» Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой, статистические результаты Медицинского информационно-аналитического центра, а также отчеты Министерства Здравоохранения Кировской и Ярославской областей.

Результаты. Рак щитовидной железы (РЩЖ) распространён и имеет тенденцию к росту по всему Приволжскому и Центральному Федеральным округам. Наибольший рост по Кировской области произошёл в 2017 году, в Ярославской – 2015. Основываясь на данных смертности от рака щитовидной железы в областях ПФО и ЦФО с одинаковой численностью населения, наблюдается снижение показателей. Также отмечается рост показателей активно выявленных больных.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что, в настоящее время созданы условия для раннего выявления заболевания и своевременного начала лечения, но на данный момент этих условий недостаточно для снижения распространенности данного заболевания, поэтому вопросы о ранней диагностике рака щитовидной железы остаются актуальными.

Харинова Д.В.

**ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАГОТОВКИ
АУТОЛОГИЧНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У
ПАЦИЕНТОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра биологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Коледаева Е.В.

Цель работы. Оценка эффективности заготовки аутологичных гемопоэтических стволовых клеток у больных гемобластозами.

Материалы и методы. Исследования проведены у 25 пациентов с гемобластозами, наблюдавшихся в клинике ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России за последние 6 месяцев. Заготовку ГСК осуществляли путем аферезов на сепараторах клеток крови SpectraOptia, Amicus. Начало заготовки ГСК проводили при достижении числа лейкоцитов в периферической крови $5,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или количества CD34+ -клеток не менее 10 в 1 мкл. Для этого после восстановления числа лейкоцитов $1,0 \times 10^9/\text{л}$ и выше осуществляли ежедневный мониторинг количества CD34+ -клеток в периферической крови. Статистическая обработка данных исследования осуществлена с помощью табличного редактора Excel, в частности, его модулей "Анализ данных" и пакета программ по статистической обработке данных Statistica 6.0forWindows. Для оценки достоверности различий количественных характеристик в сравниваемых группах применяли метод непараметрической статистики (критерий Манна – Уитни). Во всех случаях различие между отдельными показателями принимали достоверным при значении $p < 0,05$. Результаты. Все обследованные в зависимости от клеточности заготовленного для аутоТГСК материала подразделили на две группы. В первую вошли 11 пациентов с клеточностью продукта ГСК до $4 \times 10^6/\text{кг}$, медиана - $1,8 \times 10^6/\text{кг}$, диапазон колебаний: $1,2 - 2,7 \times 10^6/\text{кг}$. Вторую группу составили 14 больных, у которых клеточность заготовленного продукта ГСК превышала указанную величину (медиана - $8,4 \times 10^6/\text{кг}$ (диапазон колебаний: $7 - 15,3 \times 10^6/\text{кг}$). В нашем исследовании установлена зависимость между содержанием CD34+ в периферической крови и клеточностью заготовленных продуктов для аутоТГСК у пациентов I и II групп. Не найдено связи между числом лейкоцитов, ЯКК и эффективным сбором ГСК.

Выводы. Таким образом, наибольшее значение для заготовки клеточного продукта с оптимальными количественными характеристиками имеет относительное и абсолютное число CD34+ -клеток в день проведения их афереза.

Чеглакова Ю.А., Шалыгина К.А., Воронов А.Ю.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О РАКЕ ЖЕЛУДКА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних и профессиональных болезней
Научный руководитель: ст. преподаватель Шамсутдинова Р.А.

Цель работы. Изучить информированность населения о раке желудка.

Материалы и методы. Для проведения исследования была опрошена группа людей, уроженцев города Кирова, состоящая из 59 человек. Группа включала 20 мужчин и 39 женщин. Возраст опрошенных

варьирует от 18 до 80 лет, средний возраст – 40 лет ± 4,5 года. В ходе исследования была разработана авторская анкета, состоящая из 17 вопросов, касающихся сущности, этиологии, факторов риска, симптомов, методов диагностики, лечения и профилактики рака желудка. Статистическая обработка проводилась в программе Excel 2016 на операционной системе Windows 7.

Результаты. 73% анкетированных испытывают страх перед онкологическими заболеваниями; среди них – 27% имеют среди родственников и знакомых случаи рака желудка, 46% не сталкивались с раком желудка среди своих близких и знакомых. Не боятся возникновения рака желудка 27% человек, из них 12% имеют среди родственников и знакомых случаи рака желудка, а 15% не имеют среди родственников и знакомых случаи рака желудка. В 93% случаев сущность рака желудка была оценена правильно - «опухоль», однако 5% из них дополнительно указали и «полип», а 7% отметили другие, неправильные, ответы. Среди опрошенных нет ни одного человека, кто правильно выделил все факторы риска. В большей степени был выбран ответ «наследственность» – 61%, 58% отметили «злоупотребление алкоголем», 2% указали неправильные варианты ответов: «беспорядочная половая жизнь» и «удаление части желудка». Среди симптомов рака желудка 73% составил неспецифический симптом онкологических заболеваний - «сильное похудение без причины», часто выбирались симптомы, характерные для заболеваний органов желудочно-кишечного тракта: «боли в животе», «рвота» и «тошнота». 12% отметили неправильный вариант ответа «кровохарканье», 5% отметили «желтуха», что также является ошибочным. На вопрос о методах профилактики рака желудка наиболее выбираемый ответ – «отказ от курения и алкоголя» - 85%. Назвали и неправильные варианты ответа: 15% опрошиваемых выбрали «удаление части желудка», 2% назвали «питание с высоким содержанием мясных продуктов». Среди методов диагностики рака желудка наиболее выбираемый ответ – «Фиброгастроуденоскопия» – 88%, однако 61% отметили «УЗИ-диагностику», что является неправильным, также как «анализ крови и мочи», который выбрали 31% опрошенных. К возможности излечения рака желудка опрошенные относятся довольно скептически: 49% опрошенных считают, что рак желудка вылечить возможно, 36% затрудняются ответить, а 15% и вовсе отрицают возможность вылечить рак желудка. На вопрос о методах лечения рака желудка опрошиваемые в основном ответили правильно: «удаление опухоли» был выбран чаще всего – 95%, но выбрали и неправильные варианты ответа: 7% указали «антибиотики», 2% указали «лечение БАДами» и «физиотерапевтические процедуры». При обнаружении у себя симптомов рака желудка 76% обратятся на прием к терапевту, 66% обратятся в онкологический

диспансер, 59% пойдут на прием к гастроэнтерологу, при этом 5% обратятся на скорую помощь, а 2% будут искать информацию в интернете. Чаще всего анкетированные получали информацию о раке от друзей и родственников (56%), 37% в интернете. 84,7% опрошенных хотели бы получить информацию о раке желудка. Больше всего опрошенные хотели бы получить дополнительную информацию о профилактике – 73% и факторах риска – 59%, меньше всего – о лечении и диагностике: 36% и 53% соответственно. Наиболее удобной формой является собеседование с медицинским работником и чтение информации со стендов поликлиник.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что информированность высокая в вопросе о сущности рака желудка. При этом чаще всего анкетированные узнавали о нем от друзей и родственников – 56%. Высокой оказалась и информированность о методах лечения рака желудка – она составила 80%. Низкую информированность опрошенные продемонстрировали о факторах риска – всего 33%. Информированность ниже среднего показали в вопросах, касающихся симптомов рака желудка – 50%, при этом чаще всех были выбраны неспецифичные симптомы, то есть характерные для всех злокачественных опухолей, методов профилактики – 50%, методов диагностики – 40%. Касательно возможности излечения рака желудка опрошенные показали довольно скептический настрой: только 49% опрошенных считают, что это возможно. Анкетирование в вопросе обращения за медицинской помощью при обнаружении у себя симптомов рака желудка показало, что население мало осведомлено в этом вопросе, поскольку информированность оказалась средней – 66%. Желание получить дополнительную информацию о раке желудка выразили 85%, при этом больше всего они хотели бы узнать о методах профилактики и факторах риска в развитии рака желудка. Среди источников информирования больше всего выбрали собеседование с медицинским работником и стенды поликлиник.

11. ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ.

Авдеева В.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ САМООЦЕНКИ И ТРЕВОЖНОСТИ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ

Кировский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель Козволина Е.М.

Цель работы. Выявить взаимосвязь самооценки и тревожности младших подростков.

Материалы и методы. Теоретический анализ психологической литературы по проблеме исследования. Метод тестирования: тест школьной тревожности Филлипса, методика самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубинштейн в модификации Прихожан А. М. Методы математической статистики: расчет медианы, процентное соотношение, коэффициент корреляции Спирмена. В исследовании принимали участие обучающиеся 6-го класса в количестве 17 человек в возрасте 11–12 лет.

Результаты. По результатам полученных данных можно сделать вывод о том, что в исследуемой выборке преобладают обучающиеся с высоким уровнем притязаний (78,7), что является наиболее оптимальным, поскольку свидетельствует об оптимистическом представлении о своих возможностях. При этом превалирует средний уровень самооценки (53), что указывает на реалистическую оценку себя подростками. Величина расхождения между уровнем притязаний и самооценкой в классе – сильная (23,6), что может говорить о возможном конфликте между тем, к чему школьники стремятся и тем, что считают для себя возможным. Установлено, что 11,8% подростков имеют очень высокий уровень притязаний, что говорит о нереалистическом, некритическом отношении детей к собственным возможностям; 58,8% подростков имеют высокий уровень притязаний, подтверждающий оптимальное представление о своих возможностях, что является важным фактором личностного развития; 23,5% подростков имеют средний уровень притязаний, то есть реально оценивают свои возможности; 5,9% подростков имеет заниженный уровень притязаний, является индикатором неблагоприятного развития личности. Выявлено, что 23,5% подростков имеют высокую самооценку, что является оптимальным результатом, 64,7% подростков имеют среднюю самооценку. Это адекватная самооценка, дети реально оценивают свои способности и возможности. 11,8% подростков - с заниженной самооценкой. За низкой самооценкой могут скрываться два совершенно разных психологических явления: подлинная неуверенность в себе, т.е. отношение к себе как ни к чему не способному, неумелому, никому не нужному и «защитная», когда декларирование собственного неумения, отсутствия способности и т. п. позволяет не прилагать никаких усилий. Согласно полученным данным расхождения между уровнем притязаний и самооценки 52,9% подростков имеют сильную степень расхождения, что характеризует резкий разрыв между самооценкой и уровнем притязаний и указывает на конфликт между тем, к чему школьник стремится и тем, что он считает для себя возможным. В данном случае цель может быть нереалистичной. У 35,3% подростков – умеренная степень расхождения. Эта категория детей оценивает свои возможности реально и вполне возможно, что их цели достижимы. 11,8% подростков имеют слабую степень расхождения, это указывает на то, что притязания не служат стимулом личного развития. В ходе исследования выделились

две группы испытуемых: первая - с нормальным уровнем тревожности и вторая – с повышенным. У обучающихся с повышенным уровнем тревожности преобладают страх ситуации проверки знаний (83,3%), страх самовыражения (79%) и страх не соответствовать ожиданиям окружающих (70%). Были установлены корреляционные связи между шкалами самооценки и факторами тревожности младших подростков с повышенной тревожностью. Шкала самооценки «Ум» имеет сильную положительную связь с факторами тревожности «Страх самовыражения» ($r=0,82$) и «Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» ($r=0,96$). Это свидетельствует о том, что чем выше оценивают свои умственные способности младшие подростки с высоким уровнем тревожности, тем сильнее выражены негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей; чем выше у младшего подростка самооценка ума, тем хуже его приспособляемость к ситуациям стрессогенного характера. Шкала самооценки «Ум» также имеет сильные отрицательные связи с факторами тревожности: «Страх не соответствовать ожиданиям окружающих» ($r=-0,90$), «Проблемы и страхи в отношении с учителями» ($r=-0,94$). Чем выше оценивают свои умственные способности исследуемые, тем менее значима оценка результатов, поступков и мыслей подростков окружающими; чем выше у младшего подростка самооценка ума, тем лучше эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе. Шкала самооценки «Авторитет» имеет сильную положительную связь с факторами тревожности «Страх ситуации проверки знаний» ($r=0,82$), «Страх не соответствовать ожиданиям окружающих» ($r=0,86$), «Проблемы и страхи в отношении с учителями» ($r=0,73$). Т.е. чем выше подросток оценивает свой авторитет, тем сильнее его тревожность по данным факторам. Также шкала самооценки «Авторитет» имеет сильную отрицательную связь с фактором тревожности «Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» ($r=-0,85$): чем выше самооценка авторитета у подростка, тем лучше психофизиологически он переносит стресс. Сильную положительную связь имеют шкалы самооценки «Умение много делать своими руками, умелые руки» и факторами тревожности «Страх не соответствовать ожиданиям окружающих» ($r=0,98$), «Проблемы и страхи в отношении с учителями» ($r=0,88$). Чем выше самооценка по данной шкале, тем больше тревоги по поводу оценок окружающими и выше негативный эмоциональный фон отношений с учителями. При этом, чем выше самооценка по шкале «Умение много делать своими руками, умелые руки», тем лучше приспособляемость подростка к стрессу (сильная отрицательная связь: $r=-0,98$). Сильная положительная связь между шкалой самооценки «Уверенность в себе» и фактором тревожности «Проблемы и страхи в отношении с учителями» ($r=0,93$) говорит о том, что

чем больше подросток уверен в себе, тем сильнее общий негативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе.

Одновременно с этим, чем больше уверенность подростка в себе, тем меньше его общая тревожность в школе ($r=-0,83$), меньше переживаний, связанных с самовыражением, демонстрацией своих возможностей ($r=-0,95$), лучше физиологическая сопротивляемость стрессу ($r=-0,79$). Между остальными факторами тревожности и шкалами самооценки взаимосвязи средние или слабые.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что в исследуемой выборке преобладают обучающиеся с высоким уровнем притязаний, средним уровнем самооценки. Величина расхождения между уровнем притязаний и самооценкой – сильная, что может говорить о возможном конфликте между тем, к чему школьники стремятся и тем, что считают для себя возможным. Среднее значение уровня тревожности находится в пределах нормы. Имеются обучающиеся с повышенной тревожностью. При анализе тревожности по факторам у этих подростков выявлено преобладание страха ситуации проверки знаний, страха самовыражения и страха не соответствовать ожиданиям окружающих. Была выявлена сильная положительная связь между следующими факторами тревожности и шкалами самооценки: страхом самовыражения и самооценкой ума; страхом ситуации проверки знаний и авторитетом; страхом не соответствовать ожиданиям окружающих и авторитетом, самооценкой умения много делать своими руками; низкой физиологической сопротивляемостью стрессу и самооценкой ума; проблемами и страхами в отношении с учителями и авторитетом, самооценкой умения много делать своими руками, уверенностью в себе. Сильная отрицательная связь существует между общей тревожностью в школе и уверенностью в себе; страхом самовыражения и уверенностью в себе; страхом не соответствовать ожиданиям окружающих и самооценкой ума; низкой физиологической сопротивляемостью стрессу и авторитетом, самооценкой умения много делать своими руками, уверенностью в себе; проблемами и страхами в отношении с учителями и самооценкой ума.

Варламов А.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ОБРАЗА ТЕЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

РязГМУ им. академика И.П. Павлова

Кафедра общей и специальной психологии с курсом педагогики

Научный руководитель: Яковлева Н.В.

Цель работы. Качественное описание изменений в субъективном восприятии собственного тела человека, взаимодействующего с компьютерными виртуальными реальностями различной структуры.

Материалы и методы. В основе исследования лежит серия психологических поведенческих экспериментов с использованием технологически опосредованных гарнитурой компьютерной виртуальной реальности психологических воздействий. В соответствии с целью исследования были подобраны средовые условия, отвечающие принципам возникновения измененного и виртуального состояния сознания в различных теоретических концепциях (Леонова А.Б., 1984, Носов Н.А., 2000). Регистрация объективных показателей восприятия испытуемыми размеров частей собственного тела производилась с помощью методики "Промеры по М. Фельденкрайзу" (Соловьева И.А., 2014). Во избежание возникновения артефактов измерения все экспериментальные воздействия и, соответственно, измерения, проводились в разные дни. Первое измерение производилось без предварительного включения испытуемых в предметную или виртуальную деятельность. Оно позволило определить привычное, характерное для них восприятие размеров собственного тела. Дальнейшие измерения производились сразу после дополнительных воздействий, каждое из которых подразумевало участие испытуемых в деятельности в течение 10 минут. Воздействия: "Физическая активность, игра в "Твистер" (2), "Соревнование по настольному хоккею" (3), "Предметная деятельность в условиях Out of Body" (Ehrsson et. al, 2007) (4), "Классическая модель VR" (5) и "Предметные манипуляции в VR" (6). Три последних измерения включали контакт с гарнитурой виртуальной реальности. Всего в исследовании приняли участие 30 испытуемых (10 мужчин и 20 женщин) от 18 до 23 лет. Исследование проводилось весной 2019 года на базе РязГМУ им. академика И.П. Павлова (Рязань).

Результаты. Выявлены статистически значимые различия между привычным восприятием испытуемыми размеров собственного тела и аналогичным восприятием после воздействий 2,4 и 5 ("Твистер", Out of Body и классическая среда VR). Наиболее выраженные изменения в восприятии человеком собственного тела возникают после его контакта с трехмерной виртуальной средой (измерение 5), взаимодействие с которой организовано по принципу управления гуманоидным аватаром с перспективой обзора от первого лица. В использованной в рамках исследования среде наиболее интенсивно менялось восприятие таких параметров как: высота головы, длина правого плеча и предплечья, ширина груди, длина левого бедра и левой стопы. Искажение восприятия данных параметров оказалось интенсивнее, чем после физической активности испытуемых во время игры в "Твистер", что говорит о существовании особых факторов, присущих классической трехмерной

виртуальной среде, которые влияют на восприятие собственного тела человеком, взаимодействующим с ней.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные позволяют обоснованно говорить о наличии специфических особенностей компьютерных виртуальных реальностей, влияющих на психическую сферу контактирующего с ними человека. В частности – на его субъективную схему тела. Наиболее выражено это воздействие проявляется при контакте с классическими VR, в которых человек сталкивается с необходимостью адаптации управления гуманоидным аватаром и взаимодействия со средой посредством виртуальных конечностей. Изменения субъективной схемы тела наступают уже после кратковременного пребывания человека в условиях такой среды.

Говязина С.М.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра социальной работы

Научный руководитель: старший преподаватель Кузнецова Е.В.

Цель: изучить ценностные ориентации личности клинического психолога.

Материалы и методы.

1. Теоретические методы: анализ научной и психологической литературы по теме ценностных ориентаций личности клинического психолога.

2. Анализ научных положений исследователей из разных сфер (психологии, социальной работы, педагогики) по наполнению содержания понятия «профессиональные ценности».

Работа с людьми всегда была очень требовательной – необходимо иметь гуманный набор качеств для того, чтобы психологическая помощь была эффективна. Каких же качеств требует профессия клинического психолога? Первыми приходят на ум сострадание и сочувствие, или же способность осознанно сопереживать текущему эмоциональному состоянию человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания – эмпатия. Мы согласны с тем, что это качество может быть присуще любому человеку вне его специальности, но клинический психолог, в первую очередь – целитель человеческой души, а не случайный зритель. Поэтому следующее важное качество – умение применить профессиональные знания без вреда клиенту. Для этого нужен опыт и постоянное желание изучать молодую науку.

Что же движет нами, юными студентами, молодыми специалистами и зрелыми тружениками науки? На какие мы опираемся ценностные

ориентиры? Исследования показывают, что первое место в списке значимых терминальных ценностей занимает познание, как возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуального развития. Активная деятельная жизнь занимает последнее место. Студенты выделяли терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать их ошибки и заблуждения. Была высокой и ценность к высоким запросам – высокие требования к жизни и высокие притязания. Последнее место занимает ответственность – чувство долга, умение держать свои слова.

Получается, в первую очередь, нами движет тяга к познанию себя и окружающего мира, которые рождают более высокие ориентиры, такие как желание быть полезным и оказывать помощь другим людям.

Полученные результаты. Таким образом, исходя из системы профессиональных ценностей, предложенных Л.В. Баевой, мы можем описать основные уровни профессиональных ценностей психолога:

1. Значимость профессии определяется ее содержанием – служение человеку с опорой на этические мотивы и способы взаимодействия, а также такие качества, как аутентичность, самопознание, безоценочность, эмпатия, толерантность. На данном уровне профессионально важные качества будут выступать как ценности.

2. Смысл профессии определяется сформированностью профессионального мышления. Ценности будут выступать как знания и как показатель качества профессиональной деятельности, формирования профессиональной компетентности.

3. Переживание профессии определяется эмоциональным отношением к профессии. Ценности будут выступать как восприятие своей профессии.

Таким образом, мы считаем, что «профессиональные ценности клинического психолога» – это система личностно-ценностных ориентаций, сочетающаяся с уровнями ценностей профессии – значимостью, осмысленностью и эмоциональным отношением к профессии, отражающиеся в профессионально важных качествах, а также сформированность профессионального мышления и позитивного восприятия своей профессии. Значимость профессии психолога определяется ее содержанием – служение человеку с опорой на этические мотивы и способы, а также такие качества, как аутентичность, самопознание, безоценочность, эмпатия, толерантность. На данном уровне профессионально важные качества будут выступать как ценности. Ценности будут выступать как знания и как показатель качества профессиональной деятельности.

Ефремова А.В.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ
ЖЕНЩИН ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
Кафедра психологии и педагогики
Научный руководитель: к.п.н., доцент Бельтюкова О. В.

Цель исследования: изучение психологического компонента гестационной доминанты у женщин третьего триместра беременности.

Материалы и методы: анализ научной психологической литературы по исследуемой проблеме; тестирование, анкетирование; «Тест отношений беременной» И. В. Добрякова, «Шкала ситуативной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина, «Самооценочная шкала депрессии» В. Зунга, методика «Синквейн» А. Крэпси, методика «Родительское сочинение» О. А. Карабановой; коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. В настоящее время особую актуальность приобретает проблема изучения психологического состояния женщины во время беременности и подготовки к родам. Во время беременности женский организм испытывает значительные изменения, что влияет на развитие различных эмоций и обострение проявлений личностных особенностей. Появляются новые адаптационные задачи, для решения которых необходима личностная перестройка: постепенно принять роль матери, научиться воспринимать будущего ребенка отдельно от себя, удовлетворять свои потребности с учетом наличия малыша. Психическое благополучие беременной проявляется в способности женщины адекватно выражать свое поведение, регулировать психические состояния, адаптируясь к новым условиям. Психологический компонент гестационной доминанты это представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщин при наступлении беременности, которые направлены на сохранение беременности и создания благоприятных условий для будущего ребенка, а также формирующих отношение к своей беременности. Изучены типы проживания беременности, эмоциональная сфера беременны женщин, как составляющие психологического компонента гестационной доминанты.

По методике «Тест отношений беременной» И. В. Добрякова, у большинства женщин преобладает оптимальный тип проживания беременности, меньшее число женщин имеют гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный типы проживания беременности. А так же выявлены отношения беременной к себе, ребенку и окружению с помощью методики «Родительское сочинение» О. А. Карабановой.

Выявлено эмоциональное состояние беременных женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты. По

методике «Шкала ситуативной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина у большинства женщин преобладает умеренный уровень ситуативной или личностной тревожности. Высокий и низкий уровни личностной и ситуативной тревожности выявлены у меньшего количества беременных женщин. По методике «Самооценочная шкала депрессии» В. Зунга у большинства испытуемых депрессивное состояние не выявлено, лишь у небольшого количества беременных женщин выявлен низкий и умеренный уровень депрессии. Выявлены актуальные страхи беременных женщин с помощью методики «Синквейн» А. Крэпси.

Выявлена высокая прямая корреляционная связь между тревожным типом проживания беременности и ситуативной и личностной тревожностью, тревожным типом проживания беременности и уровнем депрессии, депрессивным типом проживания беременности и уровнем депрессии, уровнем депрессии и ситуативной и личностной тревожностью. Обратная корреляционная связь между эйфорическим типом проживания беременности и ситуативной тревожностью, а так же оптимальным типом проживания беременности и уровнем депрессии.

Выводы. Проанализированы научные источники по проблеме исследования. Проведено эмпирическое исследование психологического компонента гестационной доминанты женщин третьего триместра беременности. Выявлено эмоциональное состояние беременных женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты. Определена взаимосвязь типов проживания беременности с уровнем тревожности и уровнем депрессии.

Ильина С.Р.

ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ

Самарский государственный медицинский университет
Кафедра сестринского дела

Научные руководители: ассистент О.В. Беликова,
к.м.н., доцент Л.А.Лазарева

Цель исследования: выявить проблемные аспекты восприятия и проведения контроля исходного уровня знаний студента при устном опросе.

Материалы и методы: в работе использовался социологический и статистический методы исследования, первичный материал исследования - ответы студентов на вопросы анкеты.

Результаты. При изучении литературы мы выяснили, что для проверки исходного уровня знаний подходят следующие варианты контроля: тестовые задания, устный индивидуальный опрос, контролирующая задача, письменное задание, терминологический диктант. Важным является психоэмоциональный настрой студента перед началом

занятия. Как показало наше исследование, при входе преподавателя в аудиторию 51% студентов испытывают тревогу и волнение, что объясняется неуверенностью в своей подготовленности и предстоящей процедурой оценивания. 76% студентов констатировало, что контроль исходного уровня знаний на большинстве практических занятий в вузе начинается с устного опроса, и лишь 19% отмечает начало с тестовых заданий и 5% - письменного задания. Для 45% студентов самым трудным вариантом контроля является устный опрос. 54% студентов отмечают сильное волнение при устном опросе, испытывают стеснение когда одноклассники на них смотрят. 20% опрошенным трудно описать процесс действия, 9% испытывают трудности при описании предметов. Несмотря на данный факт, 41% респондентов предпочитают, чтобы практическое занятие начиналось именно с устного опроса. Мы объясняем это возможностью бегло повторять материал, пока спрашивают других. 26% положительно отнеслись к тест-опросу, 8% студентов предложили начинать занятие с обсуждения темы и 3% с повторения пройденного материала. Мы можем предположить, что восприятие контроля при устном опросе зависит от мастерства преподавателя. Так 32,5% студентов отмечают, что у них нет времени сосредоточиться, так как преподаватель сначала называет фамилию, а потом формулирует вопрос. В 19% случаях студенты признались, что преподаватель не умеет управлять реакцией группы на неправильный ответ студента, нивелировать смех, переключить внимание, поэтому многие испытывают волнение и стеснение. Негативным в 43,5% случаях остается момент, когда в процессе слушания, преподаватель прерывает и комментирует ответ студента. Следует отметить, что в 72% случаях при оценивании ответа студента, преподаватель сначала указывает на ошибки, и только потом говорит об успехах, тогда как обратный подход более благожелателен и психологически правильный. 67% опрошенных ответили, что преподаватели лишь иногда разрешают пользоваться при устном ответе конспектом, 24,5% никогда не разрешают.

Выводы. Таким образом мы заключили, что для контроля исходного уровня знаний в СамГМУ преимущественно используется устный опрос, который вызывает сильное волнение и тревогу у обучающегося; страдает техника задания вопроса и слушания ответа преподавателем; смущение студента вызывает неумение преподавателя рефлексировать на реакцию группы; отсутствует правильный подход к оценке устного ответа студента.

Нами предложены следующие практические рекомендации преподавателям при проведении устного опроса студентов: целесообразно начинать контроль исходного уровня знаний с тестовых заданий; для концентрации умственной деятельности студента устный опрос следует начинать с формулировки вопроса, сделать паузу и потом называть фамилию студента; формулируя вопрос определить в нем границы ответа;

развивать умение активного слушания и рефлексии; при оценке устного ответа сначала указывать на успех в ответе, а потом на ошибки в ответе.

Колодкина Е.Н.

КОНФЛУЭНЦИЯ ВТОРОГО РОДА, И РАБОТА С НЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: доцент Санникова Ю.П.

Цель исследования: изучение конfluэнции второго рода, и работа с ней в практике семейно-психологического консультирования в вопросах детско-родительских отношениях.

Материалы и методы. Использовался анализ научной психологической литературы по исследуемой проблеме. В качестве методов воздействия использовалось консультационное интервью, проективные техники. Для выявления конfluэнции второго рода использовался метод анкетирования.

Результаты. В исследовании приняло участие 8 человек. Возраст испытуемых: 18-35 лет. Консультации проводились в форме индивидуальной психологической консультации с человеком, имеющим проблемы в семейных отношениях. Продолжительность от 45 до 60 минут.

Из них 3 человека с которыми применялось упражнение «Таможня», 1 человек с использованием метафорических карт «Окна и двери» и на 4 людях использовался прием определения сходств и различий с человеком, с которым клиент находится в слиянии.

В данном случае количественный анализ результатов не проводился в связи с малочисленностью группы и трудностью перевода психологических изменений клиентов в цифры для использования статистических критериев. Проводился только качественный анализ изменений у клиентов по результатам проведенных психологических консультаций.

Выводы. При изучении такого сопротивления как конfluэнция второго рода важно обращать внимание на определенные маркеры, которые присутствуют в речи, рисунке, движениях клиента. Основными признаками слияния второго рода являются: частое использование местоимения «мы» вместо «я», клиент будто говорит от лица нескольких человек, как единый организм; перекалывают ответственность на других в данном случае на родителей, могут выступать в обвинительной позиции; не дифференцируют свои чувства и переживания, происходит некоторая путаница; испытывают трудности в понимании и осознании конфликтов.

Из всего вышперечисленного имеет место быть определенный алгоритм действия при конfluэнции второго рода. Для начала следует

восстановить личностные границы клиента путем модернизации рисунка или поиска новой метафорической карты, или задавать наводящие вопросы, которые подчеркивают разницу между личностью и слитой фигурой. Следствием этого будет увеличение дистанции, а также повышение уровня ответственности клиента. В ходе ведения консультации акцентировать внимание клиента на его собственные переживания и поиск вторичной выгоды.

При работе с конфлуэнцией второго рода также хорошо зарекомендовали себя упражнения с изображением границ, например, упражнение «Таможня», разработанное Е. Середой и ее командой. Техника показывает наглядное изображение личностных границ, как они есть, в виде изображения государств. В начале клиенту предлагается определиться с отношениями, которые хотелось бы проработать. Далее наступает первый этап упражнения. Клиент должен представить свои взаимоотношения в виде государства или двух государств. Подробно описать их взаимоотношения, какие это государства, в каких отношениях находятся, как попасть на ту или иную территорию и т.д. Затем клиент, соответственно, изображает эти отношения в виде рисунка или рассказа. Работа состоит либо в обсуждении рисунка, либо с заранее заготовленных вопросов. Также можно в дополнение использовать метафорические карты. Третий этап наступает, если у клиента возникают трудности в понимании рисунка или рассказа. И на этом этапе психолог самостоятельно выбирает каким образом будет происходить работа с ситуацией, это может быть символ драма, или работа с метафорическими картами, если работа идет в группе можно подключить остальных участников. С упражнениями легко работать, они вносят ясность и структуру.

В ходе проведения консультаций были составлены рекомендации по работе с конфлуэнцией второго рода. Рисуночные методики, отображающие, межличностные отношения между клиентом и окружающими людьми наиболее удобны в использовании. Их отлично могут дополнить приемы, позволяющие расширить осознание слияния между людьми, такие как: поиск сходств и различий, представление, что на месте клиента находится другой человек, так можно посмотреть на ситуацию со стороны. Метафорические карты могут заменить рисуночную методику, однако их важно правильно подобрать.

Комаров С.П.

**РЕТРОФЛЕКСИЯ И РАБОТА С НЕЙ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: доцент Санникова Ю.П.

Цель исследования: изучение ретрофлексии и работа с ней в психологическом консультировании психосоматических больных.

Методы исследования: теоретические методы: анализ научной психологической литературы по исследуемой проблеме; методы воздействия: консультационное интервью, методы арт-терапии, визуализации, алгоритм работы с психосоматическим симптомом.

В ходе проведения теоретического анализа был изучен механизм сопротивления ретрофлексии. Ретрофлексией можно охарактеризовать как механизм, при котором человек делает себе то, что хотел бы получить от других при зеркальной ретрофлексии и то, что хотел бы сделать в отношении других людей при ретрофлексии катарсиса. Важным составляющим в работе с ретрофлексией является выведение симптома на границу контакта, его манифестация, так как именно на границе контакта симптом будет наиболее подвижен.

При ретрофлексии происходит процесс соматизации симптома, который протекает по схеме: отказ от переживаний-боль-хроническое напряжение с утрачиванием контакта.

Ретрофлексия является ярким примером психосоматического заболевания, при котором психологические проблемы, сознательно или бессознательно вытесненные находят свое отражение в психосоматических симптомах в телесном проявлении.

Результаты. В исследовании приняло участие 4 человека. Возраст испытуемых: 18-45 лет. Консультации проводились в индивидуальной форме. Продолжительность от 30 до 60 минут. Из них 2 человека с которыми применялось методика «Визуализация симптома», 2 человека с использованием методика «Нарисуй свой симптом» и на 1 человеке использовался алгоритм работы с психосоматическим симптомом. В данном случае количественный анализ результатов не проводился в связи с малочисленностью группы и трудностью перевода психологических изменений клиентов в цифры для использования статистических критериев. Проводился только качественный анализ изменений у клиентов по результатам проведенных психологических консультаций.

Выводы. При изучении ретрофлексии важно обращать внимание на определенные индикаторы. Основными индикаторами ретрофлексии являются: задержки дыхания, «проглатывание чувств» или сдерживание их выражения, телесные проявления в виде сжатия кулаков или касания губ и т.п., психосоматические жалобы и болезни, положение тела, повторяющиеся жесты, направленные сами на себя, повышенное количество форм речи и трудность перехода от планов к действиям.

Далее будет целесообразно, используя различные техники, следовать общему алгоритму работы с сопротивлением, который состоит в четком обозначении симптома, осознании тождества личности и симптома, выведения симптома на границу контакта, анализа симптома как послания

и дальнейшей выработки более функционального способа удовлетворения потребности с дальнейшей ассимиляцией приобретенного опыта. Следует также не забывать про отдельные способы работы с ретрофлексией, такими как отмечания повторов, отзеркаливание, амплификация, фрустрирование сопротивления выстраиванием тупика или конфронтации, проигрывание наиболее трудных ситуаций, проигрывание ролей и акцентирование внимания на моментах, которые клиент хочет проскочить.

При работе с ретрофлексией также хорошо зарекомендовали себя арт-терапевтические упражнения с изображением симптома в виде его символического изображения. Данный метод был полезен тем, что клиент сам придавал образ своему симптому, что, в свою очередь, упрощало работу по направленному воздействию на данный психосоматический симптом. В ходе такого упражнения клиент мог в процессе работы преобразовать свой симптом в более конструктивную форму или же понять смысл и суть данного проявления за счет визуального изображения собственных телесных переживаний.

Удачно был применен алгоритм работы с психосоматическим симптомом, который состоит в четком обозначении симптома, осознании целостности личности и симптома, выведения симптома на границу контакта, анализе симптома как послания, дальнейшие поиски более эффективного способа удовлетворения потребности.

Последним методом, применяемым в работе с ретрофлексией, был метод «Визуализация симптома». Данный метод был направлен на удержании и дальнейшем преобразовании или редукции данного психосоматического симптома

В ходе проведения консультаций были составлены рекомендации по работе с ретрофлексией. Наиболее эффективными методами являлась амплификация, конфронтации, разговором с частью тела, визуализации и арттерапии.

При работе с выявлением самой ретрофлексии стоит использовать методы выведения симптома на границу контакта, что позволяет симптому стать более динамичным. Также методы выделения фигуры из фона, с целью выделения мишени проявлений. Методы амплификации и символическое описание переживаемых чувств и ощущений с целью наиболее простого и комфортного выведения клиента на осознание сопротивления в виде зеркальной ретрофлексии или ретрофлексии катарсиса, а также понимания целей данного феномена.

Непосредственно при работе с психосоматическим симптомом наиболее удачно подходят применение таких техник, как визуализация и арттерапии, так как при выражении собственных проекций и переживаний рисунок, в некотором роде, убирает защиты, а визуализация, помогает клиенту самостоятельно и более комфортно для собственной личности провести работу с телесным проявлением.

Кончак В.В.
УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСА
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ БГМУ

Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра биологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мезен Н. И.

Цель работы. Определение уровня тревоги и депрессии студентов-белорусов 1 и 2 курсов и иностранных студентов 1 курса БГМУ.

Материалы и методы. Уровень тревоги и депрессии оценивался согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: «тревога» и «депрессия». При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделялись 3 области его значений: норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии), субклинически выраженная тревога/депрессия, клинически выраженная тревога/депрессия.

Было опрошено 185 студентов БГМУ: 139 студентов-белорусов (84 студента 1 курса и 55 студентов 2 курса) и 46 студентов медицинского факультета иностранных учащихся (туркменов, иранцев, ливанцев).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью статистического ПО Statistica 10 (StatSoft, США).

Результаты. Анализ уровня тревоги юношей-белорусов и иностранцев 1 курс показал, что в обследованной группе студентов-белорусов 1 курса субклинический уровень тревоги имели 16,9%, клинический уровень – 10,2%. Среди туркменов субклинический уровень тревоги имели 21,4%, клинический уровень – 7,1%. Среди иранцев субклинический уровень тревоги имели 25%, клинический уровень – 25%. Среди ливанцев субклинический уровень тревоги имели 35,3%, клинический уровень – 29,4%.

Анализ уровня депрессии юношей-белорусов и иностранцев 1 курс показал, что в обследованной группе студентов-белорусов 1 курса субклинический уровень депрессии имели 5,2%, клинический уровень – 1,7%. Среди туркменов субклинический уровень депрессии не наблюдался, клинический уровень – 7,1%. Среди иранцев субклинический уровень депрессии имели 25%, клинический уровень не выявлен. Среди ливанцев субклинический уровень депрессии имели 41,2%, клинический уровень – 11,8%. Таким образом, уровень клинической депрессии наиболее выражен у ливанцев и превышает таковой у белорусов на 10,1% , а у туркменов – на 5,4%.

Анализ уровня тревоги и депрессии девушек-белорусок и туркменок 1 курс показал, что среди студенток-белорусок 1 курса субклинический уровень тревоги имели 17,9%, депрессии – 22,6%; клинический уровень

тревоги 26,2%, депрессии – 3,6%. Среди студенток из Туркменистана субклинический уровень тревоги имели 9,5% депрессии – 14,3%, клинический уровень тревоги наблюдался у 19%, клинический уровень депрессии у них не выявлен.

Анализ уровня тревоги и депрессии девушек-белорусок 1 и 2 курс показал, что в обследованной группе белорусских студенток 1 курса субклинический уровень тревоги имели 17,9%, депрессии – 22,6%; клинический уровень тревоги – 26,2%, депрессии – 3,6%. В обследованной группе белорусских студенток 2 курса субклинический уровень тревоги имели 30,8%, депрессии – 5,1%, клинический уровень тревоги имели 20,5%, депрессии – 12,8%.

Анализ уровня тревоги и депрессии юношей-белорусов 1 и 2 курс показал, что в обследованной группе белорусских студентов-юношей 1 курса субклинический уровень депрессии имели 5,2%, клинический уровень – 1,7%; субклинический уровень тревоги имели 16,9%, клинический – 10,2%. В обследованной группе белорусских студентов 2 курса субклинический уровень депрессии имели 37,5%, клинический уровень – 6,3%; субклинический уровень тревоги имели 25%, клинический – 12,5%.

Выводы. Актуальность и важность выявления тревожных и депрессивных настроений у студентов обусловлена темпом и напряженностью учебы, нарушением сна, усвоением большого объема информации в сжатые сроки и высоким уровнем психических и физических нагрузок. Безусловно, эти требования не могут не сказаться на психоэмоциональном и психофизическом состоянии студентов.

Опрос студентов БГМУ с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS позволил проанализировать уровень тревоги и депрессии студентов РБ 1 и 2 курсов и иностранных студентов 1 курса БГМУ.

Анализ уровня тревоги и депрессии показал, что эмоциональное состояние студентов БГМУ различается в зависимости от пола, курса и национальности.

Для студенток-белорусок 2 курса характерен более высокий уровень тревоги (51%), чем для студенток 1 курса (44%). При этом клинический уровень тревоги у студенток 1 курса отмечается чаще (26,2%), чем у студенток 2 курса (20,5%). Среди студенток 1 курса наблюдался более высокий уровень депрессии (26%), чем среди студенток 2 курса (18%), однако клинический уровень депрессии чаще встречался среди 2 курса (13% против 3%).

Среди второкурсников-юношей отмечался более высокий уровень как тревоги, так и депрессии, чем среди первокурсников (38% против 27% и 44% против 7% соответственно). Однако среди первокурсников клинический уровень тревоги отмечается чаще (10%), чем среди

второкурсников (6%). Для юношей-первокурсников характерен более низкий уровень тревоги (27%) и депрессии (7%), чем для девушек-первокурсниц (44% и 26% соответственно). Среди юношей-второкурсников наблюдался более низкий уровень тревоги (38% против 51%), но более высокий уровень депрессии (44% против 18%), чем у девушек-второкурсниц.

Клинический уровень депрессии встречался чаще у девушек, чем у юношей (1 курс – 3% против 2%; 2 курс – 13% против 6%). Наибольший уровень тревоги (64,7%) и депрессии (53,0%) характерен для студентов из Ливана. Наименьший уровень тревоги и депрессии характерен для белорусов (27,1% и 6,9%).

По уровню тревоги и депрессии как суммарно, так и по субклиническому и клиническому уровням отдельно опрошенные юноши распределяются следующим образом в порядке возрастания: белорусы, туркмены, иранцы, ливанцы. Большой уровень тревоги (44%) и депрессии (26,2%) характерен для студенток-белорусок, чем для студенток из Туркменистана (28,5% и 14,3% соответственно).

У студенток из Туркменистана не был выявлен клинический уровень депрессии.

Коротков Н.В.

НАУЧНЫЙ СТЭНД-АП КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДАГОГИКЕ

ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет»

Факультет педагогики и психологии

Научный руководитель: к. псих. н., доцент Кириллова Е.П.

Цель работы. Оценить перспективность «научного стэнд-апа» в качестве модели педагогического взаимодействия.

Материалы и методы. Общенаучные методы анализа и синтеза, контент- и дискурс-анализ.

Результаты. Научный стэнд-ап («Science Stand-up») – получивший широкое распространение в 2010-х годах формат научно-популярных выступлений («поединков»), в ходе которых ученый должен за 5-7 минут раскрыть суть своей собственной научной разработки для неподготовленной аудитории, причем, победитель выбирается не компетентным жюри, а с помощью шумомера. Наряду с социальной оценкой техники («Technology Assessment») научный стэнд-ап служит ярким примером мировой тенденции по «демократизации» науки, способствует замещению в массовом сознании образов «сумасшедшего ученого», «ботана», «яйцеголового» и тому подобных более привлекательным, позитивным образом ученого.

В то же время научный стэнд-ап задаёт определенный методологический и методический ориентир и для преподавателей, в связи

с чем возникает вопрос: есть ли предел, до которого можно увеличивать развлекательный элемент в процессе овладения новыми знаниями и навыками? Представляется, что научная и учебная деятельность (как и любой процесс саморазвития) с необходимостью должны включать в себя «рутинную» составляющую, ибо достижение значимых результатов предполагает постоянную самодисциплину и «увеличение нагрузок». Здесь можно, в частности, сослаться на многочисленные шаолиньские притчи про «путь воина», в которых обучение новичка начинается с выполнения им рутинных обязанностей (принести воды, подмести пол), которые позже оказываются важными элементами техники боя.

С другой стороны, чувство юмора и умение импровизировать тоже являются неотъемлемой частью образовательного процесса, позволяя преподавателю не превратиться, скажем, в «утюжок», который сглаживает в студентах всё, что «топорщится», не укладывается в заданные рамки. Или в «репродуктор», озвучивающий чужие идеи (либо свои собственные, но давно «заезженные»). И в этом смысле участие, время от времени, в научных стэнд-апах способно обеспечить преподавателю тот самый взгляд со стороны, который необходим, чтобы вовремя увидеть, не происходит ли с ним опасной метаморфозы.

Выводы. Научный стэнд-ап, способствуя «очеловечиванию» образа ученого в массовом сознании, вместе с тем не должен стать типовой моделью проведения учебных занятий.

Кудабаева А.Ю.

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НА СПОСОБНОСТЬ САМОУПРАВЛЕНИЯ

Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра педагогики и психологии

Научный руководитель: старший преподаватель Бехтерева А.В.

Цель исследования. Изучить мотивацию обучения и ее влияние на способность самоуправления.

Материалы и методы исследования. Теоретический анализ научной и научно – учебной литературы, методика «мотивация обучения в ВУЗе» Ильиной Т. И., методика «способность самоуправления» Пейсахова Н. М., оценка значимости различий средних величин t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Изучение мотивации обучения и ее влияние на способность самоуправления проводилось на базе Башкирского государственного медицинского университета (г. Уфа) среди 70 студентов 3-4 курса в возрасте от 21 до 23 лет.

Анализ результатов первого этапа исследования показал, что мотивация обучения есть у 83% студентов, для них важно «овладение профессией» и “приобретение знаний”, что говорит об адекватном выборе

профессии и удовлетворенности ею. Отсутствует мотивация обучения у 17% респондентов, у них лидирует “получение диплома”, то есть, стремление приобрести диплом без наличия знаний.

На втором этапе исследования с использованием методики Пейсахова было установлено, что в целом высокая система самоуправления имеется у 9% студентов, у 60% - выше среднего, у 19% - средняя, у 13% - ниже среднего, обучающихся с низкой системой самоуправления не выявлено.

Сопоставительный анализ по двум методикам показал, что мотивации обучения и общая высокая система самоуправления у 9% респондентов. У этих обучающихся все звенья способности самоуправления набрали максимальное количество баллов: «противоречие» - у 89% студентов, «прогнозирование» - у 96%, «целеполагание» - у 83%, «планирование» - у 91%, «критерий оценки качества» - у 75%, «принятие решения» - у 93%, «самоконтроль» - у 95%, «коррекция» - у 84% респондентов.

У 56% респондентов имеется мотивация обучения и общая система самоуправления выше среднего. У этих обучающихся звенья способности самоуправления набрали высокое и среднее количество баллов: «противоречие» - у 64% студентов, «прогнозирование» - у 88%, «целеполагание» - у 72%, «планирование» - у 89%, «критерий оценки качества» - у 54%, «принятие решения» - у 86%, «самоконтроль» - у 73%, «коррекция» - у 57% респондентов.

У 11% респондентов развита мотивация обучения и средняя общая система самоуправления. У этих обучающихся звенья способности самоуправления набрали среднее количество баллов: «противоречие» - у 45% студентов, «прогнозирование» - у 69%, «целеполагание» - у 53%, «планирование» - у 64%, «критерий оценки качества» - у 49%, «принятие решения» - у 63%, «самоконтроль» - у 51%, «коррекция» - у 41% респондентов.

У студентов с наличием мотивации обучения и с высокой, выше средней и средней общей системой самоуправления, сформирован цикл действий для достижения поставленной цели.

У 13% респондентов выявлено отсутствие мотивации обучения и общая система самоуправления ниже среднего. Доминирующие звенья: «целеполагание» - у 45% и «планирование» - у 39% респондентов. Они сильно переживают свои неудачи, но ничего дальше этого не предпринимают. У этих людей полноценного цикла самоуправления нет, только его некоторые звенья.

Оценка значимости различий t-критерий Стьюдента показала, что у студентов с наличием мотивации обучения с высокой, выше средней, средней общей системой самоуправления и у студентов с отсутствием

мотивации обучения с общей системой самоуправления ниже среднего имеются статистически значимые различия.

Выводы. В ходе исследования было установлено, что студенты с мотивации обучения имеют высокую, выше средней, среднюю общую систему самоуправления. Эти респонденты ориентированы в целях, умеют их достичь, несмотря на непредвиденные обстоятельства, скорректировать план при необходимости и адекватно оценить исход.

А студенты с отсутствием мотивации обучения имеют общую систему самоуправления ниже среднего. Эти люди испытывают трудности при достижении поставленной цели, быстро теряются при изменении ситуации, не верят в свои силы.

Лалетина М.И.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: зав.кафедрой, к.п.н., доцент Новгородцева
И.В.

Цель исследования: выявить возможности нейропсихологической коррекции когнитивных нарушений у пациентов в пожилом возрасте.

Материалы и методы: анализ научной литературы, эксперимент, тестирование; критерий Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона; «Заучивание 10 слов» (автор А.Р. Лурия); «Краткая шкала оценки психического статуса» (англ. Mini-mental State Examination, MMSE); «Батарея лобной дисфункции» (Frontal Assessment Batter - FAB).

Результаты. На этапе констатирующего эксперимента было определено состояние когнитивных функций на момент поступления пациентов в стационар. Во всех отделениях у пациентов преобладает средний уровень кратковременной памяти и долговременной памяти. Средний уровень кратковременной памяти в неврологическом отделении выявлен у 53,3% пациентов, в терапевтическом отделении – 62,2%, в кардиологическом отделении – 58,3%. Средний уровень долговременной памяти выявлен у 56% пациентов неврологического отделения, 43,2% терапевтического отделения, 50% кардиологического отделения. Низкий уровень кратковременной и долговременной памяти не выявлен ни в одном отделении. У пациентов из неврологического отделения средний балл кратковременной памяти 3,24, долговременной памяти – 2,92. В терапевтическом отделении средний балл кратковременной памяти 3,11, долговременной памяти – 2,86. В кардиологическом отделении средний балл кратковременной памяти 2,92, а долговременной памяти 2,83. У пациентов неврологического, терапевтического и кардиологического

отделений отсутствуют значимые различия кратковременной и долговременной памяти. У пациентов трех отделений при оценке психического статуса по шкалам преобладают легкие когнитивные нарушения. В неврологическом отделении 76% пациентов с легкими когнитивными нарушениями, в терапевтическом отделении – 78,4%, в кардиологическом отделении – 58,3%. По показателю значимости различий в оценке психического статуса пациентов кардиологического отделения по H-критерию Краскела-Уоллиса имеется значимая достоверность отличий только по шкале «Речь» на уровне значимости $p \leq 0,05$. В результате изучения лобных дисфункций по шкалам у пациентов трех отделений доминирует умеренная лобная дисфункция. В неврологическом отделении у 80% пациентов выявлена умеренная лобная дисфункция, в терапевтическом отделении – 81,1%, в кардиологическом отделении – 100%. Результаты значимости различий лобных дисфункций по H-критерию Краскела-Уоллиса у пациентов неврологического, терапевтического и кардиологического отделений не выявлено значимых различий.

На этапе формирующего эксперимента на основании полученных результатов была разработана авторская программа «Нейропсихологическая коррекция когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста». Для подтверждения эффективности разработанной программы были сформированы 6 групп пациентов по 5 человек в каждой с легкими и умеренными когнитивными нарушениями у пациентов пожилого возраста. Апробация программы проводилась в течение 20 дней, в период прохождения лечения пациентов пожилого возраста в стационаре.

На этапе контрольного эксперимента после проведения апробации программы проведено повторное исследование у пациентов шести групп с использованием того же диагностического инструментария. При повторном изучении оценки психического статуса в неврологическом отделении у 80% пациентов легкие когнитивные нарушения, у 20% умеренные когнитивные нарушения. Достоверность отличий когнитивных нарушений у пациентов неврологического отделения по U – критерию Манна-Уитни значимость на уровне $p \leq 0,05$ по шкале «Чтение». В терапевтическом отделении 50% пациентов с легкими когнитивными нарушениями, 50% с умеренными когнитивными нарушениями. По U – критерию Манна-Уитни значимые различия имеются по шкалам «Ориентировка во времени», «Концентрация внимания и счет». В кардиологическом отделении 70% пациентов с легкими когнитивными нарушениями, 30% с умеренными когнитивными нарушениями. По U – критерию Манна-Уитни у пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями имеются значимые различия по шкалам «Концентрация внимания и счет», «Чтение». Из расчета достоверности

отличий психического статуса пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями всех групп по Н – критерию Краскела-Уоллиса не выявлено значимых различий ни по одной шкале.

По результатам апробации авторской программы из расчета достоверности отличий по Т – критерию Вилкоксона по кратковременной и долговременной памяти во всех группах были выявлены значимые различия на уровне значимости $p \leq 0,05$. Средний балл результатов пациентов по кратковременной и долговременной памяти до и после проведения программы у всех групп варьируется от 0,4 до 2,4 баллов. Из расчета достоверности отличий по шкалам оценки психического статуса во всех группах получены достоверные отличия на уровне значимости $p \leq 0,05$. Средний балл результатов пациентов по шкалам оценки психического статуса по всем группам варьируется от 3,4 до 5. Из расчета достоверности отличий по шкалам лобной дисфункции у пациентов всех групп получены различия в неврологическом, терапевтическом и кардиологическом отделениях на уровне значимости $p \leq 0,05$. Средний балл результатов по шкалам лобных дисфункций у пациентов всех групп варьируется от 3 до 3,5.

Выводы. Анализ научной литературы позволил определить хронологические рамки и признаки пожилого возраста, дано определение понятию когнитивных нарушений, изучена их классификация и критерии диагностики легких и умеренных когнитивных нарушений, структурная организация когнитивных функций.

Изучены когнитивные нарушения у пациентов в пожилом возрасте, находящихся на лечении в неврологическом, терапевтическом, кардиологическом отделениях. Во всех отделениях у пациентов преобладает средний уровень кратковременной памяти и долговременной памяти. Низкий уровень кратковременной и долговременной памяти не выявлен ни в одном отделении. У пациентов неврологического, терапевтического и кардиологического отделений отсутствуют значимые различия кратковременной и долговременной памяти. У пациентов трех отделений при оценке психического статуса по шкалам преобладают легкие когнитивные нарушения. По показателю значимости различий по шкалам оценки пациентов кардиологического отделения имеется значимая достоверность отличий по шкале «Речь» на уровне значимости $p \leq 0,05$. По остальным шкалам во всех отделениях значимые различия отсутствуют. В результате изучения лобных дисфункций по шкалам у пациентов трех отделений доминирует умеренная лобная дисфункция. Результаты значимости различий лобных дисфункций по шкалам методики у пациентов неврологического, терапевтического и кардиологического отделений не выявлено значимых различий. После проведения апробации программы и повторного исследования у пациентов шести групп выявлены по кратковременной и долговременной памяти во всех группах значимые

различия на уровне значимости $p \leq 0,05$. Средний балл результатов пациентов по кратковременной и долговременной памяти до и после апробации программы у всех групп варьируется от 0,4 до 2,4 баллов. Из расчета достоверности отличий по шкалам оценки психического статуса во всех группах получены достоверные отличия на уровне значимости $p \leq 0,05$. Средний балл результатов пациентов по шкалам оценки психического статуса по всем группам варьируется от 3,4 до 5. Из расчета достоверности отличий по шкалам лобной дисфункции у пациентов всех групп получены различия в неврологическом, терапевтическом и кардиологическом отделениях на уровне значимости $p \leq 0,05$. Средний балл результатов по шкалам лобных дисфункций у пациентов всех групп варьируется от 3 до 3,5.

Разработана и апробирована авторская программа «Нейропсихологической коррекции когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста». Выявлена эффективность авторской программы «Нейропсихологической коррекции когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста».

Монастырева Д.Р.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Курский государственный медицинский университет

Кафедра психологии здоровья и коррекционной психологии

Научный руководитель: доцент Кузнецова А.А.

Цель. Изучить виды агрессивного поведения в юношеском возрасте, установить, есть ли зависимость между самооценкой человека и уровнем его агрессивности.

Материал и методы. В исследуемую выборку вошло 60 студентов, находящихся в юношеском возрасте. Из них юношей – 28, девушек – 32. Были использованы методика А. Дембо-Рубинштейна и методика С.А. Будасси, методы описательной статистики, сравнительной, корреляционного анализа.

Эмпирическое исследование осуществлялось в три этапа. На первом – эмпирическое исследование уровня и качества самооценки личности в юношеском возрасте. На втором – измерение выраженности видов и особенности агрессивных реакций. На третьем этапе осуществлен корреляционный анализ.

Результаты. Уровень самооценки личности, как у юношей, так и у девушек соответствует адекватному с тенденцией к завышению. На уровне статистических тенденций выявлено, что у девушек уровень самооценки выше, чем у юношей ($U=403,5$; $p \leq 0,05$). В группе юношей преобладающей является заниженный уровень самооценки (34,2%). В группе девушек выявлена обратная тенденция: преобладающей является завышенная

самооценка (43,2%). Средние значения по большинству показателей агрессивных реакций (физическая и вербальная агрессия, негативизм, обида, подозрительность, чувство вины) находятся в диапазоне средних значений, соответствующим нормативным показателям. У юношей выявлены прямо пропорциональная зависимость между самооценкой и вербальной агрессией ($r=0,51$; $p\leq 0,05$), обратно пропорциональная зависимость между самооценкой и обидой, подозрительностью, индексом враждебности ($r=-0,71$; $-0,6$; $-0,76$; $p\leq 0,05$, соответственно). У девушек выявлена прямо пропорциональная зависимость между самооценкой и физической, косвенной, вербальной агрессией, индексом агрессивности ($r=0,51$; $0,40$; $0,49$; $0,57$; $p\leq 0,05$), обратно пропорциональная зависимость между самооценкой и подозрительностью, индексом враждебности ($-0,77$; $-0,71$; $p\leq 0,05$, соответственно).

Выводы. Выявленные закономерности позволяют нам предположить возможность оптимизации агрессивных реакций посредством формирования позитивной Я-концепции в юношеском возрасте.

Монастырева Д.Р.
МЕДИЦИНА В ГУЛАГе
Курский государственный медицинский университет
Кафедра философии
Руководитель: проф. Щавелев С.П.

Цель исследования – сформулировать методические рекомендации по преодолению отмеченного недостатка в рабочих программах подготовки студентов-медиков.

Материалы и методы. В настоящей работе привлечен большой статистический и литературный материал. Тщательному литературоведческому анализу подвергнуты труды Е.С Гинзбург, А.И. Солженицына, В.Т. Шаламова. Произведен анализ 64 доступных интервью с сотрудниками и пленниками ГУЛАГа, архивов международного историко-просветительского благотворительного и правозащитного общества «Мемориал». Разобраны и статистически выверены 52 сводки о заболеваемости и смертности в лагерях как в абсолютных, так и в относительных показателях, произведена оценка организации ЛПУ, условий работы лагерного врача.

Результаты и обсуждение. В 1945 году число амбулаторий ГУЛАГа составило 2379 при соотношении фельдшерских и врачебных амбулаторий 1,5:1. Медицина в ГУЛАГе отличалась по ряду показателей: минимальное количество необходимых, отсутствие аппаратуры для лабораторных и инструментальных методов обследования больных, условия ЛПУ, не удовлетворяющие СанПиН медикаментов (в 94% исследованных источниках содержатся сведения о том, что палаты переполнены и койки

занимают коридоры). В состав медико-санитарной службы входили не только квалифицированные специалисты (60%), но и люди немедицинских специальностей (40%), направленные в санчасть по договоренности. Часто некомпетентность этих людей приводит к фатальным последствиям. В обязанности медико-санитарной службы ГУЛАГа входили производство трудкомиссий и определение категорий физического труда, регламентация трудового использования заключенных и его контроль, организация лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение смертности и заболеваемости, предупреждение эпидемий и т.д. С медицинской службой ГУЛАГа сталкивался каждый заключенный. Воспоминания о санчастях разнятся. В 65% случаев о санчастях отзываются позитивно, в 11,5% - удовлетворительно, в 23,5% - негативно, что зависит не только от квалификации медперсонала, но и от отношения в системе врач – пациент.

Выводы. Медицина в ГУЛАГе – важнейший пласт не только профессионального, но и личностного опыта медицинских работников того времени. Рекомендуется включить в современные пособия по истории медицины разделы, посвященные медицине ГУЛАГа, что повысит уровень сознательности молодых специалистов.

Мосунова М.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМПАТИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: Кочуров М.Г.

Цель: изучение и использование эмпатии в психологическом консультировании.

Материалы и методы. Использовался анализ научной психологической литературы по исследуемой проблеме. В качестве методов воздействия использовалось консультационное интервью.

Психологическое консультирование – это профессиональная помощь клиенту в поиске разрешения его проблемной ситуации. Психологическое консультирование ориентировано на психически здоровых людей, попавших в сложную жизненную ситуацию или желающих улучшить качество жизни.

Эмпатия является непременным условием психологического консультирования и одним из основных качеств специалистов, работающих с людьми. Сам термин возник в начале XX века в немецкой эстетике и в те времена олицетворял склонность наблюдателя к отождествлению себя с физическим объектом, который подлежит наблюдению в связи со стремлением к переживанию прекрасного.

Понятие эмпатии является общепризнанно значимым для психологического консультирования и психотерапии как отражающее важнейшие характеристики психотерапевтического диалога, как условие личностного изменения клиента. Поэтому, эмпатия является непременным условием психологического консультирования.

Проявление эмпатии в общении означает, что психолог точно и четко реагирует на переживания клиента. Под эмпатией подразумевается способность консультанта «вжиться» в субъективный мир клиента и понять жизнь со стороны клиента. Такое «вживание» должно быть безоценочным, нельзя оценить состояние клиента как правильное или неправильное, хорошее или плохое. Безоценочная установка психолога помогает клиенту принимать себя. Эмпатия помогает психологу разобраться в причинах недостаточной откровенности клиента, о чем клиент умалчивает. Вжившись в мир клиента, психологу важно оставаться автономным от клиента, сохранять самость.

Способность к эмпатии состоит в своеобразном видении клиента – умении вникнуть в его невербальное поведение и чувства, понять, что клиент говорит откровенно и о чем умалчивает. Эмпатическое понимание можно показать клиенту самыми разными способами – молчанием, отражением чувств, удачной и своевременной интерпретацией, рассказывая какую-нибудь историю, точной метафорой и т.п. Эмпатическая реакция консультанта должна быть согласована на вербальном и невербальном уровне.

Вывод: Проявление эмпатии в консультационном процессе означает, что консультант тонко и метко реагирует на переживания клиента. Иметься в виду способность «вжиться» в личный мир клиента и понять смысл разных событий в этом мире. Такое «вхождение» должно быть безоценочным, не разделяющим содержание иного мира на правильную и неправильную, хорошую и плохую части. Безоценочная установка консультанта позволяет клиентам в большей мере принимать себя.

Мусихина Н.В.

**ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
Кафедра психологии и педагогики**

Научный руководитель: зав.кафедрой, к.п.н., доцент Новгородцева И.В.

Цель исследования: изучение жизнеспособности и качества жизни родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы и методы: анализ научной литературы, «Тест жизнестойкости» С. Мадди, перевод и адаптация Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова, «Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения», U – критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Анализ научной литературы позволил определить содержание, компоненты жизнеспособности. Так Б. Г. Ананьев описывает «жизнеспособность» как способность человека к эффективному функционированию. А. В. Махнач предлагает понимать ее как способность человека к преодолению неблагоприятных жизненных обстоятельств с возможностью восстанавливаться и использовать для этого все возможные внутренние и внешние ресурсы. Также рассмотрено понятие «качество жизни» и ее структура с позиции различных авторов. Б. М. Генкин, под качеством жизни понимает условия человеческого существования, то есть обеспеченность материальными благами, пища, одежда, жилье, безопасность, доступность медицинской помощи, возможности для получения образования и развития способностей и т.д. По ВОЗ качество жизни – это восприятие человеком его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботой.

Проанализирован общий уровень и компоненты жизнеспособности. У родителей, воспитывающих детей с ОВЗ Кировского Центра Прикладного Анализа Поведения и КОГБУЗ «Айболит» преобладает высокий уровень по компонентам «контроль» у 31 родителя (51,7%), «принятие риска» у 39 родителей (65%), что говорит о том, что родители не впадают в уныние, готовы действовать в случае стрессовых событий. Низкий уровень определен у 30 родителей по компоненту «вовлеченность» (50%). Высокий уровень общей жизнестойкости у 35 родителей (58,3%), что говорит о том, что родители способны выдержать стрессовую ситуацию, готовы к действию и ее решению. У родителей, воспитывающих детей с ОВЗ Кировского Центра Прикладного Анализа Поведения и КОГБУЗ «Айболит» среднее значение выше по компоненту «вовлеченность» (36,28) и «контроль» (29,23). Достоверность отличий по компоненту «контроль» и общая жизнестойкость на уровне значимости $p \leq 0,01$.

Проанализированы сферы и общий уровень качества жизни. У родителей детей с ОВЗ Кировского Центра Прикладного Анализа Поведения и КОГБУЗ «Айболит» отмечается средний уровень по «физической сфере» у 53 человек (88,3%), «психологической сфере» у 47 человек (78,3%), «социальные взаимоотношения» у 41 человека (68,3%), «окружающей среде» у 53 человек (88,3%), «духовной сфере» у 37 человек (61,7%), высокий уровень по сфере «уровень независимости» (56,7%). Преобладает средний уровень общего качества жизни у 25 родителей

(41,7%). Данные результаты свидетельствует о том, что родители, воспитывающие детей с ОВЗ удовлетворены своим качеством жизни. У родителей, воспитывающих детей с ОВЗ Кировского Центра Прикладного Анализа Поведения и КОГБУЗ «Айболит» среднее значение преобладает по сферам «уровень независимости» (16,62) и «духовная сфера» (15,45). Достоверность отличий по «физической сфере», «психологической сфере», «уровню независимости» на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Установлена взаимосвязь компонентов жизнеспособности и сфер качества жизни родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Сильная прямая взаимосвязь между компонентом «вовлеченность» и сферами «физическая сфера» ($r=0,54$), «психологическая сфера» ($r=0,48$), «уровень независимости» ($r=0,56$), «окружающая среда» ($r=0,52$), общее качество жизни ($r=0,58$), умеренная взаимосвязь со сферами «социальные взаимоотношения» ($r=0,36$), «духовная сфера» ($r=0,30$), то есть, у родителей воспитывающих детей с ОВЗ компонент «вовлеченность» сильно взаимосвязан со всеми сферами качества жизни, кроме духовной сферы и социальных взаимоотношений, то есть включенность родителей, воспитывающих детей с ОВЗ взаимосвязана с физическим и психологическим состоянием, окружающей средой и способностью заботиться о себе. «Контроль» имеет сильную прямую взаимосвязь со сферами «физическая сфера» ($r=0,47$), «психологическая сфера» ($r=0,57$), «уровень независимости» ($r=0,48$), «окружающая среда» ($r=0,49$), общее качество жизни ($r=0,57$), умеренная взаимосвязь со сферами «социальные взаимоотношения» ($r=0,40$), «духовная сфера» ($r=0,33$) то есть, у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ мобилизация и контролирование ситуации взаимосвязан с окружающей обстановкой, физическим и психологическим состоянием, способностью заботиться о себе. «Принятие риска» имеет сильную прямую взаимосвязь со сферами «уровень независимости» ($r=0,42$), общее качество жизни ($r=0,45$), умеренная взаимосвязь со сферами «физическая сфера» ($r=0,34$), «психологическая сфера» ($r=0,38$), «социальные взаимоотношения» ($r=0,34$), «окружающая среда» ($r=0,32$), «духовная сфера» ($r=0,28$) то есть, у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ компонент «принятие риска», то есть готовность к действию, улучшение и поддержание своей жизни взаимосвязано со способностью позаботиться о себе и не зависеть от других людей. Общая жизнестойкость имеет сильную прямую взаимосвязь со сферами «физическая сфера» ($r=0,50$), «психологическая сфера» ($r=0,56$), «уровень независимости» ($r=0,56$), «социальные взаимоотношения» ($r=0,41$), общее качество жизни ($r=0,61$), «окружающая среда» ($r=0,50$), умеренная взаимосвязь с «духовной сферой» ($r=0,34$) то есть, у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ общая жизнестойкость взаимосвязана с физическим и психологическим

состоянием, окружающей средой, межличностными отношениями и способностью позаботиться о себе.

Выводы. На психологическое состояние и адаптацию человека в социуме оказывают компоненты жизнеспособности и качество жизни человека. Жизнеспособность человека отражается в его способности к самостоятельному существованию и развитию независимо от любых внешних воздействий. Выявлен высокий уровень по компонентам, «контроль», «принятие риска», а также высокий уровень общей жизнестойкости. У родителей, воспитывающих детей с ОВЗ Кировского Центра Прикладного Анализа Поведения и КОГБУЗ «Айболит» среднее значение выше по компоненту «вовлеченность» и «контроль». Достоверность отличий по компоненту «контроль» и общая жизнестойкость на уровне значимости $p \leq 0,01$. Преобладает средний уровень по «физической сфере», «психологической сфере», «социальные взаимоотношения», «окружающей среде», «духовной сфере», высокий уровень преобладает по сфере «уровень независимости», средний уровень по общему качеству жизни. У родителей, воспитывающих детей с ОВЗ Кировского Центра Прикладного Анализа Поведения и КОГБУЗ «Айболит» среднее значение преобладает по сферам «уровень независимости» и «духовная сфера». Достоверность отличий по «физической сфере», «психологической сфере», «уровень независимости» на уровне значимости $p \leq 0,05$. Установлена взаимосвязь компонентов жизнеспособности и сфер качества жизни родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. Выявлена сильная прямая взаимосвязь между компонентом «вовлеченность» и сферами «физическая сфера», «психологическая сфера», «уровень независимости», «окружающая среда», общее качество жизни, умеренная взаимосвязь со сферами «социальные взаимоотношения», «духовная сфера». «Контроль» имеет сильную прямую взаимосвязь со сферами «физическая сфера», «психологическая сфера», «уровень независимости», «окружающая среда», общее качество жизни, умеренная взаимосвязь со сферами «социальные взаимоотношения», «духовная сфера». «Принятие риска» имеет сильную прямую взаимосвязь со сферами «уровень независимости», общее качество жизни, умеренная взаимосвязь с сферами «физическая сфера», «психологическая сфера», «социальные взаимоотношения», «окружающая среда», «духовная сфера». Общая жизнестойкость имеет сильную прямую взаимосвязь со сферами, «физическая сфера», «психологическая сфера», «уровень независимости», «социальные взаимоотношения», общее качество жизни, «окружающая среда», умеренная взаимосвязь с «духовной сферой».

Сергеева Д.С.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра социальной работы

Научный руководитель: старший преподаватель Кузнецова Е.В.

Цель: проанализировать этические проблемы, возникающие в процессе профессиональной деятельности клинического психолога.

Материалы и методы.

1. Теоретические методы: анализ научной и психологической литературы по теме этических проблем в профессиональной деятельности психолога.

2. Анализ примеров этических проблем в профессиональной деятельности психолога.

Деятельность психолога направлена к достижению таких гуманитарных и социальных целей, как благополучие, здоровье, высокое качество жизни, полное развитие индивидов и групп в различных формациях индивидуальной и социальной жизни. Поскольку психолог является не единственным профессионалом, чья деятельность направлена на достижение этих целей, обмен и сотрудничество с представителями других профессий желательны и в некоторых случаях необходимы, без каких-либо предубеждений по отношению к компетенции и знаниям любого из них.

Полученные результаты. Психолог, как и любой другой специалист, в своей профессиональной деятельности может поддаваться разнообразным этическим «соблазнам» и проблемам. К основным проблемам можно отнести:

1. Проблема – «соблазн» власти над сознанием клиента. Многие клиенты считают, что психолог должен решать все проблемы за них, то есть они как бы перекалывают всю ответственность принятых решений на другого человека, не принимая в этом никакого участия.

2. Проблема самокрасования психолога на работе. На самом деле психолог должен уметь производить впечатление на клиента, чтобы установить с ним контакт для дальнейшей работы, сформировать чувство уважения к себе, как к специалисту. Но если довести это «очарование» до абсурда, то клиенты это чувствуют и ни за что уже не смогут воспринимать такого психолога всерьез, как специалиста. Подобное может происходить не только с клиентами, но и перед коллегами.

3. «Соблазн» следования «методическим модам». Совершенствование своей профессиональной деятельности, освоение новой теории— это отлично, потому что нет предела совершенству, и всегда есть к чему стремиться. Но известно, что не всегда новомодные методики оказываются

действительно лучшими. В погоне за повышением своей квалификации психолог может затратить огромное количество ресурсов: моральных, физических, денежных.

4. Проблема близких отношений психолога с клиентом. Во многих этических кодексах и стандартах работы психотерапевтов налагается категорический запрет на развитие каких-либо близких отношений со своими клиентами, и нарушение этого запрета наказывается очень тяжелыми санкциями, вплоть до отстранения от места работы.

5. «Соблазн» работать с полной отдачей, забывая о своем моральном и физическом здоровье. Психолог пытается показать всем и себе самому, что он готов пожертвовать чем угодно, ради благополучия своих подопечных, тем самым превращая себя в пациента психиатрической клиники. Именно после этого наступает такой эффект, как «Синдром выгорания».

6. Проблема работы без должной теоретической и практической подготовки. Подобное происходит тогда, когда психолог берется за решение сложных человеческих проблем без должностной подготовки, знаний и опыта. К сожалению, в современных условиях массовой текучки выпускающихся психологов, невозможно проконтролировать готовность к оказанию квалифицированной помощи клиентам. Поэтому такие «профессионалы» выкручиваются с помощью своего жизненного «обаяния» и «здорового собственного опыта».

Таким образом, успешность решения этических проблем очень сильно зависит от нравственных личностных и профессиональных качеств клинического психолога. Способ и характер разрешения им таких ситуаций имеют очень долгосрочные последствия, а также определяют отношение к нему коллег и клиентов.

Симонов М.В., Пеньков А.А., Березкина К.В.
ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ НА
ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Жукова Е.А.,
ассистент Шитова О.В.

Цель работы. Изучить влияние методики психологической поддержки и мотивации на показатели остроты зрения у студентов Кировского ГМУ.

Материалы и методы исследования. В лонгитудуальном исследовании приняли участие 30 человек - студентов Кировского ГМУ в возрасте от 19 до 24 лет. Исследовали влияние психологических и механических методик на показатели остроты зрения. Испытуемые были

поделены на 3 равные группы. На начальном этапе было проведено измерение показателей остроты зрения у всех объектов исследования с помощью таблиц повышенной точности Г.И. Рожковой и В.С. Токаревой, 2002, с расстояния 5 метров. Острота зрения оценивалась в условных единицах.

Студенты 1 и 2 группы являлись экспериментальными, 3 – контрольная. В течение 30 дней 1 группа выполняла упражнения по системе Анастасии Фадеевой, 2 группа занималась по методике Светланы Троцкой. Студенты третьей группы никаких упражнений не выполняла. В системе А. Фадеевой основой влияния на улучшение показателей остроты зрения является комплекс упражнений зрительной гимнастики. И включает в себя методы, направленные на улучшение кровотока в области глазного яблока. Методика С. Троцкой включает в себя способы психологического влияния на органы зрения, такие как психологическая мотивация к повышению остроты зрения, расслабление и профилактика стрессовых реакций. Методика включала в себя мотивационные команды и приемы направленные на стимуляцию зрительной функции. На протяжении 30 дней, в первой половине дня, студенты 1 и 2 групп занимались предоставленным методикам. Спустя 30 дней от начала эксперимента замеры показателей остроты зрения были проведены повторно в таких же условиях.

Результаты. Показали, что оба метода, метод А. Фадеевой и метод С. Троцкой, достоверно повлияли на улучшение показателей остроты зрения в 1 и 2 группах. Показатели остроты зрения 3 группы остались неизменными. Предполагаем, что методы психологической коррекции остроты зрения основаны на воздействии на центральную часть зрительного анализатора и включают в себя активацию межнейронных зрительных комплексов, которые влияют на синтез нейромедиаторов в зрительной коре и коре большого мозга в целом, улучшают трофику тканей зрительного отдела коры. Это, в свою очередь, стимулирует взаимодействие процессов памяти и зрительного восприятия, что в целом увеличивает процент опознания зрительных символов по таблицам Г.И. Рожковой и В.С. Токаревой, и, таким образом, ведёт к улучшению остроты зрения.

Выводы: оба метода улучшают зрительную функцию, субъективным показателем которой является острота зрения.

Тормосина Ж.Е., Корнилова А.А., Груздева Н.А.

АГРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: зав.кафедрой, к.п.н., доцент Новгородцева И.В.

Цель исследования: определить агрессивные состояния подростков с разной выраженностью компьютерной зависимости. Задачи исследования:

Материалы и методы: подбор и анализ научной литературы, тестирование, методы математической статистики, Скриннинговая диагностика компьютерной зависимости, Л. Н. Юрьева, Т.Ю. Боябот, опросник «Диагностика агрессивных состояний», Басс-Дарки.

Результаты. Компьютерные игры во всем мире становятся индустрией развлечения, которая захватывает преимущественно детей, особенно подростков, вызывая изменения в их поведении.

Большинство исследователей отмечают, что компьютерные игры провоцируют агрессивное поведение подростков, т.к. подростковый возраст в силу своих психологических характеристик является наиболее сензитивным (благоприятным) периодом для восприятия любых влияний.

В психологической литературе вопросами психологии компьютерных игр занимались О.К. Тихомирова, Ю.В. Фомичева, А.Г. Шмелев, И.В. Бурмистров,

Изучение вопроса влияния компьютерных игр на поведение подростков, в частности агрессивного поведения, раскрывается в работах В.С. Собкина, С.А. Шапкина, А.Е. Войскутинского.

Выборку исследуемых составили учащиеся 10-х классов в количестве 40 человек. Все подростки из социально благополучных семей, по составу – семьи полные. Были сформированы две группы: группа 1 – учащиеся 10 «В» класса, профиль «Социально-экономический», в количестве 20 человек (10 мальчиков и 10 девочек); группа 2 – учащиеся «Г» класса, общеобразовательный класс, в количестве 20 человек (10 мальчиков и 10 девочек).

Из результатов эмпирического исследования видно, что в группе 1 более выражено среднее значение отсутствия риска развития компьютерной зависимости (7,45), в группе 2 – наличие компьютерной зависимости (14,85), что может быть связано с большей загруженностью учащихся группы 1 (10 «В») учебной деятельностью, чем учащихся группы 2 (10 «Г»). Среднее значение физической агрессии у подростков группы 1 составило 3,7, что меньше, чем у подростков группы 2 (6,9) и может быть связано с тем, что подростки группы 2 более склонны к непосредственным активным физическим действиям, чем подростки группы 1. Среднее значение косвенной агрессии в группе 1 составило 3,2, что значительно меньше, чем в группе 2 (6,8) и проявляется у подростков группы 2 в выраженности разрушительных действий. Среднее значение вербальной агрессии в группе 1 составило 4,3, что значительно меньше, чем в группе 2 (8,7) и в большей степени проявляется у подростков группы 2 в виде жалоб, демонстративного крика, агрессивных фантазий, оскорблений. Среднее значение раздражения в группе 1 составило 4,5, что значительно меньше, чем в группе 2 (8,1) и проявляется в большей

выраженности у подростков группы 2 злобности, склонностью к скандалам. Средние значения негативизма в группах 1 и 2 распределены равномерно (по 3 балла). Негативизм как вид агрессивности проявляется у подростков в повышенной грубости, упрямстве, в замкнутости. Среднее значение чувства вины в группе 1 составило 3,5, что значительно меньше, чем в группе 2 (7) и проявляется в более сниженной самооценке, сильными переживаниями собственной малоценности.

Обида и подозрительность, как виды враждебности, выявлены у 33% и 27% подростков группы 1, с доминированием результатов в группе 2 (60% и 53%), что характеризует подростков группы 2 как склонных к недоверчивости и проявлению безразличия к внешним воздействиям различного характера. Средние значения обиды и враждебности у подростков группы 1 составили 3,2 и 3,3 что меньше, чем у подростков группы 2 (5,2 и 5,3) и проявляются у подростков группы 2 в большей обидчивости и враждебном отношении к окружающим. Среднее значение индекса агрессивности у подростков группы 2 незначительно выше (26,6), чем у подростков группы 1 (24). Среднее значение индекса враждебности у подростков группы 2 (13,4) незначительно выше, чем у подростков группы 1 (10). Таким образом, агрессивность и враждебность у подростков группы 2 выше нормы, в отличие от агрессивности и враждебности у подростков группы 1, у которых данные эмоциональные состояния находятся в пределах нормы.

Вывод. В работе рассмотрены основные подходы к изучению компьютерных игр, виды компьютерных игр, понятие «агрессивность», ее особенности. Выявлены подростки с компьютерной зависимостью. Определены агрессивные состояния у учащихся с разной выраженностью компьютерной зависимости. Определено, что при более компьютерной зависимости подростки проявляют раздражительность, физическую и вербальную агрессивность. При отсутствии компьютерной зависимости учащиеся групп 1 и 2 проявляются разные виды агрессивности. Чем более выраженной становится компьютерная зависимость, тем более явно отмечается смещение агрессивности в сторону проявления таких видов агрессивности как физическая, вербальная и раздражение. В группе 1, в отличие от группы 2, у подростков на стадии увлеченности и риска развития компьютерной зависимости выявлены негативизм и чувство вины.

Шарова В.О.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ВРЕМЕНИ ЛИЧНОСТИ У ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Санникова Ю.П.

Цель исследования: выявление взаимосвязи жизнеспособности и психологического времени личности психосоматических больных.

Материалы и методы: анализ научной психологической литературы по теме исследования; коэффициент ранговой корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента; опросник временной перспективы Ф. Зимбардо; тест «Жизнеспособность взрослого человека» А.В. Махнач; методика «Оценивание пятилетних интервалов» Е.И. Головаха, А.А. Кроник; методика «Дихотомическое шкалирование жизненного пути» Е.И. Головаха, А.А. Кроник; методика «Самооценка реализованности» Е.И. Головаха, А.А. Кроник.

Результаты. В ходе теоретического анализа литературы были рассмотрено следующее, понятия «жизнеспособность», «психологическое время личности», психосоматические заболевания и особенности жизнеспособности и психологического времени личности у психосоматических больных. Первые исследования рассматривали «жизнеспособности» как энергетический потенциал человека, влияющий на конкретные проявления личности и как способность человека к самостоятельному существованию, развитию и выживанию. Под психологическим временем понимается отражение в психике человека системы временных отношений между событиями его жизненного пути. Доминирующая временная перспектива влияет на восприятие жизненных событий и выбор специфических поведенческих стратегий. В понимании жизнеспособности человека присутствует оценка жизненного тонуса, бодрости, энергии, чаще всего рассматриваемая в ряде наук как показатель, за которым стоит интегральная характеристика здоровья. Следовательно, описывая особенности психосоматических больных, отмечается, что психосоматические больные не имеют целостной картины жизни, у них нет адекватного осознания значимости своей жизни. Так же, они не верят в свои силы, говорят, что не способны что-нибудь изменить в своей жизни, не допускают воспоминания о прошлом, так как там есть неприятные моменты, не строят планы на будущее и не ставят перед собой реальные цели, сосредоточены только на настоящем.

Исследование проводилось на базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Кирова. В нем принимали участие пациенты неврологического и терапевтического отделений, в количестве 60 человек, из них 10 мужчин и 50 женщин. Пациенты, имеющие диагнозы остеохондроз и синдром раздраженного кишечника.

По результатам теста «Жизнеспособность взрослого человека» выявлено, что у пациентов преобладает «семейные и социальные взаимосвязи», «самоэффективность», «настойчивость». Менее преобладающим компонентом является «духовность».

По результатам опросника «Опросник временной перспективы Ф.Зимбардо» выявлено, что преобладает временная перспектива на

«будущее», «позитивное прошлое» и менее преобладающей шкалой является «гедонистическое настоящее», «фаталистическое настоящее».

Самооценка реализованности жизни психосоматических пациентов совпадает с действительной оценкой реализованности жизни. В ходе анализа насыщенности жизни на основе частоты выбора значимых событий выявлено, что наиболее значимыми позитивными событиями относятся лишь те, которые касаются детей, внуков, свадьбы, школьных времен, работы. К негативным событиям, которые называют чаще всего это смерть родителей, смерть мужа и болезни.

Гендерные различия обнаружены при исследовании жизнеспособности по компоненту «духовность», в остальном гендерных различий не обнаружено.

По результатам корреляционного анализа были выявлены взаимосвязи жизнеспособности и психологического времени личности. Наиболее сильную прямую взаимосвязь имеют «Настойчивость» и «Будущее», «Совладание и адаптация» и «Будущее», «Духовность» и «Гедонистическое настоящее», «Семейные и социальные взаимосвязи» и «Будущее».

Умеренную прямую взаимосвязь имеют шкалы «Внутренний локус контроля» и «Гедонистическое настоящее», «Самозффективность» и «Будущее», «Внутренний локус контроля» и «Будущее», «Семейные и социальные взаимосвязи» и «Позитивное прошлое». Умеренную обратную взаимосвязь имеют шкалы «Семейные и социальные взаимосвязи» и «Фаталистическое настоящее».

Так же, сильную прямую взаимосвязь имеет шкала «Духовность» и «Реализованность жизни». Умеренную прямую взаимосвязь имеют шкалы «Совладание и адаптация» и «Самооценка реализованность жизни», «Семейные и социальные взаимосвязи» и «Насыщенность прожитой жизни».

По полученным результатам разработана и апробирована программа повышения компонентов жизнеспособности у психосоматических больных на основе эффективного использования психологического времени личности.

Исходя из полученных результатов исследования можно сказать, что гипотеза подтверждена частично, психосоматические больные имеют сниженные баллы по духовности. Так же, гипотеза о половых различиях подтверждена частично, имеются половых различия по компоненту жизнеспособности «духовность». Гипотеза о взаимосвязи подтверждена частично, существует взаимосвязь жизнеспособности и психологического времени личности у психосоматических больных, а именно наибольшее число связей обнаружено с будущим и отдельными компонентами жизнеспособности. Так же, взаимосвязь имеет компонент «духовность» и реализованность жизни.

Выводы. В ходе анализа психологической литературы рассмотрено понятие «жизнеспособность» разных авторов, выявлена структура данного понятия.

Так же, рассмотрено понятие «психологическое время», что оно включает в себя, какие уровни имеет. Помимо этого рассмотрено понятие «психосоматика», классификация, а так же подходы, описывающие психосоматические заболевания. Рассмотрена специфика жизнеспособности и психологического времени личности психосоматических больных.

Выявлены особенности жизнеспособности и психологического времени личности у психосоматических больных. Наиболее выраженные компоненты жизнеспособности: «семейные и социальные взаимосвязи», «самоэффективность», «настойчивость». Меньшим по выраженности является компонент «духовности». Наиболее выраженными шкалами временной перспективы являются: «будущее», «позитивное прошлое» и менее выраженной шкалой является «гедонистическое настоящее», «фаталистическое настоящее». Наиболее значимыми позитивными событиями касающиеся детей, внуков, свадьбы, школьных времен, работы. К негативным событиям, которые называют чаще всего это смерть родителей, смерть мужа и болезни. Изучены половые различий жизнеспособности и психологического времени личности у психосоматических больных. Различия отмечаются по компоненту жизнеспособности «духовность». Выявлены взаимосвязи жизнеспособности и психологического времени личности. При исследовании жизнеспособности и временной перспективы выявлено, что сильную взаимосвязь имеют шкалы «Настойчивость» и «Будущее», «Совладание и адаптация» и «Будущее», «Духовность» и «Гедонистическое настоящее», «Семейные и социальные взаимосвязи» и «Будущее». При исследовании жизнеспособности и психологического времени выявлено, что прямую сильную взаимосвязь имеет шкала «Духовность» и «Реализованность жизни». Так же, выявлено, что умеренную взаимосвязь имеют шкалы «Совладание и адаптация» и «Самооценка реализованность жизни», «Семейные и социальные взаимосвязи» и «Насыщенность прожитой жизни».

Шатова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Кочуров М.Г.

Цель. Изучить процессы сопротивления в психологическом консультировании.

Материалы и методы. Использовался анализ научной психологической литературы по исследуемой проблеме. В качестве методов воздействия использовалось консультационное интервью.

Результаты. В исследовании приняли участие 8 человек, в возрасте от 20 до 40 лет. Выборка была разделена на 2 подгруппы: 4 человека – экспериментальная группа, при консультировании которых использовались техники работы с сопротивлением, 4 человека – контрольная группа, при консультировании которых техники работы с сопротивлением не использовались. С каждым из 8 клиентов было проведено по 1 консультации. Были использованы следующие техники работы с сопротивлением: процесс осознания сопротивления, демонстрация факта сопротивления, прояснение мотивов и форм, интерпретация. Количественный анализ результатов не проводился в связи с малочисленностью группы и трудностью перевода психологических изменений клиентов в цифры для использования статистических критериев. Проводился только качественный анализ изменений у клиентов по результатам проведенных консультаций:

Выводы. Понятие консультирование имеет множество определений, которые были рассмотрены в теоретической части. «Консультирование - это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений». «Консультирование - это профессиональное отношение квалифицированного консультанта к клиенту, которое обычно представляется как «личность-личность», хотя иногда в нем участвуют более двух человек. Цель консультирования - помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера». Очень часто формулировка и переформулировка целей происходят в процессе консультирования при взаимодействии консультанта с клиентом. Реализация целей консультанта зависит от потребностей и ожиданий клиента. Говоря о сопротивлении, для него так же существует несколько определений. Например, сопротивление - это сущность контроля клиента, действующего против прогресса анализа, против консультанта и аналитических процедур и процессов. Сопротивление возникает как реакция клиента на ощущение психологической опасности, источником которой может быть сам консультант, тема беседы, предложенное упражнение или задание, или какая-либо ситуация, возникшая внутри консультационного пространства. Сопротивление может иметь следующие источники возникновения внутренние, внешние и психотические.

Внутренние источники, которые формируют сопротивление клиента как реакцию, возникающую из структуры самой личности. Внешние источники, которые детерминируют проявление сопротивления как реакции личности на угрозу со стороны внешних объектов. Психотические, то есть источником сопротивления является психоз, и от него зависит и характер сопротивления.

Так же, существует классификация признаков сопротивления, в нее входят негативные способы проявления сопротивления и нейтральные.

Выделяют основные виды сопротивления, такие как молчание клиента, ощущение клиента не способным рассказывать, позы клиента, опоздания, забывания, особо веселые консультации, избегание тем, фиксация на времени, сниженная мотивация к решению проблем.

Для преодоления сопротивления и его снижения в консультировании важно учитывать моменты, которые ввел Д. Коттер. Такие как, сохранение внутреннего спокойствия, проявление изобретательности и гибкости; заботливое отношение к клиенту, несмотря на его поведение; уверение клиента в том, что это нормальная реакция с учетом складывающихся обстоятельств. Так же, существует несколько универсальных способов, которые помогут снизить сопротивление клиента, использование юмора, прямых манипуляций, принятие и понимание клиента. Дж. Бьюдженталь описывает следующие способы работы с сопротивлением, такие как, разъяснение эффектов сопротивления, отслеживание, демонстрация альтернатив, понимание глубинной цели сопротивления.

Таким образом, при использовании методов и техник снижения и преодоления сопротивления в ходе психологической консультации, в экспериментальной группе показывает хорошую эффективность удовлетворенности со стороны клиентов и консультантов.

Проведенный анализ (удовлетворенность проведенным консультированием клиента и консультанта) результатов консультирования показал, что в экспериментальной группе с использованием методов преодоления и снижения сопротивления в психологической консультации успешны, по сравнению с контрольной группой, где не применялись методы для преодоления сопротивлений.

Шубина В.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ И КАРЬЕРНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ

Кировский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель Козволина Е.М.

Цель работы. Выявить взаимосвязь типа личности и карьерных ориентаций старших подростков.

Материалы и методы. Теоретический анализ психологической литературы по проблеме исследования. Метод тестирования: методика определения типа личности и профессиональных предпочтений Д. Холланда в адаптации И. Сенина; методика диагностики ценностных ориентаций в карьере «Якоря карьеры» Э. Шейна в адаптации В.А.Чикер, В.Э.Винокурова. Методы математической статистики: расчет среднего значения, процентное распределение, коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. Данные процентного распределения старших подростков по типам личности показали, что у старших подростков преобладает социальный тип личности (33,3%), что может свидетельствовать о том, что большинство респондентов ориентированы на контакт с социальной средой, нуждаются в социальных контактах. Личности социального типа общительны, решают проблемы, ориентируясь на эмоции, зависимы от группы. Это свойственно для многих подростков. Следующие по частоте встречаемости предприимчивый (20%) и артистичный (20%) типы, это значит, что среди опрошенных подростков есть такие, кто энергичен, импульсивен, испытывает потребность быть признанным, а так же те, кто предпочитает задачи творческого характера, имеет сложный взгляд на жизнь, гибкость, оригинальность, независимость в суждениях. Преобладание данных типов личностей среди респондентов обусловлено целью курса, которые они посещали (прокачать «мягкие навыки», определиться с направлением будущей деятельности, получить механизмы принятия осознанных решений в профессиональной сфере и т.д.). Интеллектуальный и конвенциональный тип встречаются реже, только у 13,3% и совсем отсутствует реалистичный тип. Для дальнейшей обработки данных были найдены средние значения результатов первичных данных. Преобладающие типы личности среди респондентов - артистичный (12,9), социальный (12,8). Далее следуют - предприимчивый (12,0), конвенциональный (11,6), исследовательский (10,3). Менее всего выражен – реалистический (4,3). Это объясняется тем, что в каждом окружении действует соответствующий тип. Например в социальном окружении больше людей социального типа, чем реалистичного. Люди ищут такое окружение, которое позволило бы им упражнять свои навыки, выражать свои установки и убеждения, решать волнующие их проблемы. У большинства респондентов преобладающая карьерная ориентация – это «стабильность работы» (46), что связано с отсутствием опыта, потребности в стабильности и безопасности, надежности работодателя, внутренними страхами о финансовой нестабильности, со сложившейся социально-экономической ситуацией в стране и т.д.. «Профессиональная компетентность» и «интеграция стилей жизни» занимает лидирующие позиции у 20% респондентов, что говорит о том, что многие старшие подростки ориентированы на саморазвитие в профессиональной сфере, стремлением стать «мастером своего дела», однако для них важен баланс

всех сфер жизни (индивидуальные потребности, интересы семьи и профессиональное продвижение). Низкий уровень «менеджмента» (6,7) и «автономии» (6,7) говорит о том, что подростки ещё не готовы к независимости, самостоятельной работе, они не готовы нести ответственность и управлять собственным проектом, не уверены в собственных силах, им нужна координация, помощь в принятии решений, опыт, что в общем то нормально для старшего школьного возраста. «Стабильность места жительства», «служение», «вызов» и «предпринимательство» не являются самыми важными, приоритетными карьерными ориентациями ни у одного респондента, что свидетельствует о том, что для старших подростков в большинстве случаев переезд вполне приемлем, работа или командировка в другом городе не является негативным фактором при рассмотрении предложения о работе; они ориентированы больше на свои собственные потребности, чем на служение обществу в данный момент, не готовы «бросать вызов», действовать в условиях конкуренции и нести ответственность за собственный бизнес/дело, они не ориентированы на решение заведомо сложных задач, преодоление препятствий ради победы в конкурентной борьбе. Социальная ситуация для них не рассматривается с позиции «выигрыша-проигрыша». Далее были установлены взаимосвязи между типом личности и карьерными ориентациями. Исследовательский и артистичный тип личности имеют слабую взаимосвязь (r менее 0,3) со всеми карьерными ориентациями. Это говорит о том, что особенности каждого типа личности исследуемых респондентов очень слабо влияют на формирование их карьерных ориентаций. Это так же может объясняться о том, что у некоторых респондентов с этим типом существует достаточная дифференцированность интересов, возможна низкая однородность интересов. Кроме типа личности, на формирование карьерных ориентаций влияют такие факторы как образование (школа, класс, профиль обучения), внеучебные формы занятости школьника (кружки, секции), воспитание, отношения с семьей и сверстниками, индивидуальные личностные особенности (темперамент, состояние здоровья) и т.д. Реалистичный тип личности имеет умеренную прямую взаимосвязь с такими карьерными ориентациями как «служение» ($r=0,329$) и «вызов» ($r=0,37$). Не смотря на то, что среди старших подростков исследуемой группы не было респондентов с ярким выраженным реалистичным типом личности, для людей с задатками этого типа свойственно стремление воплощать в работе свои идеалы и ценности, а так же сделать невозможное-возможным, решать уникальные задачи. То же самое можно сказать и о социальном типе личности с умеренной взаимосвязью с «вызовом» ($r=0,34$) и о предприимчивом типе с умеренной связью с карьерной ориентацией «служение» ($r=0,32$). Это объясняется особенностями этих типов, которые складываются из ориентации на работу с людьми, организацию групповой

работы, риском, стремлению к лидерству и т.д. Наиболее выраженную умеренную связь имеет конвенциональный тип личности с такими карьерными ориентациями как «вызов» ($r=0,43$) и «предпринимательство» ($r=0,46$). Последнее обусловлено предпочитаемыми видами деятельности этого типа, способностями и особенностями. Обратные слабо выраженные взаимосвязи карьерных ориентаций и типов личностей отсутствуют, что является положительной тенденцией и говорит о том, что у исследуемой группы старших подростков есть предпосылки осознанности своих карьерных ориентаций. Это происходит благодаря курсу, в котором участвовали на момент опроса респонденты, посвященного вопросу выбору профессии.

Выводы. Таким образом, на основании полученных результатов, мы можем сделать вывод, что у данной группы респондентов существует слабая и умеренная взаимосвязь между типами личности и карьерными ориентациями. Система карьерных «якорей» определяет пути для саморазвития и личностного роста, опираясь на особенности и расположенности типов личностей.

Шуплецова П.А.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ КАК НРАВСТВЕННАЯ ЧЕРТА ЛИЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра социальной работы

Научный руководитель: старший преподаватель Кузнецова Е.В.

Цель: рассмотреть профессионализм как нравственную черту личности клинического психолога.

Материалы и методы.

1. Теоретические методы: анализ научной и психологической литературы по теме основ профессиональной деятельности клинического психолога.

2. Анализ примеров реализации профессиональных качеств в деятельности клинического психолога.

Психологи имеют непосредственное отношение не только к головному мозгу и нервной системе человека, но и к его моральной и нравственной составляющей. Зачастую неправильно подобранная методика, а иногда и неуместно сказанное слово, очень плохо сказывается на человеке, который пришел за необходимой психологической помощью.

Полученные результаты.

Разберём на примере: некий клинический психолог А., специализирующийся на работе со сложными детьми в детской колонии, проводит знакомство со своим новым пациентом мальчиком 14 лет, находящийся в этой колонии за кражу. Мальчик проявил желание

поговорить с психологом, настроен позитивно по отношению к специалисту. Но в ходе знакомства мальчик раздражается, проявляет агрессию, не завершая беседу, выбирает в слезах из кабинета. В последующем мы узнаём, что мальчик был замечен в попытке совершить самоубийство. Можем ли мы утверждать, что данный психолог А. профессионал? Нет, потому что неправильно подобранные слова, неумение расположить к себе, возможно какое-то неправильное поведение психолога привели к «плачевным» последствиям. В этой ситуации специалист не справился с самой его главной задачей - помочь мальчику, определить проблему и работать над её устранением. В данном примере мы видим насколько важна работа клинического психолога, одна совершённая оплошность, ошибка может привести к очень серьезным последствиям.

Что нужно сделать, чтобы стать профессиональным клиническим психологом? Мы считаем, что высшего образования по данной специальности недостаточно (хотя следует подчеркнуть его важность). Необходимо постоянно повышать свою квалификацию, посещать различные курсы, защищать свои проекты и научные работы на конференциях, делиться опытом со своими коллегами. Очень важно не бояться просить советов, помощи у более квалифицированных специалистов не только в сфере психологии, но и в сфере медицины, спорта, военного дела, потому что за всю карьеру у специалиста будут абсолютно разные клиенты (пациенты) с проблемами в различных областях. Но помимо теоретической подготовки, важно владеть и практической частью. Зная только теорию, но не владея практикой, сложно реально помочь человеку (ты вроде знаешь, как это сделать, но не можешь, потому что не владеешь определенными методиками). Решение различных профессиональных задач, не всегда простых, и развивает в человеке профессионализм.

Исходя из всего вышесказанного можно сделать вывод, что профессионализм - непосредственно одна из самых важных черт для клинического психолога, потому что на его плечи возлагается большая ответственность за моральное и физическое здоровье человека, иногда и за жизнь человека.

Как отмечает Е.С. Протанская: «Именно осознавший свой долг профессионал стремится сделать политику «чистой», экономику - человеческой, искусство - добрым, поскольку объективно они иногда склонны развиваться не только в этическом направлении».

Соответственно, профессионализм формируется как принцип, в равной мере относящийся как к уровню специальных знаний (умений, навыков), так и к уровню культурности, моральности клинического психолога.

Шуплецова П.А., Березкина К.В.
НАЧАЛО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ В ПЕРИОД СТУДЕНЧЕСТВА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра психологии и педагогики
Научный руководитель: зав.кафедрой, к.п.н., доцент Новгородцева И.В.

Цель исследования: изучить готовность студентов к самостоятельной жизни.

Материалы и методы: анализ научной литературы, опросник.

Результаты. Был проведен опрос среди студентов-первокурсников Кировского ГМУ в возрасте 17-20 лет в количестве 20 человек. Результаты показали, что среди опрошенных 50% юношей, 50% девушек. У 70% (14 человек) родной город – это Киров, 10% (2 человека) из г. Москва, по 5% распределились города Йошкар-Ола, Нижний Новгород, Кирово-Чепецк и Волгоград, т.е. 60% (12 человек) поступили в родном городе, 40% респондентов из других городов.

25% (5 человек) живут одни, без родителей, 50% (10 человек) живут с родителями/родственниками, 10% (2 человека) живут в общежитии, 5% (1 человек) живут с друзьями, так же 5% (1 человек) живут с парнем/девушкой, мужем/женой или с человеком со старшего курса.

70% опрошиваемых (14 человек) не испытывали финансовых трудностей при переезде.

Из 45% респондентов, приехавших из других городов, 35% (7 человек) указали такую причину переезда как поступление в другой город, 5% (1 человек) решили начать самостоятельную жизнь, 5% (1 человек) решил приехать к любимому человеку, остальные же 55% (11 человек) отметили, что до сих пор не переехали от родителей.

При ответе на вопрос о возможности поступления в вуз в родном городе, 55% (11 человек) не переехали бы от родителей, а 9 человек обязательно бы переехали.

На вопрос: «С какими бытовыми трудностями вы столкнулись?», ответы были довольно разными: не умею готовить, не умею планировать свой бюджет, не хватает денег, не умею планировать свободное время для готовки и уборки, не правильно рассчитываю время, возникли трудности с выбором и поиском жилья.

На вопрос: «Назовите основные минусы самостоятельной жизни», были даны следующие ответы: нужно готовить самому, больше ответственности, сильная усталость от бытовых проблем, чувство одиночества.

На вопрос: «Назовите плюсы самостоятельной жизни», получены такие ответы, как: полная свобода деятельности, нет контроля, независимость.

На вопрос: «Нашли ли вы себе друзей в городе, в котором вы учитесь?» 94,1% ответили утвердительно.

Студенты столкнулись с разными проблемами в первом семестре обучения в вузе: сложно вставать утром (55% - 11 человек), большое количество домашней работы (35% - 7 человек), сложно найти общий язык с преподавателями (20% - 4 человека), сложно привыкнуть к распорядку внутри вуза (30% - 5 человек), сложно запоминать большое количество информации (35% - 7 человек), сложно влиться в группу/привыкнуть к одногруппникам (10% - 2 человека), далеко ехать на общественном транспорте до места учебы (5% - 1 человек).

63,2% (12 человек) сразу привыкли к транспортной системе города, в который они поступили.

55% (11 человек) задумывались о том, чтобы забрать документы из вуза/перевестись.

О том, как часто студенты посещают различные мероприятия в вузе и за его пределами, 60% (12 человек) почти не посещают, 30% (6 человек) - достаточно часто, 5% (1 человек) ответил, что раз в месяц.

Вывод. Самостоятельность – свойство личности, заключающиеся в проявлении личной ответственности, адекватной самооценке, независимости. Это важное качество, без которого невозможно полноценное формирование личности. Оно активно развивается в период юности, когда человек уже усвоил общественные нормы и правила, существующие во «взрослом» обществе. Многие студенты в период обучения по своему желанию, или в силу каких-либо обстоятельств покидают родительский дом и начинают самостоятельную жизнь. По данным опроса аналитического центра НАФИ 42% опрошенных студентов переехали от родителей в возрасте 18-20 лет. Все переживают это время по-разному, кого-то это воодушевляет, а кого-то пугает.

12. ПСИХИАТРИЯ

Гареева А.Ф., Мамедова Н.Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ, КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии им. В.И. Багаева

Научный руководитель: д.м.н., профессор Злоказова М.В.

Цель работы. Анализ взаимосвязи депрессии, когнитивных способностей и социально-психологических факторов у лиц, проживающих в доме-интернате для престарелых и инвалидов.

Материалы и методы. На базе КОГБУСО «Кировский дом-интернат для престарелых и инвалидов» проводилось анкетирование для оценки социально-психологических и когнитивных особенностей и клинически обследовано 80 респондентов (40 муж. и 40 жен.), средний возраст $59,8 \pm 8,3$ лет. Применялись экспериментально-психологические методики: Шкала MMSE (Mini Mental State Examination) - для оценки когнитивных способностей и Шкала Бека - для определения эмоционального состояния. Статистическую обработку полученных данных проведена с использованием STATISTICA 7.0 и Microsoft Excel. Для оценки значимости корреляционной связи между сравниваемыми параметрами использовался коэффициент корреляции Пирсона. Результаты. Среди обследованных респондентов от 40 до 59 лет было 23,7%, 60-69 лет - 30,0%, 70 лет и старше - 46,3%. Неполное среднее образование имели 47,5%, среднее - 21,3%, среднее профессиональное - 10,0%, среднее специальное техническое - 7,5%, высшее - 13,7%. Профессию умственного труда (бухгалтер, экономист, журналист) имели лишь 10,0%. Среди мужчин наиболее распространены были профессии водителя, дворника, плотника, механика, сантехника, а среди женщин - повар, санитарка, продавец. Большинство обследованных состояли в браке - 51,3%, никогда не вступали в брак - 26,3%, овдовели - 18,7%, разведены - 3,7%. У большинства нет детей - 75,0%, одного ребенка имели - 17,5%, двух - 5,0%, четырех и более - 2,5%. Большинство респондентов проживали в доме-интернате длительное время: от 8 до 35 лет - 88,7%. Родственники навещали их редко: 1 раз в 6 мес. - 63,7%, 1 раз в 1 мес. - 20,0%, каждый день - 1,3%. У 95% опрошенных была выявлена депрессия: умеренная - 61,3%, выраженная - 17,5%, тяжелая - 6,2%. Причинами выраженной и тяжелой депрессии, по мнению респондентов, являлись: отсутствие жизненных сил - 85,7%, смысла жизни - 60,0%, проблемы со здоровьем - 14,3%, потеря родных и близких - 40,0%. У большинства - 70,0% - имелись умеренные когнитивные нарушения, легкая деменция - 5,0%, тяжелая - 2,5%. Была установлена высокая прямая тесная связь ($R(x,y) > 0,7$) между депрессией и женским полом ($R(x,y) = 0,78$) (более склонны к развитию депрессии женщины), пожилым возрастом ($R(x,y) = 0,72$), более высоким уровнем образования ($R(x,y) = 0,83$). Чем более выражены были когнитивные нарушения, тем более глубоким был уровень депрессии ($R(x,y) = 0,83$). На вопрос: «Чем Вы занимаетесь в свободное время?» - были получены следующие ответы: «Играю в шашки/шахматы» - 27,5%; «Ничем не занимаюсь» - 25,0%; «Читаю» - 21,2%; «Гуляю, занимаюсь ЛФК» - 20,0%; «Занимаюсь садоводством» - 3,8%; «Вяжу/вышиваю» - 2,5%. На вопрос: «Чего бы Вы хотели в жизни?» - подавляющее большинство женщин (87,5%) ответили в настоящем времени: «Внимания со стороны родственников»; мужчины чаще хотели бы исправить что-либо в своем прошлом, в частности:

«Уделить больше внимания детям» - 38,4%; «Занять более активную жизненную позицию» - 31,6%; «Исправить ошибки прошлого («изобрести машину времени»)» - 25,0%; «Достичь более высокого положения в обществе» - 5,0%.

Выводы. У большинства (95%) лиц, проживающих в доме-интернате для престарелых и инвалидов, имеется депрессия, чаще умеренная (61,3%) и выраженная (17,5%). У респондентов преобладают умеренные (70,0%) и легкие (11,2%) когнитивные нарушения, либо нет нарушений (11,3%). Факторами, взаимосвязанными с депрессией, являются: женский пол, пожилой возраст, более высокий уровень образования и умеренные/тяжелые когнитивные нарушения. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения психотерапевтической и психологической коррекции лицам, проживающим в доме-интернате для инвалидов и престарелых, а также активизации досуговой деятельности и общения.

Ермаков А.С., Черных А.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ АГРЕССИВНОСТИ, ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИИ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии им. В.И.Багаева

Научный руководитель: к.м.н., доцент Семакина Н.В.

Цель. Исследовать агрессивность, тревожность, депрессию у старших школьников.

Материалы и методы. Обследованы учащиеся 8-10 классов общеобразовательных школ г. Кирова -201 чел. (средний возраст - $15,3 \pm 1,4$ лет). Применялся психодиагностический метод: тест для определения агрессивности (А. Басс и А. Дарки, стандартизирован А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой), тест на определение тревожности у старших подростков (Ч.Д. Спилбергера, адаптирован А.Д. Андреевой); депрессии (М. Ковач, адаптирован А. Подольским и П. Хейманс). Для статистической обработки использовалась программа Microsoft Office Excel, описательная статистика.

Результаты. При оценке результатов у школьников были выявлены высокие уровни: агрессивности - 63 чел. (31,3%), враждебности - 50 чел. (24,9%). Анализ форм агрессии показал наличие вербальной агрессии у 134 чел. (66,7%), косвенной - 70 чел. (34,8%), негативизма - 50 чел. (25,9%), раздражения - 48 чел. (23,9%), подозрительности - 46 чел. (22,9%), физической агрессии - 45 чел. (22,4%), обиды - 15 чел. (7,5%). Высокая тревожность была выявлена у 83 чел. (41,3%). При оценке показателей депрессии ангедония выявлялась у 85 чел. (42,3%),

негативное настроение - 75 чел. (37,3%), негативная самооценка - 48 чел. (23,9%), межличностные проблемы - 26 чел. (12,9%).

Выводы. Таким образом, исследование эмоционального состояния показало наличие у старших школьников высокие показатели вербальной агрессии (66%), а так же проявления тревожности (41%) и ангедонии (42%), что может быть основанием для включения этих лиц в группы риска по развитию психических расстройств, социальной дезадаптации и проведением с ними психокоррекционной, психообразовательной и психопрофилактической работы.

Кадников П.Н., Багаутдинов А.Ф.
ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА,
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии им. В.И. Багаева
Научный руководитель: к.м.н., доц. Семакина Н.В.

Цель. Исследовать акцентуации характера, эмоциональное состояние и социальное функционирование обучающихся медицинского вуза.

Материалы и методы. Анонимно было обследовано 210 студентов старших курсов (4, 5, 6) Кировского ГМУ, средний возраст $21 \pm 1,4$ лет, из них девушки – 154 чел. (73,3%), юноши – 56 чел. (26,7%) (соотношение – 2:8:1), состоящих в браке – 9 чел. (4,3%), совмещающих учебу с работой – 71 чел. (33,8%), успевающих по программам на «4,0-5,0» – 134 чел. (63,8%), на «3,0-3,9» – 76 чел. (36,2%). Использовался психодиагностический метод, включающий опросник акцентуаций характера Леонгарда-Шмишека (1970), шкалу депрессии А. Бека (1961); для получения дополнительной информации о социальных факторах использовалась авторская анкета содержащая следующие вопросы (возраст, пол, средний балл успеваемости, семейное положение). Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Excel (описательная статистика, критерий корреляции Пирсона). Результаты исследования. Анализ характерологических особенностей студентов показал наличие акцентуаций у 142 чел. (67,7%): гипертимный тип – 27 чел. (12,9%), экзальтированный – 21 чел. (10,0%), застревающий – 17 чел. (8,1%), демонстративный – 14 чел. (6,7%), тревожный – 13 чел. (6,2%), циклотимический – 13 чел. (6,2%), эмотивный – 10 чел. (4,8%), демонстративно-экзальтированный – 8 чел. (3,8%), дистимичный – 7 чел. (3,3%), демонстративно-гипертимный – 5 чел. (2,4%), педантичный – 4 чел. (1,9%), возбудимый – 3 чел. (1,4%). Депрессия была диагностирована у 19 чел. (9,0%). Среди студентов с депрессией

тревожные черты выявлялись у 4 чел. (21,1%), циклоидные – 4 чел. (21,1%), дистимические – 4 чел. (21,1%), экзальтированные – 3 чел. (15,7%), возбудимые – 3 чел. (15,7%), демонстративные – 1 чел. (5,3%). Анализ показал, что депрессивное состояние у 12 чел. (63,2%) коррелировало с самостоятельным проживанием ($r=0,032$, при $p \leq 0,001$). Среди студентов с депрессивными признаками хорошо и отлично «4,0-5,0» учились – 10 чел. (52,6%), удовлетворительно «3,0-3,9» – 9 чел. (47,4%). Корреляционный анализ социальных и психологических характеристик определил преобладание отличной успеваемости («4,5-5,0») у экзальтированных ($r=0,047$, при $p \leq 0,01$) и гипертимных ($r=0,139$, при $p \leq 0,05$) личностей. Наиболее сильные корреляционные связи были выявлены у лиц, состоящих в браке, с экзальтированными ($r=0,034$, при $p \leq 0,001$) особенностями личности – 7 чел. (77,7%). Большинство студентов, состоящих в браке учились хорошо и отлично – 7 чел. (77,8%). У студентов, состоящих в браке, не было выявлено депрессивных состояний.

Выводы. Исследование выявило акцентуации характера у большинства (67,7%) обследованных студентов, среди которых чаще встречались экзальтированный, гипертимный, застревающий, тревожный, демонстративный и эмотивный типы. Депрессивные состояния были диагностированы у 9% студентов, большинство из которых проживали самостоятельно и у них выявлялись тревожные, дистимичные и циклоидные черты характера. У студентов с отличной успеваемостью была установлена сильная корреляционная взаимосвязь с экзальтированными и гипертимными акцентуациями характера. Студенты, состоящие в браке, чаще имели экзальтированные акцентуации характера, среди них не было отмечено депрессивных состояний.

Логунов Е.А., Герасимова А.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗОВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии им. В.И. Багаева

Научный руководитель: к.м.н., доцент Семакина Н. В.

Цель. Сравнительная оценка психоэмоционального состояния студентов медицинского и технического вузов.

Материалы и методы. Обследовано (анонимно) 46 студентов Вятского государственного университета (ВятГУ) (средний возраст $22,3 \pm 1,2$ лет) и 42 студента Кировского государственного медицинского университета (КГМУ) (средний возраст $21 \pm 1,4$ лет). Обследование

проводилось в два этапа: первый – в конце осеннего семестра 2018 г., второй – в конце весеннего семестра 2019 г. Использовался психодиагностический метод – шкала самооценки «Самочувствие, активность, настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников, 1973). Статистическая обработка проводилась с применением Microsoft Excel 2016, описательной статистики, критерия Стюдента, Фишера, Пирсона.

Результаты исследования. Оценка самочувствия показала неудовлетворенность в осеннем семестре у студентов ВятГУ – 9 чел. (19,6%) (среднее значение – $4,39 \pm 0,45$), КГМУ – 8 чел. (19,0%) ($4,41 \pm 0,42$). В весеннем семестре неудовлетворенность самочувствием у студентов ВятГУ – 11 чел. (23,9%) ($4,32 \pm 0,43$), КГМУ – 13 чел. (30,9%) ($4,13 \pm 1,9$) студентов медицинского вуза были отмечены неудовлетворительные показатели. Анализ показателей активности выявил неудовлетворительные показатели в осеннем семестре у студентов ВятГУ – 25 чел. (54,3%) ($3,71 \pm 0,43$), КГМУ – 25 чел. (59,5%) ($3,68 \pm 0,41$), а в весеннем семестре снижение активности отметили в ВятГУ – 18 чел. (39,1%) ($4,17 \pm 0,65$) и КГМУ – 29 чел. (69,0%) ($3,79 \pm 1,80$). Динамическая оценка эмоционального состояния студентов выявила неудовлетворенность настроением в осеннем семестре у студентов ВятГУ – 6 чел. (13,0%) ($4,55 \pm 0,56$) и КГМУ – 3 чел. (7,1%) ($4,57 \pm 0,47$), а в весеннем семестре в ВятГУ – 10 чел. (21,7%) ($4,34 \pm 0,52$) и КГМУ – 8 чел. (19,0%) ($4,42 \pm 0,38$). Сравнительный анализ средних значений показателей между вузами выявил, что в весеннем семестре показатель активности у студентов КГМУ достоверно ниже ($t=2,7$, при $p \leq 0,01$), чем в ВятГУ (среднее значение: ВятГУ $4,17 \pm 1,97$; КГМУ – $3,79 \pm 1,80$), по другим показателям достоверных отличий не было выявлено. Сравнение распространенности показателей выявило, что в весеннем семестре у студентов КГМУ достоверно чаще выявляется неудовлетворенность активностью ($\phi=1,787$, при $p \leq 0,05$). Корреляционных связей между показателями не было выявлено.

Выводы. Таким образом, четверть обследованных студентов отметили неудовлетворенность своими самочувствием, а половина – активностью уже в осеннем семестре (середина учебного года), а динамическая оценка состояния студентов выявила тенденцию к снижению показателей самочувствия, активности, настроения в весеннем семестре (конце учебного года), а у студентов медицинского вуза были отмечены еще и достоверно низкие значения показателя активности. В связи с полученными результатами, для профилактики психоэмоциональных нарушений необходимо активно выявлять студентов со стойкими состояниями пониженного настроения, активности, неудовлетворительного самочувствия для проведения с ними превентивной психогигиенической и психокоррекционной работы, что

позволит снизить вероятность углубления данных состояний. С целью повышения информированности студентов о самодиагностике первых признаков психоэмоциональных нарушений необходимо проводить психообразовательные мероприятия (беседы, бюллетени, видеоролики и т.д.) направленные на информирование о причинах и триггерах психических расстройств и способах психопрофилактики.

Смирнова А.В., Козлова К.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРАХОВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии им. В. И. Багаева

Научный руководитель: к.м.н. Семакина Н.В.

Цель работы. Исследовать фабулы страхов у молодежи.

Материалы и методы исследования. Обследовано 106 респондентов, учащихся образовательных организаций города Кирова (общеобразовательная школа №16 – 42 чел., Кировский ГМУ – 31 чел., медицинский колледж – 33 чел.), средний возраст $17,13 \pm 0,02$ лет, из них юноши – 51 чел. (48,1%), девушки – 55 чел. (51,9%). В исследовании использовались психодиагностический метод, включающий авторскую анкету, содержащую вопросы о фабуле страхов; статистическая обработка результатов (описательная статистика).

Результаты. Исследование выявило наличие страхов у 66 чел. (62,3%). Самым часто встречающимся страхом являлась боязнь заболеть каким-либо заболеванием был отмечен у 13 чел. (12,3%): раком – 19 чел. (17,9%), СПИДом – 12 чел. (11,3%), страх заболеть любым неизлечимым заболеванием – 5 чел. (4,7%), гепатитом – 2 чел. (1,9%), алкоголизмом – 2 чел. (1,9%), наркоманией – 2 чел. (1,9%). Боязнь насекомых отметили – 14 чел. (13,2%). Страх смерти близких родственников – 4 чел. (3,8%), высоты – 4 чел. (3,8%), темноты – 4 чел. (3,8%), боязнь крови – 3 чел. (2,8%), неодобрения со стороны родителей – 3 чел. (2,8%), своей смерти – 2 чел. (1,9%), «людей» – 2 чел. (1,9%), собак – 2 чел. (1,9%). Респондентами были выделены следующие причины страхов: разочарование в людях/обществе – 2 чел. (1,9%), испуг в детстве – 2 чел. (1,9%), неуверенность в себе – 1 чел. (0,9%), плохое самочувствие – 1 чел. (0,9%), низкая самооценка – 1 чел. (0,9%), «трудное» детство – 1 чел. (0,9%), «раннее вступление во взрослую жизнь» – 1 чел. (0,9%), смерть родственника – 1 чел. (0,9%). Анализ страхов респондентов из разных образовательных организаций показал, что школьники испытывают страх заболеть раком (30,9%), насекомых (26,1%), неизлечимых заболеваний (11,9%), смерти близких родственников (9,5%), неодобрения родителей (2,3%). Среди студентов медицинского университета выявлялись: страх заболеть раком (16,0%), СПИДом (12,0%), темноты

(9,6%), высоты (6,4%), неодобрения родителей (6,4%). Респонденты, имеющие страхи, отметили их появление в подростковом возрасте (после 12 лет) – 30,3% и в детском возрасте – 7,5%.

Вывод. Исследование выявило наличие страхов у 62,3% опрошенных, из которых преобладали боязнь заболеваний, насекомых, в меньшей степени были отмечены страх смерти, высоты, темноты, «неодобрения родителей», «людей». Среди причин были выделены социально-психологические и ситуационные факторы: разочарование в людях/обществе, неуверенность в себе, плохое самочувствие, низкая самооценка, «трудное» детство, «раннее вступление во взрослую жизнь», смерть родственника, испуг в детстве. Большая часть респондентов, имеющих страхи, отметили их начало в подростковом возрасте.

Трынкунас В.В., Наймушина Н.В.

УРОВЕНЬ САМООЦЕНКИ И ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ СИНДРОМАМИ НА РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОМ ФОНЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии им. В.И. Багаева

Научный руководитель: д.м.н., профессор Злоказова М.В.

Цель работы. Изучение уровня самооценки и ценностных ориентаций у пациентов с невротическими расстройствами и неврозоподобными синдромами на резидуально-органическом фоне.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов на базе отделения психотерапии Кировской областной клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева. Из них основная группа – 45 чел. с НР (тревожно-депрессивные расстройства – 25 чел. (55,6%), другие неврозы - 20 чел. (44,4%), средний возраст - $36,9 \pm 2,2$ лет, среди них – женщин - 30 чел. (66,7%) и мужчин - 15 чел. (33,3%); группа сравнения - 15 чел. (25,1%) с неврозоподобными синдромами на резидуально-органическом фоне, средний возраст $62,3 \pm 2,2$ лет; среди них женщин - 12 чел. (80%), мужчин - 3 чел. (20%). Были проанализированы истории болезни и проведено экспериментально-психологическое обследование: по методике Дембо-Рубинштейна - для определения уровня самооценки; по опроснику Шварца - для исследования ценностных ориентаций. Статистическая обработка была проведена с использованием критерия Манна-Уитни и критерия Фишера, достоверные результаты - при значении $p < 0,05$.

Результаты. В обеих группах был выявлен низкий уровень самооценки по критериям «здоровье», «внешность» и «уверенность в себе». Однако при сравнении уровня самооценки была выявлена

тенденция к более высокой самооценке у пациентов с НР, чем у пациентов с невротоподобными синдромами по критериям: «здоровье» - основная группа - $54,3 \pm 2,1$ балла, группа сравнения - $51,4 \pm 4,2$ балла; «ум» - $67,9 \pm 2,1$ и $65,0 \pm 4,5$; «характер» - $67,0 \pm 3,2$ и $63,6 \pm 2,9$; «внешность» - $62,3 \pm 2,2$ и $50,0 \pm 6,3$, «уверенность в себе» - $55,7 \pm 3,8$ и $45,7 \pm 7,2$ баллов - соответственно ($p > 0,05$). Среди пациентов с НР было достоверно больше ($p < 0,05$) пациентов, считавших своей главной ценностью «мир во всем мире» - 11,1% против 6,7% в группе сравнения. При этом в первой группе в сравнении с группой пациентов с невротоподобными синдромами было достоверно меньше ($p < 0,05$) тех, кто считает главной ценностью «безопасность семьи» - 22,2% и 40,0%; «смысл жизни» - 15,6% и 20,0%; «равенство» - 15,6% и 20,0% - соответственно. Достоверно наименее важные жизненные ценности для пациентов с НР ($p < 0,05$): «социальная сила» - 20,0% против 6,7% среди пациентов группы сравнения; «богатство» - 11,1% и 6,7% - соответственно. «Единство с природой» считали наименее важной ценностью обе группы пациентов - по 6,7%. Также было выявлено, что среди пациентов с НР достоверно больше ($p < 0,05$) пациентов, состоящих в браке, чем среди пациентов с невротоподобными синдромами: 44,4% и 20,0%, соответственно. Достоверно больше пациентов с НР ($p < 0,05$) имели стаж заболевания менее 1 года в сравнении с пациентами с невротоподобными синдромами: 55,6% и 26,7%, тогда как стаж заболевания 1-5 лет среди них был достоверно ниже 26,7% и 60%, соответственно. Пациенты с НР достоверно чаще ($p < 0,05$) считали причиной своей болезни «конфликты в семье» в сравнении с пациентами с невротоподобными синдромами: 42,2% и 13,3%, соответственно. Среди факторов, способствовавших заболеванию в основной группе в достоверно реже ($p < 0,05$) встречались: «смерть близкого» - 4,5% и 13,3% - группа сравнения «неудовлетворительное состояние здоровья» 13,3% и 80% - соответственно

Выводы. Таким образом, имеется тенденция к более высокой самооценке у пациентов с НР в сравнении с группой пациентов с невротоподобными синдромами на резидуально-органическом фоне. Пациенты с НР считают самой важной жизненной ценностью «мир во всем мире», тогда как пациенты с невротоподобными синдромами - «безопасность семьи», «смысл жизни» и «равенство». Пациенты с НР чаще состоят в браке, имеют стаж заболевания менее 1 года и считают основной причиной заболевания «конфликты в семье», тогда как пациенты с невротоподобными синдромами имеют длительность болезни более 1 года и считают факторами, способствовавшими формированию болезни «неудовлетворительное состояние здоровья» и «смерть близких». Полученные данные необходимо использовать при проведении психотерапевтической и психологической коррекционной работы.

Утробина Ю.Ю., Рябова А.А.
ДИНАМИКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОНМК В РАННЕМ
ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии им. проф. В.И. Багаева
Научный руководитель: д.м.н., профессор Злоказова М.В.

Цель. Анализ динамики тревожно-депрессивных расстройств и когнитивных нарушений у больных с ОНМК в раннем постинсультном периоде.

Материалы и методы. Проведено на базе КОГБУЗ Центр Неврологии и Кардиологии двукратное обследование 30 пациентов с ОНМК: в острый постинсультный период (до 21 дня) и ранний постинсультный период (в период от 1 до 2 месяцев) (мужчин – 11 чел. (36,7%), женщин – 19 чел. (63,3%), средний возраст – $56,9 \pm 4,3$ лет. Использовались методы: клинический, включавший собеседование, обследование и анкетирование, для выявления факторов риска (ФР) развития депрессии и когнитивных расстройств после ОНМК; экспериментально-психологический: Шкала инсульта Национального института здоровья NIHSS, шкала MoCA (Насреддинов.М.,1996), шкала депрессии Гамильтона (Гамильтон.М.,1960). Статистический анализ проводился с помощью программы “Excel”. Для сравнения двух парных выборок применяли непараметрический Т-критерий Вилкоксона. Изучение корреляционных взаимосвязей осуществляли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 5% ($p < 0,05$). Относительный риск и его 95% доверительный интервал, который применяется для выявления значимых факторов риска.

Результаты. Среди обследованных пациентов проживали в городе – 80,0%, состояли в браке – 80,0%, имели высшее профессиональное образование – 70,0%, среднее профессиональное образование – 16,6%, среднее общеобразовательное – 13,4%, работали – 70,0%, имели хронические заболевания, среди которых гипертоническая болезнь (ГБ) – 50,0%, сахарный диабет (СД) – 20,0%, ГБ и СД – 6,6%. В динамике у пациентов отмечалось достоверное снижение ($p \leq 0,05$) среднего балла неврологических нарушений по шкале NIHSS в остром периоде с $9,5 \pm 4,3$ (средняя степень) до $7 \pm 4,2$ (легкая степень) - в раннем постинсультном периоде, что свидетельствует об эффективности оказанной пациентам помощи. По шкале MoCa отмечалось достоверное повышение ($p \leq 0,05$) среднего балла когнитивных нарушений динамике с $18,1 \pm 2,4$ (деменция средней степени тяжести) в остром периоде, до $20,1 \pm 2,3$ (деменция

легкой степени) в раннем постинсультном периоде. В острый период болезни у всех пациентов была депрессия разной степени выраженности: легкая степень – 36,7% человек, средняя – 63,3%. В ранний постинсультный период депрессия отсутствовала у 83,4%, депрессия в легкой степени у 16,6%. В динамике выявлено достоверное снижения ($p \leq 0,05$) степени тяжести депрессии, в острый период средний балл – $19,3 \pm 2,8$, в ранний постинсультный – $6,4 \pm 2,6$. При проведении корреляционного анализа была обнаружена в остром периоде высокая прямая взаимосвязь между депрессией и тяжестью инсульта ($R=0,8$); высокая обратная взаимосвязь между депрессией и когнитивными нарушениями ($R= - 0,9$). В раннем постинсультном периоде были выявлены аналогичные взаимосвязи. Относительный риск (RR) развития депрессии средней степени тяжести у пациентов, проживающих в городской местности составил – 5,33 (1,73 – 16,42) – наличие прямой связи между данным ФР и депрессией с вероятностью ошибки ($p \leq 0,05$). Выявлена прямая статистически значимая взаимосвязь с вероятностью ошибки ($p \leq 0,05$) депрессии с высшим образованием RR – 3,75 (1,41 – 9,99), наличием работы - RR – 2,80 (1,15 – 6,80) –и соматическими заболеваниями: ГБ - RR – 3,26 (1,005 – 10,6), СД RR – 7,0 (1,14 – 42,9), ГБ и СД RR – 2,1 (1,13– 5,6). Наличие у пациентов депрессии легкой степени не имело взаимосвязей с местом проживания, уровнем образования, наличием работы и соматическими заболеваниями ($p > 0,05$). Относительный риск когнитивных расстройств средней степени у пациентов, страдавших ГБ RR – 1,6 (1,5–6,1), СД RR – 5,5 (1,75–16,64), ГБ и СД RR – 2,65 (1,87– 8,56) – прямая связь между данными ФР и расстройствами когнитивной сферы. Относительный риск когнитивных расстройств лёгкой степени у пациентов, страдавших ГБ, СД, ГБ и СД являются статистически незначимым и свидетельствует об отсутствии связи между факторами и депрессией ($p > 0,05$). Вывод: в остром периоде у всех пациентов, перенесших ОНМК, развивается депрессия, с преобладанием средней степени тяжести. У большинства пациентов на фоне лечения и реабилитации улучшается настроение и уменьшается неврологическая симптоматика, что коррелирует со значительным снижением уровня депрессии. Депрессия средней степени тяжести чаще возникает у пациентов с высшим образованием, работающих, проживающих в городской местности и имеющих соматические заболевания. Наличие у пациентов с соматических заболеваний усугубляют степень тяжести когнитивных расстройств. Выявлена высокая обратная взаимосвязь между депрессией и когнитивными нарушениями; высокая прямая между депрессией и тяжестью инсульта. Полученные данные можно использовать при составлении индивидуальных реабилитационных программ для пациентов, перенесших ОНМК.

Хайрутдинова Д.Ф., Канева А.В.
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ И СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии имени В.И.Багаева
Научный руководитель: д.м.н., профессор Злоказова М.В.

Цель работы. Изучение взаимосвязи уровня тревожности, психологического компонента гестационной доминанты и социально-психологических факторов у беременных женщин.

Материалы и методы. Было обследовано на базе КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» 40 беременных женщин со сроком гестации более 27 недель трёх возрастных групп: I группа – женщины до 25 лет (7 чел.- 20,0%); II группа – 26 - 35 лет (23 чел.- 57,5%); III группа – от 36 лет и старше (10 чел.- 22,5%). Использовались следующие методы: клинический (опрос респондентов с использованием оригинальной авторской анкеты, включавшей вопросы о сроке беременности, желанности, отношений в семье, самочувствии, эмоциональном состоянии, опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представления о родах и послеродовом периоде), экспериментально-психологического (шкалы самооценки Спилбергера-Ханина, тест отношений беременной Добрякова И. В. с соавт., 2007); статистическая обработка - с применением описательной статистики, критериев Фишера и корреляции Пирсона (достоверность при $p < 0,05$).

Результаты. Было выявлено, что у 100% женщин беременность была желанной, у 70,3% опрошенных беременность запланированная. Состояли в зарегистрированном браке - 80,1% респондентов, в гражданском браке - 12,4%, были одинокими - 7,5%. В 87,6% случаев отношения в семье были благополучными. Беременность первая – 33,2%, вторая - 25,1%, третья и более - 41,7%. Изменения эмоционального состояния в период беременности отметили 83,0% опрошенных, среди них: снижение настроения – 14,1%, быструю утомляемость - 42,8%, апатию – 11,0%, вспышки «немотивированной» агрессии – 12,7%, тревожность и плаксивость – 19,4%. Ответы беременных на вопрос о том, что их беспокоило распределились следующим образом: мысли и забота о благополучии плода - 72,9%, тревога по поводу собственного здоровья – 27,1%. Чувство утраты своих прошлых привязанностей и привычек в угоду предстоящего материнства, опасения относительно потери привлекательности (большой живот, отечность, снижение настроения) и изменений во взаимоотношениях с мужем отмечалось у

8,1%. Присутствовали страхи у 82,5% беременных: перед родами - 42,9%, перед несостоятельностью общения с будущим малышом – 17,1%, смерти во время родов - 19,9%, перед будущими проблемами материнства - 20,1%. При исследовании беременных по тесту Спилбергера-Ханина было определено, что преобладал умеренный уровень реактивной тревожности (РТ) - 45,0%, высокий - 37,5%, низкий – 17,5%. У большинства респондентов отмечался умеренный уровень личностной тревожности (ЛТ) - 57,5%, высокий – 42,5%. В I группе РТ – $32,0 \pm 3,45$ баллов и ЛТ – $39,1 \pm 3,12$, что достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у беременных II - РТ – $43,3 \pm 1,9$ и ЛТ – $47,7 \pm 3,1$ и III групп: РТ – $40,5 \pm 2,5$ и ЛТ – $45,7 \pm 2,2$. Достоверно наиболее высокие уровни РТ и ЛТ наблюдались во II группе респондентов. По «Тесту отношения беременной» были определены варианты психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у женщин по отношению к себе: «оптимальный» тип ПКГД – 65,0%, «эйфорический» - 22,5%, «тревожный» - 12,5%. В I группе беременных выявлялся преимущественно «оптимальный» тип ПКГД – 60,0%, во II и III групп - «эйфорический» - 73,9% и 62,5%, соответственно, что достоверно ($p < 0,05$) преобладало в сравнении с респондентами I группы. Методом корреляционного анализа Пирсона были получены следующие взаимосвязи: семейное положение достоверно коррелировало с уровнями РТ и ЛТ ($r = 0,76$; $r^2 = 0,81$), связь положительная, сильная, уровень РТ и ЛТ ниже в зарегистрированном браке, чем в гражданском и у матерей-одиночек. Наличие страхов коррелировало с уровнем ЛТ ($r = 0,68$), связь положительная, средняя. РТ достоверно коррелировала с изменением ПКГД ($r = 0,98$), связь положительная, сильная, то есть с увеличением РТ усиливается «эйфорический» тип ПКГД. ЛТ достоверно коррелировала с изменением типа ПКГД ($r = 0,98$), связь положительная, сильная, «эйфорический» тип ПКГД встречался чаще при нарастании ЛТ. «Эйфорический» тип ПКГД достоверно коррелировал с увеличением возраста опрошенных ($r = 0,97$), связь положительная, сильная.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что в период беременности происходит изменение эмоционального состояния женщины, проявляющаяся субъективно переживаемыми эмоциями – напряжением, тревожностью, озабоченностью, нервозностью, и, чаще всего, это выражается беспокойством и различными страхами: перед родами, перед несостоятельностью общения с будущим малышом, смерти во время родов, перед будущими проблемами материнства. Уровень РТ и ЛТ у беременных женщин II и III возрастных групп достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у респондентов I группы, с увеличением возраста у женщин повышается уровень тревожности, который также связан с отношением к себе как к беременной, типом ПКГД – «эйфорический».

Шестакова Р. А.
ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПАЦИЕНТОВ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

ИКМ им.Н.В.Склифосовского Первого МГМУ им.И.М.Сеченова
Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Иванец Н.Н.

Цель работы. Определить индивидуально-типологические (личностные) особенности у пациентов с ипохондрическими расстройствами старше 50 лет.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Клиники психиатрии им.С.С.Корсакова УКБ №3 ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Выборка была сформирована из числа пациентов женского пола, старше 50 лет, с повторяющимися тягостными физическими симптомами, в сочетании с требованиями медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данного расстройства. Количество участников в исследовании - 50 человек, средний возраст составил 61,6 лет. Для оценки состояния больных использовались клинико-психопатологический метод и стандартизированные психометрические шкалы:

Результаты. У 10% (6 абс.) исследуемых выявлены черты параноического типа, с характерологическими признаками в виде чрезмерной чувствительности к неудачам и отказам, подозрительности и общей тенденции к искажению фактов, мнением о своей повышенной значимости с постоянным отнесением происходящего на свой счет; 15% (9 абс.) имели черты эмоционально неустойчивый типа (импульсивного и пограничного типа); 25% (15 абс.) истерического типа с проявлением драматизации, театральности, преувеличенным выражением эмоций, легкости внушаемости, поверхностью и лабильностью эмоций, легкостью обиды; 50 % (30 абс.) исследуемых отнесены к тревожно-мнительному типу личности с чертами постоянного общего чувства напряженности и тяжелыми предчувствиями, ощущением социальной никчемности, личностной непривлекательности, повышенной чувствительности к критике в свой адрес и др.

Выводы. Преимущественное большинство исследуемых старше 50 лет с ипохондрическими расстройствами имели личностные черты тревожно-мнительного типа—30 исследуемых в абсолютных значениях. Следует отметить, что эта группа имела наиболее частое сочетание дискомфортных/болевого ощущений и страхов наличия или внезапного

развития соматического заболевания, различных патологических состояний, среди которых преимущественное большинство составляли острые нарушения кровообращения, онкологические заболевания и недиагностированные неизвестные заболевания.

13. СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА, ГЕРИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА.

Абызбаева А.С., Байкосова Г.К.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО
АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА
Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра детских болезней
Научный руководитель: к.м.н. Злодеева Е.А.

Цель работы. Оценить особенности впервые выявленного клинического случая у ребенка 15 лет.

Материал и методы. В исследовании представлен клинический случай пациентки А. 2004 года рождения с НАО, впервые выявленный в Оренбургской области. Пациентке проведена оценка физикальных данных, лабораторных исследований, где оценивался комплементэстеразный ингибитор С1.

Результаты. Пациентка А. предъявляла жалобы на рецидивирующие отеки. Аллергоанамнез без особенностей. Генетический анамнез отягощен – у отца рецидивирующие отеки, не обследован.

Дважды в 7 и 11 лет отмечался рецидивирующий абдоминальный синдром по типу кишечной колики в течение 2-3 дней. Девочка наблюдалась у хирурга, боли купировались самостоятельно.

В возрасте 12 лет впервые появился отек левой кисти. Затем ежедневно возникали отеки стоп, голеней в местах механического давления, которые проходили за нескольких часов. По поводу отека левого предплечья и кисти по месту жительства получала лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, супрастином, эффекта от терапии не было. Направлена на обследование в ГБУЗ «ОДКБ» г. Оренбурга. На осмотре отмечались следующие данные: выраженные плотные, бледные с мраморным оттенком отеки левого предплечья и кисти, чувство онемения, сохраняющиеся 4 дня. При проведении обследования выявлено снижение уровня С4 комплемента до 0,008 мг/дл (N 10-40). Заподозрен НАО.

В ФГБУ «ГНЦ ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ» ФМБА РОССИИ исследовались показатели системы комплемента: С4 компонент системы комплемента 0,0421 мг/мл (0,2-0,55), функциональная активность С1 ингибитора < 15% (70-130%), комплемент эстеразный ингибитор С1

общий меньше уровня детекции(15-35). Подтвержден диагноз: «Дефект в системе комплемента: Наследственный ангионевротический отек I тип».

Пациентке назначена базисная терапия транексамовой кислотой (250 мг) по 3 таблетки 3 раза в сутки после еды. На фоне долгосрочной профилактики за последние 3 года абдоминальных атак, отеков области головы и шеи не было.

Выводы. НАО – редкое, угрожающее жизни заболевание. Отсроченность диагностики заболевания у данной пациентки 5 лет. В современной медицине есть методы лабораторной диагностики, позволяющие верифицировать диагноз и продлить медикаментозную профилактику жизнеугрожающих состояний.

Аздемирова Ф.Р., Косолапова М.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У СОЦИАЛЬНО-АКТИВНЫХ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ .

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Научный руководитель: доктор медицинских наук М.С. Григорович

Цель исследования: оценить характеристики психологического возраста у социально-активных пожилых людей.

Материалы и методы. В рамках выполняемого медико-социологического исследования проведено анкетирование лиц, старше 60 лет, активно посещающих МБУ «Городской клуб ветеранов» с целью участия в художественной самодеятельности (хор, танцы). В исследование включены данные 30 человек, из них женщин – 26 (87%), мужчин – 4 (13%) в возрасте от 60 до 88 лет (средний возраст 72,5 лет). Социальный статус респондентов: не работают – 26 (87%), работают – 4 (13%). Анкета включает 4 теста, отображающих выявление перспективы продолжительности жизни, определение психологического возраста, для которого была использована методика, разработанная А.А. Кроником и скрининговый опросник «Возраст не помеха».

Результаты. Оценка на риск старческой астении по анкете «Возраст не помеха» показала, что у 25 (83%) респондентов имеется риск развития старческой астении - преастения, у 3 (10%) выявлена вероятность наличия проявлений старческой астении, и у 2 (7%) нет старческой астении .

По результатам оценки исследования по методике, А.А. Кроника, количество лиц, у которых психологический «возраст равен календарному ± 2 года», составило 12 чел.(40%); «возраст ± 5 лет» - у 9 респондентов (30%); «возраст ± 10 лет» -у 9 (30%) опрошенных. Среди представителей данных групп есть пожилые люди, которые ощущают себя старше или младше своего реального возраста. Из 18 (60%) респондентов у 4 (22%)

психологический возраст превысил паспортный, а 12 (78%) чувствуют себя моложе своего реального возраста

По данным теста «Определение психологического возраста» большая часть опрошенных 26 (87 %) набрали свыше 75 баллов, это значит, независимо от года рождения, они преисполнены жизненных сил и веры в себя, общительны, оптимистичны, доброжелательны. У 4 (13 %) анкетированных, по результатам теста оценки психологического возраста, заботы и стрессы ослабили их способность радоваться, зато научили серьезности и ответственности. Их можно назвать "средним" взрослым, не слишком отягощенным проблемами, но чуть больше бодрости и оптимизма не помешает.

Выводы. Среди пожилых людей старше 60 лет с риском старческой астении, но активно вовлеченных в художественную деятельность, психологический возраст моложе паспортного. Высокая социальная активность, избегание одиночества и изоляции, позволяет поддерживать функциональный статус, позитивно влияет на удовлетворенностью собой и в целом повышает качество жизни пожилых людей.

Билалова Л.Ф., Осипова А.С.

ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ И РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Григорович М.С.

Цель работы. Оценка основных факторов, повышающих риск падения среди пожилых лиц и разработка профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Основу исследований составили результаты анкетирования лиц старше 65 лет, находящихся на стационарном лечении в КОГБУЗ "Кировский областной госпиталь для ветеранов войн". Оценка факторов риска падений проводили с использованием стандартных опросников и тестов (шкала самооценки риска падения, MMSE, шкала «Возраст не помеха», ISI, тест рисования часов, шкала Морзе, тест SPPB, ВАШ, опросник тревоги и здоровья пациента). Всего было опрошено 30 человек, соотношение мужчин и женщин 1:1, средний возраст опрошенных составил 78 лет. Среди опрошенных 12 человек падали за последний год, из них 5 мужчин, 7 женщин.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что статистически значимыми факторами риска падений являлись: возраст, полиморбидность, нарушение зрения, слуха и дефицит витамина D. У 40% лиц старше 65 лет выявлены случаи падения за последние 12 месяцев до начала наблюдения. Падения в анамнезе были выявлены в 73% случаев. С увеличением возраста увеличивается количество нозологических единиц и падений ($p <$

0,01). Среди лиц, имеющих падения в течение последних 12 месяцев у 70% выявлены нарушения зрения и слуха, дефицит витамина D. 93% пациентов используют вспомогательные средства: трость 53%, очки 83.3%, слуховой аппарат 13% и зубные протезы 70% исследуемых. Вплоть до 75% лиц, перенесших падение, и до 67 % из тех, у кого это не случилось, сообщали о наличии боязни упасть. По результатам шкалы «Возраст не помеха» определена высокая вероятность старческой астении, что повышает риск падений. Шкала самооценки риска падений и визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья указывает на высокий риск падений.

Таким образом, пациенты подвержены действию многочисленных факторов риска падения. Своевременная профилактика должна быть направлена на создание безопасной среды, лечение корректируемых нарушений зрения, дополнительное назначение витамина D, назначение вспомогательных устройств при наличии физических и сенсорных нарушений, адекватное лечение имеющихся заболеваний, дополнительная консультация специалистов.

Гарипова Р.Н.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА О ПРОБЛЕМАХ СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Григорович М.С.

Цель. Изучить мнение врачей первичного звена здравоохранения о наиболее актуальных вопросах организации сопровождения больных с онкологическими заболеваниями на амбулаторном этапе путем создания школы поддержки онкопациентов и их семей в городе Кирове.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ результатов опроса врачей первичного звена здравоохранения (23 человека) о путях оптимизации помощи онкологическим пациентам, прошедшим лечение в стационаре, на амбулаторном этапе. В структуре опрошенных преобладали врачи участковые, врачи общей практики (90%). Средний стаж респондентов врачей составил 17 лет (от 1 года до 38 лет).

Результаты. Все респонденты (100%) считают, что организация школы поддержки онкологического пациента в медицинских учреждениях города Кирова на данный момент необходима, и должна быть организована на базе амбулаторного онкологического центра (48%), поликлиники (43%), онкологического диспансера (17%). По мнению врачей наиболее часто онкологические пациенты на амбулаторном приеме в поликлинике задают вопросы относительно лечения (53%),

реабилитации (24%), питания (41%), физических нагрузок (27%), прогноза (41%), социальной и психологической поддержки (47%), причин онкопатологии (24%), ухода (29%), трудоустройства (13%), наследственного прогноза (9%), лекарственного обеспечения (51%), порядков проведения МСЭК (11%), диспансерного наблюдения (9%) и профилактики рецидивов (17%). Однако для детального разъяснения ответов на данные вопросы у врачей первичного звена, как правило, недостаточно времени (100%). Врачи респонденты убеждены, что в рамках проведения школ поддержки онкопациента необходимо уделять внимание вопросам ведения здорового образа жизни (81%), питания (79%), психологической помощи (92%), физических нагрузок (37%), ухода (29%), рационального трудоустройства (31%). Для оптимизации работы с пациентами данного профиля в амбулаторном звене в рамках школы поддержки врачи-респонденты также отметили необходимость создания доступности таких школ для онкопациента, обучения родственников уходу, психологической поддержки, регулярности занятий, возможностей онлайн-консультаций пациентов.

Выводы. Проведение анкетирования врачей первичного звена здравоохранения позволило определить наиболее актуальные проблемы онкологических пациентов на амбулаторном этапе после прохождения стационарного этапа лечения, спланировать программу проведения школы поддержки онкопациента и его семьи по вопросам контроля заболевания, особенностям образа жизни, психо-эмоциональной поддержки, что будет способствовать повышению эффективности оказания помощи при онкологических заболеваниях, повышению активности самих пациентов в укреплении здоровья, усилении противоопухолевой резистентности, профилактике осложнений и повышению качества жизни при данной патологии.

Загрудинова А.Р., Лоскутова Е.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ШКОЛЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Григорович М.С.

Цель работы. Изучить проблемы и мнения пациентов с онкологическими заболеваниями с целью оптимизации процесса их поддержки после стационарного лечения путём создания школы здоровья.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ анкет пациентов с онкологическими заболеваниями, прошедших лечение в стационаре и нуждающихся в помощи на амбулаторном этапе.

Результаты. Большинство пациентов онкологического стационара после прохождения лечения нуждаются в информационной и психологической поддержке со стороны медицинского персонала и родственников; советах по образу жизни и характеру питания. 80% больных хотели бы посещать «Школу поддержки пациента с онкопатологией». Проведение занятий в «Школе поддержки» эффективно в решении проблем данных пациентов.

Выводы. Проведение анкетирования в рамках школы здоровья помогает выявить проблемы онкологических пациентов после прохождения лечения на амбулаторном этапе, а именно: недостаток информационного обеспечения по заболеванию, образу жизни, правилам питания, нуждаемость в моральной поддержке.

Котова А.С.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Григорович М.С.

Цель работы. Исследовать распространенность гериатрических синдромов у пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга на основе методов нейропсихологической диагностики и специализированной гериатрической оценки.

Материалы и методы. Обследовано 70 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст 65,7), разделенных в две группы. Группа №1 - 35 пациентов, которые занимаются в группах по саморазвитию и не принимают ноотропные препараты, средний возраст 65,7±4,9 (50,0%), из них муж. - 6 чел. (17,1%), жен. - 29 чел. (82,8%); обследованы на базе Кировского городского комплексного центра социального обслуживания населения. Группа №2 - 35 пациентов, которые получали курс ноотропных препаратов, средний возраст 65,1±5,5 (50,0%), из них муж. - 6 чел. (17,1%), жен. - 29 чел. (82,8%); обследованы на базе терапевтического отделения городской больницы.

Результаты. По результатам оценки гериатрического статуса были выделены следующие гериатрические синдромы: старческая астения и преастения, снижение зрения, депрессия, легкие когнитивные нарушения, высокий риск падений, легкая зависимость от окружающих. На основании гериатрической батареи тестов у пациентов группы №1 в сравнении с пациентами группы №2 достоверно реже наблюдались проявления

гериатрических синдромов по следующим опросникам и тестам: «Возраст не помеха» ($1,1 \pm 0,16$; $2,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$); базовая функциональная активность - индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index) ($98,8 \pm 0,46$; $95,5 \pm 0,9$, $p < 0,05$); Шкала инструментальной и функциональной активности (шкала Лаутона (Lawton Instrumental activities of daily living Scale) ($5,8 \pm 0,07$; $4,7 \pm 0,1$, $p < 0,05$); Шкала самооценки риска падений ($1,6 \pm 0,3$; $3,0 \pm 0,2$, $p < 0,05$), опросник Mini-cog ($3,8 \pm 0,2$; $3,1 \pm 0,2$, $p < 0,05$). При оценке наличия высокого риска падения у пожилых пациентов в связи с постоянным приемом 4 и более лекарственных препаратов, показатели группы №1 были достоверно ниже таковых в группе №2 ($3,45 \pm 0,29$; $5,51 \pm 0,3$, $p < 0,05$ ($p = 0,000006$). Анализ результатов когнитивной оценки по методу Л.И. Вассермана, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсона достоверных различий не выявил. ($33,0 \pm 0,18$; $33,4 \pm 0,3$, $p < 0,1$).

Выводы. Таким образом, гериатрические подходы к лечению пациентов пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями головного мозга предполагают выявление отклонений, которые существенно снижают функциональный, когнитивный статус и качество жизни (старческая астения, депрессия, падения и переломы, деменция) с целью определения индивидуальной тактики ведения пациента, разработке мероприятий по улучшению качества его жизни. Наряду с медикаментозной коррекцией внедрение занятий по физической активности, когнитивного тренинга и других форм саморазвития, способствует профилактике гериатрических синдромов, снижает лекарственную нагрузку на пожилого пациента, риск полипрагмазии, старческой астении и зависимости от окружающей помощи в повседневной жизни.

Монастырева Д.Р.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ О НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакологии.

Научный руководитель: к.м.н. Полякова О.В

Цель. Оценить информированность пациентов 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 гг. Всем пациентам было предложено пройти авторскую анкету из 9 пунктов. На вопросы пациент отвечал самостоятельно, ориентируясь на свои знания и ощущения. 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.

Результаты. Согласно данным опроса, пациенты обеих групп достаточно осведомлены о традиционных лекарственных формах (таблетки – 100%, порошки – 89%, аэрозоли – 83% пациентов 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 (о полимерных лекарственных пленках – на 21,6%, глоссетах – на 10,8%, медулах – на 10,8%, турбохаллерах – на 10,8%, спансулах – на 5,4%, пеллетах – на 5,4%, спейстабс – на 5,4%, ретардах – на 5,4%,). О микрокапсулах, микрочастицах и микросферах обе исследуемые группы были осведомлены одинаково (35,1%). О диффузно контролируемых 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 контролируемые мембраны и матричные системы (2,7%) употребляли только пациенты первой исследуемой группы. Глоссетты, медулы, спансулы, пеллеты, спейстабс, друлы, дуплекс, ретарды, турбохаллеры, ТТС, ОРОС не употреблял ни один из опрошенных.

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 и доступным.

Тараканова Ю.Л., Мохова А.С.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ УЗКОГО ПРОФИЛЯ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Жолобова Т.В.

Цель работы. Оценить и сравнить степень выраженности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у участковых терапевтов и узких специалистов.

Материалы и методы: Было обследовано 44 врача поликлиник города Кирова, из них 24 участковых терапевтов и 20 узких специалистов. Степень эмоционального выгорания оценивалась по шкале Маслач (К. Маслач, С.Джексон) и по разработанной нами авторской анкете, где учитывалось влияние на СЭВ, таких факторов как, семейное благополучие, полноценный отпуск (отдых), стаж работы, рабочая среда. Результаты ответов оценивались по пятибалльной шкале, где 1 балл – минимальная, а 5 баллов – максимальная выраженность признака.

Результаты: При анализе полученных данных, по опроснику синдрома эмоционального выгорания Маслач было выявлено, что высокое эмоциональное истощение у врачей узкого профиля встречалось в 70% случаев, средней степени в 25%, низкое – в 5 % случаев. Деперсонализация высокой степени встречалась у 60% опрошенных специалистов, средней степени у 40%; редукция личностных достижений наблюдалась в 100 % случаев. У участковых терапевтов высокое эмоциональное истощение встречалось в 75% случаев, средней степени в 17%, низкой – в 8% случаев; деперсонализация высокой степени встречалась у 46% терапевтов, средней степени у 37,5%, низкой – у 16,5%; редукция личностных достижений также наблюдалась в 100% случаев. Среднее значение эмоционального истощения у врачей узкого профиля составил $6,70 \pm 3,12$, у участковых терапевтов $8,00 \pm 4,10$. Среднее значение деперсонализации у врачей специалистов составил $6,67 \pm 2,90$, у участковых терапевтов $8,00 \pm 1,70$; среднее значение редукции личностных достижений у врачей узкого профиля $6,67 \pm 5,40$, у участковых терапевтов $8,00 \pm 6,50$. Среднее значение степени выраженности и распространенности синдрома выгорания среди врачей узкого профиля по баллам опросника Маслач составил $70,75 \pm 2,80$, у участковых терапевтов $68,25 \pm 3,20$. Анализируя данные авторской анкеты, получены следующие результаты. Среднее значение стажа работы врачей узкого профиля составил $11,28 \pm 1,80$ лет, участковых терапевтов $11,50 \pm 2,30$ лет. Психологический климат в семьях узких специалистов оценен ими на $3,95 \pm 1,07$ балла, т.е. относительно благоприятный. Зачастую врачи не могут уделить должное внимание близким людям, оценивая чувство вины от этого на $2,20 \pm 0,90$ баллов. 50,00% опрошенных замужем или женаты; 25,00% не женаты/не замужем; 10,00% в разводе; 15,00% живут в гражданском браке. Большинство опрошенных добросовестно относятся к своей работе, средний балл составил $4,20 \pm 0,88$. Организационные недостатки на работе по мнению респондентов оценены на $2,85 \pm 0,96$ баллов. Большинство специалистов склонны к эмпатии и на вопрос «Общаясь с людьми,

ставлю экран, защищающий от чужих отрицательных эмоций» ответили в среднем на $2,3 \pm 1,06$ балла. Лишь в 30% случаев врачей устраивает их заработная плата; средний показатель удовлетворённости зарплатой составил $1,5 \pm 1,3$ балла. Половина опрошенных (50,0%) является главным источником денежных доходов в семье, среднее значение $2,75 \pm 1,4$ балла. Из опрошенных узких специалистов 35% работают более чем на 1 ставку. У 7 врачей (35%) есть дополнительная работа. Лишь 50,0 % опрошенных могут назвать свой отпуск полноценным, в среднем показатель удовлетворённости отпуском составляет $2,6 \pm 1,3$ баллов. Работают дополнительно во время отпуска 15% узких специалистов. Благоприятный климат в семьях участковых терапевтов, составил 91 % случаев, средний балл - $4,4 \pm 0,6$. Также выше среднего участковые врачи оценивают чувство вины от того, что не могут уделить должное внимание близким людям ($2,68 \pm 1,3$ баллов). 54,00 % опрошенных замужем или женаты; 20,00% не женаты\не замужем; 13,00% вдовы; 13,00% живут в гражданском браке. Добросовестно относятся к своей работе большинство респондентов ($4,24 \pm 0,7$). Организационные недостатки на работе в среднем оценены на $3,08 \pm 0,90$ баллов. На вопрос «Общаясь с людьми, ставлю экран, защищающий от чужих отрицательных эмоций» участковые терапевты ответили в среднем на $2,40 \pm 1,70$. В 41% случаев терапевтов устраивает их заработная плата. Средний показатель составил $2,40 \pm 1,60$ баллов. В 50,00% случаев, терапевты являются главным источником денежных доходов в семье, в среднем оценивая это на $2,80 \pm 1,60$ балла. Из опрошенных участковых терапевтов 58,00% работают более чем на 1 ставку. У 16,00% есть дополнительная работа. Лишь 45,00 % опрошенных могут назвать свой отпуск полноценным, в среднем показатель оценен на $2,32 \pm 1,2$ балла. Работают дополнительно во время отпуска 37,5% опрошенных участковых терапевтов.

Выводы. 1. Степень выраженности синдрома эмоционального выгорания примерно равны среди врачей узкого профиля и у участковых терапевтов, и составляет по баллам опросника Маслач $70,75 \pm 2,80$ и $68,25 \pm 3,2$ соответственно. 2. В обоих выборках высокий уровень эмоционального истощения, у врачей специалистов 70%, у участковых терапевтов 75%. 3. В 100% случаях выявляется в обоих выборках редукция личностных достижений. 4. Часто врачам приходится работать более чем на 1 ставку: 35% узких специалистов и 58% участковых терапевтов. Менее половины опрошенных могут назвать свой отпуск полноценным и работают дополнительно во время отпуска: 15% узких специалистов и 37,5% опрошенных участковых терапевтов. 5. Менее половины респондентов довольны своей заработной платой: В 30% случаев среди узких специалистов и в 41% случаев среди участковых терапевтов. Таким образом, практически каждый врач имеет признаки

синдрома эмоционального выгорания не зависимо от специализации. Это зависит от многих факторов. Медицинские работники остаются в числе наименее защищенных профессий, как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении. Это обусловлено относительно низким уровнем заработной платы, высоким уровнем профессиональной ответственности. Представленные данные могут быть полезны для руководителей медицинских организаций в плане разработки комплекса мероприятий, направленных на улучшение условий труда врачей.

Частоедова Е.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Григорович М.С.

Цель исследования. Выявление гериатрических синдромов у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 135 человек, среди них 19 мужчин (14,1%) и 116 женщин (85,9%). Средний возраст пациентов $69,42 \pm 0,55$ лет. Скрининг старческой астении проводили с помощью опросника «Возраст не помеха» для пациентов в возрасте старше 60 лет. Проявления депрессии оценивали по Гериатрической шкале депрессии (GDS). Наличие инсомнии выявляли с помощью Анкеты оценки качества сна. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы «STATISTICA 6». Для сравнения двух независимых выборок применяли непараметрический критерий Манна-Уитни (подходит для малых выборок), изучение корреляционных взаимосвязей - с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Качественные показатели оценивали с помощью критерия хи-квадрат. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты. Проведя анализ полученных данных по опроснику «Возраст не помеха», можно констатировать, что лишь у 21 % мужчин (4 человека) и 18,1 % женщин (21 человек) отсутствуют признаки астении. Большинство обследованных (43,1% женщин, 50 человек и 47,4% мужчин, 9 человек) были отнесены к категории «прехрупкие», они набрали по опроснику 1-2 балла. 3-4 балла по опроснику у 35,3% женщин (41 человек) и 26,3% мужчин (5 человек). У 5,3 % мужчин (1 человек) и 3,5% женщин (4 человека) мужчины - 5 и более баллов. Достоверных гендерных различий по степени выраженности астении не было обнаружено. Для сравнения процентного распределения по степени выраженности астении в зависимости от возраста с учетом пола были

выделены 2 группы: 1 группа – 60-74 года (110 человек) – лица пожилого возраста; 2 группа – 75-90 лет (25 человек)- лица старческого возраста. Статистически значимых различий в процентном распределении по степени выраженности признака в зависимости от пола не выявлено. При анализе опросника «Гериатрическая шкала депрессии» мы выявили, что у большинства обследованных (93 человек, 69%) отсутствуют симптомы депрессии. Но у 33 человек (24%) выявлены симптомы депрессии. У 9 человек (все женщины) симптомы депрессии достигли выраженных значений (7%). Достоверных гендерных различий в процентном распределении по степени выраженности депрессии не было обнаружено. Качественный анализ частоты встречаемости отдельных симптомов депрессии показал, что на 1 месте (у 71 человека, 52,6%) – «усталость, опустошенность», на 2 месте – «боязнь, что случится что-то плохое» (у 60 человек, 44,4%), на 3 месте – «прекратили заниматься хобби» (у 47 человек, 34,8%). Реже всего отмечались такие симптомы депрессии, как безнадёжность (у 8 человек, 5,9%), чувство ненужности (у 13 человек, 9,6%), ощущения, что жить плохо (у 15 человек, 11,1%). При анализе опросника «Анкета качества сна» мы определили, что у 32 человек (23,7%) нет нарушений сна, у 41,5% (56 человек) – пограничные значения, у 34,8% (47 человек) инсомния. Достоверных гендерных различий в процентном распределении по степени выраженности нарушений сна не отмечено. Качественный анализ ответов на вопросы анкеты оценки качества сна показал, что чаще встречались такие проявления инсомнии, как частые ночные пробуждения (у 44 человек, 32,6%), долгое время засыпания (у 34 человек, 25,2%), короткая продолжительность сна (у 32 человек, 23,7%). Достоверных различий средних показателей уровней астении, депрессии и инсомнии в зависимости от возраста и пола выявлено не было. Корреляционный анализ показал, что существует положительная связь умеренной силы между уровнем старческой астении и уровнем депрессии. Умеренная отрицательная связь отмечена между уровнем старческой астении и баллами по шкале инсомнии. Также умеренная отрицательная связь отмечена между уровнем депрессии и баллами по шкале инсомнии. Достоверных корреляционных взаимосвязей возраста с проявлениями старческой астении, депрессии и нарушений сна не выявлено. На втором этапе исследования мы разделили всех обследуемых на 2 группы: 1 группа - лица, обратившиеся за медицинской помощью в лечебные учреждения г. Кирова – 44 человека (10 мужчин и 34 женщины) и 2 группа – лица, обучающиеся в Институте 3 возраста в Кировском ГМУ- 91 человек (9 мужчин и 82 женщины). При сравнении средних значений старческой астении, депрессии и инсомнии были выявлены достоверные отличия в уровне депрессии: у лиц, обратившихся за медицинской помощью уровень депрессии достоверно выше, чем у лиц, обучавшихся в

Институте 3 возраста. У женщин, обратившихся за медицинской помощью в лечебные учреждения, достоверно чаще встречается вероятная депрессия, чем у женщин, обучающихся в Институте 3 возраста.

Выводы. Почти у трети обследованных выявлены признаки старческой преастении, проявлений депрессии и нарушения сна. Самыми частыми проявлениями старческой астении были: ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха, проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать, пониженное настроение. Чаще всего отмечались такие признаки депрессии, как: отсутствие энергии (усталость, опустошенность), отсутствие интересов (прекратили заниматься хобби), боязнь, что случится что-то плохое. Из признаков инсомнии наиболее часто фигурировали: частые ночные пробуждения и долгое время засыпания. Достоверно значимых различий средних показателей уровня старческой астении, депрессии и нарушений сна в зависимости от возраста и пола не было выявлено. Однако, у мужчин достоверно чаще, чем у женщин отмечался такой симптом депрессии, как «прекратили заниматься хобби», а у женщин более чем в 2 раза чаще отмечался симптом «боязнь, что случится что-то плохое». Обнаружена корреляционная взаимосвязь разной силы между степенью проявлений астении, депрессии и инсомнии. Средние показатели уровня депрессии достоверно выше у женщин, обратившихся за медицинской помощью в лечебные учреждения, у них также чаще отмечается вероятная депрессия, чем у женщин, обучающихся в Институте 3 возраста.

14. СОЦИАЛЬНЫЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ.

Амаева Х.Р., Пеньков А.А.

ГАЛЕН О ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ВРАЧА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Выявить в работах древнеримского врача и философа Клавдия Галена основные положения, определяющие профессиональные качества врача.

Материалы и методы. В качестве материала для анализа были использованы труды Клавдия Галена: «О назначении частей человеческого тела», «О доктринах Платона и Гиппократата», «Искусство медицины». Методологической основой послужили методы анализа, сравнения, синтеза и обобщения.

Результаты. Прославленный ученый эпохи Древнего Рима Клавдий Гален (129-216 гг) обладал разносторонними знаниями. Он с юных лет проявлял интерес к познанию человека и окружающей его природы. Медицина и естествознание того времени связаны с его блестящими трудами. Они послужили основой для дальнейшего развития естествознания и врачебной науки. Гален - одно из явлений в истории науки, стоящее наравне с Аристотелем. Системе Галена можно смело дать определение - галенизм, которое очень широко используется в западной историографии. В российской историографии под словом «галенизм» понимается теоретико-практическая система. Именно ее предложил Гален, она включает в себя четкое представление о методах лечения, а также системные представления многих наук - таких как анатомия и физиология, натурфилософия, этика и медицинская практика. «О доктринах Платона и Гиппократов» - именно так называется крупнейший труд Галена. Эти две фигуры для него как пример, показывающий какой именно нужен подход к каждому человеку в медицине. Принципы Гиппократов — приоритет эмпирического метода, который сводит к практическим наблюдениям и индивидуальному подходу к пациенту. Принцип терапии, «*contraria contrariis curantur*» (противоположное лечится противоположным), предложенный Гиппократом, Гален развивает в своей фармакопее. Еще один принцип: задача лечения — воздействовать на причину болезни. В трактате «Искусство медицины» Гален отмечал, что существует визуальное различие здорового и болезненного организма. Однако в начале заболевания и при его спаде может наблюдаться среднее неопределенное состояние. Врачу не составит труда определить разницу между здоровьем и разгаром болезни, случаи же мелких проявлений симптомов гораздо сложнее в диагностике заболевания. При этом Гален подчеркивал, что форма заболевания не зависит от степени ее тяжести. Следовательно, по мнению Галена, важно как можно четче дифференцировать внешние признаки с целью установления границ проявления конкретного заболевания. Для правильного лечения Гален устанавливал логическую связь по итогу определения и анализа признаков заболевания. Обычно существует причинно-следственная связь между внутренними изменениями в организме и внешним признаком болезни, причем одно является необходимым условием другого. Гален искал причины болезни с помощью логических построений, анализируя внешние признаки. Только разрешив эту задачу, определив причину, возможно найти правильное средство излечения.

Выводы. Изучив труды Галена, можно сделать вывод о том, что врачебная деятельность должна базироваться на общетеоретических и общеметодологических понятиях. Подготовка врача-философа обязана

основываться на эмпирических данных, но в то же время нужно, чтобы эти самые эмпирические данные соответствовали критериям научности.

Ахмедова К.А.
«СТОЛЫПИНСКИЙ МИФ» В РОССИЙСКОЙ ПОЛИТИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЕ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных и социальных наук
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Коротков Н.В.

Цель работы. Рассмотреть проблему политического мифотворчества на примере образа П.А. Столыпина в русской культуре.

Материалы и методы. Общенаучные методы анализа и синтеза, сравнительно-исторический анализ.

Результаты. Историю правомерно трактовать как «опрокинутую в прошлое идеологию» в той мере, в какой наука не свободна от социокультурных ценностей, а историки участвуют в формировании представлений о прошлом в массовом сознании. Осмысление «столыпинского мифа» позволяет прояснить ряд важных вопросов, связанных с философией исторической памяти: в частности, потенциала и конкретных приёмов политического использования прошлого («политики памяти»). Мифологизация образа П.А. Столыпина, начавшаяся ещё при жизни политика (и не без его сознательного участия), осуществлялась различными политическими силами с разными целями. Если ультраправые ещё в 1920-х годах объявили П.А. Столыпина «первым русским фашистом», в сталинскую эпоху «столыпинский галстук» косвенно легитимировал «ежовые рукавицы», то провластная интеллектуальная элита постсоветской России апеллировала к образу П.А. Столыпина в целях оправдания разгона парламента в 1993 году и борьбы с «болотным движением» в 2011-2013 годах.

Выводы. Мифологизация образа П.А. Столыпина, затрудняя адекватную оценку его реформ, вместе с тем способствует превращению А.А. Столыпина в значимый фактор актуальной политической жизни.

Афлетунова Л.Э., Симонов М.В.
ВКЛАД ИБН СИНЫ В СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных и социальных наук
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Дать оценку исторического значения трудов Ибн Сины в становление медицины как науки.

Материалы и методы. В качестве материала для исследования были использованы труды Ибн Сины. Методологической основой послужили методы анализа, сравнения, синтеза и обобщения.

Результаты. Выражая прогрессивные тенденции своего времени (X век). Ибн Сина (Авиценна) в условиях господства религиозно-мистического мировоззрения стремился возродить интерес к изучению природы, оживить исследовательскую творческую мысль, критически перерабатывал достижения формирующихся естественных наук, систематизировал и развивал их дальше. В своих исследованиях он придавал большое значение опыту, практике, методу объективного наблюдения фактов. Важнейшим его произведением по медицине является «Алконун фи-т-тиб» («Канон медицины») - медицинская энциклопедия в 5 частях - лучшее сочинение, по которому в течение многих веков учились и лечили медики на мусульманском Востоке и на христианском Западе. В нём Ибн Сино изложил общую теорию медицины, анатомию, физиологию, хирургию, диагностику, способы лечения, лекарственные и профилактические средства, рассмотрел острые и хронические болезни. Авиценна внёс существенный вклад в становление научного подхода в изучении психологии. Глубоко и всесторонне изучив психологические концепции и теории предшествующих философов, в частности ал-Кинди и ал-Фараби, расширил и усовершенствовал их учение собственными опытами, наблюдениями и исследованиями. В фармакологической части своего «Канона медицины» в связи с описанием неорганических веществ (металлов, минералов и химических соединений) он привёл много интересных сведений по неорганической химии, а в «Книге исцеления» выступил с критикой основного теоретического положения алхимии - учения о превращении неблагородных металлов в благородные. Он впервые разработал и выдвинул принцип доставки активного начала лекарства в пораженное место. На этом принципе, современная фармацевтическая химия создает новое поколение лекарств, покрытых защитной оболочкой. Авиценной впервые введены такие понятия, как «срок готовности», «срок хранения фармацевтического средства»; в случае пренебрежения этим правилом лечебный препарат не может проявлять присущие ему фармакологические свойства. В «Каноне медицины» приведен пример приготовления широко используемого в течение многих веков универсального противоядного средства «Митридат». С момента соединения компонентов в смеси происходят сложные и длительные химические превращения, результатом которых является образование определённых веществ, обладающих свойствами противоядия. По мнению Авиценны, самое лучшее лекарство - это свежеприготовленное, т.к. с течением определённого времени лечебный эффект препарата уменьшается. Согревающее действие различных

лекарственных средств Авиценна определял долями. Согласно медицинской теории того времени, лекарство горячее в первой степени содержит две доли. Лекарство горячее во второй степени - четыре доли, а в третьей степени - восемь, и в четвертой степени - шестнадцать долей теплоты.

Выводы. Ибн Сина обладал универсальным умом и обширными знаниями во многих отраслях средневековой науки. Величайшей его заслугой является то, что он действительно в Мавераннахре и Хорасане, в отличие от алхимиков того времени, впервые указал правильный путь проведения химических реакций и исследований с помощью различных химических препаратов. Выдающиеся научные достижения Авиценны в медицине и фармакологии связаны с его глубокими и широкими знаниями химической природы соединений органического и неорганического происхождения, а также основных способов их взаимодействия. Это позволило ему овладеть секретами приготовления многочисленных лекарственных средств.

Бакиева Э.А.

БЕГ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА И СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель: ст. преподаватель Ляшенко А.А.

Цель работы. Изучить влияние бега на состояние организма человека и его физические качества.

Материалы и методы. Анализ научно-методической литературы, наблюдение, тестирование. Было исследовано влияние бега на организм и развитие физических качеств у студентов ОрГМУ 5 курса лечебного факультета в течение шести месяцев.

Результаты. Ни одна программа, направленная на тестирование человека в отношении его общей физической подготовки не обходится без бега. Бег на 100 м определяет силовые и координационные качества. Чем больше дистанция, тем в большей степени акцент смещается на выносливость. У группы, занимающейся бегом, показатель по тесту определения силовой выносливости выше (средний показатель поднимания туловища из положения лежа составил 33,6 в мин), чем у группы, не занимающейся бегом (средний показатель составил 32,2 в мин). Изучение тестирования по скоростной выносливости показало, что у группы, занимающейся бегом, показатель улучшился (средний показатель бега на 500 м составил 1,8 мин), а у группы, не занимающейся бегом, ухудшился (составил 2,3 мин). При систематических занятиях бегом улучшается кровоснабжение мозга, общее состояние нервной

системы. Студенты, занимающиеся бегом, отмечают большую силу, подвижность, уравновешенность нервных процессов, так как нормализуются процессы возбуждения и торможения. Физические тренировки оказывают разностороннее влияние на психические функции, обеспечивая их активность и устойчивость. Студенты, занимающиеся бегом, отмечают, что внимание, память, восприятие становятся более устойчивыми. Так как, установлена прямая зависимость от уровня разносторонней физической подготовленности. При беге происходит выброс в кровь гормонов катаболического действия. Такой «рабочий» катаболизм обеспечивает организм как можно большим количеством энергетических субстратов для компенсации энергетического дефицита. При регулярных занятиях бегом тренируется одна из важнейших мышц организма – сердце. Более 80% студентов, занимающихся бегом, отмечают уменьшение количества сердечных сокращений. Сердце начинает работать в более экономном режиме. Во время пробежки периферические кровеносные сосуды расширяются, кровь устремляется к скелетной мускулатуре, при этом происходит естественное уменьшение кровяного давления. Занятия бегом способствуют адаптации тканей к гипоксии. Во время бега, когда человек постоянно преодолевает земную гравитацию, подсакивая и опускаясь в вертикальном положении, кровоток в сосудах входит в резонанс с бегом, при этом активизируются ранее незадействованные капилляры. Было отмечено, что у студентов, занимающихся бегом, увеличивается кислородный запас в среднем до 7000 мл.

Выводы. Бег способствует увеличению порога выносливости. Он положительно влияет на сердечно-сосудистую систему, нервную систему, психические функции человека, повышает обмен веществ в организме, способствует нормализации кровяного давления. Также позитивно влияет на иммунную систему и улучшает тонус кожи.

Березкина К.В.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ
КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра социальной работы

Научный руководитель: ст. преподаватель Кузнецова Е.В.

Цель работы. Изучение профессионально-этических основ работы клинического психолога. Актуальность изучения данного вопроса заключается в том, что в настоящее время тенденция обращения психологии к этике является достаточно важной. В этом контексте принципиально значимой является мысль выдающегося отечественного психолога С.Л. Рубинштейна, свидетельствующая о необходимости

этизации психологии: «Человек - это большая тема мировоззренческого плана и, прежде всего, этического порядка. проблема этического - проблема самой сущности человека в его отношении к другим людям)». Это подтверждается рядом исследований в психологии: «нравственная психология» (Б.С. Братусь) и «этическая психология личности» (Л.М. Попов, О.Ю. Голубева, П.Н. Устин).

Материалы и методы.

1. Теоретические методы: анализ научной и психологической литературы по теме этических основ и использованию их в будущей профессиональной деятельности.

2. Анализ анкетного опроса студентов 1 курса специальности Клиническая психология Кировского ГМУ. Этика профессионального поведения психолога особенно важна, т.к. клинический психолог реализует свою профессиональную деятельность в виде субъект-субъектных отношений. В настоящее время разработаны государственные стандарты, известны этические профессиональные кодексы, методики обучения. Основные этические принципы, которые должен соблюдать клинический психолог: принцип уважения, принцип компетентности, принцип ответственности и честности.

1. Принцип уважения. Данный принцип исходит из уважения личного достоинства и свобод клиента, регламентируемых Конституцией РФ, а также международными документами о правах человека. Принцип уважения включает: соблюдение полной конфиденциальности, беспристрастное отношение к клиенту, осведомленность клиента о всех проводимых над ним экспериментах.

2. Принцип компетентности. Психолог должен признавать границы своей компетентности и задействовать в работе лишь те методы, в которых имеет опыт и которым обучен. Принцип компетентности включает: обязательное знание психологом профессиональной этики, обязанность психолога к постоянному профессиональному развитию, грамотную оценку психологом своих возможностей и полномочий.

3. Принцип ответственности. Психолог должен осознавать свою ответственность не только перед клиентом, но перед коллегами и обществом в целом. Ни в коем случае он не может злоупотреблять своими профессиональными навыками для своей выгоды. Принцип ответственности включает: не нанесение вреда клиенту, решение этических дилемм, осознание психологом возможных последствий проводимых им действий.

4. Принцип честности. Психолог должен способствовать открытости науки, должен быть честен не только с клиентом, но и с представителями данной отрасли. Принцип честности включает: осознание личных границ, прямоту и открытость психолога, избегание конфликта интересов, уважение к профессиональному сообществу.

Результаты. В результате анкетного опроса мы выяснили, что для всех студентов (100%) основным моральным принципом является принцип «уважения прав и достоинства личности». Вопрос об отношениях клинического психолога и клиента определяется новыми типами взаимоотношений - информационным, совещательным, интерпретационным, являющимися, по сути, формой защиты прав и достоинства человека. Все студенты отметили реализацию принципа благополучия клиента, принципа профессиональной компетентности и уважения личности.

Буфетова А.М., Вишняков А.В., Горелов Е.Н.

НАУЧНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВ О МИСТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ СВЯТЫХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н, доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Рассмотреть возможность объяснения феномена религиозно-мистического опыта католических святых (в частности, его сексуального аспекта) в рамках научного мировоззрения с привлечением философии и знаний современных биохимии и нейрофизиологии.

Материалы и методы. Изучение естественно-научной, философской, религиоведческой литературы, текстов научных исследований и других (в том числе электронных) медиа-источников. Проведение анкетирования среди студентов Кировского ГМУ для выявления наиболее распространенных точек зрения относительно возможности рационального объяснения выходящих за границы нормальности состояний. Использовались методы компаративного анализа, синтеза, обобщения, восхождения от абстрактного к конкретному.

Результаты. Религиозно-мистический опыт сегодня трактуется неоднозначно, причем ведущую позицию в России до сих пор занимает религиозное мировоззрение, постулирующее иррационалистический подход к осмыслению феномена мистических состояний. Тем не менее существует научная позиция, которая не исключает мистику, объясняя последнюю с привлечением механизмов нейрофизиологических процессов высшей нервной деятельности. Связь религиозно-мистического опыта с определенными эндогенными психоактивными веществами подтверждается не только множеством косвенных доказательств, но и данными эмпирических исследований. В опросе приняли участие 156 студентов 3 курса Кировского ГМУ. Из опрошенных, исповедующих какие-либо религии, большинство (72%) верят в существование иных миров. Однако вопросы об исключении

биохимическими концепциями мистического характера духовных практик вызывают у них сомнения (почти равное количество ответов «да» и «нет» – 49 и 51% соответственно). Известно, что в религиозных учениях (в первую очередь это мировые авраамические религии) люди, согласно историческим свидетельствам пережившие наиболее яркий религиозно-мистический опыт, считаются святыми. Однако жизнеописания святых зачастую противоречивы, в частности в фундаментальных представлениях о высших силах, контакты с которыми зафиксированы в религиозной литературе. Такие противоречия в научной литературе представляются как свидетельство определяющей роли личных социокультурных установок, а также физиологических особенностей организма в религиозно-мистическом опыте; в религиозной же литературе они становятся предметом споров, в том числе среди приверженцев одной религии. Наиболее острую реакцию вызывает сексуальный аспект религиозно-мистического опыта. Показательным примером из христианства является использование данного аспекта как одного из основных аргументов критики католической саентологии православными богословами. Так, «учителю Церкви», Терезе Авильской (XVI в.), «Христос» после многочисленных своих явлений говорит: «С этого дня ты будешь супругой Моей... Я отныне не только Творец твой, Бог, но и Супруг». Тереза признаётся: «Душу зовёт Возлюбленный таким пронзительным свистом, что нельзя этого не услышать. Этот зов действует на душу так, что она изнемогает от желания». Перед смертью она восклицает: «О Бог мой, Супруг мой, наконец-то я Тебя увижу!» Известный американский психолог Вильям Джеймс, оценивая её мистический опыт, писал: «Её представления о религии сводились, если можно так выразиться, к бесконечному любовному флирту между поклонником и его божеством». Еще одним примером является Катарина Сиенская (XIV в.). В её биографии сообщается, что в возрасте около двадцати лет ей было видение, что «её Божественный Жених, обнимая, привлекал её к Себе, но потом взял из её груди сердце, чтобы дать ей другое сердце, более похожее на Его собственное». «И смиренная девушка начала рассылать по всему свету свои послания, длинные письма, которые она диктовала с поразительной быстротой, часто по три или по четыре одновременно и по разным поводам, не сбиваясь и опережая секретарей». «В письмах Екатерины примечательно прежде всего частое и настойчивое повторение слов: “Я хочу”». «Решительные слова “я хочу” она в состоянии экстаза обращала даже ко Христу». Внимания заслуживает также канонизированная в католичестве святая Тереза из Лизьё (Тереза Маленькая, или Тереза Младенца Иисуса, XIX в.), которая, несмотря на свой юный возраст (23 года), была по просьбе французской молодёжи возведена папой Иоанном Павлом II в «учители Вселенской Церкви». В литературе часто

встречаются цитаты из её духовной автобиографии «Повесть об одной душе»: «Я неизменно храню дерзновенное упование на то, что стану великой святой». «В сердце моей Матери-Церкви я буду любовью... тогда я буду всем... и через это моя мечта осуществится!» Что это за любовь – об этом Тереза пишет откровенно: «Это было лобзание любви. Я чувствовала себя любимой и говорила: “Я люблю Тебя и вверяю Тебе себя навеки”». «Этот день принёс не обмен взглядами, а слияние, когда больше не было двух, и Тереза исчезла, словно капля воды, потерявшаяся в океанских глубинах». В богословской литературе также упоминается святая Анжела: «Дух святой всё является и является, и всё больше разжигает её тело, её сердце, её кровь. Крест Христов представляется ей брачным ложем... Наконец, Христос обнимает Анжелу рукою, которая пригвождена ко Кресту...». Профессор богословия А.И. Осипов считает эти и другие свидетельства религиозного опыта искажением христианского понимания любви. В данный конфликт современная наука может внести определенную ясность, связывая особенности подобного опыта с действием эндогенного психоактивного вещества N,N-диметилтриптамина (далее – ДМТ), что рационалистическим образом объясняет не только мистицизм, но и сексуальный аспект взаимоотношений католической святой с «божеством». Компаративный анализ описания Терезой своих переживаний и данных клинических испытаний ДМТ показывает несомненное сходство, так как эффект ДМТ предполагает не только возникновение галлюцинаций с религиозным содержанием, но и выраженную стимуляцию половой системы.

Выводы. Переживаемый мистический опыт по отношению к реальности имеет специфический характер и требует критического рассмотрения через достижения современной науки. Такие состояния изменённого сознания иллюстрируют эклектичность любого иррационального понимания сверхъестественных переживаний. Рационалистическое осмысление явлений такого порядка, в том числе их физиологических аспектов, способствует преодолению противоречий при формировании научного мировоззрения в процессе профессиональной подготовки студентов-медиков.

Гребнева П.А., Сулова В.С.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ О СВОИХ ПРАВАХ ПРИ
ОФОРМЛЕНИИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО
СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель: ст.преподаватель Урванцева С.О.

Цель работы. Оценить уровень информированности несовершеннолетних детей о своих правах при оформлении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказе от него, а также о юридических последствиях совершаемых действий.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ и систематизация нормативно правовых актов, обзор судебной практики. Проведение анкетирования (онлайн опрос), в котором приняли участие 140 несовершеннолетних детей в возрасте 15-17 лет, учащиеся 9-11 классов общеобразовательных школ г. Кирова.

Результаты. Более 80% опрошенных несовершеннолетних старше 15 лет знают о своем праве самостоятельно подписывать информированное добровольное согласие, но самостоятельно его подписывали лишь 46% респондентов. 86% респондентов знают, что информированное добровольное согласие - это обязательное условие для медицинского вмешательства, но всего 36% интересовались его содержанием. Более 70% респондентов, не знают своего права на получение информации, связанной с медицинским вмешательством до подписания информированного добровольного согласия, правом задавать вопросы и получить необходимую информацию о своем здоровье и факторах, влияющих на него, а в соответствии с действующим законодательством, а информация без воли пациента не предоставляется; около 50% несовершеннолетних знает о праве отказа от медицинского вмешательства, но последствия такого отказа известны лишь 47% опрошенных. По результатам анкетирования установлен средний уровень осведомленности респондентов о своих правах при оформлении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказе от него, а также о последствиях совершаемых действий.

Выводы. Проведенное исследование подтвердило существующую юридическую коллизию, в современном законодательстве в сфере охраны здоровья несовершеннолетних детей на данный момент существуют противоречия, которые требуют урегулирования на государственном уровне; Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, данное несовершеннолетним в письменной форме, может быть использовано в качестве подтверждения правомерности действий медицинских работников. Таким образом, подписывая информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказываясь от него, несовершеннолетний должен понимать значение своих юридических действий и их последствия. В сложившейся ситуации, актуален вопрос о повышении правовой грамотности несовершеннолетних детей, их четкой психологической мотивации к формированию здорового образа жизни, возможности в

полном объеме реализовывать свои права в сфере охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи.

Гусева Е.А.

ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлова М.В.

Цель работы. Выявить наиболее эффективные механизмы решения проблемы доступности медицинских услуг в РФ и в Кировской области в частности.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ обращений граждан в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и в министерство здравоохранения Кировской области за 2018 и 2019 гг. А также анализ программ Правительства РФ и Правительства Кировской области предусматривающих мероприятия по улучшению качества медицинских услуг, их доступности.

Результаты. Наиболее часто заявители обращались в Росздравнадзор по вопросу ненадлежащего качества медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, находящихся в ведомстве субъекта Российской Федерации – 72,1%, федеральных медицинских организаций 7,4% обращений, в 17,3% обращений содержались жалобы на частные медицинские организации, 3,2% обращений поступило с жалобами на ведомственные медицинские организации. Именно доступность медицинских услуг выступает одним из главных элементов содержания принципа социальной справедливости. Об этом свидетельствует и тот факт, что Президент России выступил с поддержкой озвученного ранее предложения о закреплении в Конституции доступности медицинской помощи для граждан, которую должны обеспечивать в рамках своей компетенции местные органы власти. Президент Национальной медицинской палаты, глава НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль, выступая с докладом, отметил, важность одобренных в рамках рабочей группы поправок, которые выстраивают вертикаль управления здравоохранением в стране. Эти поправки наряду с увеличением финансирования здравоохранения, решением кадровой проблемы, углублением материально-технической базы и революцией в первичном звене позволят в недалеком будущем российскому народу реально почувствовать улучшение здравоохранения. Как решается эта проблема в Кировской области? За последние два года в Кировской области были открыты 12 фельдшерских здравпунктов и 7 фельдшерско-акушерских

пунктов. Все они оснащены современным оборудованием и мебелью в соответствии со стандартами и подключены к единой комплексной медицинской информационной системе. В 2020 году в рамках национального проекта «Здравоохранение» запланировано приобретение 7 модульных фельдшерских пунктов и 2 врачебных амбулаторий в 9 районах области. Конечно необходимо открывать новые ФАПы, привлекать волонтеров-медиков, создавать Центры здоровья. В регионе продолжается работа по организации мобильной медицинской помощи жителям малых населенных пунктов. В 2019 году центральные районные больницы, а также медучреждения города Кирова получили 15 передвижных мобильных комплексов для проведения флюорографии, маммографии, оказания стоматологической помощи и профилактической работы. Кроме того, в рамках национального проекта «Демография» в центральные районные больницы и в Кировский клинично-диагностический центр переданы 34 автомобиля для доставки пациентов старше 65 лет в медицинские учреждения для диспансеризации и обследований. С начала года машины, полученные по федеральному проекту «Старшее поколение», совершили свыше 750 выездов, благодаря чему медицинскую помощь смогли получить более 4300 пожилых жителей области. Одна из нерешенных проблем – это обеспечение медицинских учреждений региона квалифицированными кадрами. На сегодняшний день по договору о целевом обучении в Кировском ГМУ на разных курсах обучаются более 700 будущих врачей, свыше 140 выпускников проходят подготовку по программам ординатуры. Все они в ближайшие годы придут работать в медицинские организации региона. Параллельно в рамках программы развития первичной медико-санитарной помощи продолжается работа по укреплению материально-технической базы медучреждений Кировской области. Программа включает в себя закупку современного оборудования, создание комфортных условий для работы специалистов и посещения пациентов, а также внедрения бережливых технологий.

Выводы. Особым показателем результативности проводимой работы по соблюдению прав граждан в рассматриваемой сфере, а также показателем качества медицинской помощи являются обращения граждан. Их анализ способствует выявлению негативных факторов в работе медицинских организаций, аптек, производителей медицинских изделий в субъектах РФ и принятию мер, направленных на повышение качества предоставления и доступности медицинской помощи, на обеспечение ее безопасности. Высокие показатели обращаемости граждан в соответствующие органы свидетельствуют в том числе о неэффективности работы органов управления здравоохранением в части организации оказания медицинской помощи населению, соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения их бесплатной

медицинской помощью в рамках государственных гарантий. Внимательное рассмотрение обращений и анализ поступающих жалоб является одним из основных направлений деятельности Росздравнадзора в сфере защиты и восстановления нарушенных прав граждан. Для оперативного оказания помощи гражданам действует справочная служба Росздравнадзора, "горячая линия" по вопросам лекарственного обеспечения, электронная почта, функционирует официальный сайт Росздравнадзора, на котором имеются разделы "обращения граждан" и "приемная руководителя", на которых гражданам предоставлена возможность направлять обращения в режиме "on-line".

Коледаева А.К.

ОЦЕНКА ПРАВОМЕРНОСТИ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИДЕО- И АУДИОСЪЁМКИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель: ст. преподаватель Урванцева С.О.

Цель работы. Выявить какие правовые нормы дают основания для видеосъемки во врачебных кабинетах и какие процедуры надо соблюсти, чтобы избежать претензий со стороны персонала, пациентов и проверяющих органов.

Материалы и методы. Анализ и систематизация действующих нормативно правовых актов РФ: Конституция РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральный закон "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" от 27.07.2006 N 149-ФЗ, Федеральный закон "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ. Также было проведено анкетирование следующих респондентов: действующие врачи различных специализаций, студенты медицинских университетов, граждане РФ (потенциальные пациенты медицинских учреждений), общее количество 60 человек.

Результаты. В итоге проведения анкетирования среди врачей, студентов медицинских университетов и граждан (пациентов клиник и медицинских организаций) в количестве 60 человек было выявлено, что примерно половина опрошенных считает проведение съемки пациентом в кабинете врача вполне реальной возможностью. Данное мнение в основном принадлежит обычным гражданам и связано с их желанием защитить себя от неправомерных действий врача. В среднем 70% опрошенных убеждены в том, что в кабинете врача камера обязана быть, и считают это законным. Они также считают, что наличие видеオフィксирующего устройства на приеме поможет сохранить им собственную безопасность, данное мнение принадлежит как пациентам,

так и врачам. Однако несмотря на это треть исследуемых отмечает, что перед камерами будет испытывать определенное неудобство, а половина, что данное обстоятельство будет нарушать их личную неприкосновенность. В данном случае для каждого человека стоит выбор между собственным стеснением и гарантией безопасности и качества приема. Стоит отметить, что 10% опрошенных хоть раз в жизни снимали действия врача. Это доказывает опасения граждан за собственную жизнь и здоровье и подтверждает необходимость установки видеозаписывающих устройств в медицинских организациях. Также важным является то, что мнения людей разделяются по каждому вопросу, поэтому необходимо предупреждать о наличии видеонаблюдения, а также получать письменное согласие на съемку, как пациента, так и врача.

Выводы. Таким образом, правомерной является установка видео- и аудиозаписывающих устройств с целью поддержания качества предоставляемых услуг и обеспечения пациентам гарантий безопасности. Однако в помещениях, оборудованных такими устройствами, должно быть объявление о проведении видеосъемки. Само изображение не должно передавать личных (биометрических) данных пациента. Пациент также имеет право производить съемку действий врача, также, не регистрируя его личных данных (ФИО на бейдже, голос, лицо) в целях собственной безопасности и контроля, производимых над ним манипуляций, если видео съемка не препятствует медицинскому вмешательству. Соответственно, по нашему мнению, видео- и аудиозапись медицинских работников будет являться обработкой их биометрических персональных данных, которая возможна исключительно с согласия медицинских работников. Распространять данное видео и использовать его в учебных целях гражданин имеет право только с письменного разрешения врача.

Коротков Н.В.

НАУЧНЫЙ СТЭНД-АП КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДАГОГИКЕ

Вятский государственный университет

Факультет педагогики и психологии ПЛМ-1701-51-00

Научный руководитель: к.псих.н., доцент Кириллова Е.П.

Цель работы. Оценить перспективность «научного стэнд-апа» в качестве модели педагогического взаимодействия.

Материалы и методы. Общенаучные методы анализа и синтеза, контент- и дискурс-анализ. Результаты. Научный стэнд-ап («Science Stand-up») – получивший широкое распространение в 2010-х годах формат научно-популярных выступлений («поединков»), в ходе которых ученый должен за 5-7 минут раскрыть суть своей собственной научной

разработки для неподготовленной аудитории, причем, победитель выбирается не компетентным жюри, а с помощью шумомера. Наряду с социальной оценкой техники («Technology Assessment») научный стэнд-ап служит ярким примером мировой тенденции по «демократизации» науки, способствует замещению в массовом сознании образов «сумасшедшего ученого», «ботана», «яйцеголового» и тому подобных более привлекательным, позитивным образом ученого. В то же время научный стэнд-ап задаёт определенный методологический и методический ориентир и для преподавателей, в связи с чем возникает вопрос: есть ли предел, до которого можно увеличивать развлекательный элемент в процессе овладения новыми знаниями и навыками? Представляется, что научная и учебная деятельность (как и любой процесс саморазвития) с необходимостью должны включать в себя «рутинную» составляющую, ибо достижение значимых результатов предполагает постоянную самодисциплину и «увеличение нагрузок». Здесь можно, в частности, сослаться на многочисленные шаолиньские притчи про «путь воина», в которых обучение новичка начинается с выполнения им рутинных обязанностей (принести воды, подмести пол), которые позже оказываются важными элементами техники боя. С другой стороны, чувство юмора и умение импровизировать тоже являются неотъемлемой частью образовательного процесса, позволяя преподавателю не превратиться, скажем, в «утюжок», который сглаживает в студентах всё, что «топорщится», не укладывается в заданные рамки. Или в «репродуктор», озвучивающий чужие идеи (либо свои собственные, но давно «заезженные»). И в этом смысле участие, время от времени, в научных стэнд-апах способно обеспечить преподавателю тот самый взгляд со стороны, который необходим, чтобы вовремя увидеть, не происходит ли с ним опасной метаморфозы.

Выводы. Научный стэнд-ап, способствуя «очеловечиванию» образа ученого в массовом сознании, вместе с тем не должен стать типовой моделью проведения учебных занятий.

Костоломова А.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к. ф. н, доцент, Михайлов А.Е.

Цель работы. Выявить основные проблемы, связанные с внедрением телемедицины, и возможности их решения. Дать оценку позитивным и негативным эффектам внедрения телемедицины.

Материалы и методы. Изучена научная литература по телемедицине с использованием методов анализа, компаративистики и обобщения.

Результаты. Использование телемедицины способствует повышению качества оказания медицинской помощи населению на местах с привлечением для консультаций и контроля специалистов высокого уровня из ведущих медицинских центров. В настоящее время потребность в такого рода услугах огромная. Но решение этой задачи тормозится тем, что Интернет остаётся недоступным для значительной части населения во многих регионах страны. Прежде всего, это объясняется тем, что на обширной провинциальной территории России сегодня более 80 тысяч сел с населением менее 100 человек. Главные проблемы, связанные с растущим использованием телемедицины, возникают не столько при взаимодействии медицинских работников между собой (включая врачей, медсестер, фельдшеров и других), сколько в отношениях медицинских работников и пациентов. С внедрением инновационных технологий в телемедицине, наряду с положительными эффектами, открываются возможности для появления в этой сфере маскирующихся под медицину технологий манипулирования сознанием пациентов с коммерческими целями. Рост интернет-мошенничества объясняется заинтересованностью в пациентах как в клиентах, а также психологией пожилых людей и наивностью жителей сельской местности, как наиболее частых пользователей услугами телемедицины. Также возрос поток обращений пациентов к псевдо-врачам, не имеющим медицинского образования. Учащаются случаи самолечения, происходит снижение контроля за лечением вне стационара. Страховые компании уже начали продажи полисов ДМС, включающие телемедицинские услуги, однако агрегаторы называют свои услуги информационными, а не медицинскими, чтобы избежать жесткого регулирования в этой сфере деятельности. Определенные вопросы правового регулирования телемедицины остаются нерешенными, порождая множество коллизий. Например, таких, как: вопрос ответственности консультирующих врачей, порядка оплаты, достоверности и полноты информации по состоянию здоровья лица, принимающего консультацию и др. Также существует проблема включения телемедицины в ОМС, и проблема идентификации пациента и врача, особенно если врач проводит консультацию не из лечебного учреждения.

Выводы. Коммерциализация телемедицины привела к распространению псевдо-медиков, торгующих в интернете плацебо, БАДами, а иногда и попросту вредными веществами. Для повышения безопасности, как врачей, так и пациентов, необходимо совершенствовать законодательство и правоприменительную практику в данной отрасли.

Лебедева Т.В.

ЗАЩИТА ЧЕСТИ И ДОСТОИНСТВА ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ ВРАЧА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлова М.В.

Цель работы. Проанализировать механизм защиты чести и достоинства, деловой репутации врача.

Материалы и методы. Основу исследования составили анализ судебной практики и «дело врачей» - это историческое название нашумевшего уголовного дела против нескольких известных врачей Советского Союза, которые официально были обвинены в заговоре против правительства и убийстве некоторых политических лидеров. Впоследствии была дана оценка этому сфабрикованному делу. Почему оно вызвало интерес? Можно ли провести аналогию с современной ситуацией, касающейся призывов ужесточить ответственность врачей за врачебные ошибки. Общественный резонанс получили дело Элины Сушкевич и дело Елены Мисюриной. По данным Следственного комитета Российской Федерации, в 2016 году против медицинских работников было возбуждено 878 уголовных дел. В 2017-м – 1791, а в 2018-м – 2229. Увеличилось и количество жалоб и обращений, связанных с врачебными ошибками. В 2017 году их было около 4,9 тыс., а в 2018-м – 6,6 тыс. В связи со сложившейся ситуацией Следственный комитет предложил пополнить Уголовный кодекс двумя новыми статьями: ст.124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и ст.124.2 «Соккрытие ненадлежащего оказания медицинской помощи (медицинской услуги)», которая касается случаев фальсификации медицинскими работниками документации или подмены или уничтожения биологических материалов. 31 октября 2019 года Президент Владимир Путин подтвердил намерение ужесточить наказание для медработников, которые допускают ошибки при лечении пациентов.

Результаты. В настоящее время значительно увеличилось число случаев умаления чести и достоинства медицинских работников. При этом в подавляющем большинстве подобных ситуаций медицинские работники не пытаются реализовывать свои права на защиту чести, достоинства и профессиональной репутации, что связано с низким уровнем правовой грамотности и нежеланием тратить время на подобного рода разбирательства. Это грозит значительным снижением уважения со стороны общества к медицинским работникам, разочарованием в собственной профессии, ростом конфликтных ситуаций в системе «врач – пациент». Когда в Интернете публикуется очередная новость о враче - убийце, она довольно быстро распространяется по

другим информационным ресурсам. Соответственно, если медицинский работник инициирует процесс о защите чести и достоинства, он вправе требовать от всех СМИ опровержения этих сведений. Кроме того, каждый гражданин имеет право наряду с опровержением таких сведений требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, причиненных их распространением. Как врачу защититься от клеветы? Защититься от клеветы можно тремя основными способами: сбор доказательств; подача заявления в прокуратуру; подача заявления в суд. При подаче заявления в суд необходимо: в исковом заявлении подробно отразить все обстоятельства и факты; приложить к исковому заявлению доказательства распространения клеветнических сведений; начать сбор доказательств того, что распространенные сведения являются клеветой.

Выводы. Для решения вопроса защиты чести и деловой репутации медицинских работников необходимо создавать независимые врачебные сообщества, которые проводили бы независимую медицинскую экспертизу, заключение которой делали бы специалисты, не включенные в вертикаль власти по ведомству здравоохранения, а также это помогло бы преодолеть клановую солидарность. Нужно создать систему страхования врачебных ошибок.

Новосёлов Д.С.

ПОНИМАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В АНТИЧНОЙ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к. ф. н., доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Раскрыть основные подходы в трактовке здорового образа жизни в истории античной философии и медицины.

Материалы и методы. Исходным материалом для исследования стали тексты античных философов и сохранившиеся сведения об их взглядах. Прежде всего, это: Пифагор, Демокрит, Платон (Сократ), Аристотель. Также при раскрытии темы были использованы некоторые книги из «Корпуса» Гиппократов. Основные методы: сравнительный анализ, синтез, систематизация и обобщение.

Результаты. В истории древнего общества медицина развивалась из магическо-религиозной практики и верований, а также из атлетики и гадания. В общественной жизни греческих городов-государств важная роль отводилась атлету, тренировки которого предполагали соблюдение диеты. Важной фигурой был и жрец, который приносил жертву и, рассматривая внутренности животного, предсказывал будущее. В древнегреческом обществе очень внимательно относились к вопросам диеты, режиму, упражнениям, к записи историй болезней и

симптоматики. Всё это нашло отражение в нескольких десятках текстов «Корпуса» Гиппократов. Авл Корнелий Цельс во вступлении к своей работе «О медицине» указывал на то, что «многие из учителей философии были сведущими во врачебном деле», а самыми известными из них были Пифагор, Эмпедокл и Демокрит. Уже в космологии Гераклита мерами вспыхивающий и мерами потухающий огонь подчиняется Логосу, так же и человек должен организовать свою жизнь в соответствии с разумом. Пифагором был разработан ряд рекомендаций, обеспечивающих сохранение здоровья. Согласно Демокриту, медицина исцеляет болезни тела, душу же от страданий освобождает мудрость. Подлинной целью, по его мнению, может быть только благое состояние духа, когда душа пребывает в спокойствии и равновесии, без каких-либо страхов, суеверий и переживаний. В философии Сократа и Платона приоритетным становится подход, когда самопознание направлено на духовно-нравственное совершенствование. Богаденствие и счастье, согласно Аристотелю, сопутствуют тем, кто обладает добрыми нравами и разумом, а также проявляет умеренность в приобретении внешних благ. Но любое из духовных благ не только полезно, но и прекрасно. От степени причастности (или непричастности) людей к добродетели, от их образа жизни зависит разнообразие видов государств и государственных устройств. В «Корпусе» Гиппократов книга "О здоровом образе жизни" (*περὶ διαίτης ὑγιεινῆς, de diaeta (victu) salubri*) была выделена Литтре из ранее единого, но разнородного по тематике, текста "О природе человека". В ней говорится о диете для здоровых людей в различные времена года, для людей различной конституции и возраста, советы желающим похудеть или потолстеть, указания о прогулках, о купании, о гимнастических упражнениях. Гиппократ считал, что полноценное здоровье возможно только при жизни в гармонии с самим собой и природой. «Человек есть универсальная и единая часть окружающего мира, микрокосм в макрокосме». В психосоматически ориентированном подходе Гиппократов забота о здоровье предполагает сочетание физической и духовной составляющих. когда оздоровительному воздействию подлежат и тело, и душа. Получившее широкую известность изречение «Врач-философ равен богу» означает, что врач должен не только владеть специальными технико-технологическими знаниями, навыками и умениями, но и иметь широкий мировоззренческий кругозор, то есть мудрость разного рода.

Выводы. В Древней Греции формировались натурфилософские учения, которые по мере их распространения в обществе становятся рациональной теоретической основой мировоззрения. Натурфилософский рационализм способствовал вытеснению мистики и магии в медицине, которая ориентирована на выработку научного подхода в понимании здорового образа жизни. Но античная медицина не

ограничивается соматикой и включает проблематику «правильно устроенной жизни» и в отношении духа.

Осей А.Д., Миробидов Р.А.
СТАТУС ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
ГАНЫ

Кировский государственный медицинский университет.
Кафедра гуманитарных и социальных наук.
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Раскрыть механизмы регулирования традиционной медицины в здравоохранении Ганы.

Материалы и методы. В качестве материала для исследования были использованы документы Всемирной Организации Здравоохранение (ВОЗ), законодательство Ганы в сфере медицины, литература по традиционной (народной) медицине.

Результаты. Миссионеры ввели аллопатическую медицину в Гану в колониальный период. После обретения независимости в 1957 году правительство инициировало ряд медицинских проектов, пропагандирующих аллопатическую медицину в качестве официальной медицинской системы Ганы. Однако сменявшие друг друга правительства признавали как традиционную, так и комплементарную/альтернативную медицину, включая акупунктуру, гомеопатию, натуропатию, остеопатию и гидропатию. В практике традиционной медицины Ганы используются также религиозные и мистические верования. В настоящее время существует ряд ассоциаций практикующих врачей традиционной медицины. Среди них Ассоциация практикующих врачей психической и традиционной медицины Ганы, которая была образована в 1961 году. В 1999 году правительство объединило все ассоциации традиционной медицины в рамках одной зонтичной организации. Это-Ганская Федерация ассоциаций практикующих врачей традиционной медицины. В настоящее время большинство (70%) население Ганы получает медицинскую помощь исключительно в рамках традиционной медицины. Если на одного врача-аллопата приходится 12000 человек, то на врача, оказывающий помощь в соответствии с традициями народной медицины, всего 400 человек. Таким образом, традиционная медицина остаётся основным видом оказания медицинской помощи в Гане, поскольку она наиболее доступна для населения. Численность врачей в этой сфере более 100 000. Практика традиционной медицины для исключения угрожающих жизни процедур регламентируются декретом о медицине и стоматологии 1972 года и декретом о медицинских сестрах и акушерках 1972 года. Приказ о ядах 1952 года ограничивает список используемых в традиционной медицине

веществ зарегистрированными медицинскими работниками. В 1975 году был создан центр научных исследований в области фитотерапии. При этом центре есть больница в которой используется наряду с современными методами лечения и традиционная. До принятия закона о практике в области традиционной медицины правительство сотрудничало с Ганской Ассоциацией специалистов в области психологии и традиционной медицины в целях лицензирования и регистрации практикующих специалистов в области традиционной медицины и обеспечения соответствующего уровня медицинской помощи. Закон № 595 о практике в области традиционной медицины был подготовлен практикующими врачами-традиционалистами и представлен парламенту в 1999 году. Принят 23 февраля 2000 года. На основании этого закона был создан совет для регулирования практики традиционной медицины, регистрации практикующих врачей и выдачи им лицензий на практику, а также для регулирования подготовки и продажи лекарственных средств растительного происхождения. Закон определяет традиционную медицину как "практика на основе убеждения и идей, которые признаны сообществом для оказания медицинской помощи с помощью трав и других природных веществ" и препаратов, содержащих в качестве активных ингредиентов надземные или подземные части растений или другие растительные материалы или комбинацию из них". В законе выделены 4 части: Часть I касается совета по практике традиционной медицины, включая его создание; функции; членский состав; срок полномочий членов; совещания; назначение таких комитетов, как финансовые вопросы, общие цели, научные исследования, профессиональная подготовка, этика и профессиональные стандарты; предоставление надбавок членам; и создание региональных и районных отделений. Часть II охватывает регистрацию традиционных медицинских работников. Статья 9 гласит, что никто не может управлять или владеть практикой или производить фитопрепараты для продажи, если он не зарегистрирован в соответствии с настоящим законом. Квалификационные требования для регистрации приведены в пункте 10. Статья 11 предусматривает временную регистрацию иностранцев, которые имеют разрешение на работу, удовлетворяют требованиям для регистрации в соответствии с настоящим законом и имеют хорошее рабочее знание английского или ганского языка. В остальной части части II рассматриваются вопросы, касающиеся возобновления свидетельства о регистрации, приостановления регистрации практикующих врачей, отмены регистрации и представительства в совете. В статье 13 предусматривается, что министр здравоохранения по рекомендации совета в консультации с признанными ассоциациями практикующих врачей традиционной медицины может регулировать титулы, используемые практикующими врачами традиционной медицины, исходя

из видов оказываемых услуг и квалификации практикующих врачей. Часть III охватывает вопросы, касающиеся лицензирования практики: обязательное лицензирование; способ применения и условия лицензирования; выдача и возобновление лицензий; приобретение и предъявление лицензий; владение и осуществление практики иностранным практикующим специалистом; отзыв, приостановление и отказ в возобновлении лицензии и представления в совет потерпевшими лицами; полномочия на въезд и инспектирование уполномоченного инспектора; и уведомление коронера о смерти. Часть IV касается персонала для совета по практике традиционной медицины, а также финансовых и других положений, таких как назначение регистратора, положение о реестре практикующих врачей традиционной медицины, правонарушения и правила. Статья 41 категорически гласит, что этот закон не должен отступать от положений Закона о совете по продовольствию и лекарственным средствам PNDCL 305B. Министерство в сотрудничестве с Ганской федерацией ассоциаций практикующих врачей традиционной медицины и другими заинтересованными сторонами разрабатывает стратегические мероприятия традиционной медицины.

Выводы. В Гане идёт процесс интеграции традиционной (народной) медицины. Местные руководители наделены полномочиями разрешать практику традиционной медицины в своих административных и/или медицинских подразделениях. С 2000 года в Гане третья неделя марта объявлена неделей традиционной медицины.

Петрова В.Н.

ПРОБЛЕМА ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШИХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель: ст. преподаватель Урванцева С.О.

Цель работы. Изучить положения нормативных актов в области здравоохранения, проанализировать их и выделить отдельные положения таких нормативных актов, которые дают основание сотрудникам медицинских учреждений не выдавать документы родственникам умершего, а также определить положения этих нормативных актов, на которые могут ссылаться граждане РФ в случае, если столкнуться с данной ситуацией. Материалы и методы. Основу для исследования составили исследование отдельные положения действующих НПА в области здравоохранения и судебных актов: Конституция РФ, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Конституционного суда РФ от 13 января 2020 г. N 1-П,

Решение Ленинского районного суда города Кирова от 14 июня 2017 года, Определение судебной коллегии по гражданским делам Кировского областного суда от 8 ноября 2017 года (все решения, постановление и определение в отношении гражданки Р.Д. Свечниковой), Решение Железногорского городского суда Курской области от 21 мая 2014 года № М-759/2014. Было проведен опрос действующих врачей, преподавателей и студентов медицинского и юридического университета.

Результаты. В результате опроса действующих врачей, преподавателей и студентов медицинского и юридического университета (40 человек) более половины опрошенных считают, что все граждане имеют право требовать у сотрудников медицинских учреждений документы, связанные с лечением, диагнозом и т.д. Такой точки зрения придерживаются не только граждане определенной группы, а все в различных долях. Большая часть респондентов считает, что медицинские документы должны выдаваться гражданам в обязательном порядке по их требованию, но в тоже время, 80% опрошенных никогда не сталкивались с данной проблемой. Это связано с тем, что многим лечение и диагноз ставятся правильные и у них нет смысла просить свои документы и документы умерших родственников. 50% опрошенных ответили, что сотрудников медицинских учреждений не следует подвергать какой-либо ответственности за не выдачу медицинских документов. Справедливо будет отметить, что более 28% не знакомы с законодательством в данной сфере. Но, так как среди опрошенных были студенты юридического университета и действующие врачи, они знакомы с законодательством в данной сфере и отвечают, что врачей за отказ в выдаче документов следует привлекать либо к административной, либо уголовной ответственности.

Выводы. Таким образом, проведя анализ действующего законодательства можно отметить, что законодательство в сфере выдачи медицинских документов родственникам умерших не совершенно. Возникают судебные прецеденты по данному вопросу и их следствием является возникновение коллизии правовых норм, а именно разногласия между отдельными положениями Конституции РФ и отдельными положениями ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Считаю верным согласится с Определением Конституционного суда РФ от 13 января 2020 г. № 1-П, именно с тем, что законодателю следует урегулировать данные отношения и внести поправки в ФЗ №323, чтобы гражданам были более ясны их права в области получения медицинских документов. Также на основании опроса следует сделать вывод о том, что Министерству здравоохранения, медицинским учреждениям следует провести более глубокое информирование граждан в области медицинского законодательства.

Позднякова А.С.
ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ВЯТСКОЙ ГУБЕРНИИ К СОВЕТСКО-
ПОЛЬСКОЙ ВОЙНЕ 1920 Г

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных и социальных наук
Научный руководитель: к.и.н. Позднякова А.С.

Цель работы. Изучить отношение жителей Вятской губернии к Советско-польской войне 1920 г.

Материалы и методы. В исследовании использовались архивные материалы фонда Вятского губернского революционного трибунала Центрального государственного архива Кировской области, а также литературные источники. Применялись историко-сравнительный, историко-генетический методы.

Результаты. Вятская губерния в 1918-1919 гг. была фронтовой и прифронтовой зоной: здесь развернулась борьба со степановскими бандами, восстаниями в Ижевске, Нолинске, Яранске. 1919 год был ознаменован боями с А.В. Колчаком, сама Вятка в апреле 1919 г. готовилась к эвакуации. В 1920 г. Вятка входила без военных действий. Казалось бы, тяжелые времена отступили, но население губернии к 1920 г. находилось в бедственном положении: начался подъем заболеваемости сыпным тифом, крестьянство было возмущено бесконечными нарядами, мобилизациями, разверсткой, жители губернского города страдали от антисанитарии, «уплотнений». Весной 1920 г. обострились советско-польские отношения, было объявлено о начале войны с Польшей. По всей стране периодическая печать была полна восторженных призывов к борьбе с «польскими панами». Каким образом жители Вятской губернии относились к данному событию? Участие в Первой мировой войне, вслед за ней в Гражданской войне привело к усталости всего населения от военных действий. В представлении солдат именно коммунисты выступали зачинщиками войны. К примеру, красноармеец Иванов, проезжая по железной дороге в апреле 1920 г., завел разговоры о Советах. Он высказал свои мысли, что «коммунисты на фронте сдаются первыми, остальные окапываются в тылу...хулиганы и взяточники», а «вожди Ленин, Троцкий и Зиновьев вообще не идейные». В октябре 1920 г. красноармеец Ф.П. Куимов, возвращаясь домой с фронта в отпуск, в разговоре с другими красноармейцами делился своими планами, что он будет дезертировать, «пусть воюют коммунисты, поступлю в банду дезертиров». Подобные антивоенные мысли высказывали не только простые красноармейцы, но и командиры. Леонтий Агафонович Вершинин, командир маршевого батальона при местном караульном батальоне Вятки в письмах другу писал, что «от войны никуда не

уйдешь, через две недели еду добивать панов и Врангеля, а воевать не хочется». Неудивительно, что пик дезертирства в Вятской губернии пришелся на 1920 г. Против войны выступали не только солдаты. К примеру, в июне 1920 г. рабочий П.С. Рублев Долгушинского завода на собрании заявил, что «Долой войну, ее затеяли коммунисты, пусть сами и воюют». Негативно воспринимали начало советско-польской войны и рабочие, которые были призваны на фронт. Василий Федорович Бояринцев, 28 лет, рабочий Омутнинского завода перед непосредственной отправкой на фронт зашел в продовольственный отдел за пайком на две недели. Когда ему выдали паек всего на три дня, он начал ругать советскую власть и заявил, что «войну затеяли коммунисты, пусть сами и воюют». Сам же В.Ф. Бояринцев решил, что создаст партию человек 50 и перейдет в плен к Польше. Деревенские жители также были против продолжения Гражданской войны. В день раненого красноармейца 15 мая 1920 г. в деревне Лобки Орловского уезда крестьянин Александр Иванович Савиных открыто кричал на собрании: «Их (красноармейцев) надо заморить в окопах с голоду, чтобы они бросили воевать, на них только и жертвуй». Среди жителей губернии были и поляки. Машинист водокачки Иосиф Михайлович Матецкий еще в конце января 1920 г. среди рабочих повторял, что «русские – дураки...вам нужна только плетка». Сам Матецкий планировал уехать в Польшу. Инвалид Первой мировой войны поляк Иван Устинович Янковский, 24 лет, весной 1920 г. среди жителей дома говорил, что если бы он был сейчас в Польше, то «даже безрукий пошел бы воевать против власти жидов, защищать польских панов и шляхтов». Поляк Ипполит Феликсович Куликовский, 38 лет, организатор дровяных работ в Котельническом уезде за контрреволюционные разговоры по приговору революционного трибунала от 30 апреля 1920 г. был изгнан в Польшу. Дело в том, что в марте 1920 г. он рассказывал в Котельнице, что рабочие в Петрограде избили Зиновьева, затем произвели у него обыск и нашли в его квартире пуд бриллиантов. Дело И.Ф. Куликовского было напечатано в «Вятской правде».

Выводы. Население Вятской губернии негативно высказывалось о войне с Польшей, что связано с усталостью населения от непрерывных боевых действий (с 1914г.), а также тяжелым продовольственным положением в губернии, всплеском эпидемий в регионе, появлением дезертирских банд.

Родыгина С. М., Цуркан Ю.А.
ОЦЕНКА УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ УРОВНЯ КУЛЬТУРЫ
МЕЖНАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ВЫСШИХ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. КИРОВА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫБОРОЧНОГО
СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гуманитарных и социальных наук
Научный руководитель: к.и.н., доцент Сахарова Л.Г., Сахаров В.А.

Цель работы. Осуществить оценку уровня сформированности культуры межнационального общения у обучающихся младших курсов высших учебных заведений г. Кирова и выработать рекомендации по ее развитию.

Материалы и методы. Методы исследования -выборочное анкетирование используется с целью выявления данных, характеризующих уровень сформированности культуры межнационального общения у обучающихся младших курсов вузов г. Кирова; -выборочное интервьюирование потребовалось с целью выявления данных, характеризующих уровень сформированности культуры межнационального общения у обучающихся младших курсов вузов г. Кирова, анкетирования и наиболее эффективных (интересных) форм ее развития у молодежи; - математический анализ используется для обобщения полученных данных анкетирования; - комплексный анализ проблемы необходим с целью изучения литературы по теме и содержания сайтов образовательных учреждений, подтверждения гипотезы и формулирования выводов. В исследовании приняло участие 289 человек в возрасте от 18 до 20 лет, обучающихся в 3 вузах г. Кирова (ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Кировская государственная сельскохозяйственная академия»).

Результаты.

1) На современном этапе развития общества под культурой межнационального общения понимается совокупность специальных знаний и умений, а также адекватных им поступков и действий, проявляющихся в межличностных контактах и взаимодействии представителей различных этнических общностей и позволяющих быстро и безболезненно достигать взаимопонимания и согласия в общих интересах.

2) На 2019 г. у обучающихся вузов и студентов ссузов г. Кирова преобладает средний электоральной культуры. Высокий уровень характерен для 21% обучающихся вузов. В связи с этим требуется усиление внимание к проблеме повышения уровня культуры

межнационального общения у молодежи со стороны образовательных учреждений, учреждений дополнительного образования, семьи, СМИ, развития специальных программ повышения культуры межнационального общения и других информационных ресурсов.

3) Развитая культура межнационального общения у молодежи г. Кирова будет способствовать укреплению социальной стабильности, развитию культурного потенциала региона.

4) По мнению обучающейся молодежи г. Кирова наиболее интересными и приемлемыми для них формами развития культуры межнационального общения наряду с изучением специальных дисциплин, является участие в фестивалях национальных культур, конкурсах национальной кухни, использование информационных ресурсов (специальных сайтов, блогов), расширение возможности участия в научно-практических конференциях, симпозиумах, семинарах, флэшмобах.

5) Интеграции ресурсов образовательных учреждений, семьи, учреждений дополнительного образования, рост молодежных массовых мероприятий, направленных на развитие культуры межнационального общения.

Сапожникова М.Д.

ИДЕЯ СВЕРХЧЕЛОВЕКА ФРИДРИХА НИЦШЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: ст.преподаватель Трапезников М.В.

Цель работы. Узнать основные идеи философии Фридриха Ницше.

Материалы и методы. Основу исследования составило исследование литературы о образе сверхчеловека.

Результаты. Главная цель стремлений человека — жизнь. Жизнь является космичной и биологичной: она воля к власти как принцип мирового бытия и «вечного возвращения». Воля к жизни обязана проявить себя в битве за власть и превосходство, за становление нового человека. По Ницше человек мимолетен, он «в своей основе есть нечто ошибочное». Нужно создать подлинного, нового человека — «сверхчеловека», который давал бы цель, был бы победителем «бытия и ничто» и являлся бы честным, в первую очередь перед самим собой. Поэтому в произведении «Так говорил Заратустра» Ницше ввел образ сверхчеловека. Сверхчеловек превосходит обычного человека настолько, что он выходит за рамки человеческого и фактически образует новый биологический тип. Он стоит над понятиями добра и зла, самостоятельно определяя моральные правила.

Выводы. По мнению Ницше, место умершего Бога займет сверхчеловек. «Человек – это канат, протянутый между животными и сверхчеловеком».

Сахаров Р.В., Жукова Е.Д.

ГОРОДА-ПОБРАТИМЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ
(НА ПРИМЕРЕ СОТРУДНИЧЕСТВА КИРОВА (КИРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ)
И ЛЕНИНГРАДА В ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И
ОТДЫХА ЭВАКУИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ-БЛОКАДНИКОВ)

Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина

Кафедра социально-культурного сервиса и туризма

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: Олифир Д. И., Сахарова Л.Г.

Цель работы. На основе комплекса исторических источников осуществить комплексный анализ особенностей организации сотрудничества городов-побратимов, Кирова и Ленинграда, в деле организации оздоровления и отдыха эвакуированных детей-блокадников в Кировскую область в годы Великой Отечественной войны.

Материалы и методы. Методы исследования: - историко-хронологический метод, позволяющий проанализировать содержание научной литературы и документальных источников по теме; - выборочное интервьюирование потребовалось с целью выявления отношения к политике помощи эвакуированным детям в годы Великой Отечественной войны.

Результаты.

1. В городе Ленинграде и Ленинградской области проблема сохранения людского потенциала, особенно детей, с первых дней войны стояла очень остро. Тяжелейшие условия блокады обостряли проблемы снабжения продовольствием, организацию медицинского обслуживания детей и укрепления их здоровья, организацию социального контроля в условиях массовой гибели взрослого населения, а также проблему организации обучения и воспитания детей.

2. В начале 1941 года Кировская область являлась одним из самых крупных регионов РСФСР. К концу 1941 года каждый десятый житель области имел статус эвакуированного, более половины от этого числа - дети. Уже 10 июля 1941 года в Кировской области создан специальный Переселенческий отдел по эвакуации населения. Далее был создан Институт уполномоченного Управления совета по эвакуации населения в Кировской области. При Кировском областном исполнительном комитете с 10 июля 1941 года по 31 января 1942 года действовал Отдел эвакуации.

3. В первые годы войны сотни детских домов перебрасывались из прифронтовых районов в тыл РСФСР. Для эвакуации детей создавались новые детские дома. Для сирот, детей фронтовиков открывались «специальные» детские дома. В 1942 году в Кировской области проживало 28 844 эвакуированных ленинградских детей, главным образом жителей Ленинграда. В области насчитывалось 243 эвакуированных ленинградских детских учреждения, в том числе 38 детских домов (11 для ленинградских детей).

4. Все прибывшие детские организации прикреплялись к лечебно-профилактическим учреждениям для проведения медицинских осмотров и оказания медицинской помощи. Для особо ослабленных детей практиковалось лечение в санатории. В 1943 году почти треть детей – ленинградцев (6300) получали особые санаторные пайки. Организация жизни в детских домах и санаториях полностью была направлена на оздоровление детей, воспитание в духе здорового образа жизни: «учились, делали уроки, посещали кружки, гуляли на свежем воздухе, трудились. Просыпались в 7.30, в 21.30-22.30-готовились ко сну.»

Северюхина Л.В.

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра социальной работы

Научный руководитель: старший преподаватель Кузнецова Е.В.

Цель работы. Изучение удовлетворенности качеством и доступностью предоставления мер социальной поддержки. Актуальность изучения данного вопроса заключается в том, что на данный момент можно выделить несколько проблем с предоставлением мер социальной поддержки населению:

- бюрократизация процесса предоставления мер социальной поддержки населению;
- недоступность мер социальной поддержки для всех в ней нуждающихся граждан;
- не информированность населения о возможности получения мер социальной поддержки;
- рост затрат на предоставление различных мер социальной поддержки;
- отсутствие критериев оценки эффективности предоставления мер социальной поддержки населению и др.

Материалы и методы.

1. Теоретические методы: анализ научной литературы по теме теоретических основы предоставления мер социальной поддержки в управлении социальной защиты населения

2. Анкетирование среди получателей мер социальной поддержки и сотрудников управления. Для сбора информации использовался метод анкетного опроса, который был разработан с учетом задач, поставленных в программе исследования. Данный метод позволяет достаточно быстрее охватить необходимый массив выборки и получить более достоверные результаты. Анкетирование было проведено среди получателей мер социальной поддержки и сотрудников управления в трех отделах:

1. отдел приема и назначения мер социальной поддержки и иных социальных выплат;

2. отдел приема и назначения пособий гражданам, имеющим детей;

3. Нововятский отдел Управления социальной защиты населения.

Результаты. Для изучения удовлетворенности качеством и доступностью предоставления мер социальной поддержки нами была разработана анкета – для граждан, получающих меры социальной поддержки, она состояла из 21 вопроса.

Выводы. Таким образом, на основе анкетирования получателей мер социальной поддержки сделать вывод, что:

- в управление основная часть граждан обращается неоднократно, т.е. пользуются мерами социальной поддержки постоянно;

- основная часть оформления мер социальной поддержки – это получение статуса малообеспеченной семьи, компенсации по ЖКУ и льготного проезда;

- более половины граждан удовлетворены доступностью условий предоставления мер социальной поддержки;

- более 70% граждан удовлетворены условиями предоставления мер социальной поддержки;

- график приема граждан удовлетворяет практически всех граждан;

- компетентностью, вежливостью и доброжелательностью персонала, а также оперативностью принятия решения вопросов удовлетворена практически вся опрашиваемая аудитория;

- на вопрос о достаточности предоставления информации практически все респонденты говорят о том, что при личном разговоре со специалистом получают ее в достаточном количестве;

- более 70% опрашиваемых на вопрос о трудностях при посещении учреждения отметили основной трудностью сбор большого количества справок, небольшое по площади помещение учреждения;

- хотя у большинства были трудности при посещении, однако, свои предложения по улучшению качества и доступности предоставления мер социальной поддержки оставила лишь пятая часть опрошенных;

- женщины почти в 3 раза чаще, чем мужчины обращаются в учреждение;
- из всех категорий чаще всего обращаются малообеспеченные семьи и пенсионеры.

Ситникова А.С.

К ВОПРОСУ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ВОЕННОПЛЕННЫМ НАПОЛЕОНОВСКОЙ АРМИИ В ВЯТСКОЙ
ГУБЕРНИИ В 1813–1814 ГГ. (НА БАЗЕ МАТЕРИАЛОВ
РЕГИОНАЛЬНОЙ ИСТОРИОГРАФИИ)

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Криушина В. А.

Цель работы. На базе региональной историографии сформулировать и охарактеризовать тематические линии изучения историко-краеведческой информации о пребывании военнопленных «Великой армии» на территории Вятской губернии и об оказании им медицинской помощи.

Материалы и методы. Комплекс опубликованных научных статей; описательный, проблемно-хронологический исторические методы исследования.

Результаты. Нами проанализированы несколько историографических материалов: научные статьи В. А. Криушиной «Региональная историография вятской жизни в эпоху Отечественной войны 1812 года (XIX–XXI вв.)», И. И. Северюхина «Из истории размещения и трудоустройства военнопленных наполеоновской армии в Вятской губернии после Отечественной войны 1812 года», Д. В. Пушкарева «Мероприятия вятской губернской администрации в отношении военнопленных наполеоновской армии в 1812–1813 гг.» [1], С. И. Гурьяновой «Документы канцелярии вятского губернатора по организации в губернии медицинского обеспечения военнопленных Великой армии (1812–1814 гг.)», диссертация Э. А. Цеглеева «Участие Вятской губернии в Отечественной и освободительных войнах 1812–1814 гг.». Представим основные тематические линии исследования вопроса об оказании медицинской помощи военнопленным наполеоновской армии, размещённым на территории Вятской губернии, оценим информативные возможности анализа этого комплекса опубликованных научных статей. Общее число военнопленных, размещённых на территории Российской империи, оценивается исследователями в интервале от 100 до 200 тысяч человек. В августе 1812 года принимали военнопленных пять губерний: Вятская, Пермская, Оренбургская, Саратовская, Астраханская. Согласно подсчётам историка

П. Н. Луппова, в Вятской губернии оказались 5851 пленных офицерских и низших чинов . Первая тематическая линия – проблема размещения военнопленных наполеоновской армии в Вятской губернии после 1812 года, изучение их численности в Вятке и уездных городах Орлов, Котельнич, Нолинск, Елабуга, Уржум, Сарапул, а также оценка уровня смертности. В ноябре 1812 г. через город Орлов прошла партия пленных количеством в 311 человек, 120 из которых были на тот момент больны либо при смерти. В рапорте от 25 ноября 1812 г. указывалось: группа насчитывала ранее 347 человек, и 36 из них по дороге умерло . Согласно рапорту от 15 декабря от Котельничского земского исправника, «через Котельнич прошла группа военнопленных в числе 206 человек. По дороге умерло 8 человек» . Э. А. Цеглеев приводит данные о смертности военнопленных в Вятской губернии: с 1812 по 1816 год умерло около 1000 солдат (примерно 20% от общего числа), что в целом ниже общероссийского показателя . Непривычные европейцам холода, общая физическая усталость, истощение привели к тому, что к 15 февраля 1813 г. из 2068 человек, прибывших в губернию, умерло 452 . Основной причиной смертей были болезни военнопленных. 16 декабря 1812 г. вышел циркуляр медицинского департамента Министерства полиции, в котором давались подробнейшие инструкции, которые губернаторы должны были передать врачебным управам. В инструкциях описывались меры по предотвращению распространения инфекции, уборке трупов, обработке помещений, меры поддержания гигиены и т. д. . Второй сюжет, освещаемый в литературе, – деятельность администрации Вятской губернии в отношении военнопленных наполеоновской армии. К изучению вопросов организации медицинского обеспечения военнопленных в Вятской губернии впервые обратилась С. И. Гурьянова. Автор исследовала проблемы, возникшие в деятельности Вятской врачебной управы. Главнокомандующий в Петербурге С. К. Вязмитинов в циркуляре от 29 августа 1812 г. распорядился заболевших пленных «отдавать для излечения в городские больницы». Управа «в декабре 1812 г. рапортовала губернатору о нехватке служителей от градских обществ для присмотра за больными пленными: в губернском центре порой было по одному служителю на 30 или по два – на 90 больных». В дальнейшем предписания из Санкт-Петербурга регулировали вопросы использования врачей в лазаретах из числа самих пленных . Помимо кадровых проблем губернские власти решали вопросы предотвращения эпидемической угрозы. В предписании от 16 декабря 1812 г. «О принятии мер к отвращению болезней» указывалось на недопустимость «близкого сообщения» между пленными и местными жителями (больных пленных следовало помещать в «особыя для занемогающих жилища»). Важнейшей мерой по нераспространению эпидемических заболеваний признавалось «глубокое зарытие или

сожжение» тел умерших военнопленных. Вятский гражданский губернатор Ф. И. фон Брадке в предписании от 30 декабря 1812 года рекомендовал губернским чиновникам и «прочим долженствующим» при входе в больницы «во отвращение прилипчивости болезни» держать во рту кусок хлеба, «обмоченного» в ореховое, коровье, конопляное или льняное масло; по выходе «на чистый воздух» хлеб следовало выбросить. Важной проблемой, которую приходилось решать губернским и уездным властям, заключалась в отсутствии помещений. Так, в уездном Орлове осенью 1812 г. в «ветхой и тесной больнице» с числом мест не более двадцати находилось до 60 человек. В лазареты из-за нехватки помещений попадали лишь наиболее тяжелые больные, а часть заболевших оставалась на квартирах. «Врачебная управа в донесениях губернатору в декабре 1812 - начале января 1813 г. неоднократно докладывала о крайней тесноте в больничных покоех. В этот период число больных военнопленных на единицу площади в лазаретах г. Вятки превышало установленную медицинскими чиновниками норму в два, а чаще в три раза. Поэтому многие размещались «на полу и под нарами»...». С материальным обеспечением лазаретов были большие трудности. В г. Вятке «...во всех занятых военнопленными больничных домах не хватало чистой соломы «для постилки», сменной одежды для больных, халатов, шинелей, сапог для выхода из помещения «по кратковременной надобности», посуды «для раздачи больным супу и квасу». На основании статьи С. И. Гурьяновой можно вычленить многие аспекты деятельности медицинского персонала, состоящего в штате Вятской врачебной управы и лазаретов. Велась статистика наиболее распространённых болезней: согласно рапортам вятской врачебной управы от 23 и 24 декабря 1812 г., «среди военнопленных имелись множественные случаи «познобления» (т.е. обморожения) рук и ног, «одержимости простудными воспалительными горячками, и другими от слабости зависящими болезнями, которые могут быть заразительными...». Поэтому врачебная управа настаивала на необходимости разделения больных по роду болезни и степени ее тяжести. В начале 1813 г. в губернской Вятке действовало четыре лазарета для военнопленных, выздоравливающих переводили до поправки в особый (пятый по счету) дом».

Выводы. В итоге всех вышеперечисленных мероприятий губернская Вятка показала уровень смертности среди военнопленных «Великой армии» 20–25%, в целом по Российской империи в 1812–1816 гг. смертность была около 2/3 от общего числа. Эти цифры красноречиво свидетельствуют о том, что в Вятской губернии ее властями и медиками были созданы все возможные условия для лечения пленных.

Спицин А.А.
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ-
МЕДИКОВ И ПРОБЛЕМА КУРЕНИЯ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Раскрыть значение формирования философии здорового образа жизни как важной составляющей в профессиональной подготовке студентов медицинских вузов. В рамках этого подхода ставится задача оценить остроту проблемы распространения среди студентов-медиков Кировского ГМУ такой вредной для здоровья привычки, как курение. Материалы и методы. В исследовании использована научная и философская литература по теме здорового образа жизни. Применялись методы анализа, компаративистики, синтеза, обобщения, социологического опроса.

Результаты. В настоящее время средний срок жизни мужчин и женщин в России существенно ниже, чем во многих государствах мира. В списке из 191 страны Россия занимает 116 строчку в списке из 191 страны. Рост продолжительности жизни обеспечивается, прежде всего, несколькими основными факторами: - повышением уровня медицины; - уменьшением детской смертности; - более комфортными условиями существования. Сохранение этой тенденции в перспективе зависит от успешности реализации соответствующих программ и социальных мер. Но необходимым условием, обеспечивающим эффективность большинства проводимых мероприятий, является забота граждан о своём здоровье. Если снижение детской смертности приближается к предельным значениям, то в этой сфере ещё много нереализованных возможностей. Курение - негативный фактор, губительно воздействующий на состояние здоровья, причем не только курильщика, но и окружающих его людей. На сегодняшний день никотин относится к разрешенному наркотику, к которому, как к героину и другим наркотикам, развивается зависимость. Проведенное исследование доказало распространение курения среди студентов медицинского вуза обоих полов. Был проведён опрос 386 студентов младших курсов (1-3 курсы) лечебного, педиатрического, а также факультетов медицинской биохимии и клинической психологии Кировского государственного медицинского университета. В целом общее количество курящих на всех факультетах составило 42 человека (10,9%). Представляет интерес динамика распределения курящих по курсам, а также факультетам. На первом курсе лечебного факультета курят 11 юношей (22,4%), а 38- не курят. Среди лиц женского пола на данном факультете (56 девушек) курящих не было. На первом курсе педиатрического среди лиц мужского

пола оказалось 5 человек курящих (33,33%) и 10 человек не курящих. Среди опрошенных лиц женского пола на первом курсе педиатрического факультета (28 человек) курящих не было. Наибольшее количество курящих оказалось на факультете медицинской биохимии: 5 мужчин (35,7%) из 14 курят. Среди лиц женского пола курящих не было. На втором курсе было опрошено меньшее количество студентов. При этом на лечебного факультете среди курящих было 4 юноши из 9 лиц мужского пола. Курящих лиц женского пола не было. На педиатрическом факультете среди мужчин было 2 человека курящих и 11 не курящих. В то же время среди лиц женского пола оказалось 3 человека курящих и 57 не курящих. Увеличение числа курящих лиц мужского пола и появление курящих среди лиц женского пола на втором курсе конечно настораживает. Аналогичная закономерность появилась на факультете медицинской биохимии. На третьем курсе лечебного факультета тенденция среди курящих лиц мужского пола сохранялась. Среди опрошенных 3 человека курили, 6 – не курили. Среди лиц женского пола (26 человек) курящих не было. На педиатрическом факультете среди опрошенных 3 юношей курили, а 19 не курили. Среди лиц женского пола: 4 девушки курили из 46 опрошенных. Подавляющая часть опрошенных начала курить в 15-17 лет. У большинства в группе курящих мужчин младших курсов курят родители. Из опрошенных 40 % никогда не пробовали курить, но часто невольно выступают в роли «пассивных курильщиков». Многие из курящих планируют избавиться от этой вредной привычкой. Причиной этому, как правило, является страх получить заболевания, риск возникновения которых возрастает у курящих (30 % и 11 % соответственно), или считают это вредным для здоровья близких и окружающих людей (50 % и 21 %). Установлено, что большинству из них никогда не отказывали в продаже табачных изделий даже в подростковом возрасте (80 % первокурсникам. Девушкам отказывали в этом чаще (50 % и 78 % соответственно). Важно отметить, что подавляющее большинство представительниц женского пола никогда не пробовали курить – 90 % и 67 %, но ежедневно (более часа в день) являются «пассивными курильщиками». Большинство курящих студентов (75 %) считают, что курение вредно для здоровья, и 25 % из них так не считают. Среди опрошенных студентов основной причиной, заставляющей курить в настоящее время, в 60 % случаев указывают – «привык, не могу бросить». Другой причиной, заставляющей их курить, 40 % опрошенных указали «нравится». Любопытство и желание расслабиться являются основными причинами, запускающими процесс привыкания к курению. Значительная часть курящих студентов в ближайшее время не считает нужным отказываться от данной привычки и пренебрегает риском для здоровья. Однако, именно причинение вреда

здоровью является наиболее частой причиной отказа от пагубной привычки.

Выводы. Формирование и распространение философии здорового образа жизни с раннего возраста - это важный превентивный фактор, который предотвращает многие заболевания и обеспечивает увеличение продолжительности и качества жизни различных групп населения страны. В этой связи, необходимым является формирование понимания значимости здорового образа жизни, как на индивидуальном, так и групповом и социальном уровнях. Для укрепления позиций здорового образа жизни в обществе представляется важным повышение значимости соответствующего целеполагания и мотивации в профессиональной среде самих медицинских работников, которые выступают в качестве «модельной группы», задающей для остального населения ориентиры в отношении к собственному здоровью. Совершенствование в этом направлении профессиональной подготовки студентов медицинских вузов также стимулирует реализацию имеющихся возможностей достижения поставленных задач. Сознательное и ответственное отношение к своему здоровью будущих врачей, включая преодоление таких вредных привычек как курение, будет не только способствовать сохранению здоровья, но и повысит имиджевый эффект.

Чучалин А.С., Суржикова Т.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ТРАКТОВКИ ОБЩЕСТВА В ФИЛОСОФИИ МИШЕЛЯ ФУКО

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных и социальных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Михайлов А.Е.

Цель работы. Выделить основные положения философии Мишеля Фуко в его трактовках общества.

Материалы и методы. В исследовании были рассмотрены работы М. Фуко «Рождение клиники», «Психиатрическая власть», научная и философская литература по данной теме. Применяли методы анализа, сравнения, обобщения.

Результаты. В современной философии особое место занимает Мишель Фуко (1926 г. - 1984 г.). Он является одним из наиболее ярких и необычных мыслителей послевоенной Европы, творчество, которого существенно определяло интеллектуальную атмосферу последних десятилетий XX века. В работе Фуко «Рождение клиники» (издано 1963 г.) рассматривается актуальность проблемы общества через призму медицины, что было определено появлением патологической анатомии, нового отношения к смерти, возникновение клиники. Это сочетание обстоятельств обнаружило единую внутреннюю направленность. Когда

на смену идее механического разделения, мертвой классификации, статического обособления, пришла идея взаимосвязи, функциональной зависимости, сцепления. Фуко показал, что рождение клиники зафиксировало фундаментальные изменения в культурном сознании, новый способ организации слов и вещей и самого рационального дискурса. На смену описательным конструкциям, пронизанным метафизическим светом, приходит всматривание в самую реальность. Рождается представление о том, что болезнь не метафизична, не выражение сущности человека, но феномен, соответствующий определенной сфере реальности, природному аспекту жизни. Происходит оформление самостоятельного научного аппарата, «дисциплинарное рождение» медицины, собственно, «рождение клиники». В лекционном курсе «Психиатрическая власть» (издано в 2003 г.) Мишель Фуко изменил свою методологию анализа общества и его прошлого. Центральным объектом генеалогического метода стала власть во всех наиболее ускользающих проявлениях. Прикоснуться к механизмам власти в понимании Фуко можно только через анализ тех структур, в которых она проявляется. Этим вызван особый интерес философа к лечебницам. Фуко говорит о той среде, в которой протекают психические болезни, а именно: об устройстве лечебницы, об обязанностях врачей-психиатров, о юридической практике, о неврологии и сексуальности. Именно через анализ этих институтов М. Фуко пытается выявить возможности, способности и проявления власти, ее влияние. Врач классической эпохи считал, что истина, доступная ему, может стать доступной и тому, кто в данный момент ею не обладает. На этой уверенности и основывалась его власть над пациентом. При этом истина понималась как обратная сторона заблуждения. Здесь власть частично еще носит характер игры, которая допускает, что у безумия есть своя истина. Но постепенно из процесса лечения изгоняется проблема истины. Происходит переход на сторону реальности. Психиатр – это тот, кто призван придать реальному принудительную силу, с помощью которой оно сможет овладеть безумием, пронизать его насквозь и уничтожить как таковое. Выводы. Из работ Фуко мы делаем вывод, что психиатрическая власть и происхождение лечебницы – это дополнительная власть, которая не связана напрямую с системой господств, но, в свою очередь, не может существовать без неё. Труды Фуко являются спорными, так как некоторые моменты являются непонятными для общества. Оно всегда интересовалось социальными темами, это затронуло и психиатрию. Безусловно, Фуко был составляющей частью середины XX века, значительно более широкого общественного контекста, также он был не первым, кто именно разрабатывал данные проблемы. Они появлялись везде и стали целями работы существенных социальных, а также общественно-политических движений. Фуко не считается

основоположником всех данных движений, он ни разу этого не утверждал. Но он ясно указал путь для очень большого числа историков и ученых, работающих над новыми темами, мало изученными территориями. Он всегда учил нас подходить с политическими вопросами к вещам, которые в то время казались «вне подозрений». Вероятно, есть некоторые сомнения по поводу характера его критики, однако действительно Мишель Фуко был поразительно новым и необыкновенным проектом.

Шехирева К.О., Минеева А.Э.
ПРАВО НА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ БЛИЗКИМ
РОДСТВЕННИКАМ ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра судебной медицины
Научный руководитель: ст. преподаватель Урванцева С.О.

Цель работы. Проанализировать нормативно-правовые акты, регулирующие порядок разглашения врачебной тайны после смерти пациента, дать оценку и пути решения данной проблемы.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ Конституции РФ, Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и других нормативно-правовых актов, а также обзор судебной практики.

Результаты. Проанализированы особенности правового регулирования врачебной тайны. Рассмотрены нормативно-правовые акты. Право на врачебную тайну вытекает из конституционно установленного права на неприкосновенность частной жизни и личную тайну (п. 1 ст. 23 Конституции РФ). Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются (п. 1 ст. 24 Конституции РФ). Неприкосновенность является объектом права как нематериальное благо, охраняемое законом. Одним из нематериальных прав, принадлежащих гражданину в силу закона, но напрямую не указанных в данной статье, является право на обладание родственными и семейными связями, как вытекающее из смысла правовых норм Семейного кодекса РФ. Закон устанавливает требование ко всем воздерживаться от посягательства на охраняемое законом благо. Подтверждает значимость возможности доступа заинтересованных лиц к медицинской документации умершего пациента для целей эффективной защиты (в том числе судебной) и практика Европейского Суда по правам человека. Он считает, что защита медицинских сведений охватывается правом на уважение частной и семейной жизни, гарантируемым статьей 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, и имеет фундаментальную важность. В ходе исследования был проведен анализ

материалов судебной практики Конституционного Суда РФ, в результате чего было выявлено, что хранение втайне от гражданина о предпринятых мерах медицинского вмешательства, в частности о диагностике, лечении, назначенных медицинских препаратах умершему родственнику не может быть оправдано необходимостью защиты врачебной тайны. Таким образом суд вправе принять решение о необходимости ознакомить заинтересованное лицо со сведениями, относящимися к истории болезни умершего пациента. Однако на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека. Также следует отметить, что доверенность, оставленная пациентом при жизни, дающая право своим родственникам на право получения его медицинской документации, прекращает свое действие после его смерти. Таким образом, мы приходим к противоречию правового регулирования врачебной тайны в Российской Федерации, провоцирующие возникновение судебных споров между родственниками пациентов и медицинскими работниками по поводу предоставления медицинской документации.

Выводы. Таким образом, важнейшей задачей государства является установление и поддержание единообразного непротиворечивого правового обеспечения врачебной тайны. В целях предотвращения таких ситуаций предложено устранить существующие противоречия на законодательном уровне посредством внесения уточнения в ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», включив в нее перечень субъектов, для которых возможно разглашение врачебной тайны. До внесения в законодательство необходимых изменений, медицинским организациям надлежит по требованию супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) умершего пациента, лиц, указанных в его информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, предоставлять им для ознакомления медицинские документы умершего пациента, с возможностью снятия своими силами копий (фотокопий), а если соответствующие медицинские документы существуют в электронной форме - предоставлять соответствующие электронные документы. При этом отказ в таком доступе может быть признан допустимым только в том случае, если при жизни пациент выразил запрет на раскрытие сведений о себе, составляющих врачебную тайну.

15. СТОМАТОЛОГИЯ

Ognjanović, R. Obradović, S. Milenković, D. Stanišić, S. Vujović,
Анисов Н.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ

Университет Крагуеваца

Факультет медицинских наук

Научный руководитель: Radmila Obradović

Цель исследования: определить и сравнить частоту, симптомы и клинические проявления заболеваний пародонта среди студентов Факультета медицинских наук, университета Крагуеваца в Сербии, и определить зависимость наличия патологии от уровня образования и осведомленности о ней.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 студентов в возрасте от 18 до 25 лет. В первую группу входили 20 студентов первого и второго годов обучения, не занимавшиеся на клинических кафедрах. Вторую группу составляли студенты 3-его, 4-ого и 5-ого годов обучения, которые занимались на клинических кафедрах как минимум 1 год. Обязательные критерии: 1) Возраст старше 18 лет; 2) Студенты локального вуза; 3) Подписано согласие на участие в исследовании. Данные о месте жительства, здоровье, стоматологическом статусе, характере питания и вредных привычках выяснялись с помощью анкеты. Уровень гигиены определялся следующими методами: 1) Десна: индекс десны; гингивальный индекс; 2) Гигиена: индекс налета и минерализованных отложений; 3) Ткани пародонта: PDI (индекс заболеваний пародонта); IRG (индекс краевой рецессии десны); Все собранные данные были обработаны в программе IBM SPSS statistics 20 версии, используя методы описательной статистики и регрессивного анализа.

Результаты. Социально-демографический фактор наравне с уровнем образования определял более частое использование межзубных ёршиков. Анализ индексов гигиены показал, что у студентов старших курсов уровень гигиены выше, чем у студентов 1 и 2 курсов. Но у обеих групп значение индексов налета было ниже 2 (мягкие назубные отложения). Количество минерализованных назубных отложений напрямую зависело от частоты пользования зубной нитью, и было меньше у студентов старших курсов. Индекс гингивита был больше у студентов младших курсов. У всех студентов были минимальны выражены явления рецессии десны. Значительно более низкие значения рецессии десны были у студентов, использующих ультра-мягкую зубную щетку.

Выводы. Исследование показывает, что в общем у студентов-стоматологов здоровые ткани пародонта. Уровень осведомленности

положительно влияет на состояние мягких тканей. Использование мягкой зубной щетки положительно сказывается на состоянии тканей пародонта. Преподавание связанных дисциплин на младших курсах могло бы положительно сказаться на осведомленности и развитии навыков ухода за полостью рта. Это обосновывает важность наличия дисциплин касающихся профилактики в учебном плане, что позволит поддерживать стоматологический статус студентов.

Бетехтина Е.Н., Кузнецова А.В.

ИЗМЕРЕНИЕ КОНТРОЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ 12-ЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии

Научный руководитель: старший преподаватель Смирнова О.С.

Цель работы. Измерить контрольно-диагностические модели пациентов в постоянном прикусе без зубочелюстных аномалий, оценить оптимальный размер стандартных челюстных дуг у 12-летних школьников.

Материалы и методы. Контрольно-диагностические модели пациентов 12-13 лет. Измерения проводились с использованием циркуля и линейки по точкам на верхней и нижней челюсти между вестибулярными поверхностями бугров клыков, первых премоляров и первых моляров, а также была измерена длина верхней и нижней челюсти, а также использовались методы описательной статистики при помощи программы exl.

Результаты. Средние размеры челюстей пациентов составили на верхней челюсти: между клыками $38,07 \text{ мм} \pm 3,19 \text{ мм}$, между премолярами $46,7 \text{ мм} \pm 3,12$, между молярами $53,04 \text{ мм} \pm 4,96$, длина верхней челюсти составила $43,9 \text{ мм} \pm 6,43 \text{ мм}$. На нижней челюсти: между клыками $35,4 \text{ мм} \pm 3,52 \text{ мм}$, между премолярами $29,9 \text{ мм} \pm 3,44 \text{ мм}$, между молярами $39,5 \text{ мм} \pm 5,47 \text{ мм}$, длина нижней челюсти составила $47,5 \text{ мм} \pm 7,44 \text{ мм}$. Можно выделить 2 средних размера челюстей пациентов на верхней челюсти: по точкам между клыками 37,5 и 39,5 мм, между премолярами 44,5 и 45,5 мм, между молярами 52 и 54 мм, по длине верхней челюсти 43,5 и 44,5 мм. На нижней челюсти можно выделить 2 средних размера челюстей пациентов по точкам между клыками 34 и 35,3 мм, между премолярами 29,5 и 30,5 мм, между молярами 39 и 40 мм, по длине нижней челюсти 46 мм и 48,5 мм.

Выводы. Средние размеры челюстей пациентов составили на верхней челюсти: между клыками $38,07 \text{ мм} \pm 3,19 \text{ мм}$, между премолярами $46,7 \text{ мм} \pm 3,12$, между молярами $53,04 \text{ мм} \pm 4,96$, длина верхней челюсти составила $43,9 \text{ мм} \pm 6,43 \text{ мм}$. На нижней челюсти: между клыками $35,4 \text{ мм} \pm 3,52 \text{ мм}$, между премолярами $29,9 \text{ мм} \pm 3,44 \text{ мм}$, между молярами $39,5$

мм ± 5,47 мм, длина нижней челюсти составила 47,5 мм ± 7,44 мм. Эти данные можно использовать для создания индивидуальных миофункциональных аппаратов при лечении зубо-челюстных аномалий у ортодонтических пациентов.

Говорун С.М.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ КИРОВО-ЧЕПЕЦКОГО РАЙОНА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии

Научный руководитель: зав.кафедрой, к.м.н., доцент Громова С.Н.

Цель исследования: сделать систематизированную и наглядную таблицу данных по стоматологической заболеваемости города Кирово-Чепецк для дальнейшей разработки на длительный срок целеориентированной программы по профилактике данного района, сравнить эпидемиологический стоматологический статус по возрастам.

Материалы и методы. В эпидемиологическом исследовании использовались «Анкеты о здоровье полости рта для взрослых» и «Анкеты о здоровье полости рта для детей» ВОЗ, был проведен опрос 250 жителей города Кирово-Чепецк в трех возрастных группах. Первая группа составила 100 человек в возрастном промежутке от 5 до 13 лет (55 мальчика и 45 девочек), во вторую группу вошли 55 респондентов возрастная группа 14-18 лет (21 молодых человек и 34 девушки), третья группа составила 100 человек возрастная категория 35 и старше (50 мужчин и 50 женщин). Данные анкетирования были внесены в таблицу Microsoft Excel, далее был поведен их статистический анализ.

Результаты. В результате опроса жители Кирово-Чепецкого района (97% люди, живущие в самом городе и 3% из окружающих поселков и деревень). Первая возрастная группа оценила состояние своих зубов 62 % - это идеальное и 22%-хорошее 16%-неудовлетворительное, вторая- 40% идеальное, 26%-хорошее и 34%-неудовлетворительное; третья-1% - идеальное, 40%-хорошее и 59%-неудовлетворительное. Все участники опроса в качестве средств гигиены используют зубную щетку и пасту, но лишь 48 % взрослых, 26% подростков и 22% применяют пасту со фтором, которая показана для этого региона. В последний раз за специализированной помощью менее чем за 6 месяцев третья группа обращалась 29%, вторая-54%, первая- 70%, от 6-12 месяцев третья- 36%, вторая-46%, первая-29%, никогда не обращались или прошло более 2 лет составило в третьей группе 35%, во второй-0%, в первой- 1%. Целью последнего посещения стоматолога по острой боли в первой группе-39%, во второй-28%, в третьей -42%; с целью продолжения санации полости рта

третья группа составила 35%, вторая-18%, первая -28%; с целью осмотра и консультации в третьей группе 26%, во второй-54%, в первой- 30%.

Выводы. Данные эпидемиологического исследования показали, что взрослые, которые большинство, а именно 70% оценивают состояние зубов неудовлетворительным, чаще обращаются по острой боли, в тоже время дети и подростки, считающие, что состояние зубов неудовлетворительно только на 16% и 34% соответственно, за стоматологической помощью обращаются также по причине боли. Осведомленность взрослых о средствах гигиены полости рта, в частности о составе зубной пасты в отличии от первой и второй возрастной группы выше на ± 4 26%. Фактически профилактическое обследование проходят взрослые проходят намного чаще детей. Эти данные свидетельствуют, о низкой осведомленности граждан Кирово-Чепецкого района и высокой потребности в стоматологическом просвещении и разработки конкретно для данного района целенаправленной программы.

Жукова Е.Д.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ МОНОФТОРФОСФАТ НАТРИЯ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Петров С.Б.,

к.м.н., доцент Еликов А.В.,

ст.преподаватель каф.стоматологии Гужавина Н.А.

Цель. В клиническом исследовании выявить направленность и эффективность зубной пасты, которая обладает реминерализующими и отбеливающими свойствами, а также уменьшает заболевания десен.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты 4 курса стоматологического факультета Кировского ГМУ (средний возраст $20,91 \pm 0,16$ года). Осмотры и заборы проб слюны проводились на 1-ый, 14-ый и 30-ый день исследования утром натощак до чистки зубов пастой без стимуляции. Клиническая эффективность пасты оценивалась при помощи следующих индексов: тест эмалерезистентности - ТЭР-тест, клинической оценки скорости реминерализации эмали - КОСРЭ-тест, очищающий эффект - индекс Грина-Вермильона (ИГР-У) и отбеливающий эффект по шкале Vita. Биохимические исследования общего содержания Ca^{2+} , PO_4^{3-} и белка в составе ротовой жидкости проводилось при помощи набора реагентов «Кальций-2-ольвекс» и «ФН-Ольвекс» фотокolorиметрическим способом в научной лаборатории «Кариесология». Определение изменения рН и антиоксидантной активности. Также было определено общее микробное число – количественный показатель, отображающей количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных бактерий

в 1 мл (КОЕ/мл). Статистическая обработка включает методы описательной и аналитической статистики. В качестве критического уровня статистической значимости различий (p) было выбрано значение $p < 0,05$.

Результаты. Средняя интенсивность кариеса в данной группе составляла $6,36 \pm 3,91$, средний возраст составил $20,91 \pm 0,54$ лет.

Положительная динамика всех клинических показателей указывает на систематичность гигиенических мероприятий. Индекс гигиены полости рта (ИГР-У) соответствует удовлетворительному и его редукция в течение срока использования продукта достигает 23,83%. Кислотоустойчивость эмали (ТЭР-тест) увеличилась на 3,8% к 30 дню исследования. Снизилось общее микробное число (88%). Заметно изменилась скорость реминерализации на 7,5%.

Ротовая жидкость для биохимических исследований собиралась утром, натощак до чистки зубов, без стимуляции. Содержание в ротовой жидкости общего Ca^{2+} до начала исследования составляло $1,12 \pm 0,25$ ммоль/л, что выше, чем у кариес резистентных лиц, также как и содержание фосфора PO_4^{3-} $3,85 \pm 1,86$ ммоль/л. Через 30 дней произошло насыщение слюны минералами кальция на 14,3% от первоначального уровня, а фосфатами на 2,35%. Выявлена статистически значимая корреляционная зависимость между показателями содержания кальция в ротовой жидкости и индексами ТЭР и КОСРЭ.

У 3 из 11 обследуемых появилась чувствительность эмали.

Цвет зубов изменился на 1 тон у 1 респондента, возможно, это связано с хорошим очищением. У этого же пациента возрасла минерализующая способность эмали, значительно увеличился минерализующий потенциал слюны.

Выводы. Данная зубная паста, содержащая в составе монофторфосфат натрия, тетракалия пирофосфат и оксид кремния способствует хорошему очищению зубов от бактериального налета, укрепляет структуру твердых тканей зуба, но не способствует отбеливанию эмали зубов.

Кривокорытов К.А., Постникова Е.Д.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ВЯЗКОСТИ СЛЮНЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Громова С.Н.

Цель: разработать адекватный метод исследования вязкости слюны для дальнейшего использования в донозологической диагностике.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили студенты 2-го курса 294-группы. Средний показатель КПУ = 5,9, средний возраст = 20,5

лет. Исследование проводилось до и после чистки зубов. Часть испытуемых использовала пасту с фтором, а другая половина группы без фтора. В качестве оборудования использовались: фильтровальная бумага, одноразовые пипетки, линейка, карандаш. Метод определения вязкости слюны: у обследуемого с помощью одноразовой пипетки со дна полости рта набирают 3-4 капли слюны, затем слюну наносят на фильтровальную бумагу с высоты 1 см от её поверхности при помощи пипетки в объеме одной капли. После нанесения капли в течение одной минуты её контур обводят с помощью карандаша. Затем рассчитывают площадь неправильного круга (S) по формуле $S=\pi \cdot (A \cdot B)$, где А – радиус наименьшего диаметра, В – радиус наибольшего диаметра, $\pi = 3,14$.

Результаты. Залогом успешной реализации принципов донозологической диагностики является разработка адекватных методов. Данный метод имеет много общего с забытым методом определения поверхностного натяжения слюны (ПНС). Он так же говорит о самоочищении в полости рта, отсутствие которого, является «фактором риска» в развитии кариеса зубов. В ходе эксперимента выяснилось, что данный метод является простым в использовании, наглядным, эффективным. Этот способ показал, что имеется зависимость изменения вязкости слюны от наличия или отсутствия фтора в зубной пасте. В результате исследования у испытуемой группы вязкость слюны до чистки зубов в среднем составила 18,8. После чистки зубной пастой с фтором вязкость слюны в среднем составила 20,2, а после чистки без фтора 19,0. По данным исследования видно, что вязкость изменяется в зависимости от содержания фтора или его отсутствия в зубной пасте, так как фтор способствует расширению сосудов, что в свою очередь приводит к улучшению слюноотделения.

Выводы. Таким образом, данный метод может помочь быстро и эффективно провести донозологическую оценку вязкости слюны, но для более объективного результата потребуется увеличить временные промежутки исследования не менее, чем на 21 день. Данный метод можно рекомендовать к использованию при клинических исследованиях зубных паст.

Кучеренко А.С.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И
САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
Кировский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии

Научный руководитель: зав.кафедрой, к.м.н., доцент Громова С.Н.

Обширная информация о стоматологической помощи, ее доступности для разных категорий населения – важный элемент

воздействия на механизмы предупреждения и ранней диагностики стоматологических заболеваний. Информация о распространённости факторов риска, самоидентификации стоматологического здоровья пациентами, определение уровня их осведомленности о своем заболевании является основополагающей в планировании программ профилактики и идентификации подходов к улучшению стоматологического здоровья определённых групп населения.

Цель исследования: установить социальный статус пациентов государственной стоматологической поликлиники, распространённость факторов риска среди взрослого населения.

Материалы и методы. С помощью «Анкет о здоровье полости рта для взрослых» (2013 г.), разработанной ВОЗ, проведён опрос 63 взрослых пациентов государственной стоматологической поликлиники в г. Кирове методом интервью. Все анкеты были разделены на две возрастные группы (35-44 года и 65 лет и старше). Данные были внесены в таблицу Microsoft Excel и подвергнуты статистическому анализу.

Результаты. Большинство пациентов (75 %) проживало в городе Кирове, остальные в пригороде и сельской местности (8% и 17% соответственно). Доля респондентов с высшим и средним специальным образованием составил у городского населения 50,3 %, в то время как у жителей сельской местности она ниже (21,1%). У 2,2% пациентов, проживающих за пределами города, не было законченного среднего образования.

Количество естественных зубов в 84% случаев составило 20 и более у пациентов первой возрастной группы (35-44 года), у 72% опрошенных из второй группы (65 лет и старше) оно составило от 1 до 9. У лиц с высоким уровнем образования чаще встречались частичные и полные съёмные ортопедические конструкции (у 71% пациентов второй возрастной группы). В среднем респонденты оценивали состояние своих зубов как удовлетворительное (12%) и плохое (59%), а десен - как хорошее (67%). Пациенты с высоким уровнем образования в среднем оценивают свое стоматологическое здоровье хуже, чем остальные. Практически половина опрошенных, живущих в городе и за его пределами чистит зубы 1 раз в день (48%) с использованием зубной щетки (98%) и зубной пасты (68%). 6% пациентов утверждают, что никогда не чистят зубы, причем все они из старшей возрастной группы и имеют частичное отсутствие зубов. Зубную пасту с содержанием фторидов используют 24% респондентов первой возрастной группы и 7% - второй, причем большинство пациентов не знают о таком компоненте зубной пасты, как фториды, или не обращают внимание на его наличие (68%). Более половины от общего числа опрошенных (52%) никогда не употребляют алкоголь, среди остальных 14,3% за последний месяц употребляли алкоголь 3 и более раз. 16% респондентов из вредных привычек отмечают курение сигарет, из них 79%

- пациенты старшей возрастной группы мужского пола. Среди курящих лиц 35-44 лет 58 % составляли женщины.

Выводы. Таким образом, большинство опрошенных проживало в городе Кирове, половина из них имела высшее или среднее специальное образование. Такие пациенты оценивают стоматологическое здоровье в среднем хуже, чем остальные, также они чаще используют ортопедические конструкции. Большинство курящих лиц – мужчины старшей возрастной группы, среди респондентов 35-44 лет более половины курящих – женщины. Выявлена низкая осведомленность о правилах гигиены полости рта, особенно среди пожилых людей. Почти половина респондентов чистит зубы 1 раз в день с щеткой и зубной пастой, причем практически все опрошенные 65 лет и старше, а так же многие пациенты со средним образованием, не знают о таком понятии, как содержание фторидов в зубной пасте.

Локтина А. С.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ ЗУЕВСКОГО РАЙОНА И САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии

Научный руководитель: зав.кафедрой, к.м.н., доцент Громова С.Н.

Цель исследования: установить стоматологический и социальный статус жителей г. Зуевка, Зуевского района, выявить факторы риска и их распространённость среди взрослого населения.

Материалы и методы. С помощью «Анкеты о здоровье полости рта для взрослых» ВОЗ был проведен опрос 110 жителей Зуевского района в двух возрастных группах. Первая группа составила 55 человек (23 мужчины и 32 женщины) в возрастном промежутке от 35 до 44 лет, во вторую группу вошли 55 респондентов (22 мужчины и 33 женщины) в возрасте 65 лет и старше. Данные анкетирования были внесены в таблицу Microsoft Excel и в дальнейшем проведен их статистический анализ.

Результаты. Большинство прошедших анкетирование проживало в г. Зуевка и пригороде (61 % и 30% соответственно) и лишь 9% составили жители села. У 89% первой возрастной группы количество естественных зубов составило более 20, тогда как этот же показатель во второй группе равен 7%. У группы старше 65 лет процент опрошенных с количеством зубов 10-19 и 1-9 составил 31% и 36% соответственно. Остальные (26%) имели полную адентию. В старшей возрастной группе 65% респондентов имели полный съемный протез на нижней челюсти, большинство из них (85%) это люди со средним и высшим образованием. У опрошенных ,которые имели среднее и начальное школьное образование, процент наличия любых ортопедических конструкций составил 38%. 51% опрошенных имели дискомфорт или боль связанную с зубами за последние

12 месяцев, причем 64% из них это пациенты с количеством естественных зубов равным 10-19. Среди респондентов с высшим и средним образованием, испытывающих дискомфорт связанный с зубами, 89% обращались за стоматологической помощью в течение 12 месяцев, тогда этот же показатель в группе лиц со средним и начальным школьным образованием составил 34%. В среднем пациенты оценивали состояние зубов как удовлетворительное (53%), а десен - как хорошее (67%). Пациенты первой возрастной группы в оценивают здоровье десен хуже, чем во второй группе. Большинство людей (34%) чистят зубы два раза и более из них 97 % составляют опрошенные в возрасте от 35 до 44 лет. Респонденты старше 65 лет в большинстве случаев (27%) не чистят зубы совсем. Все опрошенные при чистке зубов используют зубную щетку и пасту, из них 65 % не использует зубную пасту с фторидом, 7% вообще не обращает внимание на его содержание. Напитки с сахаром и сдобные продукты предпочитают 78% и 66% респондентов соответственно, в то время как свежие фрукты присутствуют в рационе лишь у 57% людей. Среди вредных привычек у 15% опрошенных выявлено курение сигарет, причём 65% из них лица в возрасте от 35 до 44 лет. Среди курящих респондентов обеих групп 83% составляли мужчины. Пристрастие к алкоголю в большинстве случаев (61%) выявлялось у опрошенных старшей возрастной группы, причем 43% из них составили женщины.

Выводы. Таким образом, респонденты со средним и высшим образованием составили большинство опрошенных, они чаще всех имели ортопедические конструкции и чаще обращались за стоматологической помощью. 73% респондентов употребляют продукты, повышающие риск развития кариеса, причем 70% имеют такие продукты в ежедневном рационе, тогда как только 57% людей употребляют свежие фрукты и овощи. В первой возрастной группе из вредных привычек преобладает курение, тогда как во второй распространено пристрастие к алкоголю. Выявлена низкая осведомленность о правилах личной гигиены полости рта, особенно среди возрастной группы 65 лет и старше. Большинство опрошенные не используют фторид содержащие зубные пасты, а в старшей возрастной группе практически отсутствует осведомленность о таком понятии, как содержание фторидов в зубной пасте.

Малышева А.В.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С БЕТУЛИНОМ

¹ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет»

Кафедра фундаментальной химии и методики обучения химии

²ФГБОУ ВО Кировский ГМУ

Кафедра стоматологии

Научные руководители: к.х.н., доцент ¹Сырчина Н.В.,

к.м.н., доцент ²Громова С.Н.

Цель работы. Оценить противовоспалительный эффект бетулина, входящего в качестве биологически активной добавки в состав зубной пасты.

Материалы и методы. В данной работе проведены исследования зубной пасты с бетулином. Бетулин (3 β ,28-дигидрокси-20(29)-лупен) – тритерпеноид лупанового ряда, широко распространенный в природе. Основным источником бетулина – кора березы, именно он придает ей белый цвет. Внешняя ее часть содержит до 40% бетулина, внутренняя часть – 10–35%. Бетулин, использованный в составе зубной пасты, выделен методом экстрагирования этиловым спиртом из молотой бересты. В экстрактах коры берез наряду с бетулином содержатся и его окисленные производные: бетулиновая кислота, бетулиновый альдегид, метиловый эфир бетулиновой кислоты, бетулиновый альдегид, бетулиновая кислота. Бетулин и его производные представляют интерес в качестве противовоспалительных средств.

В исследованиях приняли участие студенты II курса Кировского ГМУ. Средний возраст составил 20,2 \pm 1,3, КПУ – 6,6 \pm 1,5. Студенты в течение 21 дня чистили зубы зубной пастой с бетулином.

В начале испытаний и по прошествии 21 дня у испытуемых снимались гигиенический индекс, индекс РМА. Для проведения микробиологических исследований был взят биологический материал из межзубного промежутка центральных резцов на нижней челюсти.

В микробиологическом исследовании было выделено 5 видов пародонтогенных бактерий: *Actinobacillus actinomicet*, *Porfiromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*.

Статистический анализ данных включал описание учетных признаков, оценку статистической значимости изменений изучаемых показателей за 21 день исследования, а так же кластерный анализ. Оценка нормальности распределения изучаемых количественных данных выполнена с помощью критерия Колмогорова-Смирнова и показала, что распределение изучаемых количественных признаков близко к нормальному ($p > 0,05$), что позволила использовать для описания количественных данных параметры нормального распределения – среднюю арифметическую (M) и ошибку репрезентативности средней ($\pm m$). Оценка статистической значимости изменений количественных данных за 21 день исследования выполнена с помощью парного критерия Стьюдента. Статистическая обработка выполнена с помощью программных пакетов Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты. В результате проведенных исследований было отмечено улучшение показателей индекса РМА на 31,3%. Это может быть связано с тем, что бетулин и его производные могут выступать в роли ингибиторов липоксигеназы, участвующей в синтезе лейкотриенов. Противовоспалительный механизм действия бетулина связан со

структурной схожестью соединения с глюкокортикостероидами. Соединяясь с глюкокортикостероидными рецепторами, бетулин влияет на синтез простагландинов, лейкотриенов и других агентов воспаления и иммуносупрессии. Кроме того, бетулин проявляет выраженный противовоспалительный эффект в отношении фазы экссудации и пролиферации, оказывая иммуномодулирующее действие на сеть цитокинов. Гигиенический индекс улучшился на 14,4%.

В результате микробиологических исследований было выявлено, что бетулин способен подавлять рост грамотрицательных бактерий: *Actinobacillus actinomicet* – в 284 раза, *Porfiromonas gingivalis* – в 983 раза, *Prevotella intermedia* – в 210 раз, *Tannerella forsythensis* – в 750 раз, *Treponema denticola* – в 1458 раз. Антибактериальное действие бетулина и бетулиновой кислоты в отношении грамотрицательных и некоторых грамположительных бактерий (*St.aureus*) может быть обусловлено усилением оксидативного стресса за счет увеличения продукции супероксид-анионных радикалов, что приводит к гибели бактерий.

Выводы. Доказано, что бетулин проявляет противовоспалительную активность и подавляет рост пародонтогенных бактерий.

Таким образом, бетулин может быть использован в качестве биологически активной добавки для производства зубных паст с противовоспалительным эффектом.

Матасова М.А., Аккузина А.Ю., Малышева А.В.
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ЗУБНОГО
НАЛЕТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ
МИНЕРАЛ ГЛАУКОНИТ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии

Институт химии и экологии Вятский государственный университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Громова С.Н.,
к.м.н., доцент Колеватых Е.П.,
к.х.н. доцент, ст. научный сотрудник Сырчина Н.В.

Цель работы: изучить микробиологический состав зубного налета при применении зубной пасты, содержащей минерал глауконит.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты 2 курса стоматологического факультета Кировского ГМУ (средний возраст составил 20 ± 3 года). Все участники эксперимента течение 28 дней чистили зубы зубной пастой, содержащую минерал глауконит. Биологический материал получали из межзубного промежутка центральных резцов. Амплификация, выделение и идентификация ДНК микроорганизмов осуществлялась методом ПЦР по методике «Проба ГС». Для исключения ложноотрицательных результатов учитывали показатель амплификации

геномной ДНК человека (контроль). Статистическая обработка выполнена с помощью программных пакетов Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты. Рецепт зубной пасты включала в себя: Сорбитол 70%; Глицерин 99,9%; SiO₂; Воду; Глауконит; Лаурилсаркозинат Na 30%; Ароматизатор мятный; Ксантановую камедь; Сахаринат Na; Метилпарабен Na; Пропилпарабен Na. В микробиологическом исследовании было выделено 6 видов пародонтогенных бактерий: *Actinobacillus actinomicet.*, *Porfiromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*, *Candida albicans*. По результатам исследования рост бактерий уменьшился. Темп прироста новых колоний по результатам кластерного анализа составил - 91,67%. Общая обсемененность также снизилась на 93,5%. Полученные результаты подтверждают антибактериальный эффект зубной пасты, содержащей глауконит. Клинически полученные данные связаны с улучшением гигиенического состояния полости рта участников эксперимента и увеличением на 5% антиоксидантной активности слюны. К сожалению, из-за малого количества обследуемых, получить статистически значимые результаты не удалось.

Выводы: 1. Общее микробное число при использовании зубной пасты, содержащей минерал глауконит снизилось.

2. Темп прироста новых колоний при использовании пасты с минералом также снизился.

3. Можно говорить о том, что минерал глауконит оказывает бактериостатическое действие в отношении роста пародонтопатогенных микроорганизмов, поэтому данное вещество можно использовать в составе зубных паст, оказывающих противовоспалительное действие.

Медведева М.С.

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Громова С.Н.,
к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Цель работы. Определить уровень стоматологической заболеваемости у детей дошкольного возраста для разработки и внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний и с целью повышения качества оказания стоматологической помощи.

Материалы и методы. Проводилось стоматологическое обследование дошкольников 5-6 лет с использованием индексов КПУ, ИГР-У. Определить наличие кариесогенной микрофлоры на поверхности фиссур постоянных зубов

Результаты. Было осмотрено 52 ребёнка в возрасте 5-6 лет. По данным обследования показатель распространённости кариеса составил 57%; интенсивность кариеса по индексу кпу (молочных) составила от $2,84 \pm 0,42$ до $3,7 \pm 0,5$; кпу (постоянных) = 3,85. Среднее значение индекса гигиены составляет 1,65. У детей, имеющих постоянные зубы, были взяты микробиологические посевы с поверхностей фиссур. Их возраст составлял $5,13 \pm 0,35$. У всех ребят с постоянными зубами индекс гигиены удовлетворительный $1,76 \pm 0,27$, но хуже, чем среднее значение по группе. Это говорит о плохом самоочищении, т.к. у всех детей прорезались только зубы на одной челюсти и нет антагонистов. Среднее кпу+КПУ этих детей составило $4,5 \pm 2,88$. У всех высеяли *St.mutans* в количестве $2,17 \cdot 10^5$ КОЕ/л и *Lactobacillales* $2,46 \cdot 10^6$ КОЕ/л, что уже свидетельствует о кариесогенной ситуации у данной группы.

Выводы. Полученные данные диктуют необходимость проведения расширенного эпидемиологического обследования населения для разработки регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для населения города.

Паршукова А.И., Шестакова В.И.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСКOLORИТА ЗУБОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Курский государственный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель: асс. кафедры Брусенцова А.Е.

Цель исследования: определение внешних и внутренних факторов возникновения дисколорита зубов.

Материалы и методы. С целью исследования было обследовано 50 студентов стоматологического факультета ФГБОУ ВО Курский государственный университет Минздрава РФ от 18 до 25 лет. Средний возраст студентов составил $20,2 \pm 1,8$ лет. Количество лиц мужского пола было 19 (38%), а женского – 31 (62%). В указанной молодой группе определяли распространённость дисколоритов зубов и его причины.

Результаты исследования. Дисколориты зубов у лиц молодого возраста были частой патологией и встречались у 48 (96%) человек. В преобладающем количестве случаев (76%, $n=38$) наблюдалось сочетание сразу нескольких причин, одиночные причины встречались у 10 (20%) обследованных. Чаще других в 27% наблюдалось такое сочетание причин дисколоритов зубов как неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта, пищевая пигментация (частое употребление фруктовых соков, цитрусовых, окрашенных напитков (фанта, кока-кола, спрайт), никотиновая пигментация и кариозное поражение зубов. В 8% к вышеуказанному сочетанию причин добавлялось нарушение краевого

прилегания пломб. Кариес зубов среди молодых лиц был выявлен у 36 обследованных (75%).

Выводы. Таким образом, высокая частота кариеса и некариозной патологии твердых тканей зубов у лиц молодого возраста свидетельствует о необходимости проведения среди этого контингента населения профилактических мер, направленных на устранение причин данной патологии и повышение резистентности твердых тканей зубов.

Шестакова В.И., Паршукова А.И.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОКРИСТАЛЛОВ
СЛЮНЫ ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ

Курский государственный медицинский университет
Кафедра ортопедической стоматологии
Научный руководитель: Ячменева Л.А.

Цель исследования: сравнить морфологические элементы слюны человека и белой лабораторной крысы.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен забор слюны у контрольной группы белых лабораторных крыс и у группы лиц молодого возраста, не имеющих вредных привычек и соматических патологий. Далее проводился сравнительный анализ качественных и количественных характеристик кристаллов слюны. Кристаллограммы описывались без средств автоматизации, детально изучались отростки кристаллов слюны и статистически обосновывались их отличия.

Результаты исследования. При детальном рассмотрении полученных изображений отмечается, что кристаллограммы слюны человека и крысы имеют общие черты строения и достаточно похожи. Однако, имеется ряд отличий: ширина периферической зоны различается у представителей обоих видов. В слюне человека отмечается рисунок удлинённых кристаллопризматических структур, сросшихся между собой и занимающих всю поверхность капли, большая структурированность кристаллов, рисунок напоминает «ветвь папоротника». Ротовая жидкость крыс отличается большей хаотичностью рисунка в центральной зоне, она более вариабельна по длине кристаллов.

Выводы. Микрокристаллы человека и крысы имеют схожесть и различия. Это отражается и в общем рисунке, и в количестве и форме ветвлений, в величине углов и многих других параметрах. Любое оказываемое воздействие на организм будет оставлять след в кристаллограмме ротовой жидкости. Исходя из данных литературных источников о сходном характере изменений рисунка при патологических процессах у представителей обоих видов, это позволяет использовать в качестве экспериментальной модели белых лабораторных крыс. Такие

возможности широко увеличат круг диагностических и лечебных мероприятий в современной стоматологии.

Шехирева К.О., Минеева А.Э.
КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ
ГЛАУКОНИТ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Громова С.Н.

Цель исследования. Оценить влияние активного ингредиента глауконита, содержащегося в зубной пасте, на очищающую способность пасты, противовоспалительные свойства и общее микробное число.

Материал и методы. Было проведено исследование, в котором приняли участие студенты (средний возраст составлял 21 ± 3 лет) 2 курса стоматологического факультета. Среднее КПУ составило $5,0 \pm 2,5$. Они в течение 21 дня чистили зубной пастой с глауконитом стандартным методом. Клиническая эффективность паст оценивались с помощью:

- Очищающий эффект (индекс Грина-Вермильона, РНР, IG)
- Оценка интенсивности воспаления десны (индекс РМА)

Биохимические исследования проведены в научной лаборатории «Кариесология».

Проведен статистический анализ данных, который включал описание учетных признаков, оценку статистической значимости изменений изучаемых показателей за 21 день исследования, а так же кластерный анализ.

Результаты исследования. В результате проведенного наблюдения в течение 21 дня, положительная динамика наблюдалась по всем критериям. Так гигиенический индекс при использовании данной пасты улучшился на 5,48%. Содержания кальция увеличилось, а фосфора уменьшилось соответственно на 4,67% и 17,9%. Уменьшилось содержание белка в слюне, а это приводит к снижению ее вязкости, а значит и лучшему самоочищению зубов. На начальном этапе исследования Индекс Грина-Вермильона составлял $1,84\% \pm 0,2\%$, а через 21 день он составлял $1,58\% \pm 0,28\%$. Изменение данного индекса на 0,26% говорит об уменьшении количества зубного налета и зубного камня в целом. РНР в первый день исследования составлял $2,96\% \pm 0,34\%$, через 21 день $1,55\% \pm 0,36\%$. Изменение данного индекса на 1,41% свидетельствует об улучшении эффективности гигиены полости рта, в том числе и об уменьшении зубного налёта. Индекс РМА изменился на 15,32%, что говорит об ослаблении воспалительных процессов в десне. Положительная динамика противовоспалительных свойств свидетельствует, в первую очередь, о регулярности гигиенических мероприятий. Индекс кровоточивости (IG)

снизился на 0,8%, что так же свидетельствует об улучшении общего гигиенического состояния полости рта. Общее микробное число на начальном этапе исследования составляло $3,02 \times 10^6$, после проведенного эксперимента оно стало $5,50 \times 10^6$. Уменьшение микробов на 2,48 может говорить о последующем снижении образования налёта в полости рта, и как следствие о редукции кариеса.

Вывод. При регулярном использовании зубной пасты с глауконитом в течение 21 дня мы наблюдаем уменьшение количества зубного налёта и зубного камня. Благодаря уменьшению общего микробного числа, рН ротовой полости становится более щелочной, что ведет к снижению образования зубных отложений и проницаемости эмали. По проведенным исследованиям, мы можем сказать, что зубная паста обладает хорошими очищающими свойствами.

Штина Д.Ю., Русских В.Э.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАНИЙ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ОТ ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ В ГРУППАХ 6, 12 И 15 ЛЕТ В ГОРОДЕ СЛОБОДСКОМ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Громова С.Н.

Цель исследования: изучить как характер питания, частота проведения гигиенических процедур в полости рта, использование разных видов средств и предметов зависят от возраста ребёнка.

Материалы и методы.

1. В исследовании приняли участие 100 детей в возрасте 6, 12 и 15 лет, проживающие в городе Слободском, Кировской области, таким образом в опросе участвовало 300 детей.

2. Все дети заполняли анонимную анкету о здоровье полости рта, созданную Всемирной организацией здравоохранения.

3. Все данные анкетирования занесли в таблицу Excel, где были подведены результаты исследования.

Результаты. На вопрос «Как часто Вы чистите зубы?» 82,35% опрошенных в возрастной группе 6 лет ответили, что чистят зубы два или более раз в день, результат 12-ти летних - 40,40% опрошенных, ровно 50% опрошенных детей в возрасте 15-ти лет чистят зубы 2 раза в день и более. Лишь 14,7% детей 6-ти лет кроме как зубной щетки используют дополнительные средства гигиены полости рта, 21,33% у 12-ти летних детей, больше половины детей возрастной группы 15 лет используют дополнительные средства гигиены полости рта 58,66%. Только 5,88% детей 6-ти лет используют зубную пасту с фтором, который особенно необходим детям в этот период для созревания эмали постоянных зубов.

12% опрошенных 12-ти летних знают о необходимости использования фторсодержащей пасты. С возрастом эта тенденция увеличивается, среди 15-ти летних уже 38,66% используют пасту с фтором. Хотелось бы добавить, что данный пункт может быть не информативен, т.к. многие, более 50% в каждой возрастной группе отвечали «не знаю».

«Характер вашего питания?» преимущественно у всех возрастов преобладают овощи и свежие фрукты, печенье и пирожные, у более старшей возрастной группы 12ти лет, 15ти лет преобладают чай и кофе с сахаром и жевательная резинка с сахаром

Выводы. По результатам анкетирования с возрастом увеличивается число детей, использующих пасту с фтором, но уменьшается процент регулярно проводящих эти мероприятия. С увеличением возраста опрошенные более тщательно относятся к индивидуальной гигиене, используют дополнительные предметы гигиены. Во всех возрастных группах характер питания является кариесогенным.

16. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Бакулина Е.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ИНФОРМИРОВАННОСТЬЮ И ХАРАКТЕРОМ ПИТАНИЯ У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ФАКУЛЬТЕТАХ КГМУ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колодкина Е.В

Цель работы: явилось изучение взаимосвязи между информированностью и характером питания у студентов, обучающихся на разных факультетах КГМУ.

Материал и методы. В исследование было включено 90 студентов в возрасте 20-21 лет, обучающихся на лечебном факультете КГМУ (30 человек - первая группа), стоматологическом факультете (30 человек – вторая группа) и социально-экономическом факультете (30 человек – третья группа). Каждая исследуемая группа включала 15 девушек и 15 юношей. Применялась анкета, направленная на выявление степени осведомленности о правильном питании студентов различных факультетов, оценивалась регулярность питания, качество питания, количество перекусов за день и качество перекусов. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием компьютерных пакетов Excel и StatisticaAdvanced 10 forWindows RU (критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты. В ходе анкетирования было установлено, что наиболее информированными о правильном питании являются студенты лечебного

факультета, менее осведомленными оказались студенты стоматологического и социально-экономического факультетов. У студентов лечебного факультета преобладала оптимальная кратность питания – 4 раза в день, а у студентов стоматологического и социально-экономического факультетов – 3 раза в день. В зависимости от характера питания выявлено, что наиболее приближенными к принципам правильного питания в повседневной жизни являются студенты лечебного факультета, менее компетентными – студенты стоматологического факультета. Меньше всех воплощают свои знания о рациональном питании в жизнь студенты социально-экономического факультета. При оценке взаимосвязи информированности и кратностью питания выявлена сильная положительная корреляционная связь у студентов лечебного факультета ($r = 0,81, p < 0,05$) и средней силы связь у студентов стоматологического факультета ($r = 0,48, p < 0,05$). Отмечалась средней силы отрицательная связь у студентов социально-экономического факультета между осведомленностью о правильном питании и количеством перекусов ($r = -0,46, p < 0,05$).

Выводы: 1. Самыми осведомленными о понятии и компонентах правильного питания являются студенты лечебного факультета, за ними следуют студенты стоматологического факультета, менее осведомлены - студенты социально-экономического факультета. 2. Показатели регулярности питания, качества питания, количество перекусов за день и качество перекусов достоверно различаются у студентов, обучающихся на разных факультетах КГМУ. 3. При сравнении степени осведомленности студентов разных факультетов о принципах правильного питания и воплощении этих принципов в повседневности выявлены достоверные корреляционные связи с наибольшими различиями у студентов лечебного факультета

Беккер Е.Д.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колодкина Е.В.

Целью работы: изучение факторов риска болезней органов пищеварения и выявление зависимости между неправильным образом жизни, питанием и риском развития болезней органов пищеварения среди студентов, обучающихся в КГМУ. Материал и методы. В исследовании принимало участие 80 студентов в возрасте 18-21 лет, обучающихся в КГМУ. Первая группа - 40 человек (студенты 1 курса), вторая группа - 40 человек (студенты 3 курса). В

качестве методов исследования применялась анкета, направленная на оценку режима питания, качества питания, наличие вредных привычек и наследственную отягощенность. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием Excel, сравнение долей с помощью Z-критерия.

Результаты. При анкетировании было установлено, что наиболее информированными о правильном питании являются студенты 3 курса, менее осведомленными оказались студенты 1 курса. Оптимальное количество приемов пищи (3 раза в день) наблюдалось у 75,6% студентов 3 курса и 24,4% студентов 1 курса. Прием пищи 2 раз в день у студентов 1 курса сравнительно больше (80,5%), чем у третьего курса (19,5%). Питание 1 раз в день у первокурсников отмечалось в 95,05% случаев, у студентов третьего курса - в 4,95% случаев. Также студенты 3 курса в большем своем количестве полноценно завтракают (48,8%), студенты 1 курса пренебрегают завтраком (19,5%) или выпивают только чашку кофе по утрам (4,9%). Проанализировав соотношение овощей и фаст-фуда, выявлено, что студенты 3 курса чаще отдают предпочтение овощам нежели фаст-фуду (87,8%), студенты 1 курса употребляют фаст-фуд несколько раз в неделю (14,6%), некоторые ежедневно (7,3%). Соотношение курящих студентов 1 курса (14,6%) и 3 курса (16,2%) примерно одинаково. Такое же соотношение наследственных факторов: у студентов 1 курса наблюдалось в 17,1% случаев, 3 курса - 15,6% случаев. В зависимости от характера питания, наличия вредных привычек и наследственности с помощью Z-критерия выявлено, что наиболее приближенными к принципам правильного питания в повседневной жизни являются студенты 3 курса, менее - студенты 1 курса.

Выводы. 1. На основе анализа литературных источников по данной теме выделены основные факторы риска развития болезней системы органов пищеварения и базовые рекомендации по здоровому образу жизни. 2. С учетом проведенного анкетирования выявлено, что у большинства опрошенных студентов 1 и 3 курса нерациональное питание является лидирующим фактором в возникновении болезней органов пищеварения. 3. Разработаны рекомендации по профилактике заболеваний органов пищеварения у студентов. Ранее выявление факторов риска болезней органов пищеварения способствует предупреждению развития заболеваний у лиц молодого возраста.

Беспятых А.Э., Горелов Е.Н.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: к.м.н. Железнова А.Д.

Цель работы. Анализ причин возникновения злокачественных новообразований почек на основании социально-гигиенических характеристик условий труда и жизни пациентов.

Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента КОКОД онкологического отделения №4 со злокачественными новообразованиями почек, проходивших лечение в период с ноября 2019 г. по февраль 2020 г.. Социально-гигиеническая характеристика составлялась по результатам опроса с помощью оригинальной анкеты, состоящей из 26 вопросов о социальном статусе, трудовой деятельности, характере питания, физической активности, вредных привычках. Обработка полученных данных проводилась вручную. Для статистической обработки полученных результатов нами выбран коэффициент корреляции Пирсона. В качестве критерия статистической значимости различий (p) взято значение $p < 0,05$.

Результаты. При анализе пола пациентов со злокачественными новообразованиями почек выявлено, что среди них 62% (15 человек) мужчины и 38% (9 человек) женщины. По возрасту самой многочисленной оказалась группа старше 55 лет (42% составили лица от 55 до 64 лет и 29% лица 65 лет и старше). 8% составили лица в возрасте 35-44 года, 21% - 45-54 года. 58% опрошенных – пенсионеры, работающие – 25%, безработных оказалось 8,5% и такой же процент служащих. В официальном браке из всех опрошенных состоит 46%, в гражданском – 8%, вдовец/вдова – 25% опрошенных, не состоят в браке либо разведены – 21% респондентов. 63% респондентов имеют среднее специальное образование, 25% высшее и 12% среднее. 46% пациентов проработали на последнем рабочем месте более 20 и 30 лет. Все опрашиваемые удовлетворены своим рабочим местом, а продолжительность рабочего дня составляет 8 и меньше 8 часов. У 25% опрашиваемых на работе присутствуют вредные профессиональные факторы, среди которых: древесные красители, шум, низкая освещенность рабочего места, статическая поза, физические и эмоциональные нагрузки. Большинству респондентов работа приносит положительные эмоции, и они довольны своим профессиональным выбором. Режим питания соблюдает половина опрошенных. Все опрашиваемые стараются соблюдать принципы здорового питания. Чаще всего респонденты употребляют в пищу мясо (92%), овощи (86%) и молочные продукты (73%). Тонизирующие напитки, такие как кофе или крепкий чай иногда употребляют 58%. Режим дня соблюдают 58% респондентов. Не курит 54% больных, а среди курящих стаж в 11-15 лет имеют 12%, 16-20 лет – 12%, и более 20 лет – 8%. Спиртные напитки употребляет 42% исследуемых (половина из них 1 раз в месяц, другая - 1 раз в несколько месяцев). Из предложенных напитков самым популярным является вино – его выбрали 29% опрошенных из числа тех,

кто употребляет алкоголь. Все респонденты имели различные предпочтения в проведении своего свободного времени, но никто из опрошенных не выбрал пункт «занятие спортом», что свидетельствует о сниженной физической активности пациентов. Сон 67% опрошенных длится 6-7 часов, а сон 33% – 7-8 часов, что соответствует норме. На вопрос о месте проведения своего отпуска 8% опрошенных выбрали варианты ответа «дом отдыха», «отсутствие отпуска» и «поездка на юг», 29% предпочитают отдыхать в городе, в то время, как 54% выбрали отдыхать на садовом участке. 25% респондентов выбрали вариант проведения отпуска на природе. В результате статистической обработки данных обнаружена значимая корреляция заболеваемости с мужским полом ($r=0,03$) и возрастом опрошенных пациентов ($r=0,04$). Статистически значимой корреляции с другими изучаемыми факторами обнаружено не было.

Выводы. На повышение риска развития злокачественных новообразований почек из рассматриваемых нами социально-гигиенических аспектов прослеживается особое влияние возраста и пола пациентов. Это чаще мужчины старше 55 лет. Достоверной связи с другими изучаемыми факторами, такими как составляющими условий труда, отдыха, режима и тяжести работы, повседневного образа жизни, семейного положения, вредных привычек, а так же предпочтений в питании не было выявлено.

Валов С.Л., Саляхутдинов Р.Р., Чеглакова Ю.А.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КИСЛОРОДА В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ СТУДЕНТОВ ПО ИСТЕЧЕНИЮ ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ С УЧЕТОМ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ УЧЕБНОГО МЕСТА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: к.м.н. Железнова А.Д.

Цель работы: определить разницу уровня кислорода в крови студентов по истечению лекционного занятия.

Материалы и методы исследования. В работе участвовали 30 студентов 3 курса (юноши и девушки пополам). Для изучения влияния положения рабочего места в зале на степень гипоксии у студентов, были сформированы группы по 10 человек: первая – передние 2 ряда, вторая – средние ряды (выше передних на 1 метр), третья – задние 2 ряда (выше передних на 2 метра). В день исследования данные студенты не покидали лекционный зал на протяжении всего занятия. Уровень кислорода измерялся дважды в начале лекции и в конце с помощью пульсоксиметра.

Результаты. Таким образом, перед началом лекционного занятия уровень кислорода в крови студентов составлял 90 ± 2 %, по окончании лекции процент кислорода составлял соответственно у 1 группы 84 ± 3 , у 2 - 78 ± 2 , а у 3 - 72 ± 2 . Полученные данные свидетельствуют об явной разнице уровня кислорода в крови студентов в начале и конце лекции, так же тесно связанной и с положением человека в зале.

Виद्याкина Н.А., Абрамова Е.А.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: к.м.н. Железнова А.Д.

Цель: изучение зависимости функционального состояния сердечно-сосудистой системы от массы тела.

Материалы и методы. В исследовании были использованы данные студентов 3 и 4 курсов, полученные путем взвешивания, измерения роста. Также при исследовании был использован тонометр, благодаря чему были определены АД и ЧСС.

Результаты. Все исследование сердечно-сосудистой системы проводилось у студентов 3-4 курсов КГМУ. Всего в исследовании приняли участие 95 человек, из них 25 человек -мужского пола, 70 человек-женского пола. Было выявлено что с избытком массы тела-14 человек,с дефицитом массы тела-68 человек. Контрольная группа (студенты с нормальной массой тела) была сопоставима по весу, росту и возрасту и составляла 13 человек. Обследовались только здоровые лица, которые на период исследований не имели острых и хронических заболеваний. Непосредственно до начала исследования осуществлялось измерение длины тела и веса. В последующем антропометрические данные использовались в качестве основы для расчета отдельных показателей гемодинамики. Частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), систолическое (АДС, мм рт. ст.) и диастолическое (АДД, мм рт. ст.) артериальное давление крови измеряли манометром «Omron 705 IT» (Япония) по общепринятой методике. Исследование ударного объема непрямым способом производили по формуле Старра: $УО = 90,97 + (0,54 ПД) - (0,57 ДАД) - (0,61 \times \text{возраст})$. Минутный объем кровообращения (МОК) определяли как произведение УО на ЧСС. Величину общего периферического сопротивления рассчитывали по формуле Пуазейля: $ОПСС = (АДД + 1/3ПД) \times 1330 \times 60 / МО$. Сердечный индекс (СИ) рассчитывали по отношению минутного объема крови к одному квадратному метру поверхности тела. Удельное периферическое сопротивление (УПС) вычисляли по формуле: $УПС = (САД \times ППТ) / МОК$.

Выводы. На основании проведенных исследований были сделаны выводы, что у юношей с избытком и недостатком массы тела были повышены такие показатели, как ЧСС и МОК по сравнению с нормальными значениями. У девушек с избытком массы тела, было выявлено снижение СИ и повышение УПСС; с недостаточной массой тела наблюдалось повышение СИ и снижение УПСС

Вишняков А.В., Леушина Е.С.

ПАРАСОМНИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И СТУДЕНТОВ ГУМАНИТАРНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научные руководители: к.м.н., доцент Железнова А.Д.,

к.б.н., доцент Патурова И.Г.

Цель работы. Сравнение распространенности расстройств, связанных со сном и классифицируемых как парасомнии, у студентов медицинского вуза и студентов, обучающихся на гуманитарных специальностях; а также изучение взаимосвязи специфики выбранного образования и риска возникновения парасомний.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 158 студентов 3 курса лечебного (93 человека) и педиатрического факультета (65 человек) Кировского ГМУ в возрасте 20-24 лет, а также студенты, обучающиеся в Вятском государственном университете на 3 курсе на гуманитарных специальностях, аналогичного возраста. Среди студентов-медиков 69% составили девушки, 31% - юноши; среди студентов гуманитарных специальностей распределение по полу составляет 65 и 35 % для девушек и юношей соответственно. Работа проводилась в первом полугодии 2019-2020 учебного года, то есть в пятом семестре.

При разработке анкеты был использован протокол обследования пациентов с нарушениями сна. Этот протокол состоит из вопросов об имеющихся в настоящее время и случавшихся ранее нарушениях сна, их продолжительности и частоте, общей характеристике и возможных причинах, а также об индивидуальных особенностях цикла «сон–бодрствование» (ночной, утренний и дневной типы). Кроме того, он включает анкету балльной оценки субъективных характеристик сна, Эпвортскую шкалу дневной сонливости (Epworth Sleepiness Scale) и анкету скрининга синдрома апноэ во сне (САС). К субъективным характеристикам сна, которые предлагается оценить по пятибалльной системе, относят: время засыпания и продолжительность сна, количество ночных пробуждений и сновидений, качество сна и утреннего пробуждения. При интерпретации результатов рассчитывается суммарный балл. Выделяют три области значений:

22 балла и выше – норма (сон оценивается как нормальный),
18 баллов и менее – сон нарушен,
19–21 балл – пограничные значения.

Эпвортская шкала считается простым и надежным методом измерения выраженности дневной сонливости (слабой, средней или сильной степени) у взрослых по восьми различным жизненным ситуациям. Разброс значений может достигать от 0 до 24 баллов. Суммарный балл 0–10 отражает нормальные значения,

11–15 – избыточную дневную сонливость,
16–24 – выраженную дневную сонливость.

Анкета скрининга САС состоит из наиболее часто встречающихся, специфичных и высокоспецифичных симптомов этого состояния. Первая группа симптомов (храп, дневная сонливость, утренняя головная боль и повышение артериального давления (АД) более 140 и 90 мм рт. ст. принимается за 1 балл; вторая группа (превышение утреннего диастолического АД над вечерним и диастолическое АД, превышающее 100 мм рт. ст.) – оценивается в 2 балла; третья группа (остановки дыхания во время сна и наличие дневной сонливости в состоянии активного бодрствования) – в 3 балла. Если пациент получает 4 балла и более, то с вероятностью 96% его можно отнести к группе больных с апноэ, а с вероятностью 0% – к группе без патологии дыхания во сне. Основная же часть анкеты представляет собой опросник для выявления парасомний, а также обстоятельств их появления. Была использована классификация парасомний Американской академии медицины сна: парасомнии, возникающие в фазу медленного сна (далее – ФМС), парасомнии, возникающие в фазу быстрого сна (далее – ФБС), а также другие парасомнии. В настоящее время различают три формы парасомнии, возникающие в ФМС, — сонное опьянение, снохождение и ночные страхи. Ко второй группе относят нарушения поведения, связанные с ФБС, периодический изолированный сонный паралич и ночные кошмары. Также респондентам были заданы вопросы о наличии таких парасомний, как сонный энурез, связанные со сном нарушение пищевого поведения, диссоциативные расстройства, галлюцинации, синдром «взрывающейся головы» и др. Вопросы на предмет выявления парасомний содержат подробное описание того или иного состояния, понятное для человека, не оперирующего медицинскими терминами. Таким образом, используемая анкета фактически может быть использована для самодиагностики.

Статистический анализ включает вычисление следующих параметров: среднее значение (M), среднее квадратичное отклонение (σ), минимальное и максимальное значение (X_{\min} , X_{\max}), 95% доверительный интервал (ДИ) для среднего, относительное значение (%) частоты признака. Сравнительный анализ проводился по t-критерию

Стьюдента; различия считали достоверными при уровне $p < 0,05$. Для проведения корреляционного анализа был выбран критерий корреляции Пирсона. Программой основой статистического анализа является «BioStat 2009 Professional 5.8.4» («AnalystSoft», США).

Результаты. Выяснено, что нарушения сна имеются как у студентов-медиков, так и у студентов гуманитарных специальностей, тем не менее их общая характеристика имеет определенные отличия, в том числе в плане возможных причин. По результатам анкеты балльных субъективных характеристик сна и большинство студентов-медиков, и большинство студентов-гуманитариев показывают пограничные значения (52 и 49 % соответственно). Тем не менее среди остальных у медиков преобладают респонденты с нарушенным сном (29%), тогда как только 20% гуманитариев имеют нарушенный сон. Таким образом, как нормальный оценивается сон лишь 19% медиков и 31% студентов гуманитарных специальностей. Сравнение качества сна по t-критерию Стьюдента показало статистически значимые отличия для студентов медицинского вуза.

По Эпвортской шкале дневная сонливость медиков в среднем 15,5 баллов, что говорит об избыточной дневной сонливости на границе с выраженной. Студенты гуманитарных специальностей, напротив, показывают результат в 11,3 балла (избыточная дневная сонливость на границе с нормой). Значимость отличий также подтверждается статистически.

Возможность наличия САС выявлена у 16,4% обучающихся медицинского вуза и у 11,8% студентов гуманитарных специальностей. Значимых отличий по этому показателю не обнаружено. Установлено, что люди с ночным хронотипом имеют худшее качество сна, чаще испытывают дневную сонливость. Избыточная дневная сонливость имеет тесную корреляционную связь ($r=0,7$) с такими состояниями, как субъективное ощущение недостаточности сна, бруксизм, эпизоды апноэ, ночные кошмары. Собственно парасомнии значимо чаще встречаются у студентов-медиков (15,4% против 8,2%). В основном они связаны с фазой быстрого сна и с переходом между циклами сон-бодрствование. Наиболее частыми парасомниями у обеих групп студентов являются ночные кошмары (5,3%), однако у студентов-медиков они имеют определенную специфику, ассоциированную с профессиональными особенностями. К примеру, студенты, проводившие много времени в анатомическом музее, а также лаборанты, работавшие с трупным материалом, сообщают об эпизодах преследования и убийств с анатомо-физиологическими подробностями во сне. Также у студентов-гуманитариев не отмечено таких парасомний, как "синдром взрывающейся головы" (0,8% у медиков) и ночные спазмы мышц нижних конечностей (1,5% у медиков). Сонный паралич хотя бы раз испытывали

4,0% гуманитариев и 6,8% медиков. Значимых отличий по встречаемости этой парасомнии не обнаружено.

Выводы. Качество сна студентов медицинского вуза значимо ниже по сравнению со студентами гуманитарных специальностей. Аналогичное наблюдение сделано относительно встречаемости парасомний, следовательно, учитывая также содержательные аспекты, можно говорить о специфичности парасомний для студентов-медиков. Тем не менее отсутствие гигиены сна, нарушение режима труда и отдыха, депривация сна являются настолько общими для молодых людей, что могут повлиять на окончательный результат, поэтому концепция парасомний, несмотря на определенную специфику, остается полиэтиологичной и для студентов.

Кинч Е.М., Чонтян Д.А.

ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Кафедра пропедевтики внутренних и профессиональных болезней

Научные руководители: к.м.н., доцент Железнова А.Д.;

ассистент Кононова Е.Л.

Цель работы. Выявление основных факторов риска и причин у студентов медиков, приводящих к сосудистым заболеваниям.

Материалы и методы. Для анализа опасности развития сердечно-сосудистых заболеваний, была создана анкета с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Было опрошено 114 респондентов от 18 лет до 22 (44,7%-Ж и 55,3%-М).

Результаты. По данным анкетирования среди всех опрошенных респондентов высокая опасность риска сердечно-сосудистых заболеваний(ССЗ) составляет – 39%, выраженная – 19%, умеренная – 32% и отсутствует – 10%. Исходя из полученных данных можно сделать вывод о том, что ССЗ являются актуальными заболеваниями в сфере здравоохранения. Среди участников анкетирования : у мужчин высокая опасность риска – 15% , выраженная – 49%, умеренная – 30%,отсутствует – 6%; у женщин выраженная – 13%, умеренная – 53%, отсутствует – 13%. Вывод: болезням системы кровообращения в молодом возрасте более подвержены мужчины. В ходе скрининга на заболевания сердца в анкете проводится определение роста и массы тела с целью выявления избыточного веса, выявление наследственного фактора, вредных привычек (курение и алкоголь), а также питание и стрессовый фактор у респондента. Избыточный вес. Не только увеличивает риск заболевания сердечно-сосудистыми болезнями, но и

крайне негативно влияет на развитие уже существующей болезни. Среди респондентов с избыточным весом у 49% -высокий риск развития ССЗ, когда у людей с «Нормальным» весом высокий риск составляет – 10%. Сигареты ускоряют сужение артерий. На целых 15%, уменьшается содержание кислорода в крови. Ускоряя сужение кровеносных сосудов и заставляя сердце сокращаться чаще, курение создает перегрузку всей сердечно-сосудистой системы. Поданным анкетирования у 57% курящих людей высокий риск развития ССЗ, а у некурящих он составляет 9%. Наследственность. Если ваши родители или близкие кровные родственники болели артериальной гипертензией, атеросклерозом или кардиосклерозом, то ваш личный риск заболеть соответствующими болезнями повышается на 25%. У 47% опрошенных, имеющих наследственную предрасположенность к ССЗ, есть высокий риск развития заболеваний сердца, в то время как у генетически здоровых респондентов он составляет 8 %. Влияние алкоголя на развитие ССЗ является прямым. У 50% респондентов, которые употребляют алкоголь высокий риск развития ССЗ. Оценка вышеперечисленных показателей с высокой степенью достоверности позволяет выявить лиц с высоким риском сердечно-сосудистой смертности и своевременно провести комплекс медикаментозных и немедикаментозных мероприятий по ее предотвращению. Далее было проведено сравнение женщин и мужчин на предмет наличия ССЗ -Т-критерий Стьюдента (при уровне значимости 0,05 и 0,01; программа «BioStat 2009 Professional 5.8.4», «AnalystSoft», США). Тэмр=3,1(различия есть) Вывод: В молодом возрасте мужчины больше подвержены высокому риску ССЗ. Следующим этапом стал корреляционный анализ (критерий корреляции Пирсона, пакет статистического анализа Microsoft Excel)-сравнение наличия фактора риска и уровня опасности проявления ССЗ.

Выводы. Итак, как мы видим, большинство факторов риска – это факторы образа жизни, поддающиеся коррекции: курение, низкая физическая активность, потребление высококалорийных продуктов, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональные стрессы. И каждый человек способен сам решить эту проблему, следить за своим здоровьем. Таким образом, в повседневные задачи врачей входит не только эффективное лечение больных пациентов с уже имеющейся патологией, которое обеспечивает профилактику осложнений, но и раннее выявление здоровых пациентов, имеющих один или несколько факторов риска и планирование профилактических мероприятий, направленных на их устранение, поэтому во многих многопрофильных центрах имеется понятие Check-Up (Чек-ап) диагностика, которая является эффективным профилактическим мероприятием для пациентов с учетом распространенности факторов риска в современных социально-экономических условиях. После получения результатов скрининга мы

рекомендуем вам проконсультироваться у кардиолога или участкового терапевта, которые дадут рекомендации по профилактике заболевания. При необходимости будет назначено лечение, которое на ранних этапах имеет наибольшую эффективность.

Княжев И.С.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ В ДИНАМИКЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Спицин А.П.

Цель работы. Выявить закономерности между функциональными показателями сердечно-сосудистой системы и оценить состояние автономной нервной системы у студентов третьего курса в период экзаменационной сессии.

Материалы и методы. В исследование было включено 73 студента третьего курса (56 девушек и 17 юношей) медицинского университета в возрасте от 19 до 25 лет ($20,8 \pm 0,1$). Все испытуемые предварительно были ознакомлены с содержанием физиологического обследования, получено информированное согласие на него. Студенты были обследованы в утреннее время. Систолическое и диастолическое артериальное (САД и ДАД соответственно) и частота сердечных сокращений (ЧСС) измерены с помощью автоматического тонометра Эй энд Ди UB-202. Антропометрическое обследование включало измерение роста и массы тела. Традиционными расчетными методами определяли минутный объем крови (МОК), ударный объем крови (УОК), сердечный индекс (СИ), удельное периферическое сопротивление (УПСС), ударный индекс (УИ), также изучали должные значения данных показателей. Для определения типа автономной нервной регуляции рассчитывали вегетативный индекс Кердо (ВИК). При значениях $\text{ВИК} < 0$ вегетативная реактивность характеризуется как парасимпатикотония, при $\text{ВИК} > 0$ - симпатикотония, при $\text{ВИК} = 0$ как вегетативное равновесие (эутония). Студенты были распределены на 3 группы в зависимости от дня сдачи экзамена (21 июня - первый экзамен (1 группа), 22 июня - второй экзамен (2 группа), 26 июня - третий экзамен (3 группа) 2019 год). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерных пакетов Excel и Statistica Advanced 10 for Windows RU. Распределение количественных данных, отличных от нормального, описывались с указанием медианы и интерквартильного размаха в виде 25% и 75% процентилей, т.е. верхней границы 1-го и нижней границы 4-го квартилей. Разницу показателей в группах

оценивали по критерию Манна-Уитни. Для установления связей между изучаемыми величинами применяли корреляционный анализ по Спирмену. Достоверность различий (p) во всех процедурах статистического анализа принимали менее 0,05.

Результаты. Выявлен ряд функциональных различий у студентов между группами без учета половой принадлежности. Так у студентов первой, второй и третьей групп преобладал симпатический тип регуляции, подтверждающийся более высокими во время сдачи экзамена минутным объёмом крови, но то же время встречались лица и с парасимпатическим типом регуляции. Нами были произведены сравнения функциональных показателей гемодинамики между группами, то есть сравнивался первый день сдачи экзамена (1 экзамен) с последующими днями (2 и 3 экзамены). Установлено, что увеличению минутного объёма крови к третьему экзамену способствовали ударный объём крови и частота сердечных сокращений, которые коррелируют между собой.

Выводы. Установлено, что к третьему экзамену количество студентов с доминированием симпатического отдела АНС увеличивается. Это подтверждается более высокими показателями МОК по сравнению с другими группами. Более высокий МОК во время экзамена у симпатотоников может свидетельствовать об энергетически менее выгодном функционировании сердечно-сосудистой системы. Корреляционные отношения между интегральными показателями гемодинамики отличаются в зависимости от дня сдачи экзамена. У студентов (3 группы) более выраженные взаимосвязи между интегральными показателями. Ведущая роль в регуляции гемодинамики отводится удельному периферическому сосудистому сопротивлению (УПСС) у лиц с ваготоническим типом АНС. Различия в показателях УПСС между симпатотониками и парасимпатотониками, в зависимости от дня сдачи экзамена определяют и МОК, и сердечный выброс. Таким образом были выявлены закономерности между функциональными показателями сердечно-сосудистой системы и определены типы автономной нервной системы у студентов третьего курса в период экзаменационной сессии.

Лыхин Ю.А., Симонова П.А.

УСТАНОВЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЯ НА МЕХАНИЗМЫ СТАРЕНИЯ

ГОУ ВПО Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Железнова А.Д.

Цель. Установить влияние алкоголя на механизмы старения.

Материалы и методы. Было отобрано 30 лиц в возрасте от 30 до 40 лет, страдающих алкогольной зависимостью, размещенных в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер». Из них 20 – мужчины, остальные 10 – женщины. Для контрольной группы было отобрано 30 человек с аналогичным распределением без алкогольной зависимости. Фактический Биологический Возраст определялся по следующим формулам в зависимости от пола: Мужчины: $ФБВ = 26,985 + 0,215 \cdot АДС - 0,149 \cdot ЗДВ + 0,723 \cdot СОЗ - 0,151 \cdot СБ$ Женщины: $ФБВ = -1,463 + 0,415 \cdot АДП + 0,248 \cdot МТ + 0,694 \cdot СОЗ - 0,14 \cdot СБ$ Должный Биологический Возраст рассчитывался по нижеуказанным формулам: Мужчины: $ДБВ = 0,629 \cdot КВ + 18,56$ Женщины: $ДБВ = 0,581 \cdot КВ + 17,24$, где КВ - календарный возраст Для сравнения был использован Т-критерий Стьюдента (при уровне значимости 0,05 и 0,01; программа «BioStat 2009 Professional 5.8.4», «AnalystSoft», США). Также был проведен корреляционный анализ зависимости результатов теста от пола, для чего был использован критерий корреляции Пирсона, пакет статистического анализа Microsoft Excel.

Результаты исследования. Проведя все необходимые опросы, измерения и опыты, мы получили следующие результаты: Средний возраст контрольной группы составил 36 лет для мужчин и 34 – для женщин(10), соответственно их ДБВ по формуле: для мужчин: $ДБВ=41,2$ биол. лет, а для женщин: $ДБВ=37$ биол. лет. Что касается ФБВ, то: для М средний ФБВ составил 41,4 биол. лет (разброс 38,7-45,5), а для Ж = 34,7 биол. лет с разбросом от 30,0 до 37,3 биол. лет. Вычитая из ФБВ ДБВ получаем, что для М степень старения соответствует статистическим нормативам, а для женщин $ФБВ-ДБВ<0$, что говорит о замедленном старении.(Предположительно из-за того, что женщины лучше следят за своим здоровьем). Переходим к опытной группе: Все обследованные лица страдают хроническим алкоголизмом, при этом отсутствуют другие хронические заболевания. Средний возраст для мужчин составил 38 лет, для Ж 35 лет. ДБВ для М = 42,5 биол. лет, для Ж = 37,6 биол. лет. С ФБВ все обстоит куда серьезнее: ФБВ мужчин этой группы составил 55,6 биол. лет с разбросом от 45,1 до 67,3 биол. лет. Что касается женщин, то здесь ФБВ составил 44,1 биол. лет с разбросом от 40,0 до 56,8 биол. лет. Посчитав разницу ФБВ и ДБВ, получаем, что и М, и Ж этой группы имеют высокую степень старения. Для полноты эксперимента обратимся к статистике. Был использован t-критерий Стьюдента для зависимых выборок. После всех необходимых расчетов получились следующие результаты: $t_{эмп}$ для контрольной группы составило 0.9 и 2 для мужчин и женщин соответственно. То есть, биологический возраст здоровых людей находится в рамках допустимого. $t_{эмп}$ опытной группы равняется 12.1 и 5.6 для мужчин и женщин соответственно. Что говорит о том, что биологический возраст опытной группы выходит далеко за рамки

допустимых значений. Причем значения $t_{эмп}$ находятся много правее значений $t_{крит}$ (2.86 для мужчин и 3.25 для женщин) для уровня значимости 0.01, что говорит о том, что сделанные нами выводы справедливы не только в рамках эксперимента, но и в целом для всей совокупности людей. Дополнительно был посчитан критерий Пирсона для установления различия между распределениями по полу. $\chi^2_{эмп}$ вышло равным 6.108 при $\chi^2_{крит}$ 16.9 (при уровне значимости 0.05) и 21.6 (при уровне значимости 0.01). Таким образом, пол никак не влияет на скорость старения при употреблении алкоголя.

Вывод. Алкоголь прямым образом влияет на скорость старения человека, повышая ее. Он истощает возможности организма, оказывает токсическое действие, ингибирует механизмы противостарения.

Подушкина А.А., Козлова Л.Н.
**ОРГАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ТУЛЯРЕМИЕЙ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Сапожникова В.В.

Цель: определить особенности органной патологии, а также изменения показателей общего анализа крови у пациентов с туляремией в Кировской области

Материалы и методы. Изучены 12 клинических случаев туляремии. Среди пациентов в возрасте от 19 до 70 лет (средний возраст $38,8 \pm 16,2$ лет) мужчины составили 66,6%. женщины – 33,4%. Больные проходили лечение в 7 отделении КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница». Диагноз ульцерогландулярной формы туляремии поставлен на основании эпидемиологических, клинико-anamnestических и лабораторных данных. Серологическое подтверждение диагноза включало обнаружение титра антител в РНГА. Статистическая обработка цифрового материала выполнялась с помощью статистической программы (StatSoft Statistica v 10.0). Проводилось попарное сравнение количественных показателей по параметрическому t -критерию Стьюдента и вычисление параметрического коэффициента Пирсона. Различия между группами считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. У всех пациентов с туляремией после укуса кровососущих насекомых на коже был обнаружен первичный аффект в виде язвы (100,0%). Чаще язвы были локализованы у больных в области нижних конечностей: на коже бедра (25,0%), в области коленного сустава (8,3%), голени (25,0%), голеностопного сустава (16,6%), реже – на коже затылка (8,3%) и в области надключичной ямки (8,3%). Острое начало болезни с интоксикацией отмечено у всех пациентов (100,0%). В

75,0% случаев в начале заболевания у больных отмечалась фебрильная лихорадка, в 25,0% - субфебрильная. У всех пациентов вблизи входных ворот инфекции отмечен регионарный лимфаденит с образованием бубонов: паховых - 66,6%, бедренных - 16,6%, подмышечных - 8,3%, затылочных - 8,3%. Инфильтрация кожи в области бубонов присутствовала у больных в 25,0% случаев. Пациенты были госпитализированы через $12,5 \pm 9,13$ дней болезни в связи с малоэффективным антибактериальным лечением на амбулаторном этапе, и поэтому выраженных сдвигов в общем анализе крови не наблюдалось. У больных в периоде разгара заболевания среднее содержание эритроцитов составило $4,57 \pm 0,59 \times 10^{12}/л$, гемоглобина - $136,9 \pm 15,65$ г/л, лейкоцитов - $8,18 \pm 1,77 \times 10^9/л$, палочкоядерных нейтрофилов $5,18 \pm 5,4\%$, сегментоядерных нейтрофилов - $59,36 \pm 13,03\%$, тромбоцитов - $214,2 \pm 84,97 \times 10^9/л$, СОЭ - $16,2 \pm 13,70$ мм в час. В периоде реконвалесценции у пациентов среднее содержание эритроцитов составило $4,74 \pm 0,45 \times 10^{12}/л$, гемоглобина - $143,89 \pm 9,24$ г/л, лейкоцитов - $8,21 \pm 2,13 \times 10^9/л$, палочкоядерных нейтрофилов $4,11 \pm 3,59\%$, сегментоядерных нейтрофилов - $50,89 \pm 8,96\%$, тромбоцитов - $247,89 \pm 65,59 \times 10^9/л$. СОЭ - $16,67 \pm 14,91$ мм в час. В исследовании определена прямая сильная корреляционная связь палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов в периоде реконвалесценции ($r=0,79$, $p<0,05$), что характеризовало благоприятный исход инфекционного процесса.

Выводы. У всех больных с туляремией в Кировской области отмечены первичные аффекты на коже в виде язв и регионарный лимфаденит (ульцерогландулярная форма заболевания). Заболевание характеризуется выраженной интоксикацией (75,0%). В общем анализе крови у больных в периоде разгара характерен умеренный палочкоядерный сдвиг влево, в периоде реконвалесценции - взаимосвязь выработки палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов.

Севрукевич В.В.

ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Висмонт Ф.И.

Цель работы. Оценить противоаритмическую эффективность дистантного ишемического прекондиционирования (ДИПреК) при ишемии/реперфузии миокарда у крыс с гиперлипидемией (ГЛ).

Материалы и методы. Исследование проведено на 35 белых крысах-самцах (массой 200 ± 30 г, возрастом 3-4 мес). Животные были

разделены на 4 группы: Контроль (n=7), КонтрольГЛ (n=11), ДИПреК (n=7), ДИПреКГЛ (n=14). Гиперлипидемия у крыс моделировалась путем однократного интрагастрального введения животным 10% р-ра холестерина на оливковом масле в дозе 10 мл/кг в течение 10 дней. Крысам, которым не производилось интрагастральное введение холестерина, интрагастрально вводился 0,9% р-р NaCl в объеме 10 мл/кг. Для наркотизации животных применяли внутривенно тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг. Крысы с помощью аппарата ИВЛ переводились на искусственное дыхание. Регистрация ЭКГ производилась в 3 стандартных отведения. Острый инфаркт миокарда моделировали путем 30-мин окклюзии полипропиленовой нитью нисходящей ветви левой коронарной артерии с последующим периодом 120-мин. реперфузии. Животные групп ДИПреК, предварительно подвергались воздействию 15-мин. окклюзии обеих бедренных артерий за 25 мин до 30-мин периода острого инфаркта миокарда.

Результаты. У крыс с гиперлипидемией содержание триацилглицеролов сыворотке крови составило $1,57 \pm 0,19$ ммоль/л, общего холестерина – $5,93 \pm 0,41$ ммоль/л. У крыс, не имеющих гиперлипидемию, содержание триацилглицеролов составило $0,67 \pm 0,09$ ммоль/л, общего холестерина – $2,62 \pm 0,09$ ммоль/л. При ишемии-реперфузии миокарда у крыс наблюдались аритмии продолжительностью в группе КонтрольГЛ – 325 (136; 563) сек, ДИПреКГЛ – 48 (31; 80) сек ($p < 0,05$).

Выводы. ДИПреК обладает выраженным противоаритмическим эффектом в плане снижения длительности аритмий при ишемии/реперфузии миокарда у крыс с гиперлипидемией.

Соловьёва К.С., Чернятьева А.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕГО ТИПА АНС

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Спицин А.П.

Цель: исследовать изменения эластичности сосудов у лиц молодого возраста в зависимости от доминирующего типа АНС. Материал и методы. В исследование было включено 126 студентов (88 девушек и 38 юношей от 19 до 27 лет), из них студенты старших курсов (85 человек) и ординаторы первого года обучения (41 человек). Для оценки структурно-функционального состояния стенки крупных сосудов и параметров центральной гемодинамики использован метод фотоплетизмографии – компьютерный фотоплетизмограф "PulseLite".

Оценивались показатели: амплитуда дикротической и пульсовой волн, высота инцизуры, время наполнения и отражения пульсовой волны, длительность анакротической и дикротической фазы пульсовой волны, продолжительность диастолической и систолической фазы сердечного цикла, длительность фазы изгнания, индекс восходящей и дикротической волны, индекс жесткости и отражения. Исследуемые данные систематизированы и сгруппированы согласно полу, ИЖ сосудов и доминирующему типу АНС, на основе расчета индекса Кердо (ВИК).. После предварительного анализа полученных данных были сформированы группы на основе значений индекса жесткости (ИЖ): 1) ИЖ от 4-5 м/с, 2) ИЖ от 6 до 7м/с, 3) ИЖ от 8 до 9м/с, 4) ИЖ–свыше 10м/с. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. В первой группе (n=20) среднее значение ИЖ составило $4,79 \pm 0,009$ м/с. Фактическая ЧСС отличалась от должной на $118 \pm 3,53\%$. Ударный объем крови (УОК) соответствовал должному значению ($66,72 \pm 1,57$ мл и $71,57 \pm 2,08$ мл должный). Удельное периферическое сопротивление (УПСС) составляло $108,8 \pm 4,70$ от должного значения. Исследование ИЖ в зависимости от доминирующего типа АНС выявило следующие особенности. При доминировании симпатического отдела АНС (ВИК= $14,3 \pm 1,71$) ИЖ составил в среднем $4,8 \pm 0,1$ м/с. В сравнении с должными величинами: фактическая ЧСС была выше (в среднем $82 \pm 2,14$), фактический УО крови и УПСС практически не отличались. При доминировании парасимпатического отдела АНС (ВИК= $-13,3 \pm 7,35$) ИЖ был незначительно больше - $5,0 \pm 0,002$ м/с. В сравнении с должными величинами: фактическая ЧСС не существенно отличалась, истинное значение УОК было значительно ниже должного, МОК достигал $73,57 \pm 4,72\%$ от должного значения. Важно отметить и существенное увеличение УПСС по сравнению с должными значениями. Таким образом, при доминировании парасимпатического отдела АНС наблюдается увеличение ИЖ, по-видимому, связанное с отклонениями УОК, УПСС от должных значений. Во второй группе (n=80) среднее значение ИЖ составило $6,34 \pm 0,056$ м/с. Фактическая ЧСС отличалась от должной на $121,7 \pm 2,22\%$. УОК достигал $64,72 \pm 0,39$ мл и составлял $74 \pm 1,7\%$ от должной величины. Удельное периферическое сопротивление (УПСС) составляло $115,6 \pm 2,85$ от должного значения, но при этом фактический МОК был меньше должного значения и достигал только $90,6 \pm 2,16\%$. Исследование ИЖ в зависимости от доминирующего типа АНС выявило следующие особенности. При доминировании симпатического отдела АНС (n=46) ИЖ составил $6,38 \pm 0,075$ м/с. Фактическая ЧСС составляла $130 \pm 2,64\%$ от должной. УОК практически не отличался от должного, как и УПСС и МОК. Таким образом, оптимальный МОК поддерживался за счет более

высокой ЧСС. При доминировании парасимпатического отдела АНС (n=27) ИЖ составил $6,31 \pm 0,091$ м/с. Фактическая ЧСС мало отличалась от должной. Истинное значение УОК было меньше и составляло только $74,5 \pm 2,09\%$ от должного значения. Фактические значения УПСС существенно превышали должные значения ($34,55 \pm 1,43$ и $24,97 \pm 0,42$ соответственно). При этом фактические значения МОК составляли только $74,5 \pm 2,09\%$ от должного значения. В третьей группе (n=20) среднее значение ИЖ составило $8,37 \pm 0,12$ м/с. Фактическая ЧСС отличалась от должной на $123,7 \pm 4,86\%$. УОК достигал $70,77 \pm 3,35$ мл и составлял $94,5 \pm 5,31\%$ от должной величины. УПСС достигало $114,6 \pm 8,17\%$ от должного значения, но при этом фактический МОК был меньше должного значения и достигал только $94,56 \pm 5,31\%$. Исследование ИЖ в зависимости от доминирующего типа АНС выявило следующие особенности. При доминировании симпатического отдела АНС (n=15) ИЖ составил $8,5 \pm 0,14$ м/с. В сравнении с должными величинами: фактическая ЧСС достигала $131,6 \pm 4,64\%$ от должной, ударный объем практически не отличался. Не было различий и в величине УПСС. В целом должный и фактический МОК соответствовали друг другу. ВИК составил $17 \pm 2,44$. Таким образом, оптимальный МОК поддерживался счет более высокой ЧСС. При доминировании парасимпатического отдела АНС (n=27) ИЖ оказался меньше по сравнению с симпатотониками и равнялся $8,01 \pm 0,011$ м/с. В сравнении с должными величинами: фактическая ЧСС мало отличалась, УОК было меньше и составляло только $65,05 \pm 6,64\%$ от должного. Фактические значения УПСС существенно превышали должные значения. Это превышает должную величину УПСС на $162 \pm 17,34\%$. При этом фактический минутный объем крови составлял только $65,05 \pm 6,69\%$ от должного значения. В четвертой группе (n=5) значение ИЖ составило $10,6 \pm 0,32$ м/с. Индекс отражения существенно отличался от предыдущих групп. Так, у симпатотоников он составил $61 \pm 6,53\%$, а у ваготоников - $88 \pm 4,24\%$. Систолическое и диастолическое АД не имело существенных отличий в сравнении с группами 1-3.. Обращала внимание высокая ЧСС в подгруппе симпатотоников ($99,7 \pm 12,7$ при должной $66,9 \pm 1,95$). В той и другой подгруппе значения сердечного индекса были меньше должных значений, что указывает на снижение эффективности кровоснабжения. У ваготоников величина сердечного индекса составляла только $75,13 \pm 4,85\%$ от должного, а у лиц с доминированием симпатического отдела АНС - $110,5 \pm 9,13\%$. Интересно отметить, что у симпатотоников удельное периферическое сопротивление было ниже должных значений ($92,6 \pm 8,36\%$ от должного), а у ваготоников фактические значения УПСС превышали средние значения на $134, \pm 8,57\%$.

Выводы. 1. Сравнительная характеристика данных показала, что имеется связь между значениями артериальной жесткости с

показателями гемодинамики, а также типом вегетативной нервной системы. 2.Изменение показателей гемодинамики: частоты сердечных сокращений, ударного объема крови, удельного периферического сопротивления сосудов и минутного объема крови, приводит к изменению жесткости сосудистой стенки. 3.При доминировании парасимпатического отдела АНС наблюдается увеличение индекса жесткости, по-видимому, связанное со снижением ударного объема крови и увеличения удельного периферического сопротивления сосудов. При доминировании симпатической нервной системы показатели гемодинамики существенно не отличаются от должных величин, однако в группе, где индекс жесткости составил больше 9 м/с, удельное периферическое сопротивление было ниже должных значений. 4. У 7,2% обследованных студентов и ординаторов индекс жесткости превышал 9 м/с.

Спицин А.А.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПЕРВОМ КУРСЕ С УЧЕТОМ ТИПА АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Спицин А.П.

Цель исследования: изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма студентов 1 курса медицинского университета.

Материал и методы. В исследование было включено 48 студентов первого курса (29 девушек и 19 юношей) медицинского университета в возрасте от 17 до 22 лет ($18,0 \pm 0,2$). Систолическое и диастолическое артериальное (САД и ДАД соответственно) и частота сердечных сокращений (ЧСС) измерены с помощью автоматического тонометра Омрон 705IT (Япония) согласно рекомендаций экспертов (ВНОК, 2001). Традиционными расчетными методами определяли МОК, УОК, СИ, ОПСС. Рассчитывали также вегетативный индекс Кердо по формуле: $ВИ = (1 - ДАД/ЧСС)$, где ВИ – вегетативный индекс. ДАД – диастолическое артериальное давление. Известно, что при значениях ВИК <0 вегетативная реактивность характеризуется как парасимпатикотония, при ВИК >0 - симпатикотония, при ВИК=0 как вегетативное равновесие (эутония). Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием компьютерных пакетов Excel и Statistica Advanced 10 for Windows RU. Для установления связей между изучаемыми величинами применяли корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты исследования и обсуждение. В исходном фоновом состоянии преобладали лица с доминированием парасимпатического

отдела АНС. Результаты исследований показали, что исходный тип автономной нервной системы (АНС) определяет параметры функционирования сердечнососудистой системы. При анализе результатов также установлено, что показатели гемодинамики и характер корреляционных связей не только отличаются от доминирующего типа вегетативной регуляции, то также зависят от пола обследованных. В группе с исходным доминированием симпатического отдела АНС достоверно больше УОК, МОК, сердечный индекс. Отметим, что МОК является интегральной характеристикой кровообращения, которая направлена на обеспечение метаболических потребностей организма. Однако статистически более высокий в состоянии покоя МОК у симпатотоников может свидетельствовать и об энергетически менее выгодном функционировании сердечно-сосудистой системы. Действительно, двойное произведение (ДП) у симпатотоников было значимо больше по сравнению с ваготониками. Обнаружены положительные корреляционные связи роста и веса. Причем у ваготоников эта связь оказалась сильнее. Положительная достоверная связь между ростом и средним гемодинамическим давлением обнаружена только у симпатотоников. масса тела существенно влияла как на пульсовое давление, так и УПСС у обоих типов вегетативной регуляции, а связь с систолическим артериальным давлением характерна только при доминировании симпатического отдела АНС. Интересным представляется особенности корреляционных взаимосвязей между отдельными показателями гемодинамики при различном типе доминирования АНС. Частота сердечных сокращений коррелировала с АДС, но достоверная связь была только у лиц ваготоническим типом АНС. Более сильной, независимо от типа АНС, выявлена взаимосвязь между ЧСС и АДД. Сильная корреляция, также не зависящая от доминирования отдела вегетативной нервной системы обнаружена между УОК и ОПСС. Достоверная связь ДАД с УПСС была только при доминировании парасимпатического отдела АНС. В исследовании выявлен ряд половых различий в показателях центральной гемодинамики с одинаковым типом вегетативной регуляции. САД у юношей достоверно выше, чем у девушек, но в тоже время АДД не имело значимых различий. У юношей также оказалось выше пульсовое давление, СрГД, удельное периферическое сопротивление. В тоже время ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ) у юношей был достоверно меньше по сравнению с девушками. Обращает на себя внимание, что удельное периферическое сопротивление у мужчин было значительно больше чем у женщин. Выявлено отсутствие статистически значимых различий по ЧСС и УОК. Можно предполагать, что при одинаковом сердечном выбросе у здоровых лиц АД определяется периферическим сосудистым сопротивлением. Еще одна характерная особенность- это различия в

корреляционных отношениях между показателями гемодинамики в зависимости от пола. Выявлена сильная отрицательная связь между ростом и массой тела у мужчин, а у женщин такой связи не было. В тоже время у женщин определяется сильная отрицательная связь между ростом и ударным индексом. У мужчин, в отличие от женщин, выявлена сильная положительная достоверная связь между массой тела и удельным периферическим сопротивлением.

Выводы.

1. Здоровые лица молодого возраста неоднородны по интегральным показателям гемодинамики. Параметры сердечно-сосудистой системы зависят зависят от пола, роста и массы тела, а также исходного доминирующего типа АНС.

2. Значимые отклонения показателей сердечно-сосудистой системы от их должных значений наблюдается у мужчин с ваготоническим типом АНС. Это выражалось в снижении показателей кровенаполнения сердца (УОК, МОК, СИ), а также увеличением общего и удельного периферического сосудистого сопротивления. При этом систолическое и диастолическое артериальное давление не имели значимых различий. У лиц с симпатическим типом АНС отклонения УОК, МОК, ОПСС и УПСС от должных значений были незначительны.

3. Корреляционные связи между показателями гемодинамики отличаются в зависимости от пола и типа АНС. При этом у лиц с исходным симпатическим типом АНС выявляется меньшее число корреляционных взаимосвязей, что может отражать их большую адаптивную пластичность и возможности более адекватных функциональных перестроек.

4. Обнаружены половые различия во взаимосвязях при одинаковом исходном типе АНС. У юношей при симпатическом типе доминирования функциональное состояние гемодинамики значимо зависит от антропометрических показателей (роста и массы тела), у девушек - от ЧСС и УОК. При доминировании парасимпатического отдела АНС характер корреляционных связей значительно сложнее. У юношей проявляется большая взаимосвязь роста и массы тела с ЧСС, УОК, УПСС, а также отдельными показателями гемодинамики. У девушек на функциональное состояние гемодинамики влияет рост и диастолическое артериальное давление.

5. Раннее выявление отклонений функционирования сердечно-сосудистой системы позволит эффективно формировать группы риска для проведения индивидуализированных корригирующих технологий среди лиц молодого возраста. Наиболее значимыми параметрами при этом является рост, масса тела, диастолическое давление с учетом исходного вегетативного тонуса.

Чермных А.А., Рябинин А.С.
ОЦЕНКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ
ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ГЕМОДИНАМИКИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра патофизиологии
Научный руководитель: профессор Спицин А.П.

Целью проведенного исследования явилось изучение по базовым параметрам гемодинамики физиологического состояния студентов Кировского ГМУ в середине учебного года.

Методы исследования. В исследовании участвовали 35 студентов, средний возраст которых на момент обследования составил 20 ± 1.3 лет. В качестве оценки функционального статуса студентов определяли индивидуальные и групповые величины АД — систолического (АДС, мм рт. ст.) и ЧСС (мин) и диастолического (АДД, мм рт. ст.), используя стандартные методы. На их основе рассчитывали показательные индексы гемодинамики: пульсовое давление (ПД мм рт. ст.), и минутный объем крови (МОК, л/мин), систолический объем (СО, мл) и минутный объем крови (МОК, л/мин), среднее артериальное давление для центральных сосудов (ср.АД, мм рт.ст.), индекс типа саморегуляции кровообращения (ТСК, усл. ед.), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС, дин/с/см²), коэффициент выносливости (КВ, усл. ед.). двойное произведение (ДП, усл. ед), коэффициент экономичности кровообращения (КЭК, усл. ед.), коэффициент выносливости (КВ, усл. ед.). Полученные данные были статистически обработаны с использованием EXCEL.

Результаты. Исходя из полученных данных, средние величины АДС ($124,3 \pm 2,17$), АДД ($83,0 \pm 2,1$) ПД ($49,8 \pm 2,72$) и ср.АД ($104,3 \pm 2,67$) соответствуют возрастным нормам, характерным для данного возраста. Важно отметить повышенные значения стандартного отклонения АДД, ПД, которые указывают на большой разброс индивидуальных значений и, соответственно, напряжение сократительной функции миокарда у значительной части обследуемых лиц. Индивидуальные значения АДД и ПД превышали верхние границы возрастной нормы у 30,4% и 35,6% студентов соответственно. Величина среднего АД принимается как наиболее стабильный показатель гемодинамики, составляющий в норме 85-100 мм рт. ст. и близкий по значению к АДД. Его выраженность зависит от величины минутного объема крови и сопротивления сосудов. Повышение значения срАД на 10-30 мм. рт. ст. указывает на физическое утомление организма. Его значения у 44,4% студентов и средняя по группе величина превышали норму, указывая на снижение у них резервных возможностей сердечно-сосудистой системы.

Значение ЧСС у студентов соответствовало возрастной норме, но наблюдался широкий разброс: у 2-х студентов наблюдалась выраженная брадикардия (47 и 55 мин-1), еще у 2-х – тахикардия (96 и 105 мин-1), а у остальных студентов она изменялась в пределах 62-79 мин-1.

СО - важнейший показатель гемодинамики, характеризующий адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы и непосредственно систолической активности миокарда. Установлено, что у студентов средние по группе величины СО крови и МОК соответствовали нижней границе нормы, равной соответственно 65-70 мл и 5-5,5 л/мин. Но по индивидуальным значениям СО крови был снижен против нормы у 50,0 % студентов. Лишь у 22,2% юношей индивидуальные значения СО крови превышали возрастную норму, отмечая наличие высоких резервов сократительной функции миокарда. Индивидуальные значения МОК только у 16,7% студентов соответствовали норме, а у остальных они были снижены против неё.

Такой показатель, как ДП, наиболее полно характеризует состояние резервов и энергопотенциал сердечно-сосудистой системы: чем ниже значение ДП, тем выше аэробные возможности миокарда и, следовательно, уровень соматического здоровья индивида. Средние по группе значение ДП составило 87,0 усл. ед., указывая, то у студентов группы в целом низкие резервные и энергетические возможности и ниже среднего уровень соматического здоровья. По индивидуальным значениям ДП у студентов функциональные резервы и уровень соматического здоровья выше среднего у 25,6%, средний их уровень – у 14,8 %, низкий – у 59,8 %.

По величине КВ и оценивали степень тренированности и функциональную готовность сердечно-сосудистой системы к выполнению физической нагрузки. Усредненное значение КВ было снижено против нормы, равной 16 усл. ед., указывая на высокую адаптивность системы кровообращения у студентов. Но по индивидуальным значениям КВ у 33,4 % студентов выявлено ослабление оцениваемой функции.

Физиологически значимым показателем системной гемодинамики является КЭК, равный в норме 2600 усл. ед. У обследуемой группы студентов оно было в 1,25 раза выше нормы (3480,9±217,29) и свидетельствовало об утомлении и снижении функциональной активности кровообращения. Индивидуальные значения КЭК у 20,1 % студентов соответствовали норме или были ниже её, указывая на высокую эффективность кровообращения. У остальных юношей значения КЭК превышали норму, отмечая выраженное утомление системы кровообращения.

ОПСС характеризует проходимость прекапиллярного русла, его значение в норме составляет от 1200 до 1700 дин.с.см-5. Среднее по

группе значение соответствовало верхней границе нормы ($1706,0 \pm 66,21$). У 50,0% студентов значениям ОПСС было несколько снижено, проявляясь в пределах нормы, а у остальных юношей было повышено, указывая на их предрасположенность к гипертонии.

Значение ТСК дает возможность оценивать уровень напряжения в регуляции сердечно-сосудистой системы. По усредненному значению данного показателя у студентов сосудистый тип саморегуляции кровообращения ($110,1 \pm 2,60$).

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует широкий спектр проявления функционального статуса сердечно-сосудистой системы у студентов Кировского ГМУ. Практически по всем изученным показателям гемодинамики у большей части студентов имеются выраженные отклонения от возрастной нормы, нарушение функций, как сосудистой системы, так и систолической активности миокарда.

17. ФИЗИОЛОГИЯ

Алистанова Ф.А., Стадник У.К.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Выявить типы пищевого поведения и особенности питания студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. У 100 студентов Кировского ГМУ (50 юношей и 50 девушек) было проведено анкетирование, выявляющее особенности питания. Для определения типов пищевого поведения был использован Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ). По данному опроснику средние показатели ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения для людей с нормальным весом составляют 2,4, 1,8 и 2,7 балла соответственно.

Результаты. Средние показатели по шкалам Голландского опросника составили: «ограничительный тип поведения» - $2,51 \pm 0,09$ баллов, «эмоциональный тип» - $2,27 \pm 0,1$ баллов и «экстернальный тип» - $2,85 \pm 0,09$ баллов. Качественный анализ результатов показал, что у 58% студентов выявлен ограничительный тип пищевого поведения, которое характеризуется тем, что это избыточное пищевое самоограничение и соблюдение чрезмерно строгой диеты, на смену которой достаточно быстро приходят периоды выраженного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе – в период ограничений он страдает от сильного голода, а во время переедания от

того, что опять набирает вес, и все его усилия были напрасными. У 60% студентов отмечался эмоциональный тип пищевого поведения. При этом стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не от того, что голоден, а потому, что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, ему скучно, одиноко и т. д. У 60 % обследуемых экстернальный тип пищевого поведения, который связан с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы, а потому что видит витрину продуктового магазина, хорошо накрытый стол, рекламу пищевых продуктов и т. д.. Анализ результатов анкетирования показал, что большинство опрошенных студентов питаются регулярно 3-4 раза в день (52%). Предпочтения в продуктах питания у юношей и девушек значительно отличаются. Юноши в большей степени употребляют мясо (86%, хлеб (70%), овощи (51%) 3-4 раза в неделю. Девушки же отдают предпочтение овощам (помидоры (36%), огурцы (39%) 1-2 раза в неделю и фруктам (бананы (36%) и апельсины (30%) 3-4 раза в неделю. Также выявили, что большинство девушек (58%) кладут 1-2 чайные ложки сахара в чай, 38 % юношей предпочитают пить чай без сахара. 40% девушек употребляют в питании йодированную соль. Почти половина как девушек, так и юношей жирную пищу употребляют 2-3 раза в неделю. В учебное время все студенты питаются в столовой или берут с собой еду, только 8% ответили, что не питаются в университете. Примерный рацион питания опрошенных варьирует, 39% студентов выбирают салат и второе, 27% - суп и салат, а 34% - хлебобулочные изделия. Рацион питания в учебное время и дома различен.

Вывод. Таким образом, у большинства студентов имелись нарушения пищевого поведения и пищевые предпочтения не у всех испытуемых соответствовали принципам рационального питания.

Арзикеева Е.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Выявление взаимосвязи личностных характеристик медицинских работников и проявлений синдрома эмоционального выгорания.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 15 медицинских работников (9 – медицинских сестер и 6 врачей)

Красноярской врачебной амбулатории Республики Марий Эл в возрасте от 20 до 40 лет. Уровень тревожности определяли по опроснику Ч.Д. Спилбергера-Ханина, раздражительность и вспыльчивость по тесту Раймонду Новако, поведение работников в конфликтной ситуации оценивали по опроснику Томаса-Килманна, проявления синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) по опросник по Бойко, тип темперамента оценивали по тесту Г. Айзенка. Анализ результатов исследования был выполнен с использованием программы Excel 2013 и Statistica 6. Для корреляционного анализа результатов использовали критерий Спирмена. Статистически достоверным считали показатели при $p < 0,05$.

Результаты. По опроснику Бойко мы определили, что развитый синдром эмоционального выгорания имелся у 20 % медицинских работников (3 человека), у 40 % (6 человек) – синдром на стадии развития, и лишь у 40% (6 человек) отсутствовали признаки эмоционального выгорания. По результатам тестирования на вспыльчивость было выявлено, что 86,6 % работников (13 человек) крайне вспыльчивы. Средний уровень вспыльчивости составил $57,6 \pm 6,78$ балла. 33,3% (5 человек) – при конфликте действуют по принципу соперничества, 20% (3 человек) – предпочитают идти на компромисс, 20% – действуют по принципу приспособления, 20% – выбирают сотрудничество, и лишь 6,66% (1 человек) избегает конфликтных ситуаций. По тесту Ч.Д. Спилбергера-Ханина выявлено, что средний показатель ситуативной тревожности $44,3 \pm 5,984$ балла, средний показатель личностной тревожности $43,26 \pm 7,01$ балла. У 46,6 % (7 человек) умеренный уровень ситуативной тревожности, у 53,4% (8 человек) выраженная ситуативная тревожность. У 53,3% (8 человек) – умеренный уровень личностной тревожности, у 40% (6 человек) – выраженная личностная тревожность. По тесту Айзенка у 40% (6 человек) выявлена склонность к экстраверсии, у 60% – к интраверсии. Корреляционный анализ показал наличие слабой положительной связи ($r = 0,19$) между уровнем ситуационной тревожности и проявлениями СЭВ, положительной умеренной связи ($r = 0,31$) между уровнем личностной тревожности и проявлениями синдрома, заметной положительной связью ($r = 0,64$) между уровнем раздражительности и СЭВ, умеренной положительной связью ($r = 0,37$) между характером поведения в конфликтных ситуациях и развитием СЭВ, слабой отрицательной связью ($r = -0,12$) между возрастом и развитием СЭВ.

Выводы. Таким образом, проявления синдрома эмоционального выгорания зависят от личностных характеристик медицинских работников, в совокупности определенные личностные качества имеют взаимоусиливающую способность, что ведет к скорейшему развитию СЭВ.

Афлетунова Л.Э.
ИЗМЕНЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ
КИРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Жукова Е.А.

Цель исследования: определить показатели зрительной работоспособности у студентов КГМУ и выявить способы для ее улучшения.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 21 студент КГМУ. Исследование зрительной работоспособности производилось с использованием теста "Определение работоспособности зрения" для количественной его оценки запатентованным Государственным учреждением «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» (Сомов Е.Е., 2000г.) Тест дает возможность оценивать зрительную работоспособность индивидуума по количеству правильно опознанных объектов заданной контрастности в условиях "зашумленности" окружающего фона. Данный эффект достигается за счет того, что тест состоит из 64 равновеликих (3•3 мм) неокантованных квадратиков-объектов трех различных степеней насыщенности наполняющей их текстуры черного цвета. В первом варианте она составляет 30, 50 и 70%, во втором - 40, 50 и 60% и в третьем 45, 50 и 55%. Число равноконтрастных квадратиков в каждой градации одинаковое - 21. Один квадратик теста (контрольный) имеет 100% контрастность. Тест предъявляется испытуемому с расстояния 33 см с заданием вычеркнуть в нем в течение 45 с все квадратики с определенной насыщенностью. Работоспособность зрительного анализатора (V) вычисляется по формуле $V = n(N - n')N'$, где N - количество предъявленных для опознания объектов (21) 50% контраста; n - количество опознанных пациентом объектов 50% контраста; n' - количество ошибочно опознанных объектов; N' - количество входящих в тест остальных разноконтрастных объектов, не предъявляемых для опознавания. Исследование функционального состояния зрительного анализатора студентов КГМУ проводилось на протяжении 3х дней с использованием 3 тестов в первой половине дня (с 8:00-9:00) и во второй половине дня (с 16:00-17:00). Анализ проводился с использованием таблиц Excel. В ходе дальнейшего исследования студентов разделили на 3 группы, каждой из которых предложили использовать определенный метод профилактики по улучшению работоспособности зрения в течение 3х дней. Повторно оценивали работоспособность зрения с помощью

теста. Статистический анализ проводился с использованием таблиц Excel.

Результаты. Исходные показатели зрительной работоспособности, V , для студентов составили: по первому тесту – $0,86 \pm 0,05$, по второму – $0,5 \pm 0,08$, по третьему – $0,14 \pm 0,09$. На основании проведенного первого теста видно, что у 23% студентов наблюдается отклонение от нормы работоспособности зрения уже вначале дня. Аналогичные отклонения по второму тесту – 28%, по третьему тесту – 33% соответственно. Проведенное исследование показывает что у 67% хорошо видящих по первому тесту работоспособность зрения ухудшилась. Для второго теста этот показатель равен 29%, а для третьего – 62%. Соответственно можно сделать вывод, что более чем у половины студентов КГМУ работоспособность зрительного анализатора ухудшается во второй половине дня, что в дальнейшем может сказаться на их успеваемости и состоянии здоровья. В связи с этим необходимо развить комплекс мер, предотвращающих ухудшение работоспособности зрения, таких как: гимнастика для глаз, холодные водные компрессы для глаз, чередование зрительной нагрузки и отдыха (Мухина М.В., 2003г.) В ходе исследования группу студентов разделили на 3 подгруппы. Первая подгруппа в качестве профилактики для глаз делала гимнастику. Закрывали глаза и смотрели сначала направо, затем налево. Повтор 10 раз. Не открывая глаз, совершали круговые движения глазами по часовой стрелке и в обратном направлении (тоже 10 раз). Открыли глаза, свели зрачки к переносице (10 раз). Выбрали близкий и отдаленный объекты перед собой. Переводили взгляд с одного на другой, фокусируя зрение на каждом. В заключение снова закрывали глаза и описывали кончиком носа в воздухе буквы, цифры или фигуры. - вторая подгруппа в качестве профилактики использовала холодные компрессы для глаз. С утра ополаскивали глаза попеременно теплой и холодной чистой водой примерно 20 раз. Также в течение дня ставились горячие и холодные компрессы, которые необходимо прикладывать по очереди к векам. - третья подгруппа в качестве профилактики каждые 15 минут делала перерыв. Паузы длились от трех до пяти минут.

Выводы. В результате исследования у первой подгруппы зрительная работоспособность увеличилась на 24%, у второй группы – на 19%, у третьей группы – на 11%. Для того чтобы определить, является ли выборка значимой, я использовала Т-критерий Вилкоксона. Для этого сначала отранжировала все абсолютные величины сдвигов, а потом просуммировала ранги. Для каждой из выборок (тест 1, 2 и 3 для утра и вечера) T попадает в зону значимости $T_{эмп} < T_{кр}$, следовательно все выборки имеют место быть. Таким образом, была определена зрительная работоспособность студентов КГМУ до и после профилактики, а также

выявлено, что массаж для глаз позволяет сохранять большую работоспособность зрения в течение всего дня.

Боброва А.А, Соколова С.П.
СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ГРУПП
РАЗЛИЧНОЙ ТРЕНИРОВАННОСТИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н, доцент Жукова Е.А,
ассистент Шитова О.В.

Цель работы. Сравнить показатели внешнего дыхания у групп различной тренированности.

Методы и материалы. Основу исследования составило проведение спирометрии на спирометре «Спиrolан» у 30 студентов в равной степени мужского и женского пола и в пределах 19-20 лет, относящихся к трем группам тренированности: спортсмены, певцы и контрольная группа, по 10 человек в каждой. Были взяты показатели, наиболее раскрывающие тренированность человека: ЖЕЛ (жизненная емкость легких), ФЖЕЛ (форсированная жизненная емкость легких), ПОС (пиковая объемная скорость выдоха), МОС_{25,50,75} (максимальная объемная скорость воздуха), ОФВ₁ (Объем форсированного выдоха за первую секунду выполнения форсированного выдоха). Выполнена статистическая обработка данных в программе «Statistica», применен критерий Шапиро-Уилка при уровне значимости $p=0,05$.

Результаты. Показатели в группе спортсменов: ЖЕЛ = $116,6 \pm 4,7\%$, ФЖЕЛ = $116,9 \pm 3,3\%$, ПОС = $121,7 \pm 8,3\%$, МОС₂₅ = $125,7 \pm 10,1$, МОС₅₀ = $134,3 \pm 14,2\%$, МОС₇₅ = $154,0 \pm 14,8 \%$, ОФВ₁ = $120,9 \pm 3,8\%$. Показатели в группе певцов: ЖЕЛ = $108,3 \pm 3,4\%$, ФЖЕЛ = $106,3 \pm 5,2\%$, ПОС = $111,0 \pm 7,7\%$, МОС₂₅ = $110,2 \pm 8,7\%$, МОС₅₀ = $106,7 \pm 9,8\%$, МОС₇₅ = $128,6 \pm 14,9\%$, ОФВ₁ = $107,9 \pm 3,8\%$.

Показатели в контрольной группе: ЖЕЛ = $107,3 \pm 2,9\%$, ФЖЕЛ = $96,0 \pm 3,6\%$, ПОС = $87,1 \pm 7,4\%$, МОС₂₅ = $91,4 \pm 7,2\%$, МОС₅₀ = $97,2 \pm 3,1 \%$, МОС₇₅ = $102,9 \pm 7,5\%$, ОФВ₁ = $93,6 \pm 4,0\%$.

Далее был применен критерий Шапиро-Уилка для оценки нормальности распределения, получены в сравнении контрольной группы и группы певцов следующие значения p : по ЖЕЛ = 0,850107, по ФЖЕЛ = 0,140466, по ПОС = 0,045155, по МОС₂₅ = 0,037636, по МОС₅₀ = 0,909722, по МОС₇₅ = 0,185878, по ОФВ₁ = 0,014020. Данный критерий был применен для сравнения контрольной группы и группы спортсменов и получены значения p : по ЖЕЛ = 0,212295, по ФЖЕЛ = 0,000583, по ПОС = 0,002827, по МОС₂₅ = 0,014020, по МОС₅₀ = 0,031210, по МОС₇₅ = 0,005796, по ОФВ₁ = 0,001315. Данный критерий был применен

для сравнения группы певцов и группы спортсменов и получены значения p : по ЖЕЛ = 0,241322, по ФЖЕЛ = 0,140466, по ПОС = 0,472676, по МОС25 = 0,307490, по МОС50 = 0,121225, по МОС75 = 0,185878, по ОФВ1 = 0,053903.

По результатам обработки с помощью критерия Шапиро-Уилка статистические значения показателей спортсменов кроме ЖЕЛ выше, чем у контрольной группы, также у певцов статистически показатели ПОС, МОС25 и ОФВ1 также выше, чем у контрольной группы. Между полученными значениями p у спортсменов и певцов статистически важной разницы нет.

Таким образом, опираясь на полученные данные, у спортсменов наиболее высокие показатели в связи с их тренированностью и постоянными физическими нагрузками, развивающими как основные, так и вспомогательные дыхательные мышцы. Показатели певцов выше нормы, обусловлены тренированностью регулярным пением и большим объемом легких. Показатели контрольной группы укладываются в норму, не выходя за границы, из-за не тренированности дыхательных мышц и среднему объему легких.

Выводы. Физические нагрузки различной интенсивности и различного характера способствуют адаптации системы дыхания под конкретный вид нагрузок.

Брюханова П.С., Загайнова Т.Е.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНТЕРНЕТА НА ВНИМАНИЕ И
КОНЦЕНТРАЦИЮ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: доцент Жукова Е.А.,
ассистент Шитова О.В.

Цель работы. Оценить и обосновать, является ли пагубным воздействие Интернета на такие свойства нервной системы, как внимание и концентрация, и есть ли способы предотвратить указанный патологический процесс.

Материалы и методы. Основу исследования составили проведенный анализ литературы для изучения возможного влияния Интернета на концентрацию и внимание молодых людей, тестирование среди обучающихся нашего ВУЗа и установление наличия проблемы по выдвинутому тезису. Тестирование студентов производилось методом «Корректирующей пробы» (тест Бурдона) до и после использования Интернета. В исследовании приняли участие 36 человек. На основании полученных данных была составлена таблица и произведены статистические расчеты.

Результаты. Согласно статистическим исследованиям нам удалось установить, что влияние Интернета на концентрацию и внимание молодых людей невелико. Однако есть видимое негативное влияние, которое проявляется в ухудшении средних показателей у тестируемых на 0,07%, а также в увеличении числа ошибок после использования Интернета на 0,25%.

Выводы. Таким образом, влияние Интернета не вызывает патологических изменений связанных со значительным влиянием на внимание и концентрацию среди молодых людей.

Гулина А.Ю., Денисова А.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ И РАЗВИТИЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Частоедова

Цель: оценить показатели и выявить причины уровня развития эмпатии у студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 95 человек лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов 1-3 и 5 курса: 22 юноши (23,16%) и 74 девушки (77,9%). Анкетирование проводилось по опроснику «Шкала эмоционального отклика» А.Меграбяна и Н.Эпштейна, при помощи которого был определен уровень эмоционального отклика каждого студента. Анализ результатов проводился с помощью программы «MS Excel» и «STATISTICA 13». Провели корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена для выявления и оценки тесноты связи между двумя рядами сопоставляемых количественных показателей. В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 5% ($p < 0,05$).

Результаты. Анализ тестирования показал высокий и нормальный эмоциональный отклик у всех студентов. Средний показатель среди всех опрошенных составляет $72,83 \pm 0,9$, что соответствует высокому уровню эмпатии, всего 63(66,3%) человека с высоким уровнем, 20(21,05%) человек с очень высоким уровнем и 12(12,6%) человек с нормальным уровнем эмпатии. Был проведен корреляционный анализ между полом, возрастом, курсом обучающихся, количеством детей в семье, старшинству в семье, наличием домашних питомцев и уровнем эмоционального отклика по «Шкале эмоционального отклика» А.Меграбяна и Н.Эпштейна. Выявлена слабая корреляционная взаимосвязь между уровнем эмпатии и возрастом (0,21), то есть при

взрослении уровень эмпатии вырастает. Очень слабая отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем эмпатии и старшинства ребёнка в семье (-0,045), наличия домашних питомцев (-0,054). Очень слабая положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем эмпатии от количества детей в семье (0,15), факультета обучения (0,037), пола (0,031).

Вывод. Среди студентов-медиков нет низких показателей уровня эмпатии, средний показатель соответствует высокому уровню. Чем старше становится студент, тем выше у него уровень эмпатии. Многодетность семьи, старшинство, наличие питомцев, факторы, влияющие на развитие эмпатии у ребёнка в семье, малозначительны. Взаимосвязь между уровнем эмпатии и полом, и факультетом обучения – очень мала.

Гусева Е.А., Балина А.А., Быкова Д.Г.

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Патурова И.Г.

Цель исследования: оценить влияние энергетических напитков на основные физиологические показатели (артериальное давление, частоту сердечных сокращений), а также процессы внимания и памяти.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования были отобрано 50 студентов возрасте от 18 до 24 лет (25 мужчин и 25 женщин). Замеры были проведены до начала эксперимента в состоянии покоя и через 15 минут после употребления энергетического напитка Adrenaline Rush. Чтобы достичь данной цели мы использовали следующие методы: измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений, определение уровня концентрации, объёма и избирательности внимания, а также изучение образной памяти. Общие физиологические показатели (АД, ЧСС) оценивались по стандартным методикам. Для определения концентрации внимания использовали запутанные линии Риса, секундомер. Задача стояла- проследить каждую линию слева направо только глазами (помогать себе пальцем или карандашом нельзя) и назвать номер где она заканчивается. После чего обработали результаты по формуле: $У = Т \cdot 25 / Н$, где Т- время выполнения задания (мин), Н- количество правильно прослеженных линий. И сравнили результаты с критериями оценки концентрации внимания: от 861 и выше – низкий уровень (низкая продуктивность), от 455 – 860 – средний уровень (средняя продуктивность), от 454 и меньше – высокий уровень (высокая продуктивность). Для оценки избирательности

внимания применили методику Мюнстерберга. Время работы - 2 мин. Оценивалось количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенные и неправильно выделенные слова). Для исследования точности пространственной локализации и восприятия простейших объектов при кратковременной их экспозиции прибегли к изучению объема внимания. Испытуемым на короткое время (1 сек.) предъявлялось по одной из восьми карточек с изображением от двух до девяти точек. Каждая карточка была показана два раза. После этого испытуемый отмечал на аналогичном пустом бланке расположение точек. Нами было подсчитано количество правильно отмеченных точек на каждом бланке и сделаны выводы об объеме внимания испытуемых. Для оценки памяти мы использовали методику «Память на образы». Задача заключалась в том, чтобы за 20 секунд запомнить, как можно больше образов. Оценка результатов: тестирования производилось по количеству правильно воспроизведенных образов. Норма – 6 правильных ответов и больше. Исследования проводились в период повышенной учебной нагрузки. Результаты подвергали статистическому анализу с использованием программы «BioStat 2009 Professional 5.8.4» («AnalystSoft», США). Для оценки различий использовали критерии Уилкоксона и Манна–Уитни, при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: У мужчин до употребления энергетика АД составило 117/77 мм рт. ст., ЧСС – 71 уд/мин., объём внимания – 13, избирательность внимания – 24, концентрация внимания – 206, память на образы – 8. После употребления энергетика АД составило 126/83 мм рт. ст., ЧСС – 71 уд/мин., объём внимания – 15, избирательность внимания – 24, концентрация внимания – 173, память на образы – 10. У женщин до употребления энергетика АД составило 120/78 мм рт. ст., ЧСС – 76 уд/мин., объём внимания – 12, избирательность внимания – 24, концентрация внимания – 253, память на образы – 7. После употребления энергетика АД составило 132/83 мм рт. ст., ЧСС – 76 уд/мин., объём внимания – 14, избирательность внимания – 24, концентрация внимания – 216, память на образы – 9. По показателям артериального давления различия между группами являются значимыми. Нами показано, что энергетики повышают артериальное давление. Причем при их употреблении показатели АД могут увеличиваться на 3-5 отметок. Это связано с наличием в составе энергетических напитков кофеина, который способствует сужению сосудов, ускорению процесса кровообращения и тому, что кровь становится вязкой и липкой, что повышает риски развития тромбов, следовательно, инсульта и инфаркта. Величина ЧСС до и после употребления энергетических напитков у мужчин и женщин не изменилась. Чтобы оценить воздействие энергетиков на некоторые показатели высших психических функций человека, мы изучили параметры внимания (объём и концентрацию).

Было установлено, что эти показатели после приёма энергетических напитков улучшились. Различия по данным признакам значимы. Относительно процессов памяти, нужно отметить, что после проведения эксперимента испытуемые показали результаты памяти на образы лучше (9-10), чем до начала исследования (7-8). Также, мужчины имели более хорошие результаты, чем женщины. Результаты исследования памяти оказались статистически значимы. Это объясняется тем, что в составе энергетиков присутствует кофеин – основное психоактивное вещество. Оно влияет на трудоспособность коры головного мозга, значительно усиливая в ней возбуждения, повышая при этом силу условных рефлексов. Касаясь результатов избирательности внимания выявлено, что у студентов до и после употребления энергетических напитков полученные данные однородны (соответственно 24 балла). Результаты не отличаются разбросом, поэтому можно предположить, что энергетика не влияют кардинально на когнитивный процесс избирательности внимания, при этом улучшается память на образы, объём и концентрация внимания, что немаловажно при запоминании большого количества материала.

Выводы. Энергетические напитки можно назвать психостимуляторами, которые вызывают возбудимость организма на небольшой промежуток времени. Эффект энергетиков приводит к нарушениям физиологических процессов за счет определенного химического состава. Они оказывают действие на сердечно-сосудистую и нервную систему. В частности, повышают артериальное давление. На основании вышесказанного, мы считаем, что энергетика нельзя употреблять ежедневно, иначе это приведет к истощению нервной и сердечно-сосудистой системы. Результат от их применения будет противоположный. Чрезмерное употребление энергетических напитков приносит вред организму, а умеренное может оказывать положительное влияние на повышение тонуса организма.

Данилова А.Д., Подпорина П.М.
**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО
РИТМА У СТУДЕНТОВ, СКЛОННЫХ К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ
ПРОЯВЛЕНИЯМ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Выявить особенности показателей вариабельности сердечного ритма у студентов, склонных к аллергическим проявлениям.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 30 студентов возрасте от 18 до 22 лет (19.5 ± 1), из них 18 девушек и 12

юношей. Они были разделены на две группы: первая экспериментальная с аллергическими проявлениями (15 человек), вторая контрольная – студенты, не имеющие аллергических проявлений (15 человек). Для оценки уровня реактивной и личностной тревожности использовали опросник Ч.Д. Спилберга (в адаптации Ю.Л. Ханина). Интервалокардиографию провели на диагностической системе «Валента». Уровень артериального давления измеряли в положении лежа по методу Короткова. Статистический анализ результатов исследования проводили в таблицах Excel и с помощью программы BioStat 2008. Для сравнения показателей применяли непараметрический критерий Манна-Уитни, так как он подходит для малых выборок. Корреляционные взаимосвязи оценивали с помощью критерия Спирмена.

Результаты. Проведя сравнительный анализ средних значений показателей variability сердечного ритма (M_0 (мс), AM_0 (%), SI (усл.ед.), мощность быстрых волн (мс), соотношение $MB2/BB$ (мс), $MB1/BB$ (мс), $(MB1+MB2)/BB$ (мс), мощность медленных волн 1 и 2 (мс), $pRR50$ (мс)) значимых различий не было выявлено. Статистически достоверным считали различия при $p < 0.05$. Результаты опроса на тревожность показали, что в первой группе у 7% студентов (1 человек) низкая реактивная тревожность (РТ), у 33% (5 человек) высокая и у 60% (9 человек) средняя. В контрольной группе низкую РТ имеют 20% (3 человека), высокую 33% (5 человек) и среднюю 47% (7 человек). Среднее значения РТ для экспериментальной группы 42 ± 2.6 , для контрольной 40.7 ± 2.4 . Опрос на личностную тревожность (ЛТ) выявил, что низкую степень тревожности никто не имеет, среднюю имеют 20% (3 человека), высокую 80% (12 человек). Во второй группе низкая ЛТ наблюдается у 6% (1 человек), средняя у 27% (4 человека), высокая у 67% (10 человек). Среднее значение ЛТ для экспериментальной группы 49.3 ± 1.8 , для контрольной 45.5 ± 2.4 . Достоверных различий частоты встречаемости различных уровней значимости РТ и ЛТ не обнаружено. Корреляционный анализ показал, что в первой группе есть обратная корреляция между значениями амплитуды моды и РТ с ЛТ (коэффициент Спирмена -0.56 и -0.58 соответственно, при $p < 0.05$), а также прямая зависимость между значениями мощности медленных волн 1 и ЛТ (коэффициент Спирмена 0.52). Для второй группы было выявлено гораздо больше зависимостей: прямая для амплитуды моды и РТ с ЛТ, индекса напряжения и РТ с ЛТ; обратная для моды и РТ с ЛТ, мощности быстрых волн и ЛТ с РТ, мощности медленных волн 2 и РТ с ЛТ, мощности медленных волн 1 и ЛТ, а также $pRR50$ и РТ с ЛТ.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования двух групп студентов с аллергическими проявлениями и без них были обнаружены корреляционные взаимосвязи между некоторыми показателями ВСР и

уровнями РТ и ЛТ, в экспериментальной группе таких взаимосвязей меньше, чем в контрольной.

Денисова В.Е., Елизарова А.О.
ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КЛЕТОК
КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ
КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ И ЛЮДЕЙ, НЕ ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ИХ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Жукова Е.А.

Цель работы. Целью работы явилось изучение морфологических свойств клеток конъюнктивного эпителия у пользователей контактными линзами и людей, не использующих их, для дальнейшего сравнения и анализа.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 32 человека, из которых насчитывалось 16 пользователей контактными линзами (первая группа) и 16 людей, не использующих для коррекции зрения МКЛ (вторая группа). В качестве материала исследования использовались клетки эпителия конъюнктивы. Данный материал был собран путём прижатия стеклянной палочки к поверхности эпителиальной выстилки конъюнктивы. После нанесения исследуемого материала на обезжиренное предметное стекло мазок высушили, слегка нагрев в струе теплого воздуха высоко над пламенем горелки. Препарат зафиксировали, затем окрасили генциановым фиолетовым. При микроскопировании просматривали 10 полей зрения, в каждом из которых находили количество клеток для дальнейшего определения среднего числа. Также изучали морфологические свойства клеток: форму, нахождение клеток относительно друг друга. На основе подсчетов и наблюдения сравнили данные о клетках пользователей контактными линзами и людей, не использующих МКЛ, и сделали выводы. Статистический сбор данных проверяли подсчетом t-критерия Стьюдента для независимых выборок при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты.

1) В ходе исследования было установлено, что среднее количество эпителиальных клеток конъюнктивы у людей первой группы составляет $6,60 \pm 0,11$, а у людей второй группы – $2,40 \pm 0,07$.

2) Сравнив форму клеток двух групп, пришли к выводу о том, что число деформированных полигональных клеток у представителей первой группы (среднее число 4,7) значительно больше, чем у представителей второй группы (среднее число 0,9).

3) Проанализировав расположение клеток относительно друг друга, убедились в том, что клетки людей второй группы образуют

конгломераты, среднее число которых в каждом препарате 1 (тогда как конгломераты в препаратах людей первой группы обнаружены не были).

Выводы.

1) МКЛ, механически воздействуя на конъюнктиву, способствуют увеличению числа клеток её эпителиальной выстилки ($p < 0,05$).

2) Изменение формы клеток связано с тем, что при ношении мягких контактных линз уменьшается доступ кислорода к конъюнктиве, результатом чего являются хроническая гипоксия, которая приводит к синдрому «сухого глаза» и ацидоз. Они, свою очередь, могут являться причиной структурного нарушения клеток.

3) Предполагаем, что клетки людей второй группы не образуют конгломераты, так как возникшая от ношения МКЛ хроническая гипоксия обуславливает снижение синтеза углеводов, липидов, муцина, значительное уменьшение количества бокаловидных клеток, продуцирующих слизистый секрет, и даже частичную кератинизацию конъюнктивальных клеток. Таким образом, адгезия не происходит.

4) Знание морфологических свойств клеток пользователей контактными линзами и людей, не использующих их для коррекции зрения, поможет специалистам в диагностике ССГ ещё на ранних стадиях. Внедрение метода микроскопирования клеток конъюнктивы и анализа их морфологических свойств будет способствовать предотвращению развития ССГ, а также его осложнений.

Деньгина Е.П., Манузин М.А.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УЧЕБНЫХ И НЕУЧЕБНЫХ СТРЕССОВ НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СТУДЕНТОВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители: к.б.н. доцент Жукова Е.А.,

ассистент Шитова О.В.

Цель работы. Изучить степень влияния различных видов стресса на сахар крови студентов Кировского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Проведено измерение значений уровня глюкозы крови испытуемых (10 человек, группа Л-201) в состоянии покоя (обычный учебный день), в состоянии стресса, вызванного учебой (после коллоквиума по нормальной физиологии) и в состоянии искусственно вызванного стресса (после прохождения игры-квеста с элементами хоррора под названием «Не выходи из комнаты»). Для измерения уровня глюкозы использовался глюкометр Accu-Chek Performa Combo, тест-полоски Accu-Chek Performa, прокалыватель и ланцеты Accu-Chek Softclix. Все измерения были проведены натощак, с

момента последнего приема пищи испытуемыми проходило не менее 6 часов. Разработана анкета с использованием приложения Google Forms для выявления личных ощущений уровня стресса студентов во время учебы и того, как они контролируют свой уровень сахара. Выполнена статистическая обработка данных в программе «Statistica», применен критерий Шапиро-Уилка при уровне значимости $p=0,05$, и парный t -критерий Стьюдента при уровне значимости $p=0,05$.

Результаты. В ходе анкетирования, в котором приняли участие 72 человека, 100% которых обучается в Кировском государственном медицинском университете на 1-4 курсе и не имеет сахарного диабета, было установлено, что у 61,5% опрошенных также нет родственников с Однако 88,5% опрошенных оценивают свой средний уровень стресса по пятибальной шкале на "3" и выше. Более того, 84,6% замечают изменения в своем состоянии при сильном стрессе. Первый замер проходил в обычный учебный день, среднее значение по группе равно $4,83 \pm 0,1$ ммоль/л. Второе измерение было проведено после коллоквиума. Средний результат равен $5,08 \pm 0,126$ ммоль/л. При этом, 78% испытуемых заявили о том, что для подготовки к занятию ночью они спали как минимум вдвое меньше своего обычного времени. Третье измерение было проведено после прохождения испытуемыми квеста-перформанса в формате «real-life room escape» с элементами хоррора (которое заняло 1 час 45 минут), что создало у испытуемых повышенный уровень стресса. Результат равен $5,66 \pm 0,1335$ ммоль/л. Далее был применен критерий Шапиро-Уилка для оценки нормальности распределения, получены следующие значения p : в покое - 0,403650, во время коллоквиума - 0,066433, после квеста - 0,565108. Все они больше критического значения, следовательно, все три распределения считаются нормальными. Затем был применен парный критерий Стьюдента. При сравнении значений в покое и после коллоквиума $p=0,111326$, что больше $p_{крит}$. При сравнении значений в покое и значений после прохождения квеста $p=0,001010$, что меньше $p_{крит}$.

Выводы. Исходя из анкетирования, уровень осведомленности студентов о своем уровне сахара находится на достаточно низком уровне, а стресс, которому они подвергаются во время учебы они оценивают как средний или высокий. Однако по результатам исследования, учебные стрессы не оказывают существенного влияния на углеводный обмен студентов и не являются значимым фактором риска для различных его патологий, например, сахарного диабета второго типа. В то же время, не связанные с учебой более сильные стрессоры вызывают повышение уровня глюкозы в крови и при частом воздействии могут создать условия для развития вышеуказанного заболевания.

Джаббарова А.Н., Еремия А.К.
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ
СТРЕССОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Изучить влияние стрессоров на показатели гемодинамики в зависимости от уровня стрессоустойчивости.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие студенты Кировского ГМУ 1 курса в количестве 40 человек (14 юношей и 26 девушек, в возрасте от 17 до 19 лет). Уровень стрессоустойчивости определяли по авторской методике «Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности» Усатова И.А. 2016 год. Артериальное давление определяли по способу методом Н.С.Короткова, частоту дыхания оценивали по движению грудной клетки, частоту сердечных сокращений по пульсу на лучевой артерии. В качестве стрессоров применяли звуковой раздражитель (этап 2) и демонстрацию эмоционально негативных рисунков (этап 3). После инструктажа каждый испытуемый проходил 3 этапа. На 1 этапе измеряли показатели гемодинамики на фоне физиологического покоя. 2 этап заключался в измерении показателей под действием фактора физической среды – звукового раздражителя (высокочастотные звуки (25000 Гц), громкие крики и тревожная музыка). На 3 этапе мы измеряли показатели под действием эмоционально негативных изображений. Статистический анализ показателей проведен в программе Excel и программе BioStat 2009. Различие значений в группах определили по критерию U- Манна-Уитни. Различие показателей при воздействии стрессоров оценивали по критерию Уилкоксона. Значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты. У большинства студентов (70% обследуемых) выявлен средний уровень стрессоустойчивости. По результатам теста на стрессоустойчивость мы выделили 2 группы: 1 группа (8 студентов) с высоким уровнем стрессоустойчивости, 2 группа (4 студента) - с низким уровнем стрессоустойчивости. Сравнительный анализ показателей гемодинамики показал, что в 1 группе средний показатель частоты сердечных сокращений, зарегистрированный на фоне физиологического покоя, составил $69,75 \pm 2$ ударов в минуту, у 2 группы средний показатель – $74,25 \pm 2$ ударов в минуту, частота дыхания у 1 группы студентов на фоне физиологического покоя в среднем равен $17,5 \pm 2$ дыханий в минуту, а у 2 группы студентов $16,5 \pm 2$ дыханий в минуту. Артериальное давление у 1 группы в среднем 130/70 мм.рт.ст, у 2 группы - 120/85мм.рт.ст. Достоверных различий показателей в группах при

измерении их в условиях физиологического покоя не выявлено. У 1 группы на 2 этапе частота сердечных сокращений и частота дыхания снизилась (чсс-68,3 ±2 ударов в минуту, чд-16±2 дыханий в минуту), показатель артериального давления не изменился- 130/70мм.рт.ст. На 3 этапе отмечается снижение частоты сердечных сокращений (63,7±3 удара в минуту), снижение артериального давления -120/70мм.рт.ст, частота дыханий не изменилась (16±2 дыханий в минуту). При оценке показателей по критерию Уилкоксона были выявлены достоверные различия показателей частоты сердечных сокращений (p=0,018 и p=0,012), частоты дыхания 2 этапа (p=0,04) и диастолического артериального давления (p=0,02) У 2 группы на 2 этапе отмечается снижение частоты сердечных сокращений (среднее значение- 70,4±2 ударов в минуту), снижение показателя частоты дыхания (14 дыханий в минуту) и снижение показателя артериального давления- 110/90мм.рт.ст. На 3 этапе наблюдается рост частоты сердечных сокращений (77,8±2 ударов в минуту), снижение частоты дыхания (13 дыханий в минуту) и рост артериального давления 120/80 мм.рт.ст. Достоверных различий показателей согласно критерию Уилкоксона в группе 2 не выявлено, что можно объяснить малочисленностью выборки.

Выводы. Таким образом, у студентов с высоким уровнем стрессоустойчивости при воздействии стрессоров произошло достоверное снижение показателей частоты сердечных сокращений, частоты дыхания и диастолического артериального давления. У группы студентов с низким уровнем стрессоустойчивости такой закономерности выявить не удалось.

Донских К.Н., Исупова Е.А.

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ПЕРВОКУРСНИКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ПРОТЯЖЕНИЕ 5 МЕСЯЦЕВ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Жукова Е.А.

Цель работы. Оценить остроту зрения у первокурсников Кировского ГМУ и выяснить, как она изменяется при учебной нагрузке в течение 5 месяцев.

Материалы и методы. На протяжении исследования проводилась группа методов: анкетирование - студентам была предложена нами составленная анкета, состоящая из 18 вопросов, которые касались состояния зрения у участников, как много они проводят времени за чтением книг, компьютером, гаджетами, а также какие используют меры профилактики, чтобы их зрение не ухудшалось. Экспериментальный метод: исследования проводились трехкратно, в октябре, декабре,

феврале. У студентов первого курса Кировского ГМУ после учебного дня с 15.00 до 16.00 проверяли показатели остроты зрения по таблицам. Для оценки остроты зрения использовали таблицы Рожковой Г. И., Токаревой В. А., 2001г. При проведении обследования испытуемый усаживался на расстоянии 5м. от таблицы. Считается, что при расположении тестов на таком расстоянии не происходит напряжения аккомодации и, таким образом, подобное исследование можно производить в любом возрасте, даже при появлении пресбиопии. В начале тестировали монокулярные, а затем бинокулярные показатели. Испытуемый определял оптотип в течение 1 секунды, если тратил на распознавание опто типа больше 1 секунды, то результат не засчитывался. В строчках, соответствующих остроте зрения от 0,3 до 0,6, допускается одна ошибка, а в строчках, соответствующих остроте зрения от 0,7 до 1,0, допускалась ошибка в 2 знака. Затем оценивали бинокулярную остроту зрения, которая ввиду физиологических особенностей выше монокулярной. Острота зрения возрастает при увеличении освещенности помещения. Поэтому освещение кабинета при проверке остроты зрения должно соответствовать яркости экрана таблицы. Для измерения освещения использовали люксметр модели «ТКА-ПКМ». Освещение составило 850 лк. Обработка статистических данных включала сравнение показателей остроты зрения на протяжении трех измерений с учетом коэффициента корреляции статистики зависимых переменных.

Результаты. Нами было проведено анкетирование студентов 1 курса Кировского ГМУ. В опросе приняли участие 94 студента. Из них было выбрано 28 человек, которые уделяют 75 % времени в день зрительной нагрузке на близком расстоянии. Среди них лишь 32,14% не имеют проблем со зрением, среди остальных 67,85% на первом месте близорукость (82,4%), на втором месте астигматизм (9,9%), и сочетание астигматизма и дальнозоркости (3,3%). У 6,7% студентов плохое зрение с рождения, у 68,7% - со школы, у 24,6% опрошенных зрение ухудшилось в ВУЗе. Учитывая распространенность заболеваний глаз у студентов, мы спросили, какими методами профилактики они пользуются. По данным 63,3% не применяют никаких средств, 24,4% делают гимнастику, 14,5% пьют витамины, 10,3% проходят курс лечения, 3,5% хирургическим методом. По результатам статистики зависимых переменных в феврале острота зрения ухудшилась по сравнению с октябрём. Показатели считаем статистически значимыми, так как коэффициент корреляции равен 0,90-0,98 у.е.

Выводы. Таким образом, при исследовании остроты зрения у студентов в период с октября по февраль, показано, что при учебной нагрузке зрение ухудшилось у 73% участников исследования и лишь у 27% осталось неизменным. Большинство студентов страдают от

заболеваний органов зрения, но не заостряют внимание на своей патологии. Нарушение зрения мешает им в жизни, но мало кто занимается профилактикой и лечением. И так, мы хотели бы, чтобы студенты не запускали свое зрение и занимались им хотя бы иногда, между своей веселой и активной студенческой жизнью.

Елиманов А.Е., Тошев Ф.Ф., Шепель К.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО
УТОМЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Изучение распространенности хронического утомления у студентов-медиков.

Материалы и методы. Для оценки хронического утомления было проведено анкетирование по опроснику «Степень хронического утомления» Леонова А.Б. (модификация 2003 года). В опросе приняли участие 94 человека (юношей – 23, девушек - 71), являющиеся студентами 2 и 3 курса Кировского государственного медицинского университета (средний возраст $19,4 \pm 1,1$ лет). Анкетирование было проведено после учебного дня в вечернее время с 18:00 до 19:00. Анализ результатов исследования проводили в программе Microsoft Excel 2016. Для сопоставления результатов использовали t-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. По результатам опроса получили следующие данные: 60 (63,83%) опрошенных считают, что чувствуют себя всегда хорошо, 46 (48,93%) – отмечают, что стали хуже видеть в последнее время, 50 (53,19%) – стали забывчивыми в последнее время, 59 (62,76%) – чувствуют себя разбитыми после учебного дня, у 34 (36,17%) опрошенных случаются частые головокружения, столько же опрошенных отметили головные боли, 51 (54,25%) после сна чувствуют себя плохо отдохнувшими, 68 (72,34%) опрошенных испытывают постоянное желание спать днем, у 34 (36,17%) опрошенных во время учебы постоянно болят спина и шея, 39 (41,49%) опрошенных чувствуют себя все время усталыми и чувствуют общее недомогание. Абсолютно здоровым считают себя 23 (24,47%) опрошенных. При анализе опроса получили следующее: у 19 (20,21%) опрошенных отсутствовали признаки хронического утомления, у 22 (23,40%) опрошенных присутствовала начальная степень хронического утомления, у 23 (24,47%) - выраженная степень хронического утомления, у 23 (24,47%) - сильная степень хронического утомления, у 7 (7,45%) опрошенных выявлен переход в патологическое состояние (астенический синдром).

Среднее значение индекса хронической усталости среди опрошенных юношей составило $26,91 \pm 12,27$, что соответствует переходному значению от начальной к выраженной степени хронической усталости. Среднее значение индекса хронической усталости среди опрошенных девушек составило $30,16 \pm 13,32$, что соответствует выраженной степени хронической усталости. Р-уровень при сравнении распределения ИХРУ у парней и девушек составил 0,28. 36 (38,29%) опрошенных получили 16 и более баллов (по 30-ти бальной шкале), оценивающих степень показателя наличие симптомов физиологического дискомфорта, из них 6 человек получили максимальные баллы за данный показатель. 48 (51,06%) опрошенных получили 14 и более баллов (по 20-ти бальной шкале) за показатель снижение общего самочувствия и когнитивного дискомфорта, из них 21 (22,34%) человек получили максимальные баллы по данному показателю. 30 (31,97%) опрошенных получили 7 и более баллов (по 12-ти бальной шкале), оценивающих нарушения в эмоционально – аффективной сфере, из них 8 человек получили максимальные баллы по данному показателю. 68 (72,34%) опрошенных получили 5 и более баллов (по 10-ти бальной шкале), оценивающих снижение мотивации и изменения в сфере социального общения, из них 24 (25,53%) человека получили максимальные баллы по данному показателю.

Выводы. У большинства студентов в конце учебного дня выявлены признаки хронического утомления разной степени выраженности. Преобладающие степени утомления – выраженная степень хронического утомления и сильная степень хронического утомления. У большинства студентов отмечено ухудшение общего самочувствия как в последнее время, так и после учебного дня. У большей части студентов выявлено снижение мотивации. Статистически достоверные различия уровня ИХРУ у студентов юношей и девушек не обнаружены.

Иванова А.Г., Чернова Е.В.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И АГРЕССИИ НА СОНЛИВОСТЬ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель. Изучить влияние тревожности и агрессии на сонливость у студентов медицинских университетов.

Материалы и методы. Исследование было проведено у 90 студентов медицинских университетов (юношей – 38, девушек – 52), средний возраст которых составил $20,0 \pm 1,0$ год, с помощью методик: Эпвортский опросник дневной сонливости, тест Тейлора на проявление тревоги, тест агрессивности (опросник Л.Г.Почебут). Анализ результатов исследования проводился с помощью программ MS Excel и STATISTICA

13.3. Результаты подвергались статистическому анализу с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Спирмена. Достоверность различий утверждалась при условии $p < 0,05$.

Результаты. Из числа опрошенных 34% имеют нормальную сонливость, 17% - умеренную сонливость, 49% - аномальную сонливость. 2% студентов имеют очень высокий уровень тревожности, 39% - высокий уровень, 37% - средний уровень тревожности, но ближе к высокому, 22% - средний уровень тревожности, но ближе к низкому, с низким уровнем тревожности студентов нет. Низкий уровень агрессии встречается у 17% студентов, средний – у 81%, высокий – у 2%. Проведя корреляционный анализ по критерию Спирмена, мы выяснили, что существует прямая связь слабой силы между уровнями тревожности и сонливости и уровнями агрессии и сонливости. Также, мы установили, что тревожность и сонливость не зависят от пола, а агрессия, наоборот, зависит от пола.

Выводы. У большинства студентов медицинских вузов выявлена аномальная сонливость. Сонливость студентов зависит от уровня агрессии и тревожности

Казакова А.А., Туева А.С

ВЛИЯНИЕ СТРЕСС-ФАКТОРА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: доцент Жукова Е.А., ассистент Шитова О.В.

Цель работы: изучить положительные воздействия стресс-фактора на психоэмоциональное состояние студентов.

Материалы и методы. Проведен анализ психоэмоционального состояния студентов в повседневной жизни (обычный учебный день) и в состоянии искусственно вызванного стресса (после прохождения игры-квеста с элементами хоррора под названием «Не выходи из комнаты») с помощью психологических тестов: Тулуз-Пьерона, Спилберга-Ханина и опросник «САН». Выполнена статистическая обработка данных в программе «Statistica», применен T-критерий Вилкоксона при уровне значимости $p = 0,05$.

Результаты. В эксперименте приняли участие студенты Кировского ГМУ лечебного факультета 201 группы в количестве 14 человек. Самочувствие, активность и настроение у студентов в повседневной жизни соответствуют средним значениям $5,7 \pm 0,94$; $5,8 \pm 0,65$; $6,0 \pm 0,39$ соответственно (по 7-ми балльной шкале). После воздействия стрессора на студентов отмечается во всех трех пунктах (самочувствие, активность, настроение) повышение значений по шкале приближаясь к максимальной

отметке и соответствуют $6,6 \pm 0,698$; $6,5 \pm 0,797$; $6,8 \pm 0,397$. Далее был применен критерий Т- Вилкоксона для сопоставления показателей, получены следующие значения : самочувствие - $0,008374$, активность- $0,008374$, настроение- $0,002105$. Все они меньше критического значения, следовательно, сдвиг всех показателей преобладает в сторону улучшения психоэмоционального состояния. Результаты теста Спилберга-Ханина показывают снижение ситуативной тревожности с $37,1 \pm 9,46$ до $32,2 \pm 9,29$ баллов. Снижение результатов идет в пределах среднего уровня тревожности. Личностная тревожность находится на высоком уровне $45 \pm 9,9$ баллов, после стресса наблюдается изменения в сторону небольшого снижения тревожности до $41 \pm 7,9$ балла. Также был применен критерий Т- Вилкоксона. Получены следующие значения : ситуативная тревожность- $0,017056$, личностная - $0,002655$. Все они меньше критического значения, следовательно, сдвиг всех показателей преобладает в сторону снижения уровня тревожности. Тест Тулуз-Пьерона помогает оценить уровень внимания и способность его удержания на должном уровне. В сравнении результаты говорят о повышении концентрации внимания после стресс-фактора. До квеста студенты в среднем за минуту обрабатывали $55 \pm 3,8586$ знаков в строчке. После квеста – $57,2 \pm 2,6998$. Количество ошибок в 1 строчке за минуту до квеста составляло в среднем $1,7 \pm 1,418$; после квеста – $0,8 \pm 0,7888$. Результаты критерия Т- Вилкоксона для строчек с обработанными знаками : 1 строка- $0,003511$, 2 строка - $0,001887$, 3 строка- $0,005214$, 4 строка- $0,000982$, 5 строка - $0,000982$, 6 строчка- $0,003346$, 7 строка- $0,000982$, 8 строка- $0,003264$, 9 строка- $0,001474$, 10 строка- $0,002105$. Все они меньше критического значения, следовательно, сдвиг всех показателей преобладает в сторону повышения уровня внимания. Результаты критерия Т- Вилкоксона для строчек с ошибками: 1 строка- $0,011719$, 2 строка- $1,0$, 3 строка- $0,139414$, 4 строка- $0,010827$, 5- $0,049861$, 6 строка- $0,248865$, 7 строка- $0,007686$, 8-строка- $0,346522$, 9 строка- $0,007646$, 10 строка- $0,042316$. Значения для 1,4,5,7,9,10 строк меньше критического значения, а значения 2,3,6 и 8 строк больше, следовательно, нельзя говорить о точном преобладании изменения результатов в сторону уменьшения ошибок.

Выводы. Стрессовая реакция является защитным механизмом, и помимо отрицательного воздействия оказывает и положительное влияние. Воздействие стресс-фактора способствует улучшению психоэмоционального состояния, снижению уровня тревожности и повышению внимания.

Коледаева А.К.
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У
СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ СКЛОННОСТИ К ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.А.Частоедова

Цель. Изучить взаимосвязь уровня интернет-зависимости с личностными характеристиками и функциональными свойствами нервной системы у студентов-медиков.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 45 студентов (юношей – 14, девушек – 31). Для оценки интернет-зависимости был использован «Тест на интернет-аддикцию» Кимберли Янг, 1994 г., определение личностных характеристик проведено с использованием многофакторного личностного опросника FPI, простая зрительно-моторная реакция и корректурная проба выполнены на тестере «НС-Психо-Тест». Анализ результатов исследования был проведен с использованием компьютерных пакетов Excel и Statistica Advanced 10 for Windows RU. Для сравнения количественных показателей двух независимых выборок применяли параметрический критерий Стьюдента. Корреляционный анализ был проведен с расчетом коэффициента корреляции (r) Спирмена. Достоверными считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке уровня интернет-зависимости выявлено, что 35,5% студентов имеют интернет-зависимость (в целом, у юношей уровень выше, чем у девушек), а у 64,5% студентов выявлена склонность к интернет-зависимости. Выявлены гендерные различия личностных характеристик, показателей корректурной пробы и временных показателей простой зрительно-моторной реакции студентов: у девушек достоверно выше уровень невротичности, чем у юношей, ниже уровень продуктивности в корректурной пробе, ниже временные показатели простой зрительно-моторной реакции. Выяснили, что у интернет-зависимых студентов достоверно выше уровни депрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, открытости, эмоциональной лабильности и ниже уровень уравновешенности. В группе интернет-зависимых студентов не было обнаружено значимых корреляционных связей уровня интернет-зависимости и личностных характеристик, однако выявлены отрицательные связи средней силы с функциональным уровнем системы, отражающим текущее функциональное состояние ЦНС и устойчивостью реакции.

Выводы. 1) У трети студентов выявлена интернет-зависимость; 2) Имеются гендерные различия личностных характеристик, показателей корректурной пробы и временных показателей простой зрительно-

моторной реакции; 3) У интернет-зависимых студентов достоверно отличаются личностных характеристики в сравнении с интернет-независимыми студентами; 4) Выявлены корреляционные взаимосвязи между уровнем интернет-зависимости, личностными характеристиками, и временными показателями простой зрительно-моторной реакции.

Корчемкина А.В.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА КИРОВСКОГО ГМУ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель: к.б.н. Мальцев Д.Н.

Цель работы: исследовать состояние здоровья студентов выпускного курса Кировского ГМУ по основным показателям: дыхательная и сердечно-сосудистая система.

Материалы и методы исследования: измерение ЖЕЛ, ЧСС, расчет индекса Руфье, проведение проб Штанге, Генчи, ортостатической пробы и теста Купера. В исследовании приняли участие 45 женщин и 38 мужчин – студентов 6 курса Кировского ГМУ специальности лечебное дело. Полученные результаты интерпретировались посредством вычисления средней арифметической, ошибки средней арифметической.

Результаты исследования.

1) Данные исследования дыхательной системы студентов 6 курса: Женщины: ЖЕЛ(мл) – $3005,6 \pm 49,3$ (норма: 3000-3500); % от ДЖЕЛ(мл) – $92,1 \pm 1,5$ (90-95% - удовлетворительно, если 95-105% - хорошо, 105% и больше – отлично); пр. Штанге (сек) – $63 \pm 3,0$ (больше 90 сек. – отлично, 60 – 90 сек. – хорошо, 30 – 60 сек. – удовлетворительно, меньше 30 сек. – плохо); пр. Генчи (сек) - $38 \pm 1,7$ (в норме более 30). Мужчины: ЖЕЛ(мл) – $4589,5 \pm 93,6$ (норма: 3500-4800); % от ДЖЕЛ(мл) – $92,4 \pm 1,6$ (90-95% - удовлетворительно, если 95-105% - хорошо, 105% и больше – отлично); пр.Штанге(сек) – $90,5 \pm 5,4$ (больше 90 сек. – отлично, 60 – 90 сек. – хорошо, 30 – 60 сек. – удовлетворительно, меньше 30 сек. – плохо) пр.Генчи(сек) – $47,9 \pm 2,4$ (в норме больше 30). Таким образом, ЖЕЛ у М. и Ж. находится в пределах нормы; % от ДЖЕЛ – удовлетворительный результат; проба Штанге у Ж. – хорошо, у М. – отлично; проба Генчи – в норме.

2) Данные исследования сердечно-сосудистой системы студентов 6 курса: Женщины: ЧСС(уд/мин) – $72,3 \pm 1,3$ (норма: 60-80); ортостатическая проба(уд/мин) – $15,2 \pm 0,8$ (норма 10 –14, удовлетворительно до 20, неудовлетворительно больше 20) Мужчины: ЧСС(уд/мин) - $68 \pm 2,0$ (норма: 60-80); ортостатическая проба(уд/мин) – $17,6 \pm 1,1$ (норма 10 –14, удовлетворительно до 20, неудовлетворительно

больше 20) Таким образом, ЧСС в покое у обоих полов в норме; ортостатическая проба - удовлетворительный результат.

3) Интерпретация результатов исследования проб для оценки функционального подготовленности (оценка взаимодействия и тренированности сердечно-сосудистой (ССС) и дыхательной (ДС) систем): Индекс Руфье: женщины – $9,2 \pm 0,4$; мужчины – $7,2 \pm 0,5$ (отлично ниже 5, хорошо 5 – 10, удовлетворительно 10 – 15, плохо выше 15). Тест Купера (расстояние (км), преодолеваемое за 12 мин): женщины - $2292,6 \pm 62,9$ - отлично; мужчины - $2602,2 \pm 68,7$ – хорошо.

Выводы. Таким образом, уровень развития функциональных систем организма студентов выпускного курса лечебного факультета соответствует нормам, что говорит о его хорошем физическом состоянии.

Кузнецова С.А., Шарафеева А.Р.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЕМПОМ МУЗЫКИ И РЕАКЦИЕЙ
ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Изучить влияние темпа музыки на показатели сердечно-сосудистой системы и ритмы мозга.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 76 студентов Кировского государственного медицинского университета о музыкальных предпочтениях. Регистрация электроэнцефалограммы до и во время прослушивания музыкальных композиций проводилась с использованием компьютерного комплекса «Нейрон-Спектр-3» фирмы «Нейрософт». ЭЭГ записывали с помощью 16-канального энцефалографа-анализатора по системе «10–20». Частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), систолическое (САД, мм.рт.ст) и диастолическое (ДАД, мм.рт.ст) артериальное давление измеряли с использованием тонометра цифрового AND (модель UA-888 с сетевым адаптером) в положении сидя на правой руке трехкратно с интервалом в 3 мин. Статистический анализ результатов исследования проводили в программе Excel и программе «Статистика 6». Достоверность различий определяли по критерию Уилкоксона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Анкетирование показало, что 42,1% (55 человек) предпочитают поп музыку; 82,9% (63 человека) слушают музыку в наушниках; 44,7% (34 человека) слушают каждый день по 2 или более часов; 68,4% (51 человек) не испытывают никаких изменений ЧСС или головных болей при прослушивании громкой музыки; 52,6% (40 человек)

могут одновременно слушать музыку и выполнять умственную работу; 84,2% (64 человека) предпочитают умеренный темп музыки; 52,6% (40 человек) спрашиваемым музыка не помогает уснуть; 89,5% (68 человек) выполняют физические упражнения под музыку; из двух предложенных песен 57,1% (43 человека) выбрали песню умеренного темпа (Trevor Daniel – Falling). У 11 добровольцев дополнительно провели измерение артериального давления и подсчет ЧСС в покое и при прослушивании музыки различных темпов (прослушивали две композиции: умеренного темпа - Trevor Daniel – Falling, быстрого темпа – Roses (Imanbek Remix) – SAINT JHN в течение 40 секунд). В спокойном состоянии АДС в среднем у 11 студентов $114,9 \pm 2,4$, АДД в среднем $71,5 \pm 2,9$, ЧСС в среднем $79,1 \pm 3,3$. При прослушивании песни умеренного темпа АДС в среднем $115,7 \pm 2,4$, АДД в среднем $71,9 \pm 3,3$, ЧСС в среднем $79,7 \pm 3,8$. При прослушивании песни быстрого темпа АДС в среднем $117,4 \pm 3,3$, АДД в среднем $76,5 \pm 3,8$, ЧСС в среднем $82,8 \pm 3,7$. Достоверных различий не обнаружено. Также провели анализ изменений ритмической активности мозга во время прослушивания музыкальных композиций. При анализе электроэнцефалограммы выяснилось следующее: у 100% девушек с увеличением темпа музыки наблюдается уменьшение максимальной амплитуды альфа-ритма над правым полушарием в несколько раз. Доминирующая частота альфа-ритма увеличивается примерно на 0,1-0,4 Гц. У 90 % юношей максимальная амплитуда над правым полушарием снижается незначительно, а у 10% (1 человек) не изменилась. Доминирующая частота альфа-ритма также увеличивается на 0,1-0,4 Гц.

Выводы. Таким образом, прослушивание музыкальных композиций не оказывало влияния на параметры гемодинамики, однако выявлены изменения активности головного мозга.

Куринова Е.А., Мансурова М.А.
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ИНФОРМАЦИИ НА
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА
Кировский государственный медицинский университет.
Кафедра нормальной физиологии.
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Шитова О.В.

Цель работы. Понять насколько в различных возрастных группах есть зависимость от информационного ресурса и как изменяется уровень тревожности и депрессии, а также стрессоустойчивости при отказе от данного ресурса.

Материалы и методы. Проведении трёх психологических тестов (на тревожность, депрессию и стрессоустойчивость) в начале, после чего отказ от интернета на сутки, и повторное проведение тестирования. На данный момент есть предложение, что у людей есть зависимость от

интернет-ресурса. Следовательно при отказе от него на сутки будет повышаться уровень тревожности и депрессии и уменьшаться уровень стрессоустойчивости. За это все отвечает психофизиологическое состояние, связанное с психическими и физиологическими структурами человека. При этом любое психическое состояние человека оказывается связанным с физиологическими структурами человека (либо оно вызывается физиологическими процессами, либо способствует возникновению определенных физиологических процессов).

Результаты. Итак проведя исследование мы выяснили, что не смотря на предположения многих родителей и других социальных групп, как таковая интернет-зависимость у нашей возрастной группы отсутствует, уровень тревожности при отказе на сутки от интернета снизился, также как и уровень депрессии. Из личных ощущений участников эксперимента было выяснено, что при отказе от интернета через сутки психоэмоциональное состояние людей улучшилось.

Выводы. Таким образом, мы хотели бы сделать вывод о том что, интернет дает больше не полезной информации, а лишь лишний информационный шум. Тем самым повышая тревожность и нервозность. И при отказе от него этот уровень снижается и человеку становится спокойнее.

Нагуманова К. А., Сорокина О. Ю.
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И
СТЕПЕНИ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У
СТУДЕНТОВ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И. А.

Цель работы. Оценить уровень стрессоустойчивости и степень проявления вегетативной дисфункции в зависимости от исходного вегетативного тонуса.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 35 студентов, среди которых 77% женского и 23% мужского пола. Средний возраст испытуемых $20,5 \pm 1,2$ лет. Для выявления вегетативной дисфункции был проведен опросник А. М. Вейна. Расчёт исходного вегетативного тонуса (индекс Кердо) был проведен после оценки ЧСС в покое (по пульсу) и АД по способу Короткова. Уровень стрессоустойчивости студентов определен Бостонским тестом. Анализ результатов исследования был выполнен с использованием программы Excel 2013 и Statistica 6. Различия показателей в группах оценивали с помощью критерия U-Манна-Уитни. Для корреляционного анализа

результатов использовали критерий Спирмена. Качественный анализ данных проведен по критерию хи-квадрат. Статистически достоверным считали различие при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке результатов по опроснику Вейна мы выявили, что лишь у 20% студентов не было вегетативной дисфункции. Расчет индекса Кердо показал, что 62,8% (22 студента) имели симпатикотонию, 37,2% (13 студентов) – ваготонию. По результатам Бостонского опросника низкий уровень стрессоустойчивости отмечался у 7 опрошенных (20%), нормальный уровень у 26 (74,29%), высокий уровень у 2 (5,71%). Сравнительный анализ уровня стрессоустойчивости и степени вегетативной дисфункции провели в 2 группах: первая группа – 22 студента с симпатикотонией, вторая группа – 13 студентов с ваготонией. Среднее значение уровня стрессоустойчивости в первой группе $21,7 \pm 2,1$ балла, во второй группе $21,5 \pm 3,04$ балла, достоверных различий не выявлено. В группе симпатикотоников нормальный уровень стрессоустойчивости выявлен у 17 студентов (77,27%), высокий – у 1 студента (4,55%), низкий уровень – у 4 студентов (18,18%). В группе ваготоников нормальный уровень стрессоустойчивости зарегистрирован у 9 студентов (69,23%), высокий – у 1 студента (7,69%), низкий – у 3 студентов (23,08%). Значимых различий частоты встречаемости различных уровней стрессоустойчивости не отмечено. Корреляционный анализ показал наличие слабой положительной связи ($r=0,17$) между степенью проявления вегетативной дисфункции и уровнем стрессоустойчивости, отрицательной слабой связи ($r=-0,07$) между степенью выраженности вегетативной дисфункции и ВИК; слабой положительной связи ($r=0,02$) между уровнем стрессоустойчивости и ВИК.

Выводы. У большинства студентов выявлена вегетативная дисфункция, преобладание симпатической системы в регуляции и нормальный уровень стрессоустойчивости. Достоверные различия уровня стрессоустойчивости между группами студентов с симпатикотонией и ваготонией не выявлены, что может быть связано с малочисленностью выборки.

Пеньков А.А., Симонов М.В.
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ НА
ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Жукова Е.А.

Цель работы. Изучить влияние различных методов профилактики на показатели остроты зрения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты Кировского ГМУ, обучающиеся на 1-6 курсе. Суммарное количество человек – 30: 17 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 24 лет. На начальном этапе было проведено измерение показателей остроты зрения у всех объектов исследования с помощью таблиц повышенной точности, распечатанных на лазерном принтере «HP HEWLETT PACKARD LaserJet 1100», Г.И. Рожковой и В.С. Токоревой, с расстояния 5 метров. Остроты зрения проверяли с 15:00 до 16:00 в помещении с освещением в 800 люкс. Освещение замеряли прибором люксметром (Модель «ТКА-ПКМ» (09)). Затем испытуемые были разделены на три равные группы. Первая и вторая группа студентов была экспериментальной, третья группа была контрольной. В течение 30 дней первая группа выполняла упражнения по системе Анастасии Фадеевой, вторая группа занималась по методике Светланы Троицкой. Студенты третьей группы никаких упражнений не выполняли. В системе А. Фадеевой основой влияния на улучшение показателей остроты зрения является комплекс упражнений зрительной гимнастики, который включает в себя методы, направленные на улучшение кровотока в области глазного яблока. Методика С. Троицкой включает в себя способы психологического влияния на органы зрения, такие как психологическая мотивация к повышению остроты зрения, расслабление и профилактика стрессовых реакций. Методика состоит из мотивационных команд и приемов, направленных на стимуляцию зрительной функции. На протяжении 30 дней, в первой половине дня, студенты первой и второй групп занимались предоставленными методиками. Спустя 30 дней от начала эксперимента замеры показателей остроты зрения были проведены повторно в таких же условиях. Расчет данных вели в программе Microsoft Excel 2013.

Результаты. Эксперимент показал, что оба метода, метод А. Фадеевой и метод С. Троицкой, достоверно повлияли на улучшение показателей остроты зрения в первой и второй группах. Показатели остроты зрения третьей группы остались неизменными. Изначально средние показатели остроты зрения по группам имели незначительные отличия между собой. В первой группе среднее значение остроты зрения составило: на правый глаз - $0,8 \pm 0,1$, на левый глаз - $0,86 \pm 0,094$, бинокулярное - $0,92 \pm 0,099$. Во второй группе оно равно: на правый глаз - $0,88 \pm 0,09$, на левый глаз - $0,88 \pm 0,08$, бинокулярное - $1 \pm 0,07$. В третьей, контрольной, группе среднее значение остроты зрения равно: на правый глаз - $0,8 \pm 0,078$, на левый глаз - $0,82 \pm 0,08$, бинокулярное - $1 \pm 0,082$. По истечению срока студенты всех групп вновь прошли обследование остроты зрения. Полученные результаты были зафиксированы и обработаны. Средние показатели остроты зрения контрольной группы не подверглись изменениям. В группах, которые пользовались методиками коррекции зрения наблюдалась тенденция к росту остроты зрения. В

первой группе средние показатели остроты зрения стали следующими: на правый глаз - $0,98 \pm 0,092$; на левый глаз - $1,02 \pm 0,096$; бинокулярное - $1,06 \pm 0,09$. Во второй группе испытуемых результаты были иными: на правый глаз - $1,12 \pm 0,095$; на левый глаз - $1,14 \pm 0,085$; бинокулярное - $1,3 \pm 0,09$. Сравнив и обобщив все данные, мы пришли к тому, что первая методика способствовала коррекции остроты зрения в среднем на 15,8%, а вторая на 22,4%.

Выводы. Экспериментально было доказано, что оба метода улучшают зрительную функцию, субъективным показателем которой является острота зрения. Предполагаем, что методы психологической коррекции остроты зрения основаны на воздействии на центральную часть зрительного анализатора и включают в себя активацию межнейронных зрительных комплексов, которые влияют на синтез нейромедиаторов в зрительной коре и коре большого мозга в целом, улучшают трофику тканей зрительного отдела коры. Это, в свою очередь, стимулирует взаимодействие процессов памяти и зрительного восприятия, что в целом увеличивает процент опознания зрительных символов по таблицам Г.И. Рожковой и В.С. Токаревой, и, таким образом, ведёт к более продуктивной коррекции остроты зрения, нежели методы, основанные на тренировке периферического отдела органа зрения, а именно глазных мышц, входящих во вспомогательный аппарат глаза.

Перепелица Р.А., Абасов Т.Х.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НАУШНИКОВ НА ПОРОГ СЛЫШИМОСТИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Патурова И.Г.

Цель работы. Оценить влияние наушников на порог слышимости у студентов Кировского ГМУ.

Материалы и методы. Для изучения вопроса было проведено анкетирование среди студентов 2 курса Кировского государственного медицинского университета. Исходя из опроса было отобрано 40 студентов, использующие внутриканальный тип наушников со сходными техническими характеристиками. Возрастной диапазон составил 19-20 лет, и был выявлен уровень громкости, и продолжительность времени прослушивания каждого студента. Студенты были разделены на 4 группы: 1) контрольная группа-не использовали наушники вообще 2) уровень громкости от 50 до 80%, уровень громкости от 80 до 100%. Результаты исследования подвергали статистическому анализу с использованием программы «BioStat 2009 Professional 5.8.4» (AnalysSoft, США) Исследование слуха проводилось 4 раза: до эксперимента,

спустя 1 месяц использования наушников и далее через каждые 10 дней. Данный полученные в ходе научной работе обработали при помощи программы Biostat. в статистики мы учитывали описательную и непараметрическую. В непараметрической статистики мы сравнивали две зависимые переменные с помощью критерия Уилтоксон, а также две независимые переменные при помощи критерия Манна-Уитни значимые при $p < 0,05$.

Результаты: Студентам было предложено ответить на ряд вопросов. Приведём результаты, полученного анкетирования

Вопрос 1. Как часто вы используете наушники в своей жизни?

А. Ежедневно-77%

Б. Еженедельно-14%

В. Ежемесячно-9%

Вопрос 2. Сколько времени, в среднем, в день вы проводите в наушниках?

Меньше часа – 20 человек (50%)

Меньше двух часов- 6 человека (15%)

Больше двух часов -14 человек (35%)

Вопрос 3. Как вы думаете наушники наносят вред вашему слуху?

ДА-53%

НЕТ-47%

При помощи полученных данных было выявлены следующие показатели среднего порога слышимости у студентов до исследования, после и через каждые 10 дней. У первой группы (3,6,6,3) - следовательно значимых различий нет. У второй группы (-2, -3, -3, 0) - следовательно значимых различий нет. У третьей группы (0,1,2,1) - следовательно значимых различий нет. У четвертой группы (3,4,4,2) - следовательно значимых различий нет.

При анализе двух зависимых переменных были получены следующие данные. У первой группы (0,108) - следовательно значимых различий нет. У второй группы (,08.2960)-следовательно значимых различий нет. У третьей группы (,89.2738)-следовательно значимых различий нет. У четвертой группы (,72.6768)-следовательно значимых различий нет.

Выводы. Таким образом, нами показано, что порог чувствительности слуха у студентов не изменился. Это, вероятно, связано с тем что:

1. Диапазон наушников включает в себя диапазон нормального слуха от 20 до 20000гц

2. Время наблюдения оказалось недостаточным

3. Выборка была небольшой

Рябова А.В., Шульмина М.С., Эсаулова К.А.
СОВМЕСТНОЕ ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И РЕГУЛЯРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ
НАГРУЗОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Патурова И. Г.

Цель работы. Оценить влияние курения на легочную вентиляцию у тренированных и нетренированных людей.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ результатов спирографии у студентов Кировского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 21 года. Для достижения поставленной цели были изучены следующие параметры: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), частота дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), пиковая объемная скорость выдоха (ПОСвд). В ходе работы использовали метод спирографии, производимый с помощью прессотакоспирографа «СПИРОЛАН» (ООО «Ланамедика», г. Санкт-Петербург, Россия). Результаты подвергали статистическому анализу с использованием программы «BioStat 2009 Professional 5.8.4» («AnalystSoft», США). Для оценки различий использовали критерий Манна–Уитни, при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Участники исследования были разделены на 4 группы, учитывая пол: тренированные курящие, тренированные некурящие, нетренированные курящие и нетренированные некурящие. В ходе исследования статистически значимые различия были обнаружены при сравнении нетренированных курящих и некурящих мужчин по показателям ЖЕЛ ($5,6 \pm 0,56$ и $4,31 \pm 0,43$ соответственно) и ЧД ($22,69 \pm 2,29$ и $16,24 \pm 1$ соответственно). Выявлено, что данные показатели выше у нетренированных курящих мужчин. Повышение показателей легочной вентиляции над должными величинами свидетельствует о развитии гипервентиляционного синдрома легких в состоянии относительного покоя. Остальные показатели среди мужчин не являются статистически значимыми относительно нетренированных курящих и некурящих: ДО ($0,97 \pm 0,12$ и $1,17 \pm 0,16$); ФЖЕЛ ($4,79 \pm 0,42$ и $5 \pm 0,7$); ОФВ1 ($4,65 \pm 0,4$ и $4,26 \pm 0,67$); ПОС ($11,05 \pm 0,42$ и $10 \pm 1,55$). Статистически значимые различия были обнаружены при сравнении тренированных курящих и некурящих женщин по показателям ФЖЕЛ ($3,2 \pm 0,24$ и $4,69 \pm 0,6$ соответственно) и ОФВ1 ($3,19 \pm 0,2$ и $4,69 \pm 0,3$ соответственно). Снижение ЖЕЛ у тренированных курящих женщин, вероятно, объясняется тем, что из-за курения нарушается проходимость мелких бронхов. Эпителий имеет ворсинки, которые движутся, очищая легкие. Если ворсинки

повреждаются, очищение не происходит или происходит недостаточно. Потом повреждается и сама стенка бронхов, становится толстой и жесткой. В будущем это может стать одной из основных причин появления хронической обструктивной болезни легких. Важным спирометрическим показателем является отношение ОФВ1/ФЖЕЛ, которое обычно выражается в процентах и является модификацией индекса Тиффно. Его оценивают при необходимости выявить обструктивные и рестриктивные нарушения. При легочной рестрикции без обструктивных изменений ОФВ1 и ФЖЕЛ снижаются пропорционально, следовательно, их соотношение будет в пределах нормальных величин или даже немного выше (ОФВ1/ФЖЕЛ = $3,2/3,19=100\%$). В основе рестриктивных нарушений вентиляции легких лежит ограничение их расправления в фазе вдоха в результате повреждения эластина легочного интерстиция (например, при действии табачного дыма). Остальные показатели не имеют значимых различий у тренированных курящих и некурящих женщин: ЖЕЛ($4,73\pm 2,7$ и $4,03\pm 0,2$); ЧД($13,97\pm 0,4$ и $13,46\pm 0,9$); ДО($1,2\pm 0,1$ и $1,07\pm 0,14$); ПОС($8,33\pm 0,4$ и $9,03\pm 0,9$). Можно сказать, что, в данном случае, регулярные физические нагрузки позволяют сохранять основные показатели вентиляции легких в норме и оказывают компенсаторное влияние на организм, ослабляя вред, который мог быть нанесен посредством курения. Среди нетренированных курящих и некурящих женщин значимыми являются различия показателей ЖЕЛ($2,98\pm 0,34$ и $3,13\pm 0,4$ соответственно), ЧД($21,32\pm 0,82$ и $19,81\pm 1,72$ соответственно), ДО($0,73\pm 0,09$ и $1,12\pm 0,19$ соответственно) и ОФВ1($3,05\pm 0,17$ и $3,3\pm 0,05$ соответственно). Показатель ОФВ1 снижен у курящих женщин, что, вероятнее всего, связано с нарушенной проходимость бронхов, являющейся следствием курения. Исследование показало, что показатели ЖЕЛ и ДО намного лучше у некурящих женщин. Данная группа не подвержена пагубному воздействию табачного дыма, функционирование дыхательной системы не нарушено, поэтому показатели не отклоняются от нормы. Изучив изменение частоты дыхания в исследуемой группе, было выявлено, что у курящих женщин этот показатель выше, чем у женщин, которые не курят. Как и ОФВ1, учащение дыхания может происходить из за сужения просвета мелких бронхов при их спазме. Остальные показатели не имеют значимых различий относительно нетренированных курящих и некурящих женщин: ФЖЕЛ($6\pm 0,3$ и $3,62\pm 0,11$ соответственно) и ПОС($7,97\pm 0,77$ и $5,98\pm 0,28$ соответственно). В данном случае курение оказывает более сильное влияние, так как отсутствуют регулярные тренировки. Статистически значимые различия были обнаружены при сравнении тренированных некурящих и нетренированных некурящих женщин по показателю ПОС($9,03\pm 0,9$ и $5,98\pm 0,28$ соответственно). Пиковая объёмная скорость выше почти в 2

раза у тренированных некурящих женщин. Вероятно, это связано с тем, что тренированным людям требуется больше кислорода для функционирования систем органов, чем нетренированным. Исходя из этого, при форсированном выдохе будет выделено большее количество воздуха с большей скоростью. Остальные показатели у некурящих тренированных и нетренированных женщин не имеют значимых различий: ЖЕЛ($4,03 \pm 0,2$ и $3,13 \pm 0,4$); ЧД($13,46 \pm 0,9$ и $19,81 \pm 1,72$); ДО($1,07 \pm 0,14$ и $1,12 \pm 0,19$); ФЖЕЛ($3,2 \pm 0,24$ и $3,62 \pm 0,11$); ОФВ1($3,19 \pm 0,2$ и $3,3 \pm 0,05$). Это означает, что тренировки положительно влияют на организм, сохраняя показатели в норме, и позволяют увеличить максимальную объемную скорость потока выдыхаемого воздуха.

Выводы. Таким образом, курение пагубно влияет как на тренированных, так и на нетренированных людей. Но у курящих людей, регулярно занимающихся спортом, показатели вентиляции легких лучше, чем у нетренированных людей. Это говорит о развитии ряда компенсаторных механизмов при регулярных физических нагрузках, препятствующих развитию гипоксии. На основании вышесказанного, мы считаем, что курящим людям стоит отказаться от этой вредной привычки, а если это невозможно, то больше времени уделить спорту, что бы уменьшить вероятность появления заболеваний дыхательной системы.

Сметанина К.А., Смертин Ю.А.
ВЛИЯНИЕ КАЛЬЯННОГО ДЫМА НА ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Патурова И.Г.

Цель: выявить какое влияние оказывает употребление кальяна на физиометрические показатели.

Материалы и методы. По данным изученной литературы, выявлено, что кальян наносит вред организму сразу же при его использовании. Большое количество токсинов оседает в полости рта, организм же пытается избавиться от вредных веществ, тем самым выделяет большое количество слюны, далее слюна проглатывается и токсичные вещества попадают в желудок (появляется боль, тошнота, изжога, нарушение пищеварения, головокружение, сильная слабость, нарушение координации движения). Среди опрошенных студентов Кировского государственного медицинского университета и Кировского медицинского колледжа (301 респондента) выяснилось, что пробовали курить кальян 195 (64,8%) человека, из них 130 (66,7%) девушек и 65 (33,3%) юношей. Оказалось, что среди них имеют возраст 17 лет-4

(2,1%), 18лет – 48(24,6%), 19-70 (36,9%), 20-52 (26,7%),21-10 (5,1%), 22-2 (1%),23-6 (3,1%), 25-2 (1%), 26-1 (0,5%) человека. На вопрос по каким причинам курят кальян 108 (55,4%) опрошенных ответили «за компанию», 67(34,4%) «чтобы снять стресс», 15 (7,7%) «сформировалась привычка», 4 (2%) «это выгодно», 1 (0,5%) «нравится аромат». Большинство, а именно 67 (22,3%) человек отметили, что чувствуют недомогание после курения кальяна. Некоторые выделили головокружение- 53 (79,1%), общую слабость- 32(47,8%), испытывали тошноту- 27 (40,3%), имели ощущение «ватных ног» - 21 (31,3%), боли в горле и легких- 11 (16,4%), закладывание ушей-3 (4,5%). Также был проведен эксперимент, собрав группу из 40 человек (20 юношей, 20 девушек),средний возраст которых составил 20 лет.Из данной выборки сигареты ранее никто не курил. В ходе эксперимента измеряли частоту сердечных сокращений, артериальное давление, частоту дыхательных движений непосредственно перед курением кальяна, после курения кальяна и спустя 10 минут после курения кальяна. Дополнительно были проведены тесты на ПЗМР (Простую зрительно-моторную реакцию) и ПСМР (Простую слухо-моторную реакцию) по двум методам: тест, в процессе которого испытуемые как можно быстрее отмечали появление определенного рисунка на мониторе нажатием клавиши мыши (ист.: официальный исследовательский сайт «Mozgion»), и по методу реакции на звук, в котором испытуемым нужно было отметить начало звукового сигнала определенным действием (ист.: исследовательский журнал «ADME»).

Результаты исследования подвергали статистическому анализу с использованием программы «BioStat 2009 Professional 5.8.4» («AnalystSoft», США). Для оценки различий использовали критерии Манна–Уитни и Уилкинсона при $p < 0,05$.

Результаты. Было установлено, что показатели ЧСС у девушек (до курения-72, после-78, спустя 10 минут после курения-76), у юношей (71,76,74), показатели сАД у юношей (122,128,125), у девушек (123,130,127), дАД у юношей (79,81,80), у девушек (78,82,80), ПЗМР у юношей (290,300,304) и ПЗМР у девушек (290,299,304) изменились и не восстановились за 10 минут. Это, возможно, происходит из-за возбуждения симпатических ганглиев и сосудодвигательного центра никотином кальянного дыма, что повышает выделение адреналина и оказывает прямой сосудосуживающий эффект, что влечет стойкое изменение ЧСС и АД; замедление реакции вызвано торможением корковых отделов ЦНС никотином. Показатели ЧДД у девушек (18,20,18), ПСМР у юношей (0,249;0,266;0,250) и у девушек (0,259;0,269;0,259) изменились, но восстановились за 10 минут вследствие недолгого, но сильного возбуждения дыхательного центра ствола мозга и торможения коры под действием никотина. ЧДД у

юношей (18,19,18) изменилось слабо, возможно из-за того что низка чувствительность к компонентам кальяна.

Выводы. Таким образом показано, что показатели частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического давления, ПЗМР у юношей и девушек, изменились и не восстановились после курения кальяна. Так же были результаты, которые изменились после курения кальяна и восстановились, к ним относятся, частота дыхательных движений у девушек, ПСМР у юношей и девушек. И показатели, которые не изменились- частота дыхательных движений у юношей. Исходя из этих данных можно сделать вывод, что курение кальяна является существенным фактором риска возникновения сердечно-сосудистых и легочных хронических заболеваний и несет потенциальную опасность для здоровья.

Торопова А.Р., Перминова К.К.

ОЦЕНКА ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У СТУДЕНТОВ КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н, доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Оценить риск развития артериальной гипертензии у студентов по уровню порога вкусовой чувствительности к поваренной соли.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 103 студента (74 девушки и 29 юношей), средний возраст которых $19,3 \pm 0,88$ лет. Пороги вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) определяли по методике Henkin R., et al. в модификации Константинова Е.Н. с соавт., 1983. При последовательном нанесении на переднюю треть языка одной капли раствора поваренной соли в разведениях от 0,02% до 2,56% порогом вкусовой чувствительности была та минимальная концентрация хлорида натрия, при которой испытуемый ощущал вкус соли. Исследование было проведено в первой половине дня (с 9.00 до 12.00 часов) не ранее, чем через полтора часа после приема пищи в состоянии относительного покоя. В нашем исследовании за средний уровень ПВЧПС был принят 0,16% раствор хлорида натрия, показатели ниже и выше этого значения – за низкий и высокий порог. Частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), систолическое (САД, мм.рт.ст) и диастолическое (ДАД, мм.рт.ст) артериальное давление измеряли с использованием тонометра цифрового AND (модель UA-888 с сетевым адаптером) в положении сидя на правой руке трехкратно с интервалом в 3 мин. Данные были занесены в программу Excel 2016 и сгруппированы в

таблицы. Анализ результатов исследования проводился с помощью статистического пакета «STATISTICA 6». Для сопоставления показателей в двух независимых группах применяли критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0.05$.

Результаты. При оценке риска артериальной гипертензии сравнили АД, ЧСС и порог вкусовой чувствительности к поваренной соли у юношей и девушек. Средние значения артериального давления в общей группе составили АДС $115,33 \pm 12,87$ мм.рт.ст., АДД $72,56 \pm 8,31$ мм.рт.ст., ЧСС $69,12 \pm 9,9$ уд. /мин. Среднее значение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли составило $0,24 \pm 0,25\%$. По данным исследования были сформированы 3 группы студентов с низким (менее 0,16%) средним (0,16%) и высоким (более 0,16%) порогами вкусовой чувствительности к поваренной соли. Оптимальное артериальное давление (АДС < 120 и АДД < 80 мм.рт.ст.) зарегистрировано у 62 студентов (60,2%), нормальное (АДС 120-129 и/или АДД 80-84 мм.рт.ст.) у 26 студентов (25,24%) и высокое нормальное (АДС 130-139 и/или АДД 85-89 мм.рт.ст.) у 7 студентов (6,8%). Также выявили 8 студентов (7,76%), у которых АД выше нормы. При сравнении средних порогов вкусовой чувствительности к поваренной соли в указанных группах достоверных различий не выявлено, но ПВЧПС у студентов с оптимальным АД и высоким нормальным АД отличаются почти в 2 раза ($0,25 \pm 0,24\%$ у оптимальной группы и $0,45 \pm 0,51\%$ у группы с высоким нормальным АД).

Выводы. Таким образом, риск развития артериальной гипертензии в группах с оптимальным и нормальным давлением минимальный, а в группе студентов с высоким нормальным давлением риск развития артериальной гипертензии повышен.

Шулепова Ю.В.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И. А.

Цель работы. Оценить влияние физических нагрузок на уровень стрессоустойчивости студентов.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 49 человек от 19 до 23 лет: из них 29 женщин, 20 мужчин. Они были разделены на две группы: 1 группа – контрольная (35 студентов с низкой интенсивностью физической нагрузки); 2 группа – 14 студентов с высоким уровнем физической нагрузки (занимаются в спортивных секциях, тренажерном зале). Оценка стрессоустойчивости проведена с

использованием теста С.Коухена и Г.Виллиансона. Участники второй группы также прошли анкетирование о виде физической нагрузки, частоте и продолжительности занятий спортом, интенсивности нагрузки. Анализ результатов исследования был выполнен с использованием программы Excel 2013 и Statistica 6. Различия показателей в группах оценивали с помощью критерия Стьюдента. Для корреляционного анализа результатов использовали критерий Спирмена. Качественный анализ данных проведен по критерию хи-квадрат. Статистически достоверным считали различие при $p < 0,05$.

Результаты. При сравнении средних значений уровня стрессоустойчивости выявлены достоверные различия показателей ($p=0,001$) в группах (1 группа – $19,83 \pm 0,91$ балла, 2 группа – $11,64 \pm 1,99$ балла). Качественный анализ результатов тестирования показал, что в 1 группе уровень стрессоустойчивости удовлетворительный в 60% случаев (21 студент), в 23% – плохой уровень стрессоустойчивости (8 студентов), и лишь в 17% случаев стрессоустойчивость находится на уровне «хорошо» (6 студентов). Во 2 группе 6 студентов имеют отличный уровень стрессоустойчивости (42,9%), 5 – удовлетворительный уровень (35,7%), и 3 с хорошим уровнем стрессоустойчивости (21,4%). Достоверных различий частоты встречаемости студентов с удовлетворительным и хорошим уровнем стрессоустойчивости в исследуемых группах не выявлено. Однако в 1 группе не было студентов с отличным уровнем стрессоустойчивости в отличие от 2 группы, где такой уровень был у большинства испытуемых. Корреляционный анализ показал наличие слабой положительной связи ($r=0,17$) между интенсивностью физических нагрузок и уровнем стрессоустойчивости.

Выводы. Таким образом, уровень стрессоустойчивости у студентов с интенсивными физическими нагрузками значительно выше, чем у студентов, не занимающихся в спортивных кружках и секциях.

Щеголихина И.В., Чермных А.А.
**ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА И КОФЕИНА НА СКОРОСТЬ ПРОСТОЙ
ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ РЕАКЦИИ**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Частоедова И.А.

Цель работы. Оценка влияния кофеина и никотина на скорость простой зрительно-моторной реакции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 добровольцев (студенты 1-5 курсов Кировского ГМУ средний возраст которых составил $19,5 \pm 0,8$ лет, из них 24 юноши и 16 девушек) из которых было сформировано 4 группы: 1) не употребляющие регулярно

кофе, 2) употребляющие кофе, 3) не употребляющие регулярно никотин, 4) употребляющие никотин. У групп 1,2 были сняты показатели до и после приема кофеина, и у групп 3,4 так же были сняты показатели до и после приема никотина с использованием компьютерной методики простой зрительно-моторной реакции с помощью программы ПЗМР2019. Результаты исследования подвергали статистическому анализу с использованием программы «Statistica 6». Для оценки различий количественного показателя использован критерий Манна-Уитни и для оценки частоты встречаемости критерий Хи-квадрата. Статистическая значимость различий принята за $p < 0,05$.

Результаты. Средняя скорость при исследовании простой зрительно-моторной реакции в 1 группе до приема кофеина составила 352 ± 21 мс. После употребления кофеина средняя скорость реакции составила $294,5 \pm 14$ мс. Количество людей в группе с высоким уровнем скорости реакции увеличилось с 10% до 50% - достоверно увеличилось. Сравнительный анализ показал, что средние показатели скорости реакции после приема кофеина людьми, не употребляющими его на регулярной основе, достоверно выше ($p = 0,005$). Во 2 группе у людей, употребляющих кофеин, средняя скорость реакции до начала исследования составила $323,9 \pm 13$ мс. После употребления кофеина скорость реакции составила $319,5 \pm 14$ мс. Количество людей с высоким уровнем скорости реакции увеличилось с 20% до 30% - достоверных различий нет. Сравнительный анализ показал, что средние показатели скорости реакции после приема кофеина людьми, употребляющими его на регулярной основе, статистически не значимы ($p = 0,1394$). В 3 группе у людей, не употребляющих никотин на регулярной основе, средняя скорость реакции составила 380 ± 21 мс. После употребления никотина средняя скорость реакции 338 ± 16 мс. Количество людей с высоким уровнем скорости реакции увеличилось с 0% до 60% - достоверно увеличилось. Сравнительный анализ показал, что средние показатели скорости реакции после приема никотина людьми, не употребляющими его на регулярной основе, достоверно выше ($p = 0,0069$). В 4 группе у людей, употребляющих никотин на регулярной основе, средняя скорость реакции составила 305 ± 16 мс. После употребления никотина 297 ± 14 мс. Количество людей с высоким уровнем скорости реакции осталось неизменным – 30%. Сравнительный анализ показал, что средние показатели скорости реакции после приема никотина людьми, употребляющими его на регулярной основе, статистически не значимы ($p = 0,0926$).

Выводы. Таким образом, было установлено, что у людей, регулярно употребляющих никотин и кофеин, не наблюдается эффекта увеличения скорости реакции. Отсутствие эффекта можно связать с наличием устойчивости к данным веществам. У людей, которые не

употребляют кофеин или никотин, скорость реакции стала значительно выше.

18. ХИРУРГИЯ, ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ.

Абызбаева А.С., Байкосова Г. К., Сенькина Е. В.
**ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА У ПАЦИЕНТОВ С
ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Файзулина Р.Р.

Цель работы. Установить возбудителей инфицированного панкреонекроза и определить их чувствительность к антибиотикам.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 59 пациентов с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинном пространстве при остром панкреатите, оперированных в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» за период с 2017 по 2019 годы. Среди исследуемых пациентов мужчин 37, а женщин – 22. Возраст больных пациентов варьировал в диапазоне от 28 до 86 лет. Всем пациентам был поставлен диагноз острый панкреонекроз. У 33 исследованных пациентов острый панкреатит явился следствием злоупотребления алкоголя и избыточной пищевой нагрузки, у 15 больных развитие данного заболевания было связано с желчнокаменной болезнью, у 11 пациента достоверную причину возникновения патологии выяснить не удалось. Основным методом определения стерильности и инфицированности патологического процесса являлось бактериологическое исследование тканей и экссудата, полученных при пункционном дренировании под УЗИ навигацией. В ходе исследования была определена чувствительность к антибиотикам выделенных микроорганизмов диско-диффузионным методом. Всем больным проводилось пункционное дренирование образований под УЗИ навигацией. Пункционные вмешательства выполняли в операционной, в асептических условиях. Всем пациентам производилось пункционное дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ, так как размеры их превышали 5 см. Все операции были выполнены под местной анестезией. Катетер фиксировали к коже двумя узловыми швами. Средняя длительность операций составила 15 минут. До операции и в послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная терапия с введением антибиотиков широкого спектра действия.

Результаты. У всех 59 пациентов экссудат и некротические массы имели септический характер, причем у 41 человек наблюдалась

моноинфекция, а у 18 пациента – микробные ассоциации. При бактериологическом исследовании некротического материала и экссудата, полученных у пациентов при пункционном дренировании, в 17% случаев была выделена грамположительная микрофлора, а в 83% случаев определена грамотрицательная микрофлора. Основными представителями микрофлоры, выделенной из патологического материала, были условно-патогенные грамотрицательные микроорганизмы родов *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*; реже – неферментирующими грамотрицательными представителями родов *Acinetobacter* и *Pseudomonas*. Ассоциации микроорганизмов были представлены: *K. pneumoniae* и *A. baumannii*, *E. coli* и *K. pneumoniae*, *K. pneumoniae* и *P. aeruginosa*, *E. coli* и *P. aeruginosa*. Было установлено, что чаще всего встречаются грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*. Среди неферментирующих облигатных аэробов были высеяны: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*. Выделение микроорганизмов, которые свойственны колонизационному спектру толстой кишки, подтверждает то, что микрофлора желудочно-кишечного тракта при его парезе и повреждении барьерной функции является одним из источников инфицирования девитализированной ткани поджелудочной железы. В связи с этим следует применять антибиотики, подавляющие рост условно-патогенной флоры кишечника человека. В ходе исследования была определена чувствительность к антибиотикам у выявленных микроорганизмов. Все выделенные штаммы *E. coli* обладали чувствительностью к гентамицину, амикацину, фторхинолонам, меропенему, при этом были устойчивы к амоксициллину, цефалоспорином II-IV поколения. *K. pneumoniae* были чувствительны к 0,5 % поликлину, 6% перекиси водорода, но обладали устойчивостью к цефалоспорином, меропенему, амикацину, фосфомицину. Культура *Enterobacter aerogenes* была чувствительна к гентамицину, фторхинолонам, цефалоспорином, устойчивость проявляла к амоксициллину. Культуры *A. baumannii* чувствительны к карбопенемам, амикацину, устойчивы к гентамицину, цефалоспорином. Штаммы *P. aeruginosa* были чувствительны к гентамицину, тобрамицину, ципрофлоксацину, цефтазидиму, амикацину. Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 32,7 койко-дней. Осложнений во время и после операций не было. В десяти случаях через месяц потребовалась минаяпаротомия, санация, дренирование гнойного очага в виду наличия больших секвестров, неудаляемых посредством дренажа. 25 пациента были выписаны с дренажами, которые были удалены в среднем на 14 сутки после выписки. У 34 пациентов дренажи были удалены во время пребывания в стационаре на 15-44 сутки.

Выводы. 1. В развитии гнойных осложнений острого панкреатита большую роль играют как моноинфекции, так и микробные ассоциации. 2. В большинстве случаев возбудителями инфекций поджелудочной железы являются грамотрицательные микроорганизмы. 3. При анализе антибиотикочувствительности было выявлено, что выделенные возбудители обладали устойчивостью к пенициллинам и цефалоспорином, при этом имели высокую чувствительность к гентамицину, карбопенемам и фторхинолонам.

Аганина А.М., Блинова О.А.

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНОЙ ОТСЛОЙКИ ПОСЛЕ ФИСТУЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель: Демакова Л.В.

Цель работы. Изучить факторы риска развития цилиохориоидальной отслойки после проведения проникающих антиглаукоматозных операций и оценить результаты лечения.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ историй болезни и амбулаторных карт 221 пациента (221 глаз) с диагнозом открытоугольная глаукома II-III стадии, у которых были проведены проникающие антиглаукоматозные операции: глубокая склерэктомия (ГСЭ) у 57% и микроинвазивная синустрабекулэктомия (МСТЭ) у 43% на базе отделений Кировской клинической офтальмологической больницы. У 54% пациентов одномоментно выполнена задняя трепанация склеры (ЗТС). Среди исследуемых было 96 мужчин и 125 женщин, средний возраст составил 69 лет (от 58 до 79 лет). Всем пациентам выполнено офтальмологическое обследование, включавшее оценку максимальной корригированной остроты зрения (МКОЗ) по таблицам Сивцева-Головина, измерение внутриглазного давления (ВГД) контактным способом по Маклакову, проведение биомикроскопии, офтальмоскопии. Методики выполнения операций были стандартными. Интраоперационных осложнений не наблюдали. У 18% (40 глаз) из группы пациентов, где была выполнена лишь проникающая антиглаукомная хирургия без ЗТС, в послеоперационном периоде наблюдали развитие цилиохориоидальной отслойки (ЦХО): в 60% случаев после ГСЭ и в 40% после МСТЭ. У данной группы пациентов МКОЗ до операции составила $0,1 \pm 0,007$ (0,02-0,4). Цифры ВГД составили в среднем 28 мм рт. ст. (от 26 до 37 мм рт. ст.).

Результаты. Развитие ЦХО наблюдали в среднем через 2 дня после операции (от 1 суток до 5 дней) в 70% случаев у пациентов со II стадией глаукомы, в 30% - с III стадией, при этом у 70% выявлены исходно более

высокие цифры ВГД – от 29 мм рт. ст. и выше. У данной группы пациентов отмечена сопутствующая патология – гипертоническая болезнь в 80%, сахарный диабет 2 типа в 15% случаев, дорсопатия шейного отдела позвоночника в 5%. Также возникновение ЦХО в 50% наблюдали у пациентов, плохо соблюдающих рекомендации врача по режиму в послеоперационном периоде. ЦХО сопровождалась появлением жалоб на снижение зрения у 90% пациентов, МКОЗ при этом составила $0,06 \pm 0,005$ (0,02-0,3). При осмотре выявлены отек роговицы, десцеметит, мелкая вплоть до щелевидной передняя камера, гипотония в 95%, при офтальмоскопии наблюдали локальную или распространенную ЦХО: плоскую у 60%, пузыревидную у 40%. Всем пациентам проведено консервативное лечение ЦХО, включавшее применение мидриатиков, глюкокортикостероидов местно и системно, противовоспалительных препаратов. 90% пациентов потребовалось оперативное лечение – ЗТС. В результате в 100% достигнуто прилегание сосудистой оболочки. МКОЗ после прилегания оболочек достигла $0,1 \pm 0,002$ (0,02-0,4).

Выводы. Факторами риска развития ЦХО являются наличие субкомпенсированной и декомпенсированной глаукомы (ВГД 29 мм рт. ст. и выше), наличие сосудистой патологии (у 100%), низкая комплаентность пациентов. Наиболее эффективным для профилактики и лечения ЦХО является оперативное лечение – выполнение задней трепанации склеры.

Ахмедов И.Ю.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт
Кафедра детской хирургии.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Юсупов Ш.А.

Цель работы. Определить эффективность реконструктивно-пластических операций у детей.

Материал и методы. Реконструктивно-пластические операции при мегауретере были произведены 62 больным. В связи с, обострением ХОП, наличие ХПН, гипотрофии и анемии 25 детям хирургическое лечения было отсрочено до стабилизации состояния.

Результаты. При выборе вида операции опирались на функциональное состояние почки и степень сохранности динамической активности мочеточника. Противопоказанием к реконструктивно-пластическим операциям считали утрату функции почек вследствие необратимых деструктивных изменений паренхимы. В связи с полной утратой функции почки 8 больным произведена первичная нефруретерэктомия. Принимая во внимание способность мочеточника к

резкому растяжению под влиянием ретенции мочи и не менее разительному сокращению после устранения обструкции, что является особенностью мочеточника у детей преимущественно раннего возраста, произведена неоимплантация мочеточника без обуживания, если диаметр его не превышал 1 см. Если мочеточник имел диаметр 2 и более см то он обуживался на протяжении 3-5 см до размера 1-1,5 см в диаметре и неоимплантировался в мочевой пузырь с проведением в подслизистом слое не более чем на 2-2,5 см т.е. соблюдалось соотношение между диаметром и длиной подслизистого отдела мочеточника как 1 к 2 или 1 к 2,5 см. В качестве шовного материала использовали синтетические рассасывающиеся нити на атравматической игле типа Vycril Plus 4/0 – 5/0, Monocryl 4/0 – 5/0, а также Catgut 4-5/0. Не зависимо от того рефлюксирующий или обструктивный тип мегауретера хирургическая тактика заключалась в резекции уретерovesикального сегмента мочеточника и последующей неоимплантацией в мочевой пузырь с антирефлюксной защитой. При выборе типа хирургического лечения мегауретера учитывалось состояние контралатеральной почки, частота обострения обструктивного пиелонефрита, сохранность почечной паренхимы, степень дисплазии мочеточника. При определении хирургической тактики учитывалась стадия степень мегауретера, функциональное состояние почки (определение интраоперационно удельного веса мочи), наличие осложнений и их характер. Все методики, в конечном счете, основаны на принципе создания интрамурального отдела мочеточника путем его имплантации в тоннель между детрузором и слизистой мочевого пузыря, они предполагают трансвезикальное наложение уретероцистоанастомоза. Основным недостатком является то, что при создании антирефлюксного механизма в зоне имплантации мочеточника в мочевой пузырь необходимо рассечение детрузора с последующим его ушиванием над мочеточником, а именно это и создает условия для формирования рубца в зоне анастомоза. В связи с эти при оперативном лечении МГ нами принято решение использовать методику экстравезикального уретероцистоанастомоза без широкого вскрытия мочевого пузыря, не имеющих выше указанных недостатков.

Выводы. Результаты обследования выявили что, при обструкции мочеточниково-пузырного сегмента первые признаки заболевания проявлялись в возрасте $2,12 \pm 0,34$ года, оперативная коррекция в данной группе детей производилась в возрасте $5,60 \pm 0,43$ лет и в связи с полной утратой функции почкой нефруретерэктомия была произведена в $6,90 \pm 0,90$ лет. При нарушении замыкательной функции мочеточниково-пузырного сегмента первые клинические признаки проявлялись в возрасте $2,83 \pm 0,30$ лет, хирургическая коррекция у детей с данной патологией в этой группе производилась в возрасте $6,80 \pm 0,33$ лет. В связи с прогрессированием патологического процесса, ХОП и потерей

функции почки была произведена нефруретерэктомия у детей из этой группы, возраст которых в среднем составил 8,9 лет.

Ахмедов А.И.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ

Самаркандский медицинский институт

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доцент Бабажанов А.С.

Цель работы. Эффективность лечения в комплексной терапии обожженных с поражением дыхательных путей продуктами горения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 28 больных с поражениями дыхательных путей продуктами горения, которые лечились в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2014 – 2018 гг. Возраст больных колебался от 10 до 54 лет. Всем пострадавшим выполнено бронхоскопические исследования как по неотложным показаниям, так и в плановом порядке. Структура этих больных по индексу Франка выглядело следующим образом: число больных с индексом Франка до 30 единиц - 12 (42,9%), 31-60 единиц - 7(25%), 61-90 единиц - 6 (21,4%). Число пострадавших с сверхкритическими ожогами индексом Франка свыше 90 единиц равнялся 3 больных, что составил 10,7%. Всех больных по тактике лечения разделено на 2 группы. 1. У 8 больных, составивших первую группу, проводилась стандартная инфузионная терапия, инсуффляции кислорода, сеансы гипербарической оксигенации. 2. У 10 больных 2 группы к стандартному объему инфузионной терапии была добавлена в\венная инфузия сукцинасола, из расчета 5мл\кг массы тела 1 или 2-ухкратно.

Результаты. На 5-6 сутки после травмы у 6 (21,4%) обожженных 1 группы и 3 (10,7%) пострадавших из 2 группы течение ожоговой болезни осложнилось ранней двусторонней пневмонией, которая у 3 (10,7%) из 1 группы и 2 (7,1%) пострадавших, из 2 группы явилась непосредственной причиной смерти. У двух обожженных 1-й группы эндотрахеальная трубка находилась в трахеи с профилактической целью для предупреждения асфиксии от отека слизистой верхних дыхательных путей. Эти пострадавшие оставались на спонтанном дыхании в течение 2 суток, до полного купирования отека. У всех обожженных развился на 3-4 сутки после травмы гнойный эндотрахеобронхит. В 1 группе пострадавших, на 3-4 сутки после удаления копоти, проводилась инсуффляция кислорода, через лицевую маску или носовые катетеры и сеансы гипербарической оксигенации. У этих пострадавших, после 6-8 суток отмечалось появление эрозий на стенках бронхов и отмечены

налеты фибрина. В результате, отмечено, купирование гнойного процесса в бронхах, на 12-15 сутки, при контрольной бронхоскопии развитие катального эндобронхита. В полученных результатах 2-й группы пострадавших, отмечено проявление эрозий и налёты на стенках бронхов и трахеи на 4 сутки. Очевидно, что гнойные процессы в бронхах и трахеях уменьшились. У этих пострадавших наблюдалось на 7-8 сутки, при контрольной бронхоскопии катаральной эндобронхит. На основании оценки биохимических и функциональных показателей, активность протеолитических ферментов, состояние кардиореспираторной системы и микроциркуляция, был подтвержден положительный эффект.

Выводы. В клинической практике наибольшие трудности возникают при лечении обожженных с поражением дыхательных путей продуктами горения. Активное внедрение внутривенной инфузии сукцинасола в лечебный процесс, позволяет улучшить тканевую экстракцию кислорода и значительно снизить частоту осложнений у обожженных с поражением дыхательных путей продуктами горения.

Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА С ПОМОЩЬЮ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель: асс. Быков Т.В.

Цель. Оценить качество жизни пациентов после лечения остеоартроза с помощью применения стромально-васкулярной фракции.

Материалы и методы. Стандартизированные показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 рассчитаны у 11 пациентов на базе ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» в 2020 году. Для обработки материала была использована программа Microsoft Excel.

Результаты. В соответствии с результатами опросника SF-36 до проведения лечения все больные имели низкие показатели по всем шкалам. Главным образом наблюдалось ограничение ролевого функционирования за счет физического и эмоционального состояния. Средние показатели шкал были 0,36 и 0 баллов соответственно. Показатели шкалы «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» до лечения составляли от 0 до 4 баллов, после – от 25 до 100 баллов, «ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием» до проведенной процедуры – у всех больных составило 0 баллов, после колебалось от 33 до 100 баллов. После проведенной операции увеличилось среднее значение «физического функционирования» в 3,4 раза, «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» – в 90 раз,

«интенсивности боли» – в 4,2 раза, «общего состояния здоровья» – в 1,5 раза. Показатели «жизненной активности» увеличились в 2,8 раз, «социального функционирования» – в 2,6 раза, «ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием» – в 82 раза, «психического здоровья» – в 2,3 раза. Низкие показатели шкалы «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» у пациентов с остеоартрозом говорят о том, что их повседневная жизнь в значительной степени ограничена их физическим состоянием. Также физическое здоровье ограничено болью, которая у данных больных оказывает значительное влияние на физическую активность, а низкие значения шкалы интенсивности боли указывают на выраженность симптомов. Невысокое значение ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием подтверждают негативное влияние эмоционального фона данных пациентов на осуществление работы или другой повседневной деятельности, включая увеличение времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Можно предположить, что у больных в первую очередь страдает физическая активность, которая определяет выполнение ими своих ежедневных обязанностей. Это, в свою очередь, усугубляет психологическое состояние больного и ведет к ограничению полноценной общественной жизни. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Средний показатель до проведенного лечения «физического компонента здоровья» составил - 87,63, «психологического компонента здоровья» - 16,29, что указывает на снижение качества жизни. После лечения средние показатели составили 40,7 и 268,9 соответственно.

Вывод. Произошло улучшение показателей качества жизни всех шкал опросника SF-36 после применения стромально-васкулярной фракции у исследуемых пациентов

Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р.

ОСТЕОАРТРОЗ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Научные руководители: асс. Быков Т.В., к.м.н.,

доцент Колосова Е.Г.

Цель работы. Рассмотреть медико-социальные проблемы остеоартроза.

Материалы и методы. Анализ результатов анкетирования 11 пациентов по опросникам SF-36, WOMAC, LEKEN на базе ГБУЗ

«Оренбургская областная клиническая больница» в 2020 году. Для обработки материала была использована программа Microsoft Excel.

Результаты. Согласно результатам опросника SF-36 все пациенты имели низкие показатели по всем пунктам. В основном отмечалось ограничение ролевого функционирования за счет физического и эмоционального состояния. Средние показатели составили 0,36 и 0 баллов соответственно. Значения шкалы «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» колебались от 0 до 4 баллов, «ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием» у всех пациентов составило 0 баллов. Низкие показатели «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» у пациентов с остеоартрозом говорят о том, что их повседневная деятельность значительно ограничена их физическим состоянием. Также физическое здоровье ограничено болью, которая у данных больных оказывает значительное влияние на физическую активность, а низкие значения шкалы интенсивности боли указывают на выраженность симптомов. Невысокое значение "ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием» подтверждают негативное влияние эмоционального фона данных пациентов на осуществление работы или другой повседневной деятельности, включая увеличение времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Можно предположить, что у больных в первую очередь страдает физическая активность, которая определяет выполнение ими своих ежедневных обязанностей. Это усугубляет психологическое состояние больного и ведет к ограничению полноценной общественной жизни. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Средний показатель «физического компонента здоровья» составил -87,63, «психологического компонента здоровья» - 16,29, что указывает на снижение качества жизни. Индекс Лекена предназначен для оценки функционального состояния суставов. Среднее значение индекса Лекена составило 11 баллов. Отмечено большее количество пациентов с проявлениями ночной боли даже без движения. Шкала WOMAC для артроза является общепринятой анкетой для оценки симптомов гонартроза (функциональности) самим пациентом. Среднее значение данной шкалы у наших пациентов составило 144,7 баллов. Т.е., было подтверждено существенное нарушение различных функций суставов у больных гонартрозом и коксартрозом.

Выводы. В связи с ростом заболеваемости населения остеоартроз является медико-социальной проблемой, которая приводит к снижению, как качества, так и продолжительности жизни. Прогрессирование заболевания, сопровождающееся постоянными болями в пораженных суставах, является причиной нетрудоспособности таких больных,

оказывая тем самым тяжелое экономическое и психологическое воздействие не только на пациента, но и на его близких.

Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии, урологии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Тарасенко В.С.

Цель работы. Провести ретроспективный анализ диагностики и лечения больных с кистами поджелудочной железы.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ «ГКБ№1» г. Оренбурга было проведено сплошное ретроспективное исследование 58 пациентов с кистами поджелудочной железы с 2000 по 2019 годы.

Результаты. В 62% (n=36) с кистами поджелудочной железы поступали мужчины. Возрастной состав был следующим: пациенты до 30 лет – 6 (10%), 31-40 – 15 (26%), 41-50 – 23 (40%), 51-60 – 7 (12%), старше 70 лет – 7 (12%). В экстренном порядке госпитализированы 49 (84,5%) больных, в плановом – 9 (15,5%). Киста поджелудочной железы как осложнение возникла у 54 (93,2%) пациентов с острым и хроническим панкреатитом, у 4 (6,8%) – другие причины (эхинококкоз, травма). Клиническая картина характеризовалась появлением болей в надчревной области у 54 (93,1%) пациентов. Также у больных отмечалось появление локального напряжения мышц передней брюшной стенки в верхних отделах живота (в 49 (84,5%) случаях), повышение температуры тела у 70,7% пациентов (n=41). Диспепсические явления (тошнота, рвота) наблюдались у 51,7% (n=30) больных, неустойчивый стул в 62% случаях (n=36). Асцит, как осложнение перенесенного ОДП, отмечался у 17 (29,3%) пациентов. По результатам УЗИ: кисты размером до 50 мм встречались у 15 (25,9%) пациентов, 50-100 мм – у 32 (55,2%), свыше 100 мм – у 11 (19%). Единичные кисты наблюдались в 50 (86,2%) случаях, множественные – в 8 (13,8%). Толщина капсулы 4 мм составила у 50 % (n=29) больных, 5 мм – у 19% (n=11), 3 мм - у 17% (n=10), 6 мм - у 14% (n=8). Локализация кист в головке поджелудочной железы находились у 15 (25,9%) пациентов, в перешейке – 6 (10,3%), в теле – 26 (44,8%), в вирсунговом протоке – 4 (6,9%), в хвосте – 7 (12%). Благоприятный исход лечения кистозных поражений поджелудочной железы во многом зависит от выбора оптимального метода лечения. У 19% (n=11) пациентов осуществлялось минилапаротомное вскрытие и наружное дренирование. При наличии нагноения и секвестров в полости кисты под УЗИ-навигацией выполнялся мини-лапаротомный доступ с наружным дренированием кисты, проведением некр-, секвестрэктомии. Наружное

дренирование под УЗИ-навигацией осуществлялось пункционным методом с учетом акустического окна, исключаящим интерпозицию крупных сосудов брюшной полости в месте предполагаемой пункции, при стабильном клиническом состоянии. Пункционное дренирование проводилось у 47 (81%) больных. В 70,7% случаев (у 41 пациента) доступ осуществлялся справа от срединной линии на 3 см и выше пупка на 6 см. Данные процедуры позволяют добиться выздоровления пациентов.

Выводы. Распространенность кист ПЖ увеличивается. Чаще страдают мужчины трудоспособного возраста, что связано с ростом заболеваемости острыми и хроническими панкреатитами различной этиологии. У 81% (n=47) больных проводился чрескожный пункционный метод и чрескожное дренирование патологических жидкостных образований под контролем ультразвукового исследования, который является эффективным методом лечения.

Барсукова А.В., Глушкова А.С.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОМФАЛОЦЕЛЕ У
НОВОРОЖДЕННЫХ.

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии
Научный руководитель: доц. Скобелев В.А.

Цель работы. Проанализировать структуру и специфику проявлений кишечной мальротации I периода кишечника для оптимизации лечебно-диагностических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу была подвергнута медицинская документация диагностики и лечения 55 новорожденных с различными формами мальротации кишечника, пролеченных в хирургическом отделении КОДКБ с 2003 по 2019 г. Были проанализированы данные пренатальных консилиумов за этот период времени.

Результаты. В Кировской областной детской клинической больнице за период с 2003 по 2019 год было пролечено 55 новорожденных с различными формами мальротации кишечника (у этого количества больных было зафиксировано 80 случаев хирургической патологии). Соотношение мальчики/девочки равнялось 1,6/1 (34 мальчика и 21 девочка). Омфалоцеле составило 38,18% из всех случаев мальротации кишечника, т.е. за этот период был пролечен 21 новорожденный с омфалоцеле, из них мальчиков 9 (42,8%), девочек 12 (М/Д=1/1,3). Во всех случаях использовались физикальные, сонографические (антенатальные), рентенологические методы диагностики. За данный период времени антенатально по данным УЗИ диагноз «омфалоцеле» был установлен в 63 случаях беременности. Количество прерванных по

медицинским показаниям беременностей составило 46. Во всех случаях причиной прерывания являлось желание родителей. В 17 случаях беременность была пролонгирована. Антенатально диагноз омфалоцеле был установлен в 17 случаях из 21. Результаты исследования по размерам омфалоцеле: 48% - малый размер эмбриональной грыжи (10 новорожденных из 21); 28% - средний размер грыжи (6 новорожденных из 21); 24 % - большой размер пупочной грыжи (5 новорожденных из 21). Пролеченные дети находились в возрасте от 0 до 19 дней. Большинство пациентов являлись недоношенными либо имели сопутствующую соматическую или генетическую патологию. Всем больным было проведено своевременное оперативное лечение с последующим комплексным послеоперационным уходом. Одномоментное вмешательство было выполнено у всех пациентов (проведена аутопластика передней брюшной стенки). Осложнений послеоперационного периода не зафиксировано, повторных операций и случаев летальности не было. Средний койко-день составил 8,1.

Выводы.

1. Мальротация кишечника первого периода продолжают оставаться актуальной проблемой неонатальной хирургии, эффективность антенатальной диагностики составляет 93,7%, по желанию родителей прерываются 73% беременностей.

2. В отличие от других форм мальротации, омфалоцеле чаще поражает девочек (в полтора раза).

3. Применяемые методы диагностики и лечения патологии в целом удовлетворяют современным требованиям развития медицины, но более пристальное внимание должно обращаться работе пренатальных консилиумов как органов, способных положительно повлиять на демографические перспективы общества.

Бобоев С.С., Аллаяров А.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПТЕРИГИУМА ПО МЕТОДУ АУТОПЛАСТИКИ
КОНЪЮНКТИВАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ

Самаркандский государственный медицинский институт.

Кафедра офтальмологии.

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Бобоев С.А.

Цель исследования: изучение эффективности аутопластики конъюнктивы при хирургическом лечении птеригиума.

Материал и методы исследования. Прооперировано 20 пациентов (24 глаз) в возрасте от 28 до 65 лет. В условиях стационара первичный птеригиум встречался в 16-и (80%) случаях, рецидивирующий - в 4-х (20%). У всех больных птеригиум локализовался с носовой стороны.

Основную группу составили 12 человек (14 глаз). Хирургическое лечение 8 человек (10 глаз) контрольной группы проводилось по методике Мак-Рейнольдса.

Всем больным до и после операции проводился комплекс офтальмологических исследований: визиометрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, рефрактометрия, скиаскопия.

Техника операции: крыловидную плеву отсепаровывали от роговицы при помощи микрошпателя и иссекали тело птеригиума с прилежащей тканью на 2 мм от основания. В верхне-наружном квадранте 2,5 мм, отступя от лимба, иссекалась донорская ткань для пересадки, размер трансплантата измерялся с учетом размера конъюнктивы на 1 мм больше из-за сокращения последнего в зоне пересадки. Рану конъюнктивы донорского участка ушивали узловатыми шелковыми 2-3 швами 8/0, в зависимости от размера раны. Полученный трансплантат укладывали на ложе и фиксировали к конъюнктиве 6 узловатыми шелковыми швами 8/0.

Операционный и послеоперационный периоды протекали гладко, без осложнений. В послеоперационном периоде закапывали раствор макситрола и корнерегеля в течение 20 дней. Швы снимались на 14 сутки. Больные находились под наблюдением от 3-х месяцев до года.

В основной группе был отмечен 1 (8,3%) случай рецидива птеригиума. В контрольной группе было отмечено 2 случая (25%) рецидивирования птеригиума. В послеоперационном периоде острота зрения улучшилась у больных обеих групп. Область раны была более чистая и косметичная, чувство дискомфорта, слезостояния, а также слезотечения навсегда исчезли у больных основной группы, а у больных контрольной группы долго держалась гиперемия конъюнктивы в области операционной раны.

Выводы. Аутопластика конъюнктивальным лоскутом при птеригиумэктомии обеспечивает устойчивый косметический эффект, а также снижает рецидивирование заболевания и не вызывает специфических осложнений.

Болатов А.Б., Мукашева Н.Ж., Смолинов И.Г.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ

Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова
Курс клинической анатомии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Алмабаев Ы.А.

Цель. Изучить и сравнить влияния кишечных швов и шовных материалов на регенерацию кишечника

Материалы и методы исследования. В данной работе представлен систематический обзор. Произведен поиск, сбор и анализ материалов, сопоставление научной литературы, соответствующие клиническому вопросу. А также отсев данных в соответствии с критериями отбора информации.

Результаты. Проводилась оценка заживления анастомоза в зависимости от вида шва. При однорядном сшитом анастомозе происходило полное заживление. А при двухрядном шве возникал высокий уровень некротизированной ткани, вероятно, из-за перекрывающихся зажимов. Таким образом, двухрядный шов вызывает повреждение ткани больше, чем однорядный. Для быстрого и экстренного заживления необходимо выбрать однорядный шов, который принесет более точный рубец с меньшим повреждением ткани. На гистотопографических срезах стенки кишки, ушитой непрерывным микрохирургическим швом, было отмечено смещение слоев стенки кишки относительно друг друга. Это ухудшает условия регенерации, увеличивает длительность воспалительной реакции. Особенностью заживления кишечной раны, ушитой узловым швом, является более длительная воспалительная реакция со стороны серозной оболочки стенки кишки, проявляющейся спаечным процессом. Узловой микрохирургический шов обеспечивает точное сопоставление краев ран, отсутствует смещение слоев мышечной оболочки.

Вывод. Изучив историю развития кишечных швов, а также изучив техники наложения швов и сравнивая их между собой, мы убедились, что на данный момент не существует «идеального» шва. Мы установили преимущества каждого и их недостатки. Основываясь на этом, мы пришли к выводу, что нет такого шва, который соответствует всем требованиям. Подводя итоги данного исследования, можно уверенно сказать об эффективности применения микрохирургической техники в условиях перитонита и кишечной непроходимости.

Вервекин И.В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ У
ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.**

ГБОУ ВПО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Кафедра хирургии

Научный руководитель: к.м.н. Орехов А.А.

Цель работы. Оценка эффективности применения лапароскопии (ЛС) в диагностике и лечении закрытых повреждений печени у пострадавших с сочетанной травмой на базе специализированного многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Произведен анализ результатов лечения повреждений печени с применением лечебно-диагностической ЛС у 33 пострадавших с сочетанной травмой, проходивших лечение в промежутки с 2013 по 2017 год. Мужчин 20 (60,6%), женщин 13 (39,4%), средний возраст $34,8 \pm 14,6$ лет. Тяжесть травмы оценивалась по шкале ISS. С целью оценки тяжести повреждения печени использовалась классификация OIS. Для определения показаний к ЛС использовалась шкала оценки риска развития осложнений при лапароскопии ВПХ-ЭХ.

Результаты. У всех пострадавших в ходе проведения FAST, КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием заподозрено закрытое повреждение органов брюшной полости, в связи с чем было принято решение о проведении диагностической ЛС. На основании расчета индекса по шкале ВПХ-ЭХ противопоказаний к ЛС в данной группе установлено не было. Травма печени в процессе исследования выявлена у 29 (87,9%) пациентов, у 4 (12,1%) пострадавших диагноз установить не удалось в связи с массивным гемоперитонеумом и повреждением труднодоступных (7, 8) для ЛС сегментов печени. В ходе вмешательства показания к конверсии установлены у 17 (51,5%) пострадавших с массивным гемоперитонеумом, множественным повреждением органов брюшной полости, тяжелой травмой печени. У 5 (15,2%) пострадавших диагностированы повреждения печени без продолжающегося кровотечения, что сделало возможным проведение санации и дренирования брюшной полости. Летальность в данной группе составила 20% (n=1), причиной смерти стало тяжелое экстраабдоминальное повреждение. У 11 (33,3%) гемодинамически стабильных пострадавших были выявлены повреждения печени I-II степеней тяжести по OIS с признаками продолжающегося кровотечения из разрыва, остановленного путем эндовидеохирургического гемостаза. Летальных исходов среди пострадавших в группе с эндовидеохирургическим гемостазом не наблюдалось.

Выводы. Результаты исследования показали высокую эффективность применения лапароскопии в диагностике закрытого повреждения печени у пострадавших с сочетанной травмой. В условиях стабильной гемодинамики эффективным методом лечения повреждений печени I-II степени по OIS может служить эндовидеохирургический гемостаз.

Долматов Ю.Я., Щукина А.Ю.

**ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-
БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель: доцент Сухих Н.К.

Цель работы. Обосновать тактику хирургического лечения желчнокаменной болезни у детей, основываясь на данных биохимического анализа камней желчного пузыря.

Материалы и методы. Был произведен анализ историй болезни детей с данной патологией за период с 2016 по 2018 г. В данный промежуток времени в хирургическом отделении Кировской областной детской клинической больницы г.Кирова были прооперированы 15 детей с ЖКБ (всем выполнена лапароскопическая холецистэктомия). Так же нами были использованы архивные данные амбулаторного и стационарного консервативного ведения 63 больных с диагнозом «Желчнокаменная болезнь» в возрасте от 1 до 15 лет за тот же хронологический период.

Результаты. На основании собранных данных за установленный промежуток времени удалось выяснить, что у девочек ЖКБ встречается чаще, чем у мальчиков в соотношении 2,4/1 (девочки – 70,4%; мальчики – 29,6% от всех случаев). Нами проанализированы данные единой региональной электронной истории болезней (КМИС), критериями включения в исследования являлись дети с ЖКБ II ст., находящиеся под наблюдением гастроэнтерологов/педиатров, с размерами камней более 5 мм по данным УЗД без тенденции к их лизису при приеме препаратов УДХК в комплексной терапии. Выяснено, что около 80% детей с данной патологией лечатся в Кировской области консервативно детскими гастроэнтерологами, не направляясь на консультацию к детскому хирургу, не смотря на периодическое рецидивирование клинико-лабораторных проявлений заболевания. Нами был проведен биохимический анализ 10 удаленных при холецистэктомии камней от 10 больных ЖКБ, прооперированных в Кировской ОДКБ. Было выяснено, что все 100% камней являлись смешанными по своему химическому составу. Билирубиновый (Б) компонент составлял от 2,8 до 58,1% камня, холестеринавый (Х) – от 42,3 до 85,7%, кальциевый (Са) – от 3,5 до 8,1%, остаточные компоненты (Ос) – от 4,2 до 7,4%. Усредненные цифры (М) по химическому составу 10 камней: Б 30,8% / Х 59,2% / Са 4,9% / Ос 5,1%. Все больные в послеоперационном периоде находились под наблюдением гастроэнтеролога. Ни у одного из 15 прооперированных детей в течение двух лет после операции осложнений не отмечалось.

Выводы.

1) Смешанный характер конкрементов у детей с ЖКБ и значимое представительство в их составе билирубинового компонента свидетельствует в пользу малой перспективности их консервативного лечения.

2) При обследовании детей с ЖКБ следует уделять пристальное внимание данным визуализации гепатобилиарной зоны при помощи ультразвуковой диагностики и данным интраоперационной визуализации

для устранения нарушений проходимости желчевыводящих путей от возможных врожденных спаек и перегибов.

3) Необходимо усилить соответствующее информационное взаимодействие между педиатрами-гастроэнтерологами и детскими хирургами

Епифанова Е.А., Магомаева Л.М
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ОСТРОЙ МОШОНКИ» В
ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель: доцент Сухих Н.К.

Цель работы. Провести анализ клинического материала и оптимизировать принцип ранней диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов мошонки у детей в разных возрастных группах.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ историй болезни у 1203 больных, пролеченных в период с 2006 по 2019 г, оперированных по неотложным показаниям в хирургической клинике Кировской областной детской клинической больницы.

Результаты. Оперированные больные были распределены по четырем возрастным группам: 1) младенцы – 51 (4,2%), 2) от 1 до 7 лет – 268 (22,3%), 3) от 7 до 15 лет – 815 (67,7%), 4) подростки 15 лет и старше – 69 (5,7%). Во всех возрастных группах оперировано: 907 больных (75,4%) с перекрутом гидатид, 134 больных (11,1%) с воспалительными заболеваниями яичка и придатка, 102 больных (8,5%) с перекрутом яичка, из них 24 (23,5%) больным выполнена орхэктомия. Среди детей школьного возраста оперированы: 11 больных с остро развившейся кистой яичка и придатка, 30 больных с явной травмой мошонки и яичка (подавалось извещение в органы внутренних дел), один больной с инфарктом яичка и один – с диофиляриозом мошонки. В диагностике основным методом были физикальные данные, по показаниям применялись ультразвуковая диагностика, доплерография. При воспалительных заболеваниях яичка и придатка выполнялась скрототомия и дренирование полости оболочек мошонки. При травмах мошонки проводилась ревизия с обработкой раны: опорожнением гематомы, ушиванием тканей. При перекрутах гидатид – гидатидэктомия с последующим гистологическим исследованием. При перекрутах (заворот) яичка, оценивалась его жизнеспособность, проводились методы «реанимации» органа, при его нежизнеспособности выполнялась орхэктомия.

Выводы.

1) Синдром «отёчной мошонки» наиболее часто встречается у детей школьного возраста (67,7%).

2) Наиболее часто он вызывается перекрутом гидатид (75,4%), реже – воспалительными заболеваниями яичка и придатка (11,1%), ещё реже – перекрутом яичка (8,5%).

3) Орхэктомия при перекруте яичка составляет 23,5% от всех оперативных вмешательств (наиболее часто в возрасте до года, у семи больных из девяти, что связано с трудностями диагностики в этом возрасте).

4) Считаем, что все больные дети, перенёвшие синдром «острой мошонки», требуют в дальнейшем диспансерного наблюдения детского уролога-андролога.

Кулаева А.С., Аксенова А.А.

МЕСТО ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель: проф. Разин М.П.

Цель работы. Обоснование внедрения интраоперационной иммунокоррекции в комплексном лечении врожденного гидронефроза у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 детей 5-12 лет с ВГ и ВП (основная группа). Всем проводились общеклинические, биохимические, бактериологические, инструментальные и иммунологические исследования. Для выявления сдвигов иммунных показателей при поступлении в стационар и спустя 3 месяца после выписки определяли содержание CD3-, CD4-, CD8-, CD16-, CD20- лимфоцитов методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител. Индекс CD4-/CD8- (ИРИ) - отношение % указанных клеток в сыворотке. Проводилось определение уровней сывороточных иммуноглобулинов G, A, M (радиальная иммунодиффузия); концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови (метод преципитации). Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) определяли, используя в качестве фагоцитируемого объекта частицы латекса 0,1 мкм (%), фагоцитарный индекс (ФИ), рассчитывали, как среднее количество частиц, поглощенное одним фагоцитом. Активацию нейтрофилов при постановке НСТ-теста проводили латексом, подсчитывали количество клеток, образующих гранулы диформаза (%). Выявляли уровни интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерферона- α (ИФН- α), фактора некроза

опухоли- α (ФНО- α) методом иммуноферментного анализа. Материал, полученный при исследовании иммунологических параметров у больных ВГ, сравнивали с результатами исследования указанных показателей у 532 детей того же возраста I-II групп здоровья, проживающих в г. Кирове и Кировской области (контрольная группа). В ходе исследования основная группа была разделена надвое: 50 больных (группа 1) получали комплексное общепринятое лечение в сочетании с парентеральным применением препарата имунофан; 30 больных (группа 2) – комплексное общепринятое лечение в сочетании с интраоперационным введением препарата имунофан. Во время оперативного лечения ВГ после основного этапа под капсулу почки пункционно болюсно вводилась суточная доза 0,005% раствор имунофана в дозировке 0,1 мл на год жизни.

Результаты. У детей 1 группы через 3 месяца после стационарного лечения возросли сниженные количества относительного и абсолютного содержания CD3-лимфоцитов ($p < 0,05 < 0,001$). Наблюдался рост абсолютного количества CD4-клеток ($p < 0,05$) со снижением их относительного числа ($p < 0,02$). Относительные и абсолютные количества CD8-лимфоцитов возросли с равной достоверностью ($p < 0,01$), незначительно снижался ИРИ. Было отмечено повышение абсолютного ($p < 0,05$) и снижение относительного содержания CD16-клеток; выраженное повышение абсолютного ($p < 0,02$) и умеренное – относительного ($p < 0,001$) числа CD20-лимфоцитов; возросли концентрации всех исследуемых иммуноглобулинов (наиболее выражено – IgG, $p < 0,05$); уровень ЦИК недостоверно снижался. Существенно ниже нормы оказались исследуемые параметры фагоцитоза: ФАН ($p < 0,01$), ФИ и НСТ-теста (по $p < 0,05$). Количество ИФН- α в 4,4 раза увеличивал свои значения ($p < 0,05$), уровень ФНО- α превышал нормальные показатели ($p < 0,05$). У детей 2 группы через 3 месяца после стационарного лечения, по сравнению с больными из 1 группы, определялось превышение абсолютного количества CD3-клеток (p) относительное их число было ближе к норме. Наблюдалось повышение абсолютного количества CD4-лимфоцитов при снижении их %. Абсолютное количество CD8-клеток имело тенденцию к нормализации, относительное повышалось. Возрастал до нормальных цифр ИРИ. Определялось повышение абсолютного и снижение относительного числа CD16-лимфоцитов; абсолютное количество CD20-клеток стремилось к нормализации, относительное опускалось ниже нормальных величин; по-прежнему определялось повышенное содержание IgG (но ближе к норме по сравнению с 1 группой); нормализовывались уровни IgA, IgM; уровень ЦИК продолжал снижаться. Все исследуемые параметры фагоцитоза хоть и обладали сниженным характером, во 2 группе оказывались ближе к норме.

Выводы:

1) у детей с ВГ отмечаются неоднозначные сдвиги иммунных показателей, которые сохраняются через 3 месяца после стационарного лечения;

2) у больных, в комплексное лечение которых был включен имунофан, наблюдается выраженная тенденция к нормализации большинства иммунологических показателей, наиболее характерной для которой является коррекция содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляций, тенденция к нормализации ИРИ, НК, повышению сниженных показателей фагоцитоза, снижению провоспалительных цитокинов, значимо увеличивается уровень ИФН- α ;

3) интраоперационное применение препарата имунофан характеризуется той же динамикой нормализации иммунологических показателей, что и его парентеральное использование, но более предпочтительно для нормализации ИРИ, уровней В-лимфоцитов, снижения превышенных уровней Ig и ЦИК, нормализации показателей фагоцитоза.

Лучникова Е.В.

БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Русинов В.М.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения осложнений портальной гипертензии в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Нами проанализированы ближайшие послеоперационные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии у 60 больных, находившихся на лечении в Кировской областной клинической больнице и на кафедре госпитальной хирургии за период с 2002 по 2019 гг. Мужчин было 25 (41,6 %), женщин 35 (58,4 %) в возрасте от 11 до 65 ($43,8 \pm 13,4$). Причинами портальной гипертензии были: цирроз печени у 52 (86,7 %): по классификации Чайлд-Пью класс А – 35 (58,3%), класс В 15 (25 %), класс С 2 (3,4%); тромбоз воротной вены и ее ветвей: в следствие пупочного сепсиса, перенесенного в детстве – 3 (5%), альвеококкоз с прорастанием узлами воротной вены или ее ветвей - 3 (5 %), на фоне портального фиброза – 2 (3,3%).

Показаниями к хирургической коррекции портальной гипертензии были рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода у 34 (56,6 %), средняя или тяжелая степень гиперспленизма в сочетании с варикозным расширением вен пищевода II или III степени у 18

(30 %), напряженный асцит у 5 (8,4 %), необходимость в последующем выполнения обширной резекции печени у 3 (5%).

Хирургические вмешательства при портальной гипертензии выполнены у всех 60 больных: у 49 (81,6%) дистальный спленоренальный анастомоз, у 9 (15 %) мезентерикокавальные: из них у 7 аутовеной, у 2-политетрафторэтиленовым протезом, у 1 (1,7 %) спленокаваальный анастомоз политетрафторэтиленовым протезом и у 1 (1,7 %) проксимальный спленоренальный анастомоз.

Результаты. У 56 больных (93,3 %) послеоперационный период протекал без осложнений. У этих пациентов отмечался прирост уровня тромбоцитов на третьи сутки с $105,3 \pm 37,7$ до $147,9 \pm 46,9$ тыс. и лейкоцитов с $4,22 \pm 1,1$ до $8,81 \pm 1,3$ тыс.

В раннем послеоперационном периоде у 1 пациента возник острый панкреатит, разрешившийся консервативной терапией. У 12 (20 %) наблюдалось длительное истечение асцитической жидкости после операции, которое потребовало лечения диуретиками, лимфотропными и белковыми препаратами. Средний послеоперационный койко день составил $15,8 \pm 1,1$ сут , а у пациентов с длительным истечением асцитической жидкости – $26,5 \pm 2,4$ сут.

В послеоперационном периоде 1 пациент умер на седьмые сутки от сердечно-сосудистой недостаточности. Послеоперационная летальность составила 1,7%.

Выводы: Портосистемное шунтирование у больных с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода сопровождается незначительным числом ранних послеоперационных осложнений и летальностью.

Морозов А.И.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ГОРОДЕ СЕВАСТОПОЛЬ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра хирургии №1

Научный руководитель: д.м.н., профессор Костырной А.В.

Цель работы. Проанализировать распространенность синдрома диабетической стопы и методы лечения данного заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Городская больница №4» г. Севастополя. За последние 5 лет проанализированы результаты лечения 200 пациентов с синдромом диабетической стопы.

Результаты. Все пациенты поступали в отделение гнойной хирургии в экстренном и плановом порядке. В экстренном порядке было госпитализировано 50 человек (25%); в плановом порядке – 150 человек

(75%). На момент госпитализации у 20 пациентов (10%) СД был компенсирован; в стадии декомпенсации углеводного обмена поступило 170 больных (85%), в стадии субкомпенсации – 10 (5%). Тяжелая степень сахарного диабета выявлена у 140 больных (70%), средней тяжести – у 60 (30%) больных. Все пациенты были разделены по половому признаку: мужчин было 40 (20%), женщин – 160 (80%) в возрасте от 40 до 75 лет. Средний возраст больных составил 58 лет. Трофические язвы чаще наблюдались у лиц пожилого и старческого возраста, что обусловлено СД II типа. Наблюдались следующие формы СД: нейропатическая, нейроишемическая. Нейропатическая форма СД наблюдалась у 95 пациентов (48%); нейроишемическая – у 105 пациентов (52%). Осуществлен сравнительный анализ больных с синдромом диабетической стопы. На подошвенной поверхности стоп определялись у 170 больных (85%); на дистальных фалангах и между пальцами стопы - у 20 больных (10%); на тыльной поверхности стопы – у 10 больных (5%). В первые сутки госпитализации 40 (20%) пациентов, поступившим в экстренном порядке, выполнены первичные ампутации нижних конечностей. Иссекали некротизированные ткани и проводили вскрытие флегмон. При отсутствии признаков инфицирования проводились плановые некрэктомии и механическое удаление участков гиперкератоза. После проведения некрэктомии проводил медикаментозное лечение. В первой фазе раневого процесса использовали обработку антисептиками: йодовидон, хлоргексидин, мирамистин, перекись водорода. При наличии большого количества некротических масс первые сутки использовали повязки с протеолитическими ферментами: трипсином, химотрипсином. При очищении ран больным рекомендовали применение ортопедических стелек и обуви. У 42 (21%) пациентов во вторую и третью фазу раневого процесса применялись силиконовые ортопедические стельки, у 50 (25%) больных – ортопедическая обувь. При использовании корригирующей обуви отмечается снижение максимальных величин давления на пораженную область стопы и равномерное распределение по всей ее поверхности.

Выводы. Таким образом, внедрение в хирургическую практику новых медикаментозных средств, оперативных вмешательств позволяют успешно лечить больных с синдромом диабетической стопы.

Морозов А.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра хирургии №1

Научный руководитель: к.м.н., доцент Воронов А.Н.

Цель работы. Проанализировать распространенность кишечных паразитозов среди детей города Севастополя.

Материалы и методы. В 2014-2018 гг. проводилось исследование по определению нозоструктуры и частоты распространенности кишечных паразитозов среди детей г. Севастополя. Исследование проводилось в 10 детских дошкольных учреждениях и 5 школах г. Севастополя. Было исследовано 1000 детей в возрасте от 5 до 17 лет. Диагностику гельминтозов осуществляли посредством обнаружения яиц гельминтов в мазках фекалий, яиц остриц в соскобе с перианальных складок и визуального обнаружения яиц гельминтов или остриц в фекалиях.

Результаты. В ходе исследования кишечные были выявлены у 300 детей. Чаще всего обнаруживали энтеробиоз – $35,5 \pm 1,5\%$, затем лямблиоз – у $20,0 \pm 1,4\%$, аскаридоз – у $15,2 \pm 1,2\%$, трихоцефалез – у $10,2 \pm 1,1\%$. Инвазированность ими детей была очень высокой. По частоте выявляемости все нозоформы были разделены на 3 группы. Первую группу составляют тонзиллит, ОРЗ и диспепсия, их частота колеблется от $15,2 \pm 1,3$ до $2,5 \pm 1,1\%$ случаев. При кишечных паразитозах гигиенический статус полости рта, весьма низкий, что свидетельствует об интенсивной обсемененности полости рта микроорганизмами. Кишечные паразитозы неблагоприятно действуют на желудочно-кишечный тракт, что проявляется диспепсическим синдромом. Вторую группу составляют тонзиллит, фарингит, бронхит, астма, инфекции и аллергии – от $5,0 \pm 0,5$ до $6,5 \pm 0,5$ случаев. В третью группу входят сердечно-сосудистые, эндокринологические, неврологические, дерматологические заболевания, кишечные расстройства – от $1,0 \pm 0,5$ до $2,5 \pm 0,6\%$ случаев.

Выводы. Таким образом, кишечные паразитозы имеют большую медико-социальную значимость, обусловленную высокой частотой различных заболеваний у детей.

Морозов А.И.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В Г. СЕВАСТОПОЛЕ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра хирургии №1

Научный руководитель: к.м.н., доцент Воронов А.Н.

Цель работы. Изучить уровень внедрения лапароскопического метода лечения острого аппендицита в г. Севастополе.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения острого аппендицита в условиях

хирургического отделения ГБУЗС «Городская больница №5 – Центр охраны здоровья матери и ребенка» с 2014 по 2018 год. За указанный период прооперировано 200 больных с острым аппендицитом в возрасте от 3 до 18 лет. Из них 50 (25%) детям была выполнена эндовидеохирургическая аппендэктомия. Было осуществлено разделение больных по половому признаку: девочек 95, мальчиков 105. Операции производились под эндотрахеальным наркозом. Все аппендэктомии были выполнены лигатурным способом, в качестве шовного материала для наложения лигатуры использовали викрил №3. Брыжейку червеобразного отростка обрабатывали биполярной коагуляцией. После отсечения отростка дополнительно проводили электрокоагуляцию слизистой и обрабатывали культю йодопероном. Использование эндовидеохирургического лечения острого аппендицита требовало умений и навыков со стороны хирургов.

Результаты. Среди 50 эндовидеохирургических аппендэктомий наблюдали 8 (16%) осложнений: нагноение послеоперационной раны, имевшее место у 3 детей (6%), прогрессирующий аппендикулярный перитонит и множественные абсцессы брюшной полости у ребенка 15 лет (2%), эвентрацию большого сальника в послеоперационную рану у 2 детей (4%), инфильтрат брюшной полости – у 2 детей (4%). Нагноившиеся раны дренированы с последующим консервативным лечением. Эвентрированный сальник резецирован, рана ушита. Инфильтраты брюшной полости у двоих пациентов были пролечены консервативно, один ребенок оперирован, выполнено эндовидеохирургическое разделение спаек. Все случаи послеоперационных осложнений закончились выздоровлением. Летальных исходов не было. При сравнении традиционных операций и эндовидеохирургических вмешательств, зарекомендовала себя лапароскопия. После осуществления таких операций в разы снижается риск послеоперационных осложнений.

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать эндовидеохирургическое лечение острого аппендицита у детей и широкое внедрение данного метода в детской хирургии. Использование лапароскопической аппендэктомии эффективно и дает меньше послеоперационных осложнений. Однако из-за дороговизны оборудования продолжается проведение аппендэктомий рутинным способом.

Обсекова К.С.

**ФОТОРЕФРАКЦИОННАЯ КЕРАТЭКТОМИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ
ИНДУЦИРОВАННОЙ АМЕТРОПИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ**

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель: Демакова Л.В.

Цель работы. Оценить эффективность и безопасность применения фоторефракционной кератэктомии для коррекции индуцированной аметропии после факоэмульсификации катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на базе Кировской клинической офтальмологической больницы.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ историй болезни и амбулаторных карт 20 пациентов (20 глаз), которым была проведена фоторефракционная кератэктомия (ФРК) по поводу индуцированной аметропии. Из них 11 мужчин и 9 женщин в возрасте от 34 до 92 лет. В анамнезе всем пациентам выполнена факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ФЭК+ИОЛ) по стандартной методике. Интраоперационных и послеоперационных воспалительных, экссудативных, механических, геморрагических осложнений не наблюдали. Сопутствующей глазной патологии ни у одного пациента не наблюдали. Вычисление силы интраокулярной линзы у всех пациентов в предоперационном периоде проводили с расчетом на эмметропию с использованием метода аппланационной А-scan биометрии по формулам SRK II и SRK/T. Рефракционный результат оценивали через 1 месяц после выполнения обоих видов операций. После выполнения ФЭК+ИОЛ у всех пациентов наблюдали повышение остроты зрения без коррекции и с коррекцией. Некорригированная острота зрения после выполнения ФЭК+ИОЛ составила $0,1 \pm 0,075$ (от 0,03 до 0,4), максимальная корригированная острота зрения (МКОЗ) составила $0,8 \pm 0,04$ (от 0,3 до 1,0). В данной группе пациентов после хирургии катаракты были выявлены различные виды аметропий: миопия средней степени – у 10% (2 глаза), гиперметропия средней степени – у 20% (4 глаза), астигматизм – у 70% (14 глаз): простой миопический астигматизм – у 20% (4 глаза), сложный миопический астигматизм – у 25% (5 глаз), смешанный астигматизм – у 25% (5 глаз).

Результаты. Причинами индуцированных аметропий считали наличие хрусталикового астигматизма у ряда пациентов и погрешности в проведении кератометрии и биометрии. Вследствие несоответствия полученной рефракции целевым цифрам пациентам выполнена ФРК. Технология ФРК представляет бесконтактное воздействие эксимерным лазером на поверхностные слои роговицы с целью изменения формы и кривизны роговицы, что изменяет преломляющую силу роговицы и, как следствие, рефракцию глаза. Осложнений в ходе проведения методики и в послеоперационном периоде не наблюдали. В результате через месяц после хирургии у 95% (19 глаз) достигнута эмметропия (1,0). У 5% (1 глаз/пациент) наблюдали остаточную аметропию: простой миопический астигматизм слабой степени 0,5D (некорригированная острота зрения составила 0,9, МКОЗ – 1,0), пациент претензий не предъявлял. Через год

у другого пациента возникла гиперметропия в 2,5D (некорригированная острота зрения составила 0,2, МКОЗ – 1,0), в результате данному пациенту имплантирована добавочная факичная интраокулярная линза с достижением эметропии (1,0).

Выводы. Фоторефракционная кератэктомия является эффективным (90% пациентов) и безопасным (отсутствие осложнений) методом коррекции индуцированной аметропии после факоэмульсификации катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.

Патласов А.В.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бахтин В.А.,

к.м.н., доцент Русинов В.М.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с инфицированным панкреонекрозом за счет программированных мини-инвазивных вмешательств и санационных лапаротомий.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 56 больных с инфицированным панкреонекрозом, находившихся в клинике госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России на базе хирургического отделения №1 КОКБ за последние 5 лет. Женщин было – 23 (41,1%), мужчин – 33 (58,9%) в возрасте от 22 до 83 (48,0±1,9) лет, из них большинство – 41 (73,2%) лица трудоспособного возраста. Подавляющее число больных – 48 (85,7%), были переведены в клинику из районных ЛПУ в связи с ухудшением общего состояния и неэффективностью лечения. Органная и полиорганная недостаточность (ПОН), а соответственно и сепсис, при госпитализации диагностированы у 17 больных (30,4%). Медиана по шкале SOFA составила 3 [2-5] баллов. Проводилась интенсивная консервативная терапия в соответствии со стандартами. При комплексной оценке клинических, лабораторных, инструментальных и лучевых методов диагностики был выявлен инфицированный панкреонекроз, который являлся основным показанием для операции. В зависимости от сроков «открытого» оперативного вмешательства выделены 2 группы больных: группа 1 (n=18) – пациенты с инфицированным панкреонекрозом, оперированные «открыто» в срок до 4 недель от начала заболевания, группа 2 (n=38) – пациенты, оперированные «открыто» позже 4 недель «по требованию» (в соответствии с рекомендациями РОХ и IAP/APA).

Результаты. В 1 группе у 14 (77,8%) из 18 пациентов с инфицированным панкреонекрозом лечение начинали с санационной

лапаротомии на 2-3 неделе от начала заболевания и лишь у 4 (22,2%) в этой группе предшествовали мини-инвазивные дренирующие вмешательства (пункция и/или чрескожное дренирование под контролем УЗИ/КТ, лапароскопическая некрэктомия и некрэктомия из внебрюшинного мини-доступа) перед основной операцией. Во 2 группе этапное лечение предприняли у 17 (44,7%) больных, что позволило подготовить их к открытой дренирующей операции, снять явления эндотоксикоза и удлинить сроки консервативной терапии с целью создания «благоприятных» условий для некрсеквестрэктомии. У остальных 21 (55,3%) пациентов лапаротомия в этой группе выполнена без предшествующих мини-инвазивных дренирующих вмешательств. Всем больным в обеих группах выполняли лапаротомию с синхронной стороне поражения люмботомией, некрсеквестрэктомиию с «открытым» или «полуоткрытым» способом дренирования полостей деструкции. В послеоперационном периоде в обеих группах критериев синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) не отмечено у 12 (21,4%) пациентов. Транзиторный (<48 часов) SIRS наблюдался в 1 гр. у 1 (5,6%), во 2 гр. – у 9 (23,7%), персистирующий (>48 часов) SIRS в 1 гр. – у 7 (38,9%), во 2 гр. – у 8 (21,1%). Транзиторная ПОН отмечена только у 1 пациента в каждой группе, персистирующая ПОН и сепсис в 1 гр. – у 10 (55,6%), во 2 гр. – у 11 (28,9%), что и приводило к неблагоприятному исходу ($p > 0,05$). Частота осложнений (раневые гнойные осложнения, абсцессы брюшной полости и гнойный перитонит, аррозивное кровотечение, наружный панкреатический свищ, инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром и др.) в обеих группах была почти одинаковой, за исключением статистически значимого ($p < 0,05$) более частого развития наружных толстокишечных свищей в 1 группе – у 6 (33,3%) пациентов, против 2 (5,3%) во 2 группе. В 1 группе общий койко-день составил 39,5 [34,5-49,5] суток, во 2 группе – 53,0 [35,0-63,0] суток ($p > 0,05$), что связано с длительным предоперационным (более 4 недель) периодом у пациентов во 2 группе. Однако послеоперационный период у этих пациентов протекал более благоприятно и сопровождался значительно меньшей летальностью. Всего в обеих группах умерло 18 пациентов, что составило 32,1%. Причинами летальных исходов были сепсис и прогрессирующая ПОН у 15 больных, геморрагический шок в результате рецидивирующих аррозивных кровотечений – у 2, панкреатогенный токсический шок и ранняя ПОН — у 1. Летальность в 1 группе составила 55,6% (10 пациентов), во 2 группе 21,1% (8 пациентов) ($p < 0,05$).

Выводы. Миниинвазивное дренирование, несмотря на увеличение сроков госпитализации больного, позволяет ликвидировать явления сепсиса и подготовить больного к плановой «открытой» операции. Для снижения летальности и частоты послеоперационных осложнений следует

проводить «открытые» санационные вмешательства позже 4 недели болезни.

Родыгин Д.Н., Вершинин Т.Д.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ
Кировский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии
Научный руководитель: доцент Скобелев В.А.

Цель работы. Определить эффективность различных способов оперативного устранения ВДГК.

Материалы и методы исследования. По данным ретроспективного исследования, обобщившего результаты лечения 105 детей с ВДГК в двух специализированных медицинских учреждениях Кировской области (хирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» и детское отделение КОГКБУЗ «Центр травматологии, ортопедии и нейрохирургии»), можно констатировать, что специалисты в каждом из них пользовались единым диагностическим алгоритмом обследования больных данной категории, придерживались единых подходов в определении оптимальных сроков показанного оперативного лечения. Соотношение мальчики/девочки в общей группе больных зафиксировано как 2,1/1 (среди больных мальчики преобладают более, чем в 2 раза). По возрасту больные распределились следующим образом: от 4 до 7 лет – 15 (14,7%), от 8 до 14 – 63 (59,6%), старше 14 лет – 30 (25,7%). Наиболее часто дети оперировались в возрасте $11,81 \pm 1,27$ лет. Всем детям проводилось стандартное предоперационное лабораторное обследование, включающее общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмму; обзорная рентгенография органов грудной клетки, на основании которой проводился расчет степени деформации и наличие смещения органов средостения, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки в костном и легочном режиме, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства, эхокардиография по показаниям. Оценка КТ-картины в костном режиме позволяла оценить анатомо-топографическое взаимоотношение внутренних органов грудной клетки, наличие смещения органов средостения, степень западения грудины и ее ротации. При выполнении КТ органов грудной клетки в легочном режиме оценивалась сравнительная плотность паренхимы легких на уровне max и min западения грудины. Рентгенологически проводился расчет степени деформации на основании индекса Гижицкой (ИГ, отношение наименьшего расстояния между грудиной и передней поверхностью тел

позвонков к наибольшему), определяемый по обзорным рентгенограммам грудной клетки в боковой проекции. В зависимости от величины расчетного индекса определяли 1 степень – ИГ = 1,0-0,7; 2 степень – ИГ = 0,7-0,5; 3 ст. – ИГ = 0,5 и менее. В своей работе мы использовали классификацию Н.И. Кондрашина. По форме выделяли конусовидную и плосковорончатую. Функциональные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), спирография. ЭКГ и спирография проводились на предоперационном этапе всем детям, что позволяло оценить степень функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Результаты. Нами выделены следующие показания к оперативному лечению: 1) функциональные (проявляющиеся в патологических изменениях со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем по данным ЭКГ и спирографии); 2) ортопедические (вызванные прогрессирующим нарушением осанки и искривлением позвоночника по данным осмотра, рентгенографии и КТ грудной клетки); 3) косметические (связанные с наличием дефекта, и обусловленным им психологическим дискомфортом – преимущественно в старшей возрастной группе). Оперативному лечению подверглись дети исключительно со 2 и 3 степенью ВДГК (66,2% - 2 степени, 33,8% - 3 степени). Преобладали симметричные формы ВДГК. Во многих случаях течение основной патологии являлось осложненным: деформации скелета в виде нарушения осанки или сколиоза отмечены у 72% больных, синдром Марфана и марфаноподобные аномалии – 8%, синдром Элерса-Данлоса – 7,5%, плосковальгусные стопы - 7%, врожденные пороки сердца 7% (пролапс митрального клапана, открытое овальное окно, стеноз аортального клапана). У большинства больных (69%) фиксировались лабораторные проявления синдрома недифференцированной соединительнотканной дисплазии – нарушение тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза в виде нарушения адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов, структурно-хронометрической гипокоагуляции, связанной с дефицитом фактора протромбинового комплекса и умеренной тромбоцитопенией. Мы разделили способы оперативного лечения на 2 группы: первая – торакопластики с резекцией искривленных хрящей с использованием внутренних металлических фиксаторов (операции В.А. Тимощенко, V. Paltia), вторая – минимально инвазивные операции без резекции с внутренней фиксацией (операция D.Nuss). Срок ношения внутренних металлофиксаторов колебался от 2 до 7 лет, средний срок удаления – 4 года после установки. В первую группу вошли 48 пациентов, во вторую – 57. Все больные были охвачены катамнестическим наблюдением сроком от 3 до 10 лет. Результаты оперативного лечения всеми специалистами оценивались по единым правилам как «хорошие» (деформация

корректирована полностью, косметический результат устраивает родителей и пациента), «удовлетворительные» (гиперкоррекция грудины) и «неудовлетворительные» (рецидив и прогрессирование ВДГК). Кроме того, в каждой группе учитывались частота и выраженность послеоперационных осложнений, средний койко-день. Результаты анализа показали, что в первой группе хорошие результаты хирургического лечения зафиксированы у 91,6% больных, удовлетворительные – у 4,17%, неудовлетворительные – у 4,17%, а общая эффективность оперативной коррекции составила 95,8%. Во второй группе пациентов хорошие результаты хирургического лечения зафиксированы у 91,2% больных, удовлетворительные – у 7%, неудовлетворительные – у 1,75%, таким образом общая эффективность оперативной коррекции составила 98,2%. Мы проанализировали данные по послеоперационным осложнениям оперативного лечения ВДГК у детей и стационарному койко-дню. Выявились определенные закономерности, зависящие от метода оперативного вмешательства. Так, наибольший процент ранних послеоперационных осложнений (15,8%) зафиксирован во второй группе больных. Случаи нагноения послеоперационных ран зафиксированы только после выполнения операций Палтия (1 случай – 4,3%). Безусловным лидером по наименьшему количеству дней, проведенных в стационаре, стало оперативное лечение ВДГК по методике Насса – 8,4.

Выводы

1. ВДГК – частая врожденная патология, в 2 раза чаще поражающая мальчиков, наиболее оптимальным сроком лечения которой является возраст около 12 лет (период второго физиологического вытягивания).

2. В большинстве случаев течение патологии бывает отягощенным (наиболее часто – недифференцированной соединительнотканной дисплазией).

3. Операции, выполняемые с резекцией искривленных хрящей и внутренней фиксацией грудино-реберного комплекса (Тимощенко, Paltia) обладают вполне приемлемой эффективностью (95,8%), не высоким койко-днем (9-10), а операция Тимощенко – еще и малым процентом послеоперационных осложнений (4%).

4. На сегодняшний день из методов оперативной коррекции ВДГК у детей следует признать самым выгодным операцией Nuss, которая характеризуется оптимальным эстетическим результатом, наибольшей клинической эффективностью (98,2%), наименьшим койко-днем (8,4), хотя и превосходит операции первой группы по проценту условных послеоперационных осложнений (около 15%).

Тоиров А.С., Ахмедов А.И.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Самаркандский медицинский институт
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета
Научный руководитель: к.м.н., доцент Бабажанов А.С.

Цель исследования: разработать оптимальную тактику лечения больных с ферментативным перитонитом, обусловленным острым панкреатитом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 78 пациента с ферментативным перитонитом, обусловленным острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, которые находились на стационарном лечении в Самаркандском городском медицинском объединении с 2012 по 2019 года. В течение 24 часов от появления первых признаков заболевания поступило 41 (52,6 %) больных, от 25 до 72 ч - 16 (20,5 %), позднее 72 ч - 24 (26,9 %). Одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) стало причиной острого панкреатита у 48 (61,5 %) больного, а прием алкоголя - у 30 (38,5 %). По данным УЗИ, менее 30 % некроза поджелудочной железы обнаружено у 26 (33,3 %) больных, от 30 до 50 % - у 46 (58,9 %), более 50 % - у 6 (7,8 %).

Результаты. Дренирование брюшной полости с помощью лапароскопии выполнено 78 пациентам с ферментативным перитонитом в течение 1-2 суток с момента госпитализации. Из них у 57 (73,1 %) больных проведена лапароскопия в сочетании с открытым дренированием брюшной полости, который явилось окончательным способом хирургического лечения острого небилиарного асептического некротического панкреатита. После операции умерли 6 больных, летальность составила 7,7 %. У остальных больных комплексная консервативная терапия позволила добиться регресса воспалительных изменений, как в самой поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке. Вторую группу составили 21 (26,9 %) пациентов, у которых наряду с ферментативным перитонитом наблюдались другие осложнения острого панкреатита: асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке обнаружены у 16 (76,2 %) пациентов, а в забрюшинной клетчатке - у 5 (23,8 %). Гнойные осложнения развились у 5 (33,3 %) больных: у 3 - абсцесс сальниковой сумки и у 2 - флегмона забрюшинной клетчатки. По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки 2 больным выполнены люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки. В целом в данной группе больных летальных исходов не было. Частота

развития гнойных осложнений составила 13,3 %. У 51 (65,6 %) пациентов развитие ферментативного перитонита стало единственным проявлением острого некротического панкреатита, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости с помощью лапароскопии наряду с проведением комплексной консервативной терапии.

Выводы. При ферментативном перитоните, обусловленном острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, предпочтение следует отдавать лапароскопическому дренированию брюшной полости. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл показано выполнение дренирующих операций. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки предпочтение следует отдавать вскрытию и дренированию инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

Томкина Н.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель: Блинова О.А.

Цель. Оценить эффективность, безопасность хирургического лечения катаракты, осложненной миопией высокой степени, методом ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 26 пациентов, прооперированных на базе КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница» с диагнозами начальная и незрелая катаракта, миопия высокой степени. Период наблюдения составил 2,5 года. Возраст пациентов варьировал от 40 до 65 лет, средний возраст составил 54 года. Всем пациентам выполнено офтальмологическое обследование, включавшее оценку максимальной корригированной остроты зрения (МКОЗ) по таблицам Сивцева-Головина, измерение внутриглазного давления контактным способом по Маклакову, проведение биомикроскопии, офтальмоскопии, кератометрии, ультразвуковое исследование глаза методом А-scan биометрии. По данным биометрии средняя длина передне-заднего отрезка составила 26,6 мм (от 24,3 до 31,03 мм) при размерах глазного яблока у эметропов в пределах 22,0-24,0 мм. Все пациенты оперированы методом ультразвуковой факоэмульсификации на

микрохирургической системе Infiniti (Alkon) через основной роговичный тоннельный разрез 2,2 мм и 2 парацентаза 1,0 мм. Имплантация эластичной ИОЛ во всех случаях проведена инъекторным методом в капсульный мешок.

Результаты. Средняя острота зрения до операции без коррекции 0,04 (острота зрения составила от 0,01 до 0,1). Средний показатель максимальной скорректированной остроты зрения (МКОЗ) - 0,46 (от 0,1 до 0,9). Средняя острота зрения без коррекции после операции составила 0,45, средний показатель МКОЗ - 0,56, что говорит о повышении зрительных функций. У 100% достигнуто повышение МКОЗ. В ходе хирургии отмечена слабость связочного аппарата хрусталика у 40% пациентов, 20% потребовалась имплантация внутрикапсульного кольца для стабилизации капсулы хрусталика. В 1% случаев возникло послеоперационное такое осложнение, как увеит, симптомы купированы у 100% применением местной антибактериальной и противовоспалительной терапии в течение двух недель. В отдаленном послеоперационном периоде у 41% пациентов наблюдали фиброз задней капсулы. Потребность в задней лазерной капсулотомии (ЗЛКТ) в течении первого года наблюдения в 57% случаев, в течении второго года - в 43% случаев.

Выводы. хирургическое лечение катаракты, осложненной миопией высокой степени, методом ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы является эффективным (повышение МКОЗ достигнуто у 100%). Техника операции имеет особенности – у 40% отмечена слабость связочного аппарата хрусталика. У данной группы пациентов наблюдали относительно частое развитие помутнения задней капсулы хрусталика в послеоперационном периоде – 41%.

Шевнин М.И.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ
АРТЕРИИ ПРИ ОКС**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Дербенев О.А.

Цель работы. Оценить эффективность результатов оперативного лечения у пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии при остром коронарном синдроме.

Материалы и методы. В отделении кардиохирургии Кировской областной клинической больницы в период с января по декабрь 2018 включительно было выполнено 371 операция аортокоронарного

шунтирования в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии. В том числе 111 операций у пациентов с гемодинамически значимым поражением ствола левой коронарной артерии. Из 111 пациентов 58 пациентов (52,3%) прооперированы с острым коронарным синдромом, 50 мужчин, 8 женщин. Средний возраст больных составил 62,5 лет. Наибольшее количество составили пациенты в возрасте от 61 до 75 лет 35 человек (31,5%). Пациенты с нестабильной стенокардией составили – 49 человек, с острым субэндокардиальным ИМ без подъема сегмента ST – 9 человек. Большинство пациентов поступало в кардиохирургическое отделение из отделения анестезиологии и реанимации регионального сосудистого центра. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, включающее в себя общий и биохимический (Тропонин-Т, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, КФК-МВ, креатинин, мочевины) анализы крови, исследование системы гемостаза, общий анализ мочи, рентгеновское исследование грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КС, дуплексное сканирование БЦА. Для оценки функционального статуса системы кровообращения, состояния коронарного русла использовалась селективная контрастная коронарография. Операция коронарного шунтирования 3-4 артерий проводилась у 39 больных, что составило 67%. Инотропная поддержка после операции АКШ необходима 34 больным (87%). Среднее количество койко-дней 22 на пациента. Летальный исход у 1 одного пациента 2,6%. Операция коронарного шунтирования 2-х артерий проводилась у 19 больных, что составляет 33%. Инотропная послеоперационная поддержка была необходима 13 пациентам (68%). Среднее количество койко-дней до и после операции 14 на пациента. Без летальных исходов. Среднее время всех операций 164 минуты (ИМ – 36 минут, ИК – 61 минут). Были исключены из исследования сочетанные операции на коронарных артериях и брахиоцефальных артериях, клапанах сердца, а также повторные операции аортокоронарного шунтирования и операции с пластикой аневризмы ЛЖ.

Выводы. Острый коронарный синдром не является противопоказанием для хирургической реваскуляризации миокарда. Своевременное выполнение операции АКШ при ОКС значительно снижает летальность и осложнения у больных с ИБС. Непосредственные результаты АКШ при ОКС сопоставимы с таковыми при стабильной ИБС.

Шеломенцев К.С., Груздев В.Д.

ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель: доц. Скобелев В.А.

Цель исследования: оптимизация лечебно-диагностических мероприятий при НЭК у детей.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнута медицинская документация с результатами наблюдения и лечения 77 новорожденных с НЭК, лечившихся в клинике детской хирургии Кировского ГМУ за период с 1996 по 2019 г.

Результаты. За 16 лет I периода (1996-2012) было пролечено 48 новорожденных с хирургическими осложнениями НЭК (в среднем 3 больных в год). Дети в этой группе родились на сроке гестации от 30 до 41 недели (M=33), массой от 680 до 4150 граммов (M=2425). Беременность отягощена в 90%. Все больные имели тяжелые сопутствующие заболевания и пороки развития, наиболее часто диагностировался внутриутробный сепсис – 75%. На момент поступления у всех пациентов диагностирована III стадия НЭК. Всем больным была выполнена санация и дренирование брюшной полости. Резекция пораженного участка кишечника с приводящей энтеростомией – 17 больным, колостомия – 14 больным, лапорцентез – 15 больным, аппендектомия – 1 больному и 1 была выполнена резекция илеоцекального угла с наложением двойной коло – энтеростомы. Летальность составила 57%. За последующие 7 лет II периода (2013-2019) под нашим наблюдением и лечением находилось 29 новорожденных с НЭК (более 4 больных в год). Дети в этой группе родились на сроке гестации от 24 до 37 недель (M=30), массой от 500 до 2200 граммов (M=1690). Беременность отягощена в 100% случаев. Все больные имели тяжелые пороки развития и сопутствующие заболевания: внутриутробный сепсис 60%, врожденные пороки развития 25%. На момент поступления у 14 пациентов была диагностирована II стадия и у 15 больных III НЭК. Оперативное пособие сводилось: энтеростома – 20 пациентов (из них 6 пациентов прооперированы лапароскопическим методом), двойная илеостома – 2 пациента, лапорцентез – 3 пациента, илеотрасверзоанастомоз – 2 пациента, первичная лапоростома – 2 пациента. Летальность составила 21%.

Выводы:

1. Актуальность проблемы НЭК у новорожденных возрастает в последние годы в связи с увеличением недоношенных детей в структуре рождаемости живорожденных.

2. Несмотря на увеличение количества недоношенных детей, рост детей с экстремально низкой массой тела в удельном весе больных с НЭК, нам удалось снизить летальность в связи с ранним проведением оперативного вмешательства (II стадия) и внедрением интегральных показаний к наложению превентивных кишечных стом по М.А. Аксельрову.

3. Проведение лапароскопии в диагностике и лечении НЭЖ у новорожденных позволяет в последующем проводить стомирование кишки при менее тяжелом течении послеоперационного периода.

Шумайлов Е.В.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Кировский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Прокопьев Е.С.

Цель исследования. Изучить особенности лечебно-диагностической тактики при остром аппендиците у беременных.

Материалы и методы. В основу исследования положен анализ историй болезни пациентов, пролеченных в течение 1 года в хирургических отделениях КОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Кирова. Данное учреждение является основным по оказанию экстренной медицинской помощи по профилю хирургия и гинекология в г.Кирове.

Результаты. Всего за указанный период по поводу острого аппендицита было пролечено 945 пациентов. Из них мужчин было 447 (47,3%), женщин – 498 (52,7%). Данная патология у беременных женщин была диагностирована в 25 случаях, что в общей популяции составило 2,6%, среди лиц женского пола – 5%. Возраст беременных женщин, госпитализированных в хирургический стационар, варьировал от 21 до 36 лет, при этом средний возраст составил $29 \pm 0,82$ лет. Острый аппендицит был выявлен при беременности в сроки от 5 до 36 недель: в 1 триместре в 9 (24%) случаях, во 2 триместре – у 9 (24%), в 3 триместре – у 7 (28%). Средний срок гестации при этом составил $19 \pm 2,06$ недель. Во всех случаях пациентки были госпитализированы в экстренном порядке в хирургические отделения после консультации гинеколога. Давность заболевания на момент госпитализации составила: до 12 часов – 10 (40%) наблюдений, 12-24 часа – 10 (40%), более 24 часов – 5 (20%). Острый аппендицит устанавливали на основании совокупности клинической симптоматики, результатов лабораторно-инструментальных исследований. Ультразвуковую диагностику использовали для исключения патологии беременности и для дифференциации с другими заболеваниями. Основу клинической диагностики острого аппендицита во всех случаях составили жалобы на боли в правой половине живота согласно срокам беременности (подвздошная, мезогастральная области) и классическая эпонимная симптоматика. Начало заболевания с симптома Кохера-Волковича было выявлено у 9 (36%) пациенток. Частота встречаемости других клинических синдромов соответственно

составила: диспептический – 11 (44%) случаев, интоксикационно-воспалительный – 6 (24%). Лабораторно при исследовании общего анализа крови в 20 (80%) наблюдениях выявлен лейкоцитоз. Уровень лейкоцитов в среднем составил $14,49 \pm 1,07 \times 10^9/\text{л}$. Лейкоцитоз свыше $10 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался в 18 (72%) случаях. Все пациентки были прооперированы в экстренном порядке. Ведение периоперационного периода осуществлялось совместно со специалистами акушерско-гинекологического профиля в соответствии с национальными клиническими рекомендациями. Аппендэктомия была выполнена через традиционный доступ во всех случаях. Катаральная форма острого аппендицита верифицирована у 3 (12%) пациенток, флегмонозная – у 19 (76%), гангренозная – у 3 (12%). При этом в одном случае интраоперационно выявлен местный ограниченный гнойно-фибринозный перитонит как осложнение перфорации гангренозно измененного аппендикса. Это послужило поводом для санации брюшной полости с последующим ее дренированием и формированием провизорных кожных швов. Во всех остальных случаях операцию заканчивали глухим послойным ушиванием операционного доступа. Длительность госпитализации варьировала от 3 до 15 дней и в среднем составила $6 \pm 0,53$ койко-дня. В послеоперационном периоде в 3 (12%) наблюдениях развились осложнения хирургического характера. В 2 (8%) случаях диагностировали раневую инфекцию, что явилось поводом для повторного вмешательства. У 1 (4%) пациентки развились явления ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, которые были купированы консервативно. Неосложненное течение беременности в ближайшем послеоперационном периоде констатировано у 21 (84%) пациентки. В 4 (16%) случаях потребовалось оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированных отделений. 2 (8%) пациентки на 4-е сутки послеоперационного периода были переведены в перинатальный центр в связи с развитием родовой деятельности при беременности 36-37 недель. У 2 (8%) пациенток были выявлены признаки угрозы прерывания беременности малых сроков (6-9 недель), что потребовало долечивания в условиях отделения гинекологии. При этом в одном наблюдении беременность закончилась полным выкидышем, во втором – беременность удалось сохранить на фоне консервативных мероприятий.

Выводы. В результате исследования установлено, что частота острого аппендицита у беременных в общей популяции составляет 2,6%, а среди лиц женского пола – 5%. Данная патология одинаково встречается в различные сроки беременности. 60% пациенток поступили в срок свыше 12 часов с момента начала заболевания. Малая настороженность в отношении острой хирургической патологии, особенности клинического течения острого аппендицита, а также

нарушение дифференциации с патологией беременности приводят к запоздалому обращению за хирургической помощью. Диагностика острого аппендицита базируется на клинической симптоматике. Шкала Альварадо не всегда помогает достаточно четко провести дифференциальную диагностику острого аппендицита с патологией беременности. Наиболее часто (88% случаев) во время беременности встречаются деструктивные формы острого аппендицита, что в ближайшем послеоперационном периоде может приводить к развитию осложнений как хирургического, так и акушерско-гинекологического характера. Таким образом, острый аппендицит является одним из распространенных заболеваний у беременных, оперативное лечение которого необходимо осуществлять в условиях специализированного стационара. Лечебно-диагностическая тактика вне зависимости от сроков беременности формируется при коллегиальном взаимодействии врачей хирургов и специалистов акушерско-гинекологического профиля. В случаях затруднения дифференциальной диагностики необходимо использовать все имеющиеся лабораторно-диагностические возможности.

19. СЕКЦИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

Emmanuel Botwey

MICROCIRCULATION AND ULTRASTRUCTURE OF THE PANCREAS DURING ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Kirov State Medical University

Department of Pathological Anatomy, Department of Anatomy

Research Director: Rasputin P.G, Andreeva S.D

Aim of research: to study the ultrastructural changes in the vasculature in experimental conditions during acute destructive pancreatitis(ADP) in rats.

Materials and methods. An experimental ADP was induced by cooling the pancreatic splenic segment with chloroethane in accordance with A.S Kanayanu(1985). The experiments were performed on 30 outbred white male rats weighing 190-220 g, the groups were composed according to the method of analogues in 5 animals in a group. Before modeling pancreatic necrosis, rodents were starved for 12 hours in order to cause synchronization of the secretory cycle in pancreatic acinocytes with the accumulation of zymogen granules in their cytoplasm. Before and after surgery, rodents were on a standard laboratory diet with an unlimited amount of water. The pancreas was immobilized under aseptic conditions, under general anesthesia and after performing the upper median laparotomy. The splenic segment of the pancreas was placed in a laparotomic wound. The duration of cryotherapy was about 1 minute - until frost formed on the surface of the cooled area. After 2-3 minutes, the affected area of

the pancreas spontaneously melted. The pancreas and duodenum were returned to the abdominal cavity, the wound was sutured.

Results. When modeling pancreatitis in the pancreas, destructive changes in the microvasculature are observed, which is caused by damage to the vascular endothelium of the exo- and endocrine organ. In the pathogenesis of these disorders, a significant role is played by cytotoxins formed during the destruction of pancreaticocytes, which leads to the permeability of the histohematological barrier and the development of a dysfunctional state of the organ.

The destruction of the endothelial barrier leads to the activation of mast cells and the release of biogenic factors of inflammation. At the same time, the level of pro-inflammatory cytokines remains quite high, which is accompanied by the development of multiorgan dysfunction.

The cytokines responsible for the anti-inflammatory response, in small quantities, create a weak protective response of the organism of experimental animals.

Conclusions. The period of initial vascular disorders, which is expressed in the form of intercellular and intracellular edema, dilation, sludge and thrombus formation, indicates a violation of vascular permeability. This pattern of microcirculation changes is more pronounced in the exocrine part of the pancreas and occurs in the first three days of the experiment on the simulation of the ADP. In connection with the depletion of the adaptation possibilities of the microcirculatory bed, the diameter of the vessels decreases due to swelling of endotheliocytes, which leads to an increase in destructive changes and the appearance of pathologically altered cells.

Mardonov Sh.

ANALYSIS OF SUICIDES IN FORENSIC MEDICAL PRACTICE

Samarkand State Medical Institute

Department of Forensic Medicine and Pathological Anatomy

Scientific adviser: Associate Professor, DSc Islamov Sh.E.

A detailed analysis of mortality, with a study of the structure and causes, plays an important role in various preventive measures. Suicides occupy a specific place among deaths.

Purpose of the study. Identification of species in the gender, sex, age, seasonal aspects of suicide based on the materials of the forensic service.

Materials and research methods. We conducted a retrospective analysis of the conclusions of the forensic medical examination of corpses carried out in 2018 in the Samarkand regional branch of the Republican scientific and practical center for forensic medical examination and its regional divisions.

The results of the study. In 2018, 1039 corpses were investigated in the Samarkand branch, while suicides were noted in 182 cases (17.5%). According

to the type of suicide, 166 cases (91.2%) self-hanging, thermal and railway injuries 4 (2.2%) each, poisoning and drowning in water 3 (1.6%) each, falling from a height and damage with sharp objects 1 each (0.5%). In gender terms, 87 (47.8%) women and 95 (52.2%) men. In terms of age, in 30 cases (16.5%) there were minors from 14 to 18 years old, of which 18 were female (60.0%) and 12 were male (40.0%), including persons under 14 years old - 10 (33.3%); in the group of 19-30 years old - 75 cases (41.2%), of which 47 were female (62.7%) and 28 were male (37.3%); in the group of 31-40 years old - 29 cases (15.9%), of which 10 were female (34.5%) and 19 were male (65.5%); in the group of 41-50 years old - 24 cases (13.2%), of which 4 were female (16.7%) and 20 were male (83.3%); in the 51-60 years old group, 16 cases (8.8%), of which 7 were female (43.8%) and 9 were male (56.2%); in the group over 60 years old - 8 cases (4.4%), of which 1 was female (12.5%) and 7 were male (87.5%). The following were revealed by season: in the winter of suicides, 27 cases (14.8%), of which 25, self-hanging (92.6%); in the spring of suicides 43 (23.6%), of which self-hanging 25 (58.1%); in the summer of suicides, 67 cases (36.8%), of which 63 self-hanging (92.6%); in the autumn of suicides, 45 cases (24.7%), of which 40 self-hanging (88.9%). The study on the days of the week showed the following picture - on Monday 27 cases (14.8%), on Tuesday 22 (12.1%), on Wednesday 27 (14.8%), on Thursday 24 (13.2%), on Friday 28 (15.4%), on Saturday 26 (14.3%), on Sunday 28 (15.4%).

Conclusions. Consequently, in the structure of suicides among the population according to the forensic service, mechanical asphyxia in the form of self-hang-up dominates sharply. In gender terms, males are higher than women, but in the age group from 18 to 30 years, their sharp predominance in females is noted. An increase in the number of suicides in the summer months was revealed by seasons, and by the day their number was slightly increased by the end of the week. The above indicates the need for preventive measures in this direction.

Анисимов А.Н., Васильевых М.В.

STUDY OF CANDIDA ALBICANS GROWTH FEATURES IN THE
PRESENCE OF LYSOZYME

"The Perm state medical University named after E. A. Wagner" of the
Ministry of health of Russia

Department of Microbiology and Virology

Supervisor: Candidate of Sciences in Medicine, docent A. P. Godovalov

C. albicans is one of the most antibiotic-resistant microorganisms that surround humans in everyday life. This type of microorganisms is the causative agent of many dangerous diseases, such as botulism, gas gangrene and tetanus, at the same time they are saprophytes. One aspect contributing to the body's

fight against the ability of *C. albicans* to cause disease may be lysozyme, an endogenous enzyme that is part of the humoral immunity system.

Purpose of research - to study the effect of lysozyme in different concentrations on the growth kinetics of *Clostridium albicans*.

Materials and methods. Strains of *C. albicans* were used in the study. In addition, solutions of lysozyme hydrochloride were prepared in concentrations of 200, 100, 50, 10, 1 and 0.5 mg/ml. Microorganisms were cultured in the wells of a flat-bottomed tablet at 37°C. The optical density was recorded every hour for 24 h at a wavelength of 600 nm. Only nutrient broth was added to the control samples, and samples were formed when lysozyme-free strains were cultured.

Research result. According to the results of the study it was found that the lag phase lasts 6 hours. After 6 hours of the experiment, a false logarithmic phase is observed, which lasts 2 hours, the optical density increased to 0.873 s.u. The smallest increase in optical density was observed in the wells with the lowest (0 and 0.5) and highest (200) lysozyme concentration. In the future, the true lag phase lasted 7 hours in all holes. The stationary phase continued for the next 9 hours in all wells. The specific growth rate of cultures of *C. albicans* - 0.12 s.u.; when the concentration of lysozyme 0.5 mg/ml - 0,097 s.u.; 1 mg/ml - 0,092 s.u.; 10 mg/ml – 0,086 s.u.; 50 mg/ml – 0,101 s.u.; 100 mg/ml - 0.1 s.u.; 200 mg/ml - 0.08 s.u. Found that the adhesion ability of strains exhibiting antilysozyme activity, significantly lower than those who do not show. Perhaps, lysozyme being an enzyme, promotes loosening of the *Candida* wall and exposure of their adhesion receptors.

Conclusion. Lysozyme is not able to interfere with adhesion and reproduction of *C. albicans* strains. Lysozyme can promote better adhesion of these microorganisms, facilitating receptor interactions.

Коледаева А.К.

INVESTIGATION OF THE STUDENTS' ORAL MICROFLORA FOR
AGGREGATIBACTER ACTINOMYCETEMCOMITANS PERIODONTAL
PATHOGEN

Kirov State Medical University

Department of Foreign Languages

Supervisor: candidate of philological sciences, assistant professor

Agalakova Tatiana Borisovna

The purpose of the study is to investigate the students' oral cavity for *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* with the help of PCR technique in dependence to saliva's antioxidant activity (AOA) and pH.

Materials and methods. The study was conducted in Kirov State Medical University from March to December 2018. Saliva and plaque samples were taken in 48 students in accordance with the instructions to DNA-EXPRESS (Litech, Russia). The students were recommended not to clean their mouth until

the material for the study was taken. Light-induced chemiluminescence studies were performed on a Lum-100 biochemiluminometer, pH measurements were carried out using an Expert-001 pH-meter, amplification was performed on a Cyclothem-4 thermal cycler using a Dentoskrin set (Litech, Russia). Statistical analysis was performed using Microsoft Excel.

The results of the study. The study has revealed that 30 students show the presence of the causative agent of periodontitis, the other 18 don't. The average acidity in the groups is 7.35 and 7,935, respectively. In general, saliva's pH ranges from 7.38 to 8.08, which suggests the presence of both, alkaline and neutral environment of the subjects' oral cavity. The saliva's average antioxidant activity in both groups is 0,049 and 0,045. In general, it ranges from 0,027 to 0,073; so, we can conclude that presence of *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* doesn't depend on this parameter.

Conclusion. 1. The status of medical students' oral cavity has been assessed using PCR technology, chemiluminescence studies, pH-measurement.

2. In cases of alkaline pH in the oral cavity, *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* is not detected (37.5%), while in the neutral environment there's presence of periodontal pathogens (62.5%). AOA varies slightly in both groups.

Коротких С.А.

CUPPING OF COMBINED CORONARY AND PERIPHERAL SPASMS IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA PECTORIS IN ENDOVASCULAR TREATMENT OF CORONARY ARTERIES

Kirov Regional Clinical Hospital

Kirov State Medical University

Department of Hospital Surgery

Scientific adviser Oleg A. Derbenev, MD, PhD, DSc, Head of Cardiac Surgery Department

Objective The purpose of this study was to develop and put into practice a treatment model for combined coronary and peripheral spasms when performing endovascular interventions on the coronary arteries.

Material and methods of investigation We studied 38 medical histories of patients diagnosed with unstable angina, which are prone to coronary, peripheral or combined spasm during endovascular interventions in the coronary arteries. In the Kirov Regional Clinical Hospital in the Department of Endovascular Methods of Diagnosis and Treatment for the period from September 2019 to February 2020, 12 interventions complicated by coronary spasm were performed through radiation access. 22 patients had a vasospastic reaction during endovascular intervention on the coronary arteries in the form of a spasm of the radial artery. Four patients had a combination of coronary and peripheral spasms. When performing coronary intervention around the world today, the

radial artery is used as an access, as the artery of choice. Local anesthesia is performed by subcutaneous injection of 1-2 ml of lidocaine hydrochloride, followed by puncture and catheterization of the arteries. Based on the 2013 consensus, the European Association of Cardiology and the European Community of Cardiology recommends the administration spasmolytic cocktails, depending on the choice of operator, after the introduction of the introducer sheath. The most commonly used components are nitroglycerin and calcium antagonists, which are able to reduce the risk of developing radial artery spasm. Proper heparinization is important to prevent radial artery thrombosis (5000 IU in bolus). In the group of patients who underwent a coronary spasm at the time of cannulation of the coronary artery orifice with a guiding catheter, passage wire, balloon catheter, and stent were inserted and the spasm was stopped by the introduction of intracoronary bolus Perlinganite (Nitroglycerin) from 50 to 150 µg. The return of the true diameter of the coronary artery occurred within 1 ± 0.25 min. In the group of patients with peripheral artery spasm at the time of the guiding catheter and during cannulation of the coronary artery orifice, the spasm was stopped by intra-arterial administration of a bolus Perlinganite (Nitroglycerin) from 100 to 150 µg or Verapamil in a dose of 2 to 5 mg.

In the group of patients who underwent a combination of coronary and peripheral spasms, due to the previously presented reasons in the first two groups, sequential intracoronary relief of spasm in the coronary artery was performed and intra-arterial administration of spasmolytics.

Solutions of nitroglycerin and verapamil were used separately, as well as their combinations.

Results The risk of peripheral spasm is significantly reduced in patients who have been prescribed heparin with spasmolytics (Nitroglycerin, Verapamil).

In patients after stent implantation the coronary spasm was stopped with spasmolytics (Nitroglycerin, Verapamil) for 1 ± 0.18 min. Patients with concomitant spasm in 75% (3 patients) of cases after using combination therapy (Nitroglycerin + Verapamil) allowed completing the procedure without successfully changing arterial access. In 25% (1 patient) of cases, radial access was replaced by femoral.

Conclusions Thus, the preventive administration of one of the antispasmodics (Nitroglycerin, Verapamil) reduces the risk of spasm in each patient. Selection of the drug and dose play a key role in the relief of coronary, peripheral and combined spasms.

If you know the weight and height of the patient, his hemodynamic parameters, you can choose an adequate dosage of spasmolytic cocktail and prevent the development of spasm. Reducing the time of manipulation on the coronary bed, the normal anatomy of the aortic arch, radial artery, the right instruments and adequate spasm therapy help to carry out the procedure with minimal discomfort for the patient.

Мирзоев Р.А.
CORRECTION OF PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IN PATIENTS
WITH ISCHEMIC HEART DISEASE IN EARLY POSTOPERATIVE
PERIOD.

Kirov State Medical University
Department of Neurology and Neurosurgery
Scientific supervisor: M.A. Sherman, Kirov State Medical University
Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, D Sc.

The purpose of the study was to investigate the role of anxiety in development of psychovegetative syndrome among patients within two weeks after coronary artery bypass graft (CABG) to describe the nature and direction of resulting autonomic dysfunction and to study the effect of treatment with alimemazine for this condition/

Materials and methods. We studied 15 patients (12 men and 3 women) after coronary artery bypass surgery. The average age was 60 years. They had moderate to high Spielberger-Hanin anxiety score without symptoms of depression. The emotional and autonomic parameters were evaluated, along with daytime sleepiness and sleep disturbances/ Among autonomic parameters there were autonomic tone and regulation, including temporal and spectral parameters of heart rhythm variability.

Results. Majority of patients in early post-CABG period had moderate situational and personal anxiety and sleep disturbances. They had evidence of psychovegetative syndrome, manifested as anxiety with autonomic disbalance and dysregulation along with high sympathetic nervous system activity. Adding alimemazine injections to basic therapy in these patients for two weeks allowed to significantly reduce the level of anxiety and autonomic dysfunction.

Conclusion. This study found that using alimemazine as an anxiety corrector allowed to significantly reduce anxiety and psychovegetative dysfunction, which could otherwise negatively affect the outcomes of CABG and coronary heart disease.

Мищенко Е.С.
SEROUS AND MUCINOUS BORDERLINE OVARIAN TUMORS.
CYTOLOGICAL, IMMUNOCYTOCHEMICAL AND MOLECULAR
GENETIC DIAGNOSIS.

Kirov State Medical University
Histology, Embriology and Cytology Department
Supervisor: Doctor of biological sciences, Makarova N.A.

The aim of the thesis: The article deals with the problems of morphology, cytological and immunocytochemical and molecular genetic diagnosis of serous

and mucinous borderline ovarian tumors. The main purposes are to study morphological, cytological and immunocytochemical features of borderline ovarian tumors, to compare cells of serous and mucinous borderline ovarian tumors and to give recommendations for treatment of patients.

Materials and methods: The work is based on the results of a survey of 30 patients with serous and mucinous borderline ovarian tumors. Study design: patients with suspected serous and mucinous borderline ovarian tumors were selected from cytological registration journals according to the medical records and, as well as the results of a histological examination, for cytological diagnosis and puncture material. The method of light microscopy with staining of the preparations according to Pappenheim was combined with the immunocytochemical method. The standard methodology for immunocytochemical reactions was used. To visualize the antigen / antibody reaction, the REAL™ EnVision™ test system was used. DAB (3,3-diaminobenzidine) was used as a chromogen after the reaction. Smears were stained with hematoxylin.

Molecular genetic studies were performed on material from cytological preparations. Selected tumor cell complexes were marked with a marker on cytological preparations and dissolved with a lysis solution. The DNA was isolated using the QIAamp DNA Mini Kit. Purification of nucleic acids was carried out automatically at QIAcube station according to the standard protocol. Mutations in the BRCA, BRAF, and KRAS genes were determined by the allele-specific polymerase chain reaction in real time using real-time-PCR. The following mutations were investigated: in the BRCA1 gene - 5382insC, 4153delA, 185delAG, T300G; in the BRCA2 gene, 6174delT; the KRAS gene contains G12C, G12S, G12R, G12V, G12D, G12A, G13D and V600E of the BRAF gene. Statistical analysis was performed on a personal computer using Microsoft® Office Excel 2019 and Statistica Microsoft Windows, version 10.0, StatSoft Inc.

Results: The results of diagnosis of 30 patients with serous and mucinous borderline ovarian tumors were given in the article. Analysis of the investigation allowed to include 20 patients (67%) in the group 1 (serous) and 10 (33%) in the group 2 (mucinous). According to the results of the executed work it is determined that the Immunocytochemical technique allows to verify borderline ovarian tumor, differentiating it from low grade ovarian carcinoma, that is very important for the current treatment. In case of sufficient tumour cells in cytological specimens, specimens are valuable material for molecular-genetic researches. According to the results of genetic DNA investigations, suitable for estimation, there was absence of mutation of V600E in the BRAF-gene in all cases. The genetic mutation of KRAS-gene with 3 patients from group 1 (serous) was noticed. Among the above patients the genetic mutation of G12V was detected in 2 cases and mutation of G12D in 1 case. The mutations in the

BRCA1-gene were detected in 2 cases from group 2 (mucinous) one of them was presented by 5382insC mutation and one of them by T300G mutation.

Conclusions: The usage of the multivariate analysis evaluating the cell composition of serous and mucinous borderline ovarian tumors allowed to distinguish the most significant features of ovarian tumor cells that will allow to differentiate them by means of light microscopy. This research may help to diagnose serous and mucinous borderline ovarian tumors more exactly.

It may lead to new types of therapy. This study reveals the processes of transformation of serous and mucinous borderline ovarian tumors into highly differentiated ovarian cancer.

Рычкова А.А.

EVALUATION OF PREVENAR-13 VACCINE APPLICATION AMONG
CHILDREN OF EARLY AGE IN TYUMEN REGION

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Department of Pediatric Diseases of the Faculty of Medicine with a course
of immunology and allergology - clinical

Scientific adviser: MD, Associate Professor Rychkova O.A.

Objective. Evaluation of immunization with the Prevenar-13 vaccine in accordance with the provisions of the national vaccination calendar.

Materials and methods. In the course of the study, a retrospective analysis of 1400 medical records of preventive vaccinations of young children was conducted on the basis of GAUZ TO City Polyclinic No. 3 and GAUZ TO City Polyclinic No. 17. The data of reporting documentation on the results of vaccination of children against pneumococcal infection in the outpatient service of state institutions of maintenance (33 institutions) for 2019 were used.

The results of the study. Compliance with the timing of vaccination against pneumococcal infection among children is assessed in accordance with Appendix N 1. "National Calendar of Preventive Vaccinations" of Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 21, 2014 N 125n "On Approving the National Calendar of Preventive Vaccinations and the Calendar of Preventive Vaccinations for Epidemic Indications" : the first vaccination is carried out in 2 months; the second vaccination at 4.5 months; revaccination - at 15 months. Thus, having analyzed the data of reporting documentation on the results of vaccination of children against pneumococcal infection in the outpatient service of state institutions of MOT (33 institutions) for 2019, it became known that a high level of compliance with the terms of vaccination (> 90%) is observed only in 3 medical institutions.

Assessment of the completeness of the vaccination course among young children on the basis of GAUZ TO City Polyclinic No. 17: the proportion of fully vaccinated children (V1, V2, R) is 15%, the proportion of children vaccinated twice (V1, V2) is 42%, the proportion of children vaccinated once

(V1) - 18%, the proportion of refusals of vaccination - 20%, the proportion of long-term medical withdrawals from vaccination - 2%, the proportion of missing marks on vaccination - 8%; on the basis of GAUZ TO “City Polyclinic No. 3”: the proportion of fully vaccinated children (V1, V2, R) is 7%; the proportion of children vaccinated twice (V1, V2) is 18%; the proportion of children vaccinated once (V1) is 31%; the proportion of refusals from vaccination is 15%; the proportion of long-term medical withdrawal from vaccination is 6%; the proportion of missing vaccination marks is 18%.

Conclusions. 1. A relatively low level of compliance with the timing of vaccination against pneumococcal infection among children in the outpatient clinic of state MOT institutions in 2019 was established. 2. A study on the basis of GAUZ TO City Polyclinic No. 3 and GAUZ TO City Polyclinic No. 17 showed that the course of vaccination against pneumococcal infection in institutions is not fully implemented. A possible reason for this circumstance may be refusal of vaccination, prolonged medical withdrawal, as well as lack of awareness of parents about the importance, timing and rules of immunization in connection with irregular visits to a medical institution.

СЕМЕНО И.А.

SOFT SKILLS IN “SOCIETY 5.0”: METHODS OF THEIR FORMATION ON THE BASIS OF MODERN EDUCATIONAL SYSTEMS

Vyatka State University

Department of Theory and History of State and Law

Scientific supervisor: Semeno A.V.

Aim. 1) to explore the concept of “Society 5.0”; 2) to determine what qualities a member of such society should have; 3) to find out how the future generation can prepare for the life in it.

Methods and materials of research. Studying publications which describe possible models of “Society 5.0”.

Results of research. What is “Society 5.0”? It is a combination of physical space and cyberspace made to solve social problems and create sustainable economic growth. But there is a question: what kind of person should be a member of this society?

In our opinion, to live comfortably in the Super Smart Society, a person must possess the following qualities:

- The ability to be open to receiving constantly changing information;
- The ability to share the experience so as to contribute to the development of various social processes;
- Willingness to learn throughout life to keep up with the development of technology and participate in society effectively;

- Willingness to change the field of his activity if it is necessary when the working conditions will disappear or change, i.e. the willingness to change the qualifications;
- Ability to adapt to new technologies, to live and work with them;
- Ability to direct his professional activity not only at the development of technology but also at the important social issues;
- Awareness that when developing new technologies, one should not forget about preserving the environment;
- The ability to communicate with people of different professions/ages/nationalities/cultures in the “Internet of Things” (the “Internet of Everything”) so as to develop the technologies effectively;
- Willingness to benefit society in any way appropriate for the individual.

So, ideally, a member of the “Society 5.0” is a person who works on the improvement of technologies, not forgetting about the environment, who constantly improves his knowledge and who is also capable to solve important social issues and contribute to the stable operation of the company by his activities.

But it seems to us that it will not be so easy for future generations to meet the above characteristics if they do not receive proper training now. Therefore, we can start introducing into their education such competencies that would contribute to their comfortable existence in the Super Smart Society.

What can we do for the future generation now?

i. If people of the next generation will have to change their specialty more often than we have to do it nowadays, then we can change something in our schools or Universities. For example, students can choose several training profiles that interest them at once, receive a basic level of knowledge in a particular specialty and subsequently change their qualifications in accordance with their profiles. In our opinion, this will facilitate and accelerate the process of changing the specialty. Besides, it will help a person of “Society 5.0” to easily transfer changes in working conditions. Also, it will be necessary to have the ability to change the direction of training during studying because the Super Smart Society, probably, will be changing too quickly to linger on one specialty;

ii. A special type of project activity can be introduced in order to pay attention to important social issues. Students can have special workshops where they can meet and discuss their ideas. For example, firstly, they determine what new developments the public sphere requires the most; then come up with the new ideas and technologies which may be offered to solve the particular problem (such projects can be supported by both the state and private companies).

iii. The next generation should pay a lot of attention to preserving the environment. So, nowadays we have two options: first is to introduce new disciplines that would teach how youngsters can preserve ecology by their future

professional activities. And secondly, students, involved in the development of new technologies, students, who pay attention to environmental protection, or students, studying sociology, can work together on special hackathons creating completely new projects. Such workshops will develop science and at the same time meet the needs of society while caring about the environment; iv. We have already been observing network communication to replace live communication. But we must remember that it is important to maintain the ability to communicate not only in the “Internet of Things” but also directly with people whose problems need solving to support the social component of “Society 5.0”. Therefore, on the basis of educational institutions it is possible to conduct training and social events that would contribute to the development of communication skills. We can also include elements of live communication in the classes of schoolchildren and students and organize project activity which has more opportunities for interaction between its participants. Such simple measures will allow members of “Society 5.0” to better understand each other both in real life and cyberspace.

Conclusion. As we can see, the modern world is changing fast and our society is changing with it. The competencies of “Society 5.0” become more and more actual and applicable in practice nowadays. So, we must now look for the brand new ways of including in upbringing/education of the next generation such soft skills that would prepare them for comfortable existence in the Super Smart Society.

Счастливецва И.П.

EXPERIENCE OF USING A CONCENTRATE OF PROTHROMBIN
COMPLEX IN PATIENTS WITH HEMOBLASTOSIS

Federal State Budget Institution of Science

“Kirov Research Institute of Hematology and Blood Transfusion”
of Federal Medicobiological Agency

Scientific Supervisor: Sergey V. Ignatyev, Candidate of Medical Science,
Senior Researcher of the scientific and clinical department

The most severe complication that occurs in clinical practice of a doctor of any speciality is bleeding. It frightens physicians with its suddenness and low predictability.

Standard hemostatic agents include blood components (fresh frozen plasma, platelet concentrate and cryoprecipitate), inhibitors of fibrinolysis (tranexamic and aminocaproic acids), and a thromboplastin activator. In conditions of insufficient efficiency of such therapy and the threat of volume overload, sometimes the only chance of salvation is the use of blood clotting factor concentrates (CPSCS), but their use for these purposes goes beyond the approved indications and is «off-label». The use of blood clotting factor concentrates is always associated with the risk of thromboembolic

complications, which significantly increase in patients with malignant diseases, since they are accompanied by procoagulant disorders, including endothelial damage.

In recent years, the number of publications devoted to the effectiveness and safety of blood clotting factor concentrates for bleeding has increased. Most of them are devoted to the use of four-factor CONCENTRATE OF PROTHROMBIN COMPLEX (4F- CPC) containing II, VII, IX and X blood clotting factors. Experts in the field of hemostasis note the prospective use of 4F- concentrate of protrombin complex as an important tool for blood management.

The purpose of this work is to evaluate the effectiveness and safety of 4F-concentrate of protrombin complex in oncohematological patients with life-threatening bleeding.

Materials and methods

A retrospective analysis of 22 patients with hematological malignancies (14 females, 8 males, 4 children), received substitution therapy with 4F-concentrate of protrombin complex in our clinic from 2016 to 2019. The reason for replacement therapy with 4F-concentrate of protrombin complex (Prothromplex^o and Octaplex^o) was life-threatening bleeding that could not be treated with standard therapy on the background of a critical condition caused by infectious complications, multiple organ failure and hypoplasia of hematopoiesis.

The median age of patients was 42 years (from 10 months up to 62 years). 8 (36.5%) of them had acute myeloblastic leukemia, 4 patients (18.2%) had acute lymphoblastic leukemia, 3 patients (13.6%) had Hodgkin's lymphoma, 2 patients (9.1%) had non – Hodgkin's lymphoma, 2 patients (9.1%) had myelodysplastic syndrome, and 1 patient (4.5%) had multiple myeloma.

The effectiveness of using 4F-concentrate of protrombin complex for bleeding was evaluated according to the following criteria: stopping of bleeding was full response, reducing the intensity of bleeding was partial response. Each episode of recurrent bleeding that occurred more than 24 hours after the use of concentrate of protrombin complex was treated as a separate case.

Results and discussion

In the study group 34 episodes of bleeding were detected. The structure of hemorrhagic complications was: pulmonary bleeding- 9 patients (26.5%), gastrointestinal bleeding – 8 patients (23.5%), bleeding from the oral and nasal mucosa – 13 patients (38.2%), coagulopathic bleeding after invasive manipulations- 4 patients (11,8%).

Recurrent hemorrhagic syndrome was observed in 9 patients (40.9%) ; 3 patients (13.6%) had more than one source of bleeding. Hemostatic disorders at the peak of the first episode of bleeding before hemostatic therapy were found in all patients.

All patients underwent a massive antibacterial, antifungal and syndrome therapy.

The reason for prescribing concentrates of protrombin complex was bleeding, which continued inspite of replacement therapy with blood components, as well as the risk of volume overload.

34 infusions of 4F-concentrate of protrombin complex were made. The average single dose per administration was calculated using INR values and was 19.3 ± 6.8 IU / kg. As a result of using the 4F-concentrate of protrombin complex, the full effect was achieved in 24 cases (70.6%), and the partial effect was achieved in 2 cases (5.9%). In 8 episodes (23.5%), it was not possible to reduce the intensity of bleeding.

Repeated bleeding was observed in 9 patients (11 episodes). In 4 cases bleeding resumed a day after administration of the drug. In 1 patient, repeated use of 4F-concentrate of protrombin complex in 4-hour intervals did not reduce the intensity of pulmonary bleeding.

Thrombotic complications during 4F-concentrate of protrombin complex use and day-to-day mortality were not recorded. 7 patients (31.8%) of the study group died as a result of progressive sepsis and multiple organ failure. Two other patients (9%) died due to continued massive bleeding.

Conclusions

1. Acute massive blood loss remains one of the main causes of mortality in any group of patients.

2. The use of 4F-concentrates of protrombin complex drugs for the purpose of stopping coagulopathic bleeding in patients with hemoblastosis at a dose of 19.3 ± 6.8 IU / kg showed sufficient effectiveness (full effect was achieved in 70.6%, there was no daily mortality and thrombotic complications).

3. Taking into account the development of recurrent bleeding it is necessary to conduct further studies to optimize the tactics of the use of concentrates of protrombin complex in oncohematological patients.

¹Тухева Н.А., ²Тухева Ю.О.

DIVERSITY OF MICROORGANISMS RELATED TO THE DEVELOPMENT OF PERI-IMPLANTITIS

¹Kirov state medical University, ²Moscow State University of Medicine and Dentistry

¹Department of Microbiology and Virology, ²Department of Dentistry
Supervisor: Professor Bogacheva N.V.

The relevance of the study. Dental implantation takes a leading position in the rehabilitation of patients with missing teeth. Therefore, an important issue to study is the prevention and treatment of possible complications, in particular peri-implantitis, that reduce treatment success rates [1]. Periimplantitis is an inflammation of the soft tissue and bone around the implant [2]. This

complication can occur at early as well as late stages after implant placement. Clinically, it is manifested by recession of the gums around the implant, gingival bleeding on probing, progressive loss of bone tissue in the peri-implant zone and, ultimately, it leads to mobility and loss of dental implants. The etiology of periimplantitis is still not well understood, but one of the main causes of this complication is contamination of the peri-implant zone with pathogenic microorganisms [3]. Therefore, treatment should be aimed at removing the pathogen from the peri-implant zone by surgical therapy combined with antibiotic one, and the choice of antibiotic should depend on the type of pathogens.

The purpose of the research is to identify microorganisms that are most frequently encountered and involved in the development of peri-implantitis by laboratory methods.

Materials and methods. The study involved 46 patients between 42 and 67 years old with a history of peri-implantitis, including 35 women (76%) and 11 men (24%). Among the studied patients, 12 patients (26%) had implant rejection, and the remaining group of 34 people (74%) had a favorable outcome after surgical treatment and the course of antibiotic therapy.

During the study, submucosal biofilm samples from the peri-implant zone of each patient were collected and seeded on nutrient media, then mass-spectral analysis was performed to identify and determine the concentration of pathogens. As a result of the analysis, pathogenic microorganisms were revealed and identified up to their species.

Results. Bacteriological studies revealed the most common microorganisms in the peri-implant tissues: *Porphyromonas gingivalis* (56%), *Tannerella forsythia* (54%), *Treponema denticola* (50%), *Streptococcus mitis* (52%), *Prevotella intermedia* (37%), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (33%), *Streptococcus sanguinis* (30%), *Staphylococcus epidermidis* (26%), *Neisseria flava* (22%), *Streptococcus parasanguinis* (21%), *Rothia dentocariosa* (17%), *Streptococcus salivarius* (13%), *Actinomyces naeslundii* (13%).

Porphyromonas gingivalis, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia*, *Prevotella intermedia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* were the most common microorganisms found among the patients with rejected implants. Moreover, the average score of Green-Vermillion hygiene index was between 1,7-2,5 that represents poor oral hygiene. Thus it was found that the severity of periimplantitis depended on the level of oral hygiene, i.e, on the size of the dental plaque.

Conclusions.

1. Microbiocenosis of peri-implant tissues is characterized by high variability of pathogenic species, among which anaerobes predominate.
2. Qualitative as well as quantitative composition of the pathogenic microflora plays a significant role in the inflammatory process.

Чепюк В.Ф.
ФИТОМЕТАФОРА КАК СПОСОБ НОМИНАЦИИ В АНАТОМИЧЕСКОЙ
ТЕРМИНОЛОГИИ

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра иностранных языков
Научный руководитель: преподаватель Патрикеева Е.В.

Метафорическое термиобразование является одним из актуальнейших направлений исследований в когнитивном терминоведении. Доминирующий тип при семантическом способе термиобразования – возникновение термина в результате переноса по внешнему сходству и функции, что позволяет говорить о концептуализации человеческого организма как части природы, биосистемы.

Цель работы. Выявить и изучить наиболее частотные источники метафорической номинации в анатомической терминологии.

Материалы и методы. Материалом проведенного исследования послужили метафорические значения флористической лексики – лексических единиц, относящихся к тематической группе Растение. Данная группа включает формы существования растений, части (органы) растений, названия растений, плоды. В качестве лексикографического источника использован Атлас анатомии человека – Синельников Р.Д., 2016 г. В работе были использованы дескриптивные методы системного анализа языковых явлений, компонентный анализ лексического значения, когнитивные и лингвокультурологические методики анализа языка, метод математической статистики, а так же приемы классификационного и мотивационного анализа.

Результаты.

1. В анатомической терминологии выявлены флористические метафоры, в числе которых функционируют все основные части растения, отражающие стадии его развития:

корень (*radix*), луковица (*bulbus*), ствол (*truncus*), кора (*cortex*), стебелек (*petiolus*), ветвь (*ramus*), лист (*folium*), плод (*fructus*) - *radix linguae*, *bulbus oculi*, *truncus pulmonalis*, *cortex renalis*, *petiolus epiglottidis*, *ramus mandibulae*, *folia cerebelli*.

2. Наиболее употребительный термин, являющийся фитометафорой в анатомической номенклатуре, это *ramus*: *ramus apicalis*, *rami atrioventriculares*, *rami atriales*, *ramus marginalis dexter*, *ramus nodi atrioventricularis*.

3. В терминах Международной анатомической терминологии используются следующие названия овощей и фруктов: *nucleus*, *i m* – ядро, которое, в свою очередь, является уменьшительным от *nux*, *nucis f* – орех; *bulbus*, *i m* - лук, луковица; *amygdalum i, n* – миндаль; *lens*, *lentis f* –

чечевица; *oliva*, ae f – олива; *pirum*, i n – груша; *pisum*, i n – горох; *sesamum*, i n – кунжут; *uva*, ae f (уменьш. *uvula*, ae f) - гроздь, виноградная кисть, виноград - *os pisiforme*, *bulbus oculi*, *fasciculus lenticularis*, *nucleus lentiformis*, *ossa sesamoidea*, *uvula palatina*, *nuclei olivares*.

4. Анатомический термин *spina* является одновременно фито- и зоометафорой: 1) бот. шип, терновник; 2) зоол. игла, колючка: *medulla spinalis*.

5. Выявленные метафорические прилагательные образованы с помощью словообразовательных суффиксов *-al*, *-ar*, *-ide*, *-form*, *-at*: *ramus apicalis*, *ansa lenticularis*, *nucleus olivaris superior*, *corpus amygdaloideum*, *apertura piriformis*, *plicae palmatae*.

6. Применение когнитивной методики анализа анатомических терминов раздела «Пищеварительная система» позволило выявить 20 флористических метафор, в том числе: *radix dentis*, *apex radices dentis*, *pulpa radicularis*, *papillae fungiformes*, *papillae foliatae*, *uvula palatina*, *musculus uvulae*, *ramus anterior*.

7. Самыми характерными для неврологии являются фитометафоры, образованные в результате переноса по внешнему сходству и функции следующих слов: *nucleus* (ядро, ядрышко) *nucleus nervi cranialis*, *ramus* (ветвь) *ramus marginalis*, *cortex* (кора) *cortex cerebri*, *radix* (корень, корешок) *radix motoria*.

Выводы.

1. Метафорическая концептуализация органов человеческого тела использует понятия объективного мира. Для человеческого тела, организма важно понимание его как структуры, органичного целого, состоящего из частей.

2. Растительные метафоры высокопродуктивны в сфере научной номинации объектов анатомии.

Оглавление

1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	4
Антипина Е.О., Кухарчик Ю.В. СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ.....	4
Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН.....	5
Байкосова Г.К., Абызбаева А.С. БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ.....	6
Валиев Р.Р., Петрунин П.М. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СИМФИЗИОПАТИИ.....	7
Веремейчик А.Л., Резников Р.Г. ВЕДЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНОМ В ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ФОРМЕ.....	8
Ермонов Р.Б., Рашидов З.И., Уринов М.Я. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, КОТОРЫМ БЫЛА ПРИМЕНЕНА КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.....	9
Лёгонья А.Ю. ВЛИЯНИЕ НОВОЙ СРЕДЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭМБРИОНОВ ПРИ ИХ КРИОПЕРЕНОСЕ В ПОЛОСТЬ МАТКИ.....	10
Лёгонья А.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОТОКОЛАХ ПЕРЕНОСА КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПОЛОСТЬ МАТКИ.....	12
Мухаммадиева М.К., Сафарова Л.А., Жураева Ф.Ф. ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ.....	14
Мухаммадиева М.К., Ермонов Р.Б., Жураева Ф.Ф. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С КРИОДЕСТРУКЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ.....	16
Репницына М.В. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ.....	17
Репницына М.В. АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ.....	18

Рогозина М.А. АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ДЕМОГРАФИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ	19
Рогозина М.А. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	20
Романова Е. Е. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ - НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ГИНЕКОЛОГИИ	22
Смертина Н.А. АНАЛИЗ УПРАВЛЯЕМЫХ ПРИЧИН СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ	23
Смертина Н.А. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ И АДЕКВАТНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ	25
Трушкова Ж.В., Голубкина А.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	26
Чекавая Е.А., Заборовский Г.И. СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОВОДИИ.....	28
Чечулин Е.С. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	29
Шуталева Е.Ю., Балтачева А.Ф. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ГСД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ВЫЯВЛЕНИЯ	31
2. ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ.....	32
Агалакова Д.С., Черемисинова Е.Н. ОЦЕНКА ШИРОТЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ И ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ГОРОДА КИРОВА	32
Асхадуллин А.Р. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	33
Барбакова Л.М. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	34
Бурлуцкая А.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ПОМПЕ (ГЛИКОГЕНОЗ II ТИПА)	36
Васенина А.Ю. ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ДЕТЕЙ	37

Веселова Д.А., Ермаков А.С., Черных А.С. МОНИТОРИНГ ОХВАТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКЦИН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ГЕПАТИТА В ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ГОРОДЕ КИРОВ.....	39
Гарипова Р.Н. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ	40
Гришкина Д.А. ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	41
Гурина Е.С., Коробкина О.Г. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ	43
Гурина Е.С., Коробкина О.Г. КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ.....	44
Ермаков А.С. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	45
Зайцева А.С., Ахмедова З.М. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	47
Камалова А.А. ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ	48
Коваленко Н.С. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКОВ ...	50
Коробкина О.Г. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	51
Коробкина О.Г., Кубина В.А. УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПАРАТРОФИЕЙ.....	52
Муталибова А.Н. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПАРАТРОФИЕЙ	53
Назарова М.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ВЫЯВЛЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ	54
Нормурадова М.О. ДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ	55
Останина А.А., Стяжкина М.Е. АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ И ПОЛНОТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВАКЦИНАМИ АКДС И ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА.....	57
Расулова Н.А., Расулов А.С., Ахмедова М.М. СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА С УРОВНЕМ 25(ОН)Д В СЫВОРОТКЕ КРОВИ...	58

Расулова Н.А., Расулов А.С., Ирбутаева Л.Т. ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ	60
Расулова Н.А., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИБРАЛА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	62
Расулов А.С., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т. ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	64
Рашидова З.Р. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	66
Рычкова А.А. ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ «ПРЕВЕНАР-13» СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	68
Салманова А.К., Морощенко Е.А. ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКОВ, АССОЦИИРОВАННАЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ.	69
Ситникова А.Д., Леушина Е.С. ОШИБКИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	71
Трушкова И.Ю. АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОКОНЪЮКТИВИТА У ДЕТЕЙ.....	72
Тураева Н. Ю., Темуров А.А., Жаббарова М.А. ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	73
Туракулов С.А. ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	75
Туракулова А.А. ФАКТОРЫ РИСКА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ	76
Хайдарова С.Х. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАЗВИТИЕ ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.	78
Хамдамова С.А. ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	79
Шурыгина Т.В. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И НЕКОТОРЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.....	80
Щукина А.Ю., Максимова И.А. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	82

Янгиева С.А. ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.....	84
Ярошук Д.Е., Демко А.В. ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ТЕСТА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ, ТРЕНИРУЮЩИХСЯ В КОМАНДНЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ВИДАХ СПОРТА.....	85
3. БИОЛОГИЯ, МОРФОЛОГИЯ, АНАТОМИЯ.....	86
Анисимов А.В., Найденова С.И., Сирик Е.Н. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ АНАТОМИЯ ВЕК ПЛОДОВ В ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА.....	86
Афанасьев Д.А. СЛОЖНОСТИ ХРАНЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА	87
Беккер Е.Д. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	90
Бобокамбаров Н. ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ССАДИН ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.....	91
Быданова Ю.В., Ширинзаде Ф.Н. ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	92
Головенкин Г.Д. ОСТЕОХОНДРОЗ. СКРЫТАЯ УГРОЗА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА.....	93
Гришкина Д.А. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2011-2017 ГГ.	96
Дубинина М.С. АНАЛИЗ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОГОЛОЛЕДНЫХ РЕАГЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ <i>PARAMENICUM CAUDATUM</i>	98
Жолобова Н.Е. БРИОИНДИКАЦИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЗАГРЯЗНЁННОСТИ СРЕДЫ	100
Зорина В.А., Кибешева Э.И. АЛЬГОИНДИКАЦИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДОЁМОВ Г.КИРОВА.....	101
Кобилев Б. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	103
Княжев И.С. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ АСИММЕТРИИ СТРОЕНИЯ КИСТИ.....	104
Кончак В.В., Примак А.М. ОСОБЕННОСТИ И ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТРОЕНИЯ БРЮШНОЙ ЧАСТИ ПИЩЕВОДА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА	105
Латышко О.В. ЭТИОЛОГИЯ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ГОРОДА КИРОВА.....	106

Леушина Е.С., Вишняков А.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ.....	107
Луппова А.А., Меленчук В.О. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО АКТИВНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	110
Маслова А.А. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О МЕТОДАХ И ПЕРСПЕКТИВАХ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ.....	111
Михайлова Л.В., Жолобова Н.Е. ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 22-Х ЛЕТ.....	113
Николаева О.П. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ ГЕНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «НЕОВАСКУЛГЕН».....	115
Норкулов У.Ф. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН	116
Ситникова А.Д. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧИСЛА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2014-2018 ГГ.....	117
Соловьёва К.С., Чернятьева А.В. ПОВЫШЕННЫЙ ВЕС ШКОЛЬНЫХ РЮКЗАКОВ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДОРСОПАТИЙ У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ	119
4. БИМЕДИЦИНСКАЯ ХИМИЯ И БИОФИЗИКА	120
Амаева Х.Р., Пеньков А.А. АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БЕССОННИЦЕ	120
Ачилова Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ АНТИСЕПТИКОВ В МЕДИЦИНЕ	122
Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р. ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ.....	123
Васильева С.А., Вишняков А.В., Ивакина А.Е., Кожокарь Р.А. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ ГОМЕОСТАЗА НА ПРИМЕРЕ РОЛИ ВОДОРОДНОГО ИОНА В КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОМ РАВНОВЕСИИ.....	124
Вервекин И.В. СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МОЧИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РОЛИ БЕЛКА ТАММА-ХОРСФАЛЛА В КАМНЕОБРАЗОВАНИИ.....	125
Вишняков А.В., Кожокарь Р.А., Саляхутдинов Р.Р. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВСПЫШКИ ПОЛЛИНОЗА В Г. КИРОВЕ И ЕГО ОКРЕСТНОСТЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ.....	126

Гусева Е.А., Балина А.А., Быкова Д.Г. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ЧЕЛОВЕКА.....	127
Заболотский В.В. СОВРЕМЕННЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	130
Исаев М.М. МОНИТОРИНГ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОЛОГИЯХ	132
Родыгина С.М., Цуркан Ю.А. ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ НА РИСК НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	134
Харина Т.О., Красных Е.А., Петрова В.И., Ярошенко К.О. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ГОМЕОСТАЗ НОГТЕЙ И ВОЛОС В НОРМЕ И ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	135
Харинова Д.В. СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВОДЫ В РАЗНЫХ РАЙОНАХ ГОРОДА КИРОВА ПУТЕМ ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ	137
Чучалин А.С., Суржикова Т.А. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ГИПОВИТАМИНОЗА И ГИПЕРВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА D.....	138
5. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ. ФАРМАКОЛОГИЯ.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ.	
Антипина Е.О. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	139
Асатуллаева Р.М. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ТИПЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	140
Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р. ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ.....	141
Беккер Е.Д., Быданова Ю.В. ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА БАЗЕ КОГКБУЗ «БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»	142
Валов С.Л., Саляхутдинов Р.Р., Чеглакова Ю.А. ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРЕНХИМЕ ОРГАНОВ МЫШЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	144
Вишняков А.В., Леушина Е.С. ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ N,N-ДИМЕТИЛТРИПТАМИНА (ДМТ).....	146
Жукова О.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ - ОСНОВА ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ.....	148

Зыкина Е.Ю. ИЗМЕНЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ.....	150
Зыкина Е. Ю., Мухамедов В.В., Чебыкина Е.С. ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ, ПРИ СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ	151
Каграманова С. Р. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА.....	152
Карюкина М.С., Коптякова Ю.В. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛЮДЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА	154
Лапасов М.Х., Хазраткулов А.Т. МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД КАК ФАКТОР ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	155
Леушина Е.С., Ситникова А.Д. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ 1 И 3 КУРСА КИРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	157
Лобанова Н.Ю. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОРОНАРНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ ЕЕ АССОЦИАЦИЯ СО СТРУКТУРОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	159
Максимова И.В., Видякина Н.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ L-ЛИЗИНА	160
Максимова И.А., Магомаева Л.М-Э. НЕЙРОГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	161
Мирзаева Ш. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	162
Мищенко И. М. БОЛЬ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.....	163
Морозов А.И. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С	166
Мусинова А.Ю. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	167

Пленкина Л.В. РОЛЬ НЕКОТОРЫХ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.....	169
Потачкина О.А., Маркова А.А. ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	170
Розинова В.А. ОЦЕНКА КЛУБОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....	172
Сайкина Е.А., Романова А.В. ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	173
Соколов Г.А. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИЕЙ.....	175
Соколов Г.А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ.....	176
Трушкова И.Ю., Васенина А.Ю. ВЛИЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ НА РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	177
Ускирева М.С., Луппова А.А., Меленчук В.О. ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ О ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	178
Филатов М.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	181
Филатов М.А. ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	182
Чоршанбиев А., Ризаева Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	183
6. ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ. ФТИЗИАТРИЯ	185
Агалакова Д.С., Черемисинова Е.Н. МЕТАПНЕВМОВИРУСНАЯ И БОКАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИИ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	185
Гараева Л.Р., Кондакова С.А. АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	186
Гареева А.Ф., Мамедова Н.Т. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С.....	187

Гарипова Р.Н. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У ДЕТЕЙ	189
Григорьянц Ж.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КИРОВА И ГОРОДА СИМФЕРОПОЛЯ	190
Давыдова Ю.С. ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	193
Долгополова А.А., Туманян Р.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В.....	194
Кадников П.Н. АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2019 ГГ.....	195
Кашина В.А., Лаптев Ю.А. ВЫЯВЛЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. КИРОВА ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	197
Козлова Л.Н., Подушкина А.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУЛЯРЕМИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 2005 ПО 2019 ГОДЫ	199
Кравченко К.Д. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	201
Крючкова А.В., Хисматуллина А.И. РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ	203
Кузнецова К.Н. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА	205
Невиницына Д.А. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	206
Полянина К.Н., Чипсанова Т.Н. ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА Г. КИРОВА	209
Романова А. В. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.	210
Рябова А.А., Утробина Ю.Ю., Попонин Н.М. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	212

Салтанова М.О. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	214
Свинар Е.С., Бердникова Е.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ	217
Смирнова А.В., Козлова К.А. УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ, КРАСНУХОЙ И ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ У НАСЕЛЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РФ И МИРА В ПЕРИОД С 2014-2019 ГГ	219
Хлыбова А.А., Васильева Т.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	220
7. МИКРОБИОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ	224
Васюкова И.А., Макарова Н.Е. ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ У CLOSTRIDIUM BUTYRICUM И CLOSTRIDIUM SPOROGENES – АНАЭРОБОВ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРСПЕКТИВНЫМИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА	224
Валов С.Л., Вишняков А.В., Горелов Е.Н., Чонтян Д.А. УЧАСТИЕ ВИРУСОВ В ЭВОЛЮЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ НА ПРИМЕРЕ ГЕРПЕС-ВИРУСА.....	225
Видякина Н.А., Медведева М.В. ФОРМИРОВАНИЕ ИММУННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА БЕЛЫХ МЫШЕЙ.....	228
Вишняков А.В., Валов С.Л., Горелов Е.Н., Лыхин Ю.А., Чонтян Д.А. РАЗРАБОТКА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «БИФИМЕТАБИОФАГ».....	229
Козвонин Д.В. ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЙМЕННЫХ ОЗЕР РЕКИ ВЯТКИ В ЧЕРТЕ ГОРОДА КИРОВА.....	231
Кончак В.В., Солонец К.М. ИММУНОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА МЕЛОКСИКАМ ДЛЯ КУЛЬТУРЫ КЕРАТИНОЦИТОВ НАСАТ	233
Коптелова А.А. ОТРАБОТКА МЕТОДИКИ ИНАКТИВАЦИИ НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА НА РАЗЛИЧНЫХ ШТАММАХ ESCHERICHIA COLI	235
Леушина Е.С., Гришкина Д.А. ВИДЫ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ КАНДИДОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	236

Маслова А.А., Николаева О.П. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГРИБА CANDIDA SP. ALBICANS С БАКТЕРИЯМИ-АССОЦИАНТАМИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.....	237
Морозова М.Л., Михайлова А.В. ОЦЕНКА РОЛИ БАКТЕРИЙ ВИДА PROPIONIBACTERIUM GRANULOSUM В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ	239
Никонова В.А., Горбачёва В.А. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОДЫ РОДНИКОВ РЯЗАНСКОЙ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ	241
Саляхутдинов Р.Р., Чеглакова Ю.А. РОЛЬ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ И БАКТЕРИЙ ВИДА STENOTROPHOMONAS MALTORHILIA В ФОРМИРОВАНИИ ПУЛЬПИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ	242
Смирнов А.А. РАЗРАБОТКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ИММУНОСУПРЕССИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА.....	244
Степанова М.А. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.....	245
Трубникова М.А., Кряжева П.А. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, МИКРОБИОМА И ЭКСПОСОМА АКНЕ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ. ДЕМОНСТРАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ	246
Тунева Н.А., Дегтянникова Е.В. ИЗУЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ОТНОШЕНИИ МИКРОФЛОРЫ ПЕРИИМПЛАНТНЫХ ЗОН	247
Хасаншина З.Р. ОТРАБОТКА ЭТАПА ИНАКТИВАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, НАПРАВЛЕННОГО НА ПРОФИЛАКТИКУ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА.....	249
Хорошавина А.С., Брагин К.А. МИКРОБНОЕ СООБЩЕСТВО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА БЕЛЫХ МЫШЕЙ: МЕЖМИКРОБНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	250
Цепелёв А.А., Демьянков А.М., Кожокарь Р.А. МЕТОДИКИ АНАЛИЗА ИНАКТИВАЦИИ ШТАММОВ E. COLI НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА	252
Ширинов Ф.Н., Яровиков Н.А. УЧАСТИЕ STAPHYLOCOCCUS AUREUS SUBSP. ANAEROBIUS В ПАТОГЕНЕЗЕ ВТОРИЧНЫХ ПЕРИТОНИТОВ	254

8. НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ	255
Абызбаева А.С., Байкосова Г.К. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТА С ОЛИВОПОНТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ	255
Бабий Н.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	256
Бабикова А.А., Шушпанова Д.И., Халиуллина А.Р. ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ.....	258
Востриков Н.А. РОЛЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАТТЕРНОВ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСКОГЕННОЙ ЛЮМБОИШИАЛГИИ	259
Загоскин А.А., Лобастов Д.К. СООТНОШЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ	261
Капитула Г.Р., Гаджикулиева М.Н РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	262
Лобастова М.В., Лобастов Д.К. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ	265
Плаксина М.Н., Гарипова Г.И., Пивоварова М.А. НАРУШЕНИЕ СНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА.....	266
Филиппова Ю.А., Сучков М.И. ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	269
9. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ.	269
Александрова М.А., Попова Р.Н. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЙОНАХ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .	269
Барцевич И.Г., Журан М.А., Квач Н.И. ОЦЕНКА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ.....	271
Вишняков А.В., Домрачева Е.В. НЕЦЕНЗУРНАЯ ЛЕКСИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МИКРОКЛИМАТ В УЧЕБНОМ И ТРУДОВОМ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ.....	273

Дуйсембаева А.Н. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	276
Дьякова Н.А., Шишорина Л.А., Бобина Е.А. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАКОПЛЕНИЯ ФЛАВОНОИДОВ В РАСТЕНИИ В АГРО- И УРБОЦЕНОЗАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЧЕРНОЗЕМЬЯ	277
Ефремова У.С. ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....	279
Жданова О.М., Булычева Е.В. ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ОДАРЕННЫХ УЧАЩИХСЯ ИННОВАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	281
Заборовский И.Г. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	283
Кончак В.В., Михновец М.С. РАДИОАКТИВНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ СОЛИГОРСКОГО РАЙОНА (МИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ) ОТХОДАМИ КАЛИЙНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	284
Кротова А.А. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА КИРОВСКОГО ГМУ	286
Леушина Е.С., Гришкина Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	288
Леушина Н.А., Капустина Н.М. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДАРОВСКОМ, ОПАРИНСКОМ И ПИЖАНСКОМ РАЙОНАХ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ПОЗИЦИИ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ.....	290
Лёгонья А.Ю. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА БУТИЛИРОВАННОЙ ВОДЫ, ПРОДАВАЕМОЙ В ТОМСКЕ	292
Лыхин Ю. А., Симонова П. А. ВЛИЯНИЕ РАБОЧЕГО МЕСТА НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТА	293
Мальцева Е.С., Шишнева А.С. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНЫХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2014-2018 гг.	295
Нагина С.А., Чугунов Н.А. АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ОТ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ МАРОК APPLE IPHONE, SAMSUNG, HUAWEI, XIAOMI	297

Одегова О.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2013-2017 ГГ.	299
Панкратова Е.С., Зюзева Д.С., Ерофеева П.Д. ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КИРОВСКОМ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ	300
Рунге А.Е., Шарилова М.Д. ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ДЕЙСТВИИ ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ КАК КСЕНОБИОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РИСКА.....	303
Фролова С.И., Кузовкова Т.Г. ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА..	305
Чермных А.А., Щеголихина И.В. БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ РАЙОНОВ ГОРОДА КИРОВА С ПРОГНОЗИРОВАНИЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.....	308
Шуляк М.С., Махахей П.Д., Заборовский Г.И. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН	309
10. ОНКОЛОГИЯ.	311
Австриевских А.М., Козлова М.В., Блинова И.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ОТДЕЛЬНЫХ СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2008-2018 ГГ.	311
Беспярых А.Э., Горелов Е.Н. СОЦИО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБОРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК.....	312
Вервекин И.В. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК РЕГИОНАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА НА ПРИМЕРЕ АСЦИТНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У КРЫС.....	314
Микитюк А.В., Мисевич К.И. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ	315
Мищенко И. М. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	317
Морозов А.И. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ СЕВАСТОПОЛЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	320

Мукашева Н. Ж. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СВЕРХЭКСПРЕССИИ МИКРО-РНК В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	321
Снхчян А.С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЛАСТЯХ С ОДИНАКОВОЙ ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПФО РФ И ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ, ЦФО РФ)	323
Харинова Д.В. ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАГОТОВКИ АУТОЛОГИЧНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	323
Чеглакова Ю.А., Шалыгина К.А., Воронов А.Ю. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О РАКЕ ЖЕЛУДКА.....	324
11. ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ.	326
Авдеева В.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ САМООЦЕНКИ И ТРЕВОЖНОСТИ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ	326
Варламов А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ОБРАЗА ТЕЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ	329
Говязина С.М. ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА	331
Ефремова А.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ ЖЕНЩИН ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ	333
Ильина С.Р. ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ.....	334
Колодкина Е.Н. КОНФЛУЭНЦИЯ ВТОРОГО РОДА, И РАБОТА С НЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ.....	336
Комаров С.П. РЕТРОФЛЕКСИЯ И РАБОТА С НЕЙ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	337
Кончак В.В. УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ БГМУ	340
Коротков Н.В. НАУЧНЫЙ СТЭНД-АП КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДАГОГИКЕ.....	342

Кудабаева А.Ю. ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НА СПОСОБНОСТЬ САМОУПРАВЛЕНИЯ	343
Лалетина М.И. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	345
Монастырева Д.Р. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	348
Монастырева Д.Р. МЕДИЦИНА В ГУЛАГе.....	349
Мосунова М.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМПАТИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ	350
Мусихина Н.В. ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	351
Сергеева Д.С. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА.....	355
Симонов М.В., Пеньков А.А., Березкина К.В. ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ.....	356
Тормосина Ж.Е., Корнилова А.А., Груздева Н.А. АГРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	357
Шарова В.О. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ ЛИЧНОСТИ У ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	359
Шатова Е.А. ОСОБЕННОСТИ СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ	362
Шубина В.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ И КАРЬЕРНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ	364
Шуплецова П.А. ПРОФЕССИОНАЛИЗМ КАК НРАВСТВЕННАЯ ЧЕРТА ЛИЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА	367
Шуплецова П.А., Березкина К.В. НАЧАЛО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ В ПЕРИОД СТУДЕНЧЕСТВА	369
12. ПСИХИАТРИЯ.....	370
Гареева А.Ф., Мамедова Н.Т. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ, КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ.....	370

Ермаков А.С., Черных А.С. ИССЛЕДОВАНИЕ АГРЕССИВНОСТИ, ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИИ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ	372
Кадников П.Н., Багаутдинов А.Ф. ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	373
Логунов Е.А., Герасимова А.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗОВ.....	374
Смирнова А.В., Козлова К.А. ИССЛЕДОВАНИЕ СТРАХОВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.....	376
Трынкунас В.В., Наймушина Н.В. УРОВЕНЬ САМООЦЕНКИ И ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ СИНДРОМАМИ НА РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОМ ФОНЕ	377
Утробина Ю.Ю., Рябова А.А. ДИНАМИКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОНМК В РАННЕМ ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ	379
Хайрутдинова Д.Ф., Канева А.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	381
Шестакова Р. А. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА.....	383
13. СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА, ГЕРИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА.	384
Абызбаева А.С., Байкосова Г.К. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА.....	384
Аздемирова Ф.Р., Косолапова М.С. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У СОЦИАЛЬНО-АКТИВНЫХ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	385
Билалова Л.Ф., Осипова А.С. ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ И РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.....	386
Гарипова Р.Н. ОЦЕНКА МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА О ПРОБЛЕМАХ СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	387

Загрутдинова А.Р., Лоскутова Е.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ШКОЛЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТА.....	388
Котова А.С. ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	389
Монастырева Д.Р. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ О НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ	390
Тараканова Ю.Л., Мохова А.С. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ УЗКОГО ПРОФИЛЯ.....	391
Частоедова Е.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	394
14. СОЦИАЛЬНЫЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ.....	396
Амаева Х.Р., Пеньков А.А. ГАЛЕН О ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ВРАЧА	396
Ахмедова К.А. «СТОЛЫПИНСКИЙ МИФ» В РОССИЙСКОЙ ПОЛИТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ	398
Афлетунова Л.Э., Симонов М.В. ВКЛАД ИБН СИНЫ В СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКИ.....	398
Бакиева Э.А. БЕГ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА И СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА	400
Березкина К.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА	401
Буфетова А.М., Вишняков А.В., Горелов Е.Н. НАУЧНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВ О МИСТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ СВЯТЫХ	403
Гребнева П.А., Сулова В.С. ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ О СВОИХ ПРАВАХ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.....	405
Гусева Е.А. ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ	407
Коледаева А.К. ОЦЕНКА ПРАВОМЕРНОСТИ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИДЕО- И АУДИОСЪЁМКИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	409

Коротков Н.В. НАУЧНЫЙ СТЭНД-АП КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДАГОГИКЕ.....	410
Костоломова А.С. ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ	411
Лебедева Т.В. ЗАЩИТА ЧЕСТИ И ДОСТОИНСТВА ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ ВРАЧА	413
Новосёлов Д.С. ПОНИМАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В АНТИЧНОЙ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЕ.....	414
Осей А.Д., Миробидов Р.А. СТАТУС ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ГАНЫ	416
Петрова В.Н. ПРОБЛЕМА ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШИХ.....	418
Позднякова А.С. ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ВЯТСКОЙ ГУБЕРНИИ К СОВЕТСКО-ПОЛЬСКОЙ ВОЙНЕ 1920 Г	420
Родыгина С. М., Цуркан Ю.А. ОЦЕНКА УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ УРОВНЯ КУЛЬТУРЫ МЕЖНАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. КИРОВА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫБОРОЧНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).....	422
Сапожникова М.Д. ИДЕЯ СВЕРХЧЕЛОВЕКА ФРИДРИХА НИЦШЕ ...	423
Сахаров Р.В., Жукова Е.Д. ГОРОДА-ПОБРАТИМЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (НА ПРИМЕРЕ СОТРУДНИЧЕСТВА КИРОВА (КИРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ) И ЛЕНИНГРАДА В ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ОТДЫХА ЭВАКУИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ-БЛОКАДНИКОВ).....	424
Северюхина Л.В. ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ.....	425
Ситникова А.С. К ВОПРОСУ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОПЛЕННЫМ НАПОЛЕОНОВСКОЙ АРМИИ В ВЯТСКОЙ ГУБЕРНИИ В 1813–1814 ГГ. (НА БАЗЕ МАТЕРИАЛОВ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИСТОРИОГРАФИИ).....	427
Спицин А.А. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ПРОБЛЕМА КУРЕНИЯ.....	430
Чучалин А.С., Суржикова Т.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ТРАКТОВКИ ОБЩЕСТВА В ФИЛОСОФИИ МИШЕЛЯ ФУКО.....	432
Шехирева К.О., Минеева А.Э. ПРАВО НА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКАМ ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА	434

15. СТОМАТОЛОГИЯ	436
Ognjanović, R. Obradović, S. Milenković, D. Stanišić, S. Vujović, Анисов Н.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ.....	436
Бетехтина Е.Н., Кузнецова А.В. ИЗМЕРЕНИЕ КОНТРОЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ 12-ЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ	437
Говорун С.М. ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ КИРОВО-ЧЕПЕЦКОГО РАЙОНА	438
Жукова Е.Д. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ МОНОФТОРФОСФАТ НАТРИЯ	439
Кривокорытов К.А., Постникова Е.Д. РАЗРАБОТКА МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ВЯЗКОСТИ СЛЮНЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	440
Кучеренко А.С. СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	441
Локтина А. С. ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ ЗУЕВСКОГО РАЙОНА И САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	443
Малышева А.В. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С БЕТУЛИНОМ.....	444
Матасова М.А., Аккузина А.Ю., Малышева А.В. ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ЗУБНОГО НАЛЕТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ МИНЕРАЛ ГЛАУКОНИТ	446
Медведева М.С. АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	447
Паршукова А.И., Шестакова В.И. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСКOLORИТА ЗУБОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	448
Шестакова В.И., Паршукова А.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОКРИСТАЛЛОВ СЛЮНЫ ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ.....	449
Шехирева К.О., Минеева А.Э. КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ ГЛАУКОНИТ	450
Штина Д.Ю., Русских В.Э. ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАНИЙ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ОТ ВОЗРАСТА	

ДЕТЕЙ В ГРУППАХ 6, 12 И 15 ЛЕТ В ГОРОДЕ СЛОБОДСКОМ
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ..... 451

16. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ..... 452

Бакулина Е.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ИНФОРМИРОВАННОСТЬЮ И
ХАРАКТЕРОМ ПИТАНИЯ У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА
РАЗНЫХ ФАКУЛЬТЕТАХ КГМУ 452

Беккер Е.Д. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ 453

Беспярых А.Э., Горелов Е.Н. АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК В КИРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ 454

Валов С.Л., Саляхутдинов Р.Р., Чеглакова Ю.А. ИЗМЕНЕНИЕ
СОДЕРЖАНИЯ КИСЛОРОДА В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ СТУДЕНТОВ
ПО ИСТЕЧЕНИЮ ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ С УЧЕТОМ ВЫСОТЫ
РАСПОЛОЖЕНИЯ УЧЕБНОГО МЕСТА 456

Видякина Н.А., Абрамова Е.А. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА 457

Вишняков А.В., Леушина Е.С. ПАРАСОМНИИ У СТУДЕНТОВ-
МЕДИКОВ И СТУДЕНТОВ ГУМАНИТАРНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ 458

Кинч Е.М., Чонтян Д.А. ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО
ВУЗА..... 461

Княжев И.С. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ В
ДИНАМИКЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ 463

Лыхин Ю.А., Симонова П.А. УСТАНОВЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЯ
НА МЕХАНИЗМЫ СТАРЕНИЯ 464

Подушкина А.А., Козлова Л.Н. ОРГАНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С
ТУЛЯРЕМИЕЙ..... 466

Севрукевич В.В. ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ
ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С
ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ..... 467

Соловьёва К.С., Чернятьева А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕГО ТИПА АНС..... 468

Спицин А.А. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПЕРВОМ КУРСЕ С УЧЕТОМ ТИПА АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	471
Чермных А.А., Рябинин А.С. ОЦЕНКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ГЕМОДИНАМИКИ	474
17. ФИЗИОЛОГИЯ	476
Алистанова Ф.А., Стадник У.К. ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.	476
Арзикеева Е.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО	477
Афлетунова Л.Э. ИЗМЕНЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ	479
Боброва А.А., Соколова С.П. СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ГРУПП РАЗЛИЧНОЙ ТРЕНИРОВАННОСТИ.....	481
Брюханова П.С., Загайнова Т.Е. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНТЕРНЕТА НА ВНИМАНИЕ И КОНЦЕНТРАЦИЮ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ	482
Гулина А.Ю., Денисова А.С. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ И РАЗВИТИЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	483
Гусева Е.А., Балина А.А., Быкова Д.Г. ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	484
Данилова А.Д., Подпорина П.М. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СТУДЕНТОВ, СКЛОННЫХ К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ	486
Денисова В.Е., Елизарова А.О. ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КЛЕТОК КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ И ЛЮДЕЙ, НЕ ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ИХ	488
Деньгина Е.П., Манузин М.А. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УЧЕБНЫХ И НЕУЧЕБНЫХ СТРЕССОВ НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СТУДЕНТОВ.....	489
Джаббарова А.Н., Еремия А.К. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СТРЕССОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ	491

Донских К.Н., Исупова Е.А. НАБЛЮДЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ПЕРВОКУРСНИКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ПРОТЯЖЕНИЕ 5 МЕСЯЦЕВ	492
Елиманов А.Е., Тошев Ф.Ф., Шепель К.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО УТОМЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ	494
Иванова А.Г., Чернова Е.В. ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И АГРЕССИИ НА СОНЛИВОСТЬ	495
Казакова А.А., Туева А.С. ВЛИЯНИЕ СТРЕСС-ФАКТОРА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА	496
Коледаева А.К. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ СКЛОННОСТИ К ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ	498
Корчемкина А.В. ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА КИРОВСКОГО ГМУ	499
Кузнецова С.А., Шарафеева А.Р. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЕМПОМ МУЗЫКИ И РЕАКЦИЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.	500
Куринова Е.А., Мансурова М.А. ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ИНФОРМАЦИИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА.....	501
Нагуманова К. А., Сорокина О. Ю. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СТЕПЕНИ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У СТУДЕНТОВ	502
Пеньков А.А., Симонов М.В. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ.....	503
Перепелица Р.А., Абасов Т.Х. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НАУШНИКОВ НА ПОРОГ СЛЫШИМОСТИ	505
Рябова А.В., Шульмина М.С., Эсаулова К.А. СОВМЕСТНОЕ ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И РЕГУЛЯРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ.....	507
Сметанина К.А., Смертин Ю.А. ВЛИЯНИЕ КАЛЬЯННОГО ДЫМА НА ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ.....	509
Торопова А.Р., Перминова К.К. ОЦЕНКА ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У СТУДЕНТОВ КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	511

Шулепова Ю.В. ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК.....	512
Щеголихина И.В., Чермных А.А. ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА И КОФЕИНА НА СКОРОСТЬ ПРОСТОЙ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ РЕАКЦИИ	513
18. ХИРУРГИЯ, ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ,	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ.....	515
Абызбаева А.С., Байкосова Г. К., Сенькина Е. В. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ	515
Аганина А.М., Блинова О.А. АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНОЙ ОТСЛОЙКИ ПОСЛЕ ФИСТУЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ	517
Ахмедов И.Ю. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ.....	518
Ахмедов А.И. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ.....	520
Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА С ПОМОЩЬЮ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ	521
Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р. ОСТЕОАРТРОЗ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	522
Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	524
Барсукова А.В., Глушкова А.С. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОМФАЛОЦЕЛЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ.	525
Бобоев С.С., Аллаяров А.Т. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПТЕРИГИУМА ПО МЕТОДУ АУТОПЛАСТИКИ КОНЪЮНКТИВАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ	526
Болатов А.Б., Мукашева Н.Ж., Смолинов И.Г. РЕГЕНЕРАЦИЯ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ.....	527
Вервекин И.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....	528

Долматов Ю.Я., Щукина А.Ю. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	529
Епифанова Е.А., Магомаева Л.М. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ОСТРОЙ МОШОНКИ» В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ.	531
Кулаева А.С., Аксенова А.А. МЕСТО ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ.....	532
Лучникова Е.В. БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	534
Морозов А.И. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ГОРОДЕ СЕВАСТОПОЛЬ.....	535
Морозов А.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ.....	536
Морозов А.И. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В Г. СЕВАСТОПОЛЕ	537
Обсекова К.С. ФОТОРЕФРАКЦИОННАЯ КЕРАТЭКТОМИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ИНДУЦИРОВАННОЙ АМЕТРОПИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ	538
Патласов А.В. МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	540
Родыгин Д.Н., Вершинин Т.Д. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ	542
Тоиров А.С., Ахмедов А.И. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	545
Томкина Н.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ.....	546
Шевнин М.И. РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОКС Кировский государственный медицинский университет.....	547
Шеломенцев К.С., Груздев В.Д. ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	548
Шумайлов Е.В. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ	550

19. СЕКЦИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ	552
Emmanuel Botwey MICROCIRCULATION AND ULTRASTRUCTURE OF THE PANCREAS DURING ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS	552
Mardonov Sh. ANALYSIS OF SUICIDES IN FORENSIC MEDICAL PRACTICE.....	553
Анисимов А.Н., Васильевых М.В. STUDY OF CANDIDA ALBICANS GROWTH FEATURES IN THE PRESENCE OF LYSOZYME.....	554
Коледаева А.К. INVESTIGATION OF THE STUDENTS' ORAL MICROFLORA FOR AGGREGATIBACTER ACTINOMYCETEMCOMITANS PERIODONTAL PATHOGEN.....	555
Коротких С.А. CUPPING OF COMBINED CORONARY AND PERIPHERAL SPASMS IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA PECTORIS IN ENDOVASCULAR TREATMENT OF CORONARY ARTERIES.....	556
Мирзоев Р.А. CORRECTION OF PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD.	558
Мищенко Е.С. SEROUS AND MUCINOUS BORDERLINE OVARIAN TUMORS. CYTOLOGICAL, IMMUNOCYTOCHEMICAL AND MOLECULAR GENETIC DIAGNOSIS.	558
Рычкова А.А. EVALUATION OF PREVENAR-13 VACCINE APPLICATION AMONG CHILDREN OF EARLY AGE IN TYUMEN REGION.....	560
Семенов П.А. SOFT SKILLS IN “SOCIETY 5.0”: METHODS OF THEIR FORMATION ON THE BASIS OF MODERN EDUCATIONAL SYSTEMS	561
Счастливецва И.П. EXPERIENCE OF USING A CONCENTRATE OF PROTHROMBIN COMPLEX IN PATIENTS WITH HEMOBLASTOSIS...	563
¹ Тунева Н.А., ² Тунева Ю.О. DIVERSITY OF MICROORGANISMS RELATED TO THE DEVELOPMENT OF PERI-IMPLANTITIS	565
Чепюк В.Ф. ФИТОМЕТАФОРА КАК СПОСОБ НОМИНАЦИИ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	567