



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сборник тезисов призёров научно-практической и научно-теоретической конференций университета 2019-2020 уч.г.

Рязань, 2020

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

НАУЧНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

Сборник тезисов призёров
научно-практической и научно-теоретической
конференций университета 2019-2020 уч.г.

Рязань, 2020

УДК 61(071)
ББК 5
С232

Редакционная коллегия:

Калинин Р.Е., доктор медицинских наук, профессор
Сучков И.А., доктор медицинских наук, профессор
Меринов А.В., доктор медицинских наук, доцент
Карасева Е.А., кандидат медицинских наук, ассистент

Группа редакторов: Хищенко М.В., Демченко М.А., Принц А.Д., Попова В.И.,
Будалянц Е.О., Сперанский А.В., Абрамова Ю.С., Каевицер Г.А., Жилова Я.Н.,
Панкратова Т.А., Кочетков Ф.Д., Мацур М.А., Пикушин И.С., Кожевникова М.С.,
Пономаренко А.А.

Верстка и дизайн: Засоркина Е.В.

С232 Сборник тезисов призёров научно-практической и научно-теоретической конференций университета 2019-2020 уч.г. / редкол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.В. Меринов, Е.А. Карасева; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 66 с.

Сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студентов с научно-практической и научно-теоретической конференций (13 декабря 2019 г., 13 марта 2020 г.).

Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественнонаучным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам.

Утвержден и рекомендован к печати Научно-плановым советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (Протокол №10 от 11.06.2020)

УДК 61(071)
ББК 5

Блок «Морфологические науки»	5
Артериальные коллатерали селезенки	5
Вариантная анатомия позвоночных артерий	6
MSI-негативные опухоли тела матки	8
Блок «Профилактическая медицина»	10
К вопросу о внезапной смерти и эффективности реанимации на догоспитальном этапе	10
Медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин	11
Анализ эффективности диагностики синдрома Дауна методом пренатального скрининга в Рязанской области	12
Помним ли мы о мукополисахаридозе?	13
Сравнительная характеристика систем медицинского страхования в России и странах мира	14
Промежуточные итоги применения Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации и Рязанской области	15
Использование интернет-ресурсов студентами медицинского вуза при обучении	16
Блок «Психоневрология»	18
Женский оргазм: миф или реальность, природа и смысл	18
Анализ особенностей совладающего поведения пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей	19
Предикторы динамики неврологического статуса при гемодинамически значимых стенозах магистральных артерий шеи	20
Блок «Инфекционные болезни, кожные заболевания и ЗПП»	22
К вопросу ранней диагностики бактериальных менингитов	22
Случай сифилиса у ВИЧ-инфицированного больного	23
Акне: современное состояние проблемы	24
Блок «Стоматология»	26
Перспективы использования стволовых клеток в тканевой инженерии зуба	26
Исследование зависимости коэффициента линейного расширения пломбировочных материалов от температуры	27
Блок «Детские болезни»	29
Оценка информированности родителей о вопросах рационального использования антибактериальных препаратов у детей	29
Нарушения ритма сердца у детей с малыми аномалиями развития сердца	30
Блок «Терапия»	32
Школа сахарного диабета 1 типа	32
СРТ-Д – последний шаг перед трансплантацией сердца	33
Circulus vitiosus... или как разомкнуть порочный круг	34
Результаты комплексного гериатрического обследования пациентов, проходящих лечение в кардиологическом стационаре	35

Борис Евгеньевич Вотчал – главный терапевт фронта (к 75-летию Победы в Великой Отечественной Войне).....	36
Применение ингибиторов ангиогенеза в терапии диабетического макулярного отека....	37
Блок «Акушерство и гинекология»	39
Гиперпролактинемия и репродуктивное здоровье	39
Беременность и артериовенозная мальформация головного мозга: тактика акушера-гинеколога.....	40
Родоразрешение путем операции кесарева сечения в ГБУ РО «Городской клинический родильный дом №1» за 2019 г. Анализ по методике Робсона.....	41
Тактика ведения пациенток с опухолевидными образованиями придатков матки.....	42
Блок «Фармация»	44
Интеграция России в систему международного фармацевтического инспектората.....	44
Определение флавоноидов в надземной части василька синего	45
Влияние полисахарида донника лекарственного на активность транспортера гликопротеина-P in vitro	45
Блок «Фундаментальные дисциплины»	47
Изучение влияния обычных и бактерицидных фильтров на ОМЧ воды разных регионов страны.....	47
Влияние микрофлоры кишечника на формирование поведения человека	49
Распространение и характеристика штаммов сем. enterobacteriaceae, синтезирующих карбапенемазы у здоровых лиц	50
Эргоспирометрическое тестирование для оценки аэробного энергообразования и уровня физической работоспособности.....	51
Определение объёма дыхательных мёртвых пространств методом капноволуметрии ...	52
Функциональная активность гликопротеина-p при беременности в эксперименте	53
Физические аспекты дарсонвализации и область ее применения.....	54
Патологические аспекты повреждающего действия электрического тока. Патофизиологические аспекты	55
Блок «Хирургия»	56
Гранулематоз Вегенера в практике ЛОР-врача.....	56
Случай применения артериального трансплантата в реконструктивной хирургии облитерирующих заболеваний	57
Случай применения преперитонеальной герниопластики у пациента с гигантской двусторонней пахово-мошоночной грыжей (рецидивной слева в 2012 году)	58
Оценка эффективности хирургического метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности	59
Анализ тяжёлых случаев кератитов	60
Предикторы послеоперационного неврологического дефицита при гемодинамически значимых стенозах сонных и позвоночных артерий	61
Современные возможности иммуноонкологии. Применение ингибиторов контрольных точек иммунитета.....	62
Применение методики NOSES в хирургии колоректального рака	64
Применение современных технологий в ургентной хирургии.....	65

Иванов М.И., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой анатомии,
д.м.н., доцент А.В. Павлов

Актуальность. Исследования последних лет показывают, что на данный момент поджелудочная железа является частым местом операционной активности, зачастую специалисты прибегают к легированию селезеночной артерии (a. lienalis). В свою очередь, она является самой крупной артерией для селезенки. Следует также отметить, что она берет свое начало от чревного ствола (truncus coeliacus) и проходит по верхне-заднему краю, в борозде поджелудочной железы.

В современной хирургической практике легирование селезеночной артерии чаще всего не сопровождается удалением селезенки, что с позиции описательной анатомии, представляется интересным.

Цель. Изучение артериально-коллатерального кровотока к селезенке с позиций возможного легирования селезеночной артерии (a. lienalis).

Задачи:

1. На биологическом материале обнаружить основные варианты добавочных артерий к селезенке.
2. Определить топографию основных добавочных артерий к селезенке.
3. Определить вклад добавочных артерий в кровоснабжение селезенки.

Методы и материалы. В данном исследовании материалом служили органокомплексы верхнего этажа брюшинной полости, взятые из коллекции кафедры нормальной анатомии РязГМУ, сосуды инъецировались массой на основе желатина, после чего они подвергались препарированию, выделенные артерии были окрашены акрилом для более яркого контраста. В дальнейшем научным опытом было определено количество сосудов, их топография, а также поперечное сечение. Все препараты представлены в виде наглядного материала (фотографий) с масштабной линейкой, собранные данные были загружены в ПК для дальнейшей обработки измерений. Использовались программы «image j» и «Microsoft Excel» для определения статистически средней величины с погрешностью.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования позволяют определить вклад добавочных артерий в кровоснабжение селезенки и выявить:

Средняя площадь сечения селезеночной артерии = 5,9 мм \pm 0,35 мм

Суммарная площадь сечения добавочных артерий = 5,2 мм \pm 0,1 мм

При этом было установлено: все препараты имеют короткие желудочные артерии (aa. gastricae breves) в количествах от 2 до 4 штук с суммарной площадью сечения 3,05 мм \pm 1,4 мм, что составляет 51,7% от площади сечения селезеночной артерии.

На одном из препаратов были найдены ветви от левой желудочно-сальниковой артерии (a. gastroepiploic sinistra) в количестве 4 штук, присоединенных к нижнему полюсу селезенки. Суммарная площадь сечения составляет 3,35 мм, что является 56,7% от площади сечения селезеночной артерии.

В ходе исследования была обнаружена на одном препарате добавочная артерия, отходящая от поджелудочной железы в количестве 1 штуки, с площадью сечения 1,1 мм. Отсюда следует, что данная ветвь 18,6% от площади сечения селезеночной артерии.

В литературе имеется описание ветвей от поясничных артерий (aa. lumbalis) к селезеночной артерии (a. lienalis), однако на практике она не была обнаружена на биологическом материале.

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что добавочные артерии могут выполнять функцию селезеночной артерии на $88,13 \pm 16,9\%$.

Обсуждения: особый интерес представляет практическое применение знаний дополнительных ветвей кровоснабжения селезенки в хирургии поджелудочной железы. Следует отметить, что для лечения злокачественных новообразований в поджелудочной железе нередко применяется частичная или тотальная панкреатомия. В этом случае надо обратить внимание, что раннее операции по резекции поджелудочной железы сопутствовала и спленэктомия, так как происходило легирование селезеночной артерии. Так как селезеночная артерия является главным источником питания селезенки, то считалось, что она начнет отмирать и это понесет за собой тяжелые последствия для организма.

На данный момент более популярной, является хирургическая операция по резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки, по методике Уоршоу. При данной операции происходит легирование селезеночной артерии, а так как основного источника кровообращения селезенка лишается, происходит развитие коллатерального кровообращения и питание поступает из дополнительных артериальных ветвей. Стоит отметить, при этом размеры селезенки уменьшаются, но она продолжает нормально функционировать.

Выводы:

- Найдены основные добавочные артерии селезенки.
- Определена топография всех найденных добавочных артерий.
- Установлено, что легирование селезеночной артерии с сохранением селезенки является анатомически возможным.

Подытоживая выше сказанное, можно усомниться в проведении спленэктомии по причине нецелесообразности, если для данной операции нет острых показаний.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Захаров А.С., Нозадзе Н.Д., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент О.Е. Гаврикова

Актуальность. Позвоночные артерии (ПА) имеют множество особенностей топографии и часто подвержены стенозам и атеросклерозу. Это вызывает

ишемию в вертебробазиллярном бассейне и развитие большого количества цереброваскулярных заболеваний.

Изучение вариантной анатомии ПА поможет предсказывать развитие таких патологий, облегчит их диагностику и оперативное лечение.

Цель. Изучить возможные варианты топографии ПА и сформулировать их клиническое значение для ангиохирургов.

Материалы и методы. Исследованы МР-томограммы сосудов шеи 16 человек (6 мужчин и 10 женщин) в возрасте 13-62 лет. По классификации VII Все-союзной конференции по возрастной морфологии 1 человек подросткового возраста, 5 – 1-го и 9 – 2-го периода зрелого возраста, 1 – пожилого возраста. Статистика изменений диаметров ПА приводится только для 2-й и 3-й групп. Сначала указаны данные о левой ПА, затем – о правой.

Проанализированы 6 рентгеноангиограмм пациентов 2-го периода зрелого и пожилого возраста, отмечен случай гипоплазии правой ПА.

Результаты и их обсуждение. Выделяют 4 сегмента ПА:

1) V1 – от начала a. vertebralis до вхождения в канал поперечных отверстий шейных позвонков (КПО).

Начинается от верхней (56,25 и 31,25%), верхнезадней (25 и 56,25%) или задней (18,75 и 22,5%) поверхности a. subclavia.

Ход может быть спиралевидным (37,5 и 25%), прямым (31,25 и 25%) или дугообразным (31,25 и 50%).

2) V2 – внутри КПО до выхода из отверстия C2.

Начинается на уровне CVI (81,25 и 75%), CV (12,5 и 18,75%), CIV (по 6,25%) и CVII (из литературы).

Ход может быть прямым (по 64,29%), спиралевидным (по 21,43%) или извитым (по 14,29%).

3) V3 – от выхода из КПО до foramen magnum.

Сегмент V3 содержит от 3-х до 6-ти изгибов, создающих «верхний сифон», имеющий S-образную (50 и 25%), C-образную (6,25 и 25%) или угловатую (43,75 и 50%) формы.

4) V4 – от foramen magnum до начала a. basilaris.

ПА могут располагаться на одной или на разной высоте, а место их слияния в a. basilaris – под medulla oblongata центрально или смещено в сторону).

Имеются данные об изменении диаметров ПА:

1) уменьшается от начала V1 до начала V3;

2) у мужчин шире правая ПА, у женщин – левая;

3) диаметры ПА уравниваются с возрастом за счёт преимущественного расширения левой ПА;

4) в 50% случаев левая ПА шире правой; в 31,5% – наоборот; в 18,5% случаев они одинаковы; возможна гипоплазия одной из ПА.

Клиническое значение вариантов анатомии ПА связано с выбором различных методов оперативных вмешательств при патологиях ПА (резекция структур, сдавливающих ПА; стентирование при атеросклерозе V1 нормальной топографии; пересадка устья V1; предпочтительное шунтирование V3 из-за соседства его с другими важными образованиями и др.).

Выводы:

- 1) ПА имеют много вариантов топографии.
- 2) Аномалии топографии могут стать причиной вертебробазиллярных нарушений (например, синдрома Унтерхарншейдта).
- 3) Знаниями вариантной анатомии необходимо руководствоваться проведении хирургического лечения патологий ПА.

MSI-НЕГАТИВНЫЕ ОПУХОЛИ ТЕЛА МАТКИ

Савчук М.Р., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующая кафедрой гистологии, патологической анатомии и медицинской генетики, д.м.н., доцент Т.М. Черданцева

Актуальность. Рак тела матки – 2-я по частоте злокачественная опухоль женских половых органов.

Среди гистологических типов рака тела матки наиболее часто встречается эндометриоидная аденокарцинома (75-90% всех случаев). При агрессивном течении эндометриоидной аденокарциномы отмечается низкая выживаемость, продление жизни пациенток связано с назначением индивидуального лечения. Одним из современных препаратов, который используется при лечении опухолей тела матки, является пембролизумаб. Назначение этого препарата возможно при наличии микросателлитной нестабильности (MSI), которая выявляется с помощью ИГХ исследования.

Цель. Проанализировать результаты ИГХ исследования на микросателлитную нестабильность у пациенток с аденокарциномой тела матки.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил операционный материал пациентов с эндометриоидной аденокарциномой, которым выполнялась оценка наличия в опухоли микросателлитной нестабильности с использованием иммуногистохимического исследования с антителами к белкам MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 на базе Московской Городской онкологической больницы №62.

Методы:

- Гистологическое исследование;
- иммуногистохимическое исследование.

Результаты и их обсуждение:

- выделено 1000 случаев аденокарциномы тела матки (за 2 года);
- выявлено 20 пациенток, которым проводилось ИГХ на MSI (при назначении исследования учитывалась тяжесть заболевания);
- из них 4 случая MSI-негативных опухолей (утрата как минимум одного маркера при ИГХ исследовании).

Пациентка К., 60 лет, высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома тела матки, с метастазами в лимфоузлы, отдаленными метастазами. При ИГХ выявлена утрата маркера PMS2, что свидетельствует о микросателлитной нестабильности в опухоли.

Пациентка М, 45 лет, низкодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома тела матки согласно гистологическому исследованию. При проведении ИГХ – утрата маркера MSH6, что тоже является показателем микросателлитной нестабильности.

Пациентка Б, 58 лет Рецидив умеренно дифференцированной эндометриоидной аденокарциномы тела матки в малом тазу, с метастазами в лимфоузлы, отдаленными метастазами, прорастанием в стенку тонкой кишки. Утрата маркеров MLH1, PMS2 при ИГХ исследовании.

Пациентка М, 55 лет Низкодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома тела матки. При ИГХ исследовании обнаружена утрата всех маркеров – MLH1, MSH2, MSH6, PMS2.

Выводы. ИГХ исследование MSI является эффективным инструментом диагностики наличия микросателлитной нестабильности у пациенток с эндометриоидной аденокарциномой тела матки. Наличие микросателлитной нестабильности – это возможность применения иммунотерапевтических препаратов для улучшения терапевтического эффекта.

К ВОПРОСУ О ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Филимонова Е.И., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующая кафедрой медицины катастроф и скорой медицинской помощи, к.м.н., доцент Н.В. Шатрова

Актуальность. Отсутствие официальных статистических данных и крупных многоцентровых исследований по поводу внезапной сердечной смерти в нашей стране не позволяет оценить истинные масштабы этой проблемы, однако по расчетным данным ежегодно в РФ внезапно погибает около 200-250 тыс. человек. Особую актуальность приобретает изучение этого вопроса у лиц трудоспособного возраста.

Цель. Изучение и сравнение распространенности внезапной сердечной смерти (ВСС) в г. Рязани и оценка эффективности реанимации на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Анализ карт вызова ГКССМП г. Рязани (Учетная форма №110/у) за 2019 год по поводу внегоспитальной остановки сердца и структуры внезапной сердечной смерти и эффективности реанимации с данными литературы (в других регионах и за рубежом).

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период зарегистрировано 3322 смерти; на долю внегоспитальной остановки сердца пришлось 165 случаев, что составило 5,1% в структуре общей смертности. Показатель распространенности ВСС рассчитан на 540 069 человек населения г. Рязани и определен как 31 на 100 тыс. населения, в Москве 115, в Новосибирске – 114, в европейских странах и США – 10-20 на 100 тыс. населения.

77% внезапных смертей наступает в домашних условиях, 14%- на улице или в публичном месте и около 9% – в машине СМП.

Средний возраст наступления ВСС – $46,4 \pm 9,2$ года, у мужчин в 3,4 раза чаще, чем у женщин.

Случаи оживления на фоне проводимых реанимационных мероприятий составили 17 случаев из 165 или 3 случая на 100 тыс. человек. То есть, успешность реанимации составила 10,3% (в среднем по России – 14%, в Европе – 29%). В г. Рязани количество эпизодов реанимации свидетелями среди всех случаев выполнения СЛР составило лишь 4% (6 человек). В то же время за рубежом участие очевидцев в СЛР по некоторым данным может превышать 50%.

При проведении опроса среди работников диспетчерской службы СМП г.Рязани, мы выяснили, что они не оказывают какую-либо консультативную помощь по выяснению состояния пострадавшего и необходимым мерам его улучшения.

В Европе и США диспетчерской службой предоставляются инструкции по СЛР в среднем в 30% случаев, тогда как в нашей стране такой подход не практикуется.

Выводы. Распространенность ВСС в г. Рязани ниже, чем в других регионах и выше, чем в развитых зарубежных странах. Внезапная сердечная смерть среди мужчин встречается значительно чаще. Реанимация при ВСС в г.Рязани являлась эффективной в 1 из 10 случаев, что существенно ниже, чем за рубежом. Одним из условий повышения ее эффективности можно считать более активное и грамотное проведение базовой СЛР очевидцами, в том числе с применением дефибриллятора.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Боботина Н.А., 4 курс, медико-профилактический факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.В. Чвырева

Актуальность. Несмотря на активную политику нашего государства по стимуляции процесса рождаемости, естественный прирост населения все еще отрицательный. Одной из причин является рост заболеваемости репродуктивной системы среди женского населения.

В 2004 г. была принята первая глобальная стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья (РЗ).

Цель. На основании анализа литературных источников изучить ведущие медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин (РЗЖ).

Задачи.

1. Оценить медицинские факторы, оказывающие влияние на РЗЖ.
2. Исследовать значение социальных факторов при оценке РЗЖ.
3. Разработать мероприятия по профилактике заболеваний репродуктивного здоровья девочки-подростка (РЗД).

Материалы и методы. Статистический метод: сбор, обработка, анализ информации.

Результаты и их обсуждение:

В работе нами были проанализированы данные о РЗЖ РФ с 2014 по 2018 гг. Число беременностей снизилось практически на 90 000 чел. Число родов уменьшилось на 18,1%, а родов в срок – на 18,5%; доля абортов – на 12,6%.

Удельный вес женщин, страдающих отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами за анализируемый период уменьшился на 8,2 %.

Число женщин с расстройствами менструального цикла увеличилось на 2,2%.

Уровень осложненных родов, родов с аномалиями родовой деятельности снизился на 21,1%, привело к уменьшению уровня кесаревых сечений на 25,5% и снижению уровня заболеваемости новорожденных на 4,5%.

Значительная часть проблем и вопросов в сфере РЗЖ возникает в связи с низким уровнем информированности населения.

Ведущее влияние на РЗЖ оказывает такой фактор, как «отношение к здоровью».

Еще одним фактором является образ жизни, под которым, по мнению Р.В.

Рывкиной, понимается «устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экологических условиях способ жизнедеятельности человека».

В современном мире возможно прогнозирование нарушений РЗД. Так выделяют низкий, средний и высокий риски.

К профилактикам нарушений РЗД можно отнести первичную (санитарно-гигиенические мероприятия), вторичную (прогностические и диагностические мероприятия) и третичную (оздоровление и динамическое наблюдение).

Выводы:

1. Состояние РЗЖ характеризуется такими особенностями:

- удельный вес беременных, страдающих отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами;

- доля абортов;

- уровень осложненных родов, родов с аномалиями родовой деятельности;

- уровень кесаревых сечений;

- уровень заболеваемости новорожденных.

2. Наиболее важными факторами при изучении РЗЖ с точки зрения социологии являются информированность, репродуктивные установки, отношение к РЗ и поведенческие стратегии относительно взаимодействия с МО и врачами.

3. Мероприятия по профилактике заболеваний РЗД следует проводить исходя из трех классов прогнозирований нарушений РЗ в направлении первичной, вторичной и третичной профилактики.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА МЕТОДОМ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Назимова Е.Ю., 4 курс, медико-профилактический факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент Г.И. Якубовский, ассистент Е.И. Шумская

Актуальность. Ежегодно в Рязанской области регистрируется более 150 случаев рождения детей с врожденными пороками развития и хромосомными аномалиями. Благодаря программе комбинированного пренатального скрининга, большинство из них выявляется во время беременности. В диагностическом плане самой сложной трисомией является синдром Дауна из-за полиморфизма клинической картины и наличия случаев, протекающих в пренатальном периоде бессимптомно.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование по базам данных программы пренатального скрининга Astraia, мониторингу врожденных пороков развития у новорожденных и данным цитогенетической лаборатории медико-генетической консультации за период с 2014 по 2018 гг.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа данных за 5 лет по Рязанской области выявлено планомерное повышение охвата комбинированным пренатальным скринингом женщин в I триместре. Процент обследованных составлял 83% в 2014 г. и уже 92% в 2017-2018 гг. Ежегодно, в среднем 170 женщин имели

показания к инвазивной диагностике (высокий риск хромосомной патологии плода) и были направлены на проведение пренатального кариотипирования. Из них хромосомная патология подтверждена в 18% случаев (международный стандарт составляет 15% и более). В структуре хромосомной патологии ведущее место занимает синдром Дауна, свыше 50%, внутриутробно диагноз установлен в 90 случаях. За 5 лет в Рязанской области зарегистрировано 38 живорождённых детей с трисомией по хромосоме 21, причем в двух случаях диагноз был поставлен пренатально. Не проходили пренатальную диагностику 15 человек из-за поздней постановки на учет. В 9 случаях беременные были обследованы, установлен высокий риск трисомии 21 (более 1:100), но от дальнейшей инвазивной диагностики получен отказ. 12 женщин прошли пренатальный скрининг, показаний к инвазивной диагностике не выявлено (четверо попали в группу среднего риска, остальные – низкого), при кариотипировании детей у троих диагностированы мозаичные формы, что сглаживает клиническую картину и затрудняет постановку диагноза. При этом биохимические показатели (свободная субъединица β -ХГЧ и РАРР-А) в большинстве случаев имели характерные отклонения, доказывая высокую чувствительность метода. Наличие изменений маркеров материнской сыворотки крови является показанием для проведения повторного экспертного УЗИ с оценкой большего количества ультразвуковых факторов.

Выводы. Комплексный пренатальный скрининг обеспечивает успешную диагностику хромосомной патологии и врожденных пороков развития при своевременной постановке беременных на учет и выполнении пренатального кариотипирования.

ПОМНИМ ЛИ МЫ О МУКОПОЛИСАХАРИДОЗЕ?

Дармограев Д.А., Староческуль Е.И., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.В. Федина

Актуальность. Мукополисахаридозы (МПС) группа редких (орфанных) заболеваний, в основе которых лежит генетически детерминированная недостаточность того или иного лизосомального фермента, отвечающего за метаболизм гликозаминогликанов. Последние накапливаются в клетках тканей различных органов, приводя к нарушению функционирования практически всех систем организма, постоянной прогрессии заболевания и высокой степени инвалидизации. Манифестация клинических проявлений начинается со второго полугодия жизни, характеризуясь клиническим полиморфизмом: лицевым дизморфизмом, «гаргоилизмом», дизостозами и контрактурами, гепатоспленомегалией, сердечно-сосудистыми аномалиями, катарактой, респираторными и неврологическими нарушениями.

В РФ в настоящее время зарегистрировано около 250 детей с различными типами МПС, в Рязанской области за последние 25 лет наблюдалось 5 детей. Средние сроки диагностики данного заболевания составляют 3-4 года, что влечет за собой позднее начало специфической ферментотерапии, приводя к прогрессии заболевания, снижению качества жизни и ранней летальности.

Цель. Демонстрация случая редкого орфанного заболевания.

Материалы и методы. Представлен клинический случай ребенка с диагностированным в 2019 г. МПС 1 типа, синдром Гурлера.

Результаты и обсуждение. Мальчик М., 3 г. 3 мес., проживает в Рязани, от 2 беременности, роды 2-е, путем кесарева сечения, вес 3950 г, рост 55 см, по Апгар 7/8 баллов. У старшего брата 11 лет – мастоцитоз. С раннего возраста отмечались характерные фенотипические признаки: большая голова, широкая переносица, затрудненное шумное носовое дыхание, 2-х сторонняя паховая грыжа, затем пупочная, задержка моторного развития, с 1,5 лет появилась тугоподвижность суставов, деформация позвоночника, в 3 года выявлена дистрофия роговицы. Ребенок наблюдался различными специалистами, однако подозрение на генетическое заболевание возникло только в 3 года. В июне 2019 г. обследован в ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ России, выявлена повышенная экскреция гепарансульфата и дерматансульфата с мочой, снижение уровня идуранидазы, выставлен диагноз мукополисахаридоз I типа, синдром Гурлера, назначена пожизненная заместительная ферментотерапия препаратом «Альдуразин», планируется проведение трансплантации стволовыми клетками. Ввиду поздней диагностики и относительно позднего начала ферментотерапии прогноз неблагоприятный.

Несмотря на редкость заболевания, врачам любой специальности необходимо помнить о МПС, внешний вид детей при котором настолько специфичен, что даже получил название «коридорный диагноз». К сожалению, лишь 11% врачей первичного звена ставят этот диагноз. Между тем, прогрессия заболевания вызывает необратимые изменения и в первую очередь неврологические.

Выводы. Мукополисахаридоз – заболевание с полиморфизмом клинических проявлений. Врач любой специальности может заподозрить МПС на основании специфических фенотипических проявлений. Ранняя диагностика дает возможность назначения ферментотерапии и улучшения качества жизни ребенка при некоторых видах МПС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И СТРАНАХ МИРА

Демченко М.А., Дыльдина А.О., 4 курс, медико-профилактический факультет

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

Актуальность. В настоящее время медицинскому страхованию отводится особое внимание среди видов социального страхования. Качественный и количественный анализ различных преимуществ и недостатков медицинской отрасли является основой исследования глобальных трендов развития здравоохранения.

Цель. Проанализировать особенности медицинского страхования в РФ и странах мира.

Материалы и методы. Нормативные документы, труды российских и зарубежных авторов по вопросам медицинского страхования.

Метод исследования: аналитический.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время все существующие системы медицинского страхования сводят к трем основным:

Первая модель характеризуется предоставлением медицинской помощи за счет самого потребителя. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком, берет на себя государство путем финансирования общественных программ медицинской помощи. Доля расходов ВВП на здравоохранение в США (2018 г.) составляет 16,9%, из которых 14,3% – финансирование специальных программ. Показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи в 2017 г. составил 54%.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Финансирование осуществляется из госбюджета, а рынку отведена второстепенная роль. Эта модель наиболее ярко представлена в Великобритании, потратившая на здравоохранение в 2018 г. 9,8% ВВП, из них на финансирование ОМС 7,8%. Удовлетворенность качеством медицинской помощи среди населения в 2017 г. составила 57%.

Третья модель опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий. Германия, как пример данной системы, в 2018 г. расходовала на здравоохранение 11,2% ВВП, 9,5% из которых – ОМС. В 2017 г. показатель удовлетворенности медицинской помощью составил 70%.

В России в настоящее время осуществляется переход от государственной модели медицинского страхования к социально-страховой. В 2018 г. отмечен следующий показатель доли ВВП, расходуемой на здравоохранение – 3,3%, из которых 2,6% государство тратит на ОМС. Удовлетворенность медицинской помощью среди населения – 39,9%.

На примере ведущих стран можно сформулировать положительные аспекты эффективных моделей систем страхования: инструменты доступности медицинской помощи для малообеспеченных; система распределения финансирования; усиление системы мотивации медицинских сотрудников.

Вывод. Планомерное изучение мировых достижений в области медицинского страхования позволяет использовать накопленный опыт для его развития в России.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ИТОГИ ПРИМЕНЕНИЯ СТРАТЕГИИ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Борычева О.А., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: старший преподаватель А.Ю. Ефратов

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий умирает около 1,35 миллиона человек.

Дорожно-транспортные травмы являются основной причиной смерти детей и молодых людей в возрасте 15-29 лет.

Дорожно-транспортные происшествия обходятся большинству стран в 3% их валового внутреннего продукта.

Россия занимает одно из лидирующих мест среди стран со средним и высоким доходом по количеству смертей в результате дорожно-транспортных происшествий.

Повышение безопасности дорожного движения, направленное на сохранение жизни, здоровья и имущества граждан Российской Федерации, является одним из приоритетных направлений государственной политики.

В течение последнего десятилетия работа по повышению безопасности дорожного движения в Российской Федерации осуществлялась на программно-целевой основе, которая реализуется через «Стратегию безопасности дорожного движения в Российской Федерации».

Цель. Проанализировать статистику ДТП в Российской Федерации и Рязанской области в период 2016-2019 гг. и подвести промежуточные итоги применения Стратегии безопасности дорожного движения на примере России и Рязанской области.

Материалы и методы. В ходе работы было проанализировано количество дорожно-транспортных происшествий, представленное на официальном сайте ГИБДД в период 2016-2019 гг. и текст «Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации».

Результаты и их обсуждение. В период с 2016 по 2019 гг. количество погибших в результате дорожно-транспортных происшествий в РФ снизилось на 35%, в Рязанской области на 25%.

В период с 2016 по 2019 гг. количество погибших пешеходов в результате ДТП в РФ снизилось на 25%, в Рязанской области не снизилось.

В период с 2016 по 2019 гг. количество пострадавших в результате ДТП в РФ снизилось на 2,5%, в Рязанской области на 18%.

Выводы. В период реализации Стратегии безопасности дорожного движения количество дорожно-транспортных происшествий на территории Российской Федерации снизилось на 23%, а в Рязанской области – на 40%; число погибших – на 35% в РФ и на 25% в Рязанской области; число пострадавших – на 2,5% в РФ и на 18% в Рязанской области.

Исходя из ранее озвученных цифр, можно судить об эффективности мер и мероприятий, реализуемых в рамках Стратегии безопасности дорожного движения на территории РФ и Рязанской области.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПРИ ОБУЧЕНИИ

Колобаев Г.Ю., Симонов И.Ю., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: старший преподаватель Н.В. Дорошина

Актуальность. Интернет – это доступность практически всей информации в любую секунду, необъятное хранилище, которое используется

повсеместно. Использование интернет-ресурсов в образовательных целях ни у кого не вызывает сомнений.

Цель. Изучить вопрос об использовании интернета для обучения студентами нашего медицинского университета.

Материалы и методы. Были опрошены 90 студентов 1 и 2 курса лечебного, медико-профилактического и факультета клинической психологии (преимущественно 1 курса лечебного факультета). Информация собиралась с помощью разработанной анкеты-опросника в сервисе Google. Анкета составлялась опытным путем и содержала интересующие нас вопросы. Это значительно облегчило сбор данных и способствовало нашей работе.

Результаты и их обсуждение. В результате нашего исследования мы сделали вывод, что интернет является неотъемлемой частью жизни студента как в обычные будние дни, так и в процессе образования. Многие студенты имеют значительный опыт работы в Интернете и используют его для большей части своей академической работы. Вместе с тем, выявлены некоторые особенности использования интернет-ресурсов студентами:

- большинство студентов предпочитают мобильные устройства (96%);
- при подготовке к занятиям часто используется интернет (91%);
- нет конкретных сайтов, используют ключевые слова для поиска. Иностранные сайты не используются;
- знают про электронную библиотеку студентов (12% используют постоянно, 45% – иногда);
- взаимодействие с преподавателями через сеть (общения лишь 5% ответили отрицательно);
- интернет необходим при обучении (75%);
- на кафедрах нашего университета не всегда говорят об использовании Интернет-ресурсов, но в большинстве случаев его рекомендуют к использованию (да – 40%, частично – 45%);
- для быстрого взаимодействия при обучении студентов используются социальные сети.

Целевое использование интернет-ресурсов в обучении студенты выбирают для себя самостоятельно. По мере работы в сети расширяются возможности поиска нужной информации и использования того или иного сервиса.

Выводы. Интернет-ресурсы предоставляют возможность выбора различного рода информации: базовая информация, базы данных ведущих библиотек, музеев, научных журналов, сайты профессиональных сообществ, специализированные программы бесплатного доступа и другие. По ходу усовершенствования технологий и развития программ обучения, обучающимся будет легче и удобнее запоминать информацию. В связи с этим использование различных интернет-ресурсов студентами в процессе будет постоянно усиливаться.

ЖЕНСКИЙ ОРГАЗМ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ, ПРИРОДА И СМЫСЛ

Парамонова Ю.А., Николаева А.В., Филиппенко А.И., 6 курс, лечебный факультет

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

Актуальность. Лишь в последние годы наука стала заниматься вопросами поиска приносящего удовольствие секса. Но все еще остается множество вопросов в данной области. Недостаточное внимание к данной проблеме связано в первую очередь с особой деликатностью вопроса. Но никто не станет отрицать, что вопрос отсутствия оргазма волнует людей.

Цель. Изучить распространенность и качественные характеристики оргазма у современных женщин

Задачи. Оценить количество современных женщин, испытывающих и не испытывающих оргазм, качественные и количественные спецификации оргазма у женщин и особенности его достижения женщинами в настоящее время, исследовать его значение для качества жизни.

Материалы и методы. Был создан оригинальный сексологический опросник для женщин, отдельный блок которого был посвящен качественным и количественным характеристикам оргазма. Опросник прошли 1246 женщин. Средний возраст респондентов – $23 \pm 2,7$ лет.

Результаты и их обсуждение. Испытывали оргазм 84% опрошенных женщин. Сложности с получением оргазма в прошлом отмечали 66% из них. Возраст первого получения оргазма (в результате мастурбации): от 3 до 5 лет – 4%, от 6 до 8 лет – 7%, от 9 до 12 лет – 19%, от 13 до 16 лет – 35%, в 17 лет и старше – 27%, никогда не достигала оргазма при мастурбации – 8%. Во время каждого полового акта оргазма достигают – 21%, 41% в большинстве случаев, в 38% – иногда. Частота половых актов не влияет на способность достигать оргазма у 54%, у пятой части респонденток – увеличение частоты облегчает разрядку, у такой же части – затрудняет. 73% опрошенных легче получают оргазм во время мастурбации, оставшаяся часть – во время секса. Наиболее яркие ощущения по мнению 58% респонденток вызывает клиторальный оргазм, 38% таковым считают вагинальный, оставшиеся 4% – анальный. Кстати, 10% опрошенных испытывали оргазм при анальном сексе. Серия оргазмов (мультиоргазм) была знакома 26%. Какое максимальное количество оргазмов один половой акт: один – 38%, два – 32%, 3-5 – 24%, 6-10 – 6%. Во время опьянения не испытывали оргазм 55% женщин, испытывавших его ранее, у 18% – он был ярче, у 13% – хуже.

Выводы. На основании полученных нами данных стало ясно, что необходимо продолжать дальнейшее изучение сексуальной жизни женщин, развивать сексологию, как науку, и совершенствовать сексологическую помощь женщинам.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Афанасьева А.Э., 4 курс, факультет клинической психологии

Научный руководитель: заведующая кафедрой клинической психологии к.психол.н., доцент А.Г. Фаустова

Актуальность. Атеросклероз нижних конечностей – распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, при запущенности которого единственным решением выступает ампутация, затрагивающая все сферы жизнедеятельности личности.

Вопрос адаптации данных пациентов является недостаточно изученным, и дальнейшая его разработка послужит построению наиболее эффективной программы работы с данной категорией пациентов.

Цель. Выявление взаимосвязи в использовании общих стратегий совладающего поведения и стратегий, связанных с изменением внешности у пациентов с ампутацией нижних конечностей.

Описание выборки: выборку составили 20 пациентов с ампутацией нижних конечностей в результате атеросклероза (13 мужчин, 7 женщин). Средний возраст – $67,35 \pm 9,2$.

Материалы и методы:

1. «Преодоление трудных жизненных ситуаций» (W. Janke, G. Erdmann).
2. «Ситуативная неудовлетворенность телом (SIBID)» (T. Cash).
3. «Шкала оценки влияния травматического события» (M. J. Horowitz).
4. «Копинг-тест телесного образа» (T. Cash).
5. Методы статистической обработки.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные позволяют разделить пациентов на группы в зависимости от отношения к собственной внешности и использования общих копинг-стратегий. У пациентов, принимающих свой измененный облик, контроль собственного поведения ($r=0,556$), вероятно, связан с нежеланием внести дискомфорт в отношения с окружением. Часть пациентов избегает травматических ситуаций ($r=0,729$), несмотря на принятие своего измененного облика (можно предположить феномен отрицания).

Для пациентов с негативным отношением к собственной внешности характерно и вторжение ($r=0,489$), и избегание ($r=0,468$). Факт травматизации глобально влияет на сознание пациента, что является причиной сновидений, наплывов мыслей и эмоций, напоминающих о лишении конечности.

Среди пациентов со стремлением к исправлению внешности встречаются возбудимые ($r=0,481$) и с тенденцией к самоконтролю ($r=0,458$). Вероятно, для первых ситуация операции выступает в качестве своеобразного «вызова», который необходимо принять и исправить дефект.

Пациенты со стремлением избегать контактов в силу внешних изменений стараются компенсировать отсутствие общения посредством обращения к

эмоционально-позитивному опыту ($r=0,529$) или в качестве отвлечения используют техники психомышечной релаксации ($r=0,472$).

Выводы. Выявлены корреляции между общими копинг-стратегиями и стратегиями, используемыми в ответ на стресс, связанный с внешностью, что позволит разработать реабилитационную программу для пациентов на основании используемых копинг-стратегий с учетом возрастных особенностей. Используемые методические приемы можно перенести на другие возрастные периоды в совокупности с различной нозологией, что позволит выявить наиболее значимые направления клинико-психологической работы.

ПРЕДИКТОРЫ ДИНАМИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗАХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ШЕИ

Зайцев А.Д., 5 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент О.В. Евдокимова, д.м.н., доцент Р.А. Зорин

Актуальность. Гемодинамические значимые стенозы магистральных экстракраниальных артерий являются одним из патогенетических механизмов ишемического инсульта. Актуальность гемодинамических ишемических инсультов определяется вовлечением больших сосудистых бассейнов, грубой инвалидизацией и риском летального исхода у пациентов. Наиболее эффективным методом профилактики и лечения острого и хронического нарушения мозгового кровообращения у пациентов с транзиторным либо стойким неврологическим дефицитом являются операции на сонных и позвоночных артериях. Предикторами краткосрочного и долгосрочного прогноза динамики неврологической симптоматики при гемодинамически значимых стенозах магистральных артерий шеи являются сопутствующая сосудистая патология, нарушение ауторегуляции мозгового кровообращения, степень стеноза сонных и позвоночных артерий, показатели гемостаза, системные нарушения гемодинамики, степень нарушения липидного обмена. При этом прогностические технологии должны учитывать сложные нелинейные отношения между данными предикторами, что может быть реализовано при помощи технологии машинного обучения.

Цель. Изучить предикторы развития неврологического дефицита у оперированных пациентов с гемодинамически значимым стенозом внутренних сонных и позвоночных артерий на основе комплексного обследования и технологий машинного обучения.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим стенозом магистральных сосудов шеи и головы. Все пациенты были оперированы: в 34 случаях выполнена каротидная эндартерэктомия, в 15 случаях редрессация позвоночной артерии. Пациентам выполнялось ультразвуковое исследование и доплерография сосудов шеи и головы, ультразвуковое исследование сердца, стандартное исследование электрокардиограммы по 12 отведениям, оценивались показатели гемостаза,

биохимические факторы риска развития нарушений мозгового кровообращения: уровень гликемии и холестерина крови.

Результаты и их обсуждение. На основе оценки неврологического статуса, данных нейровизуализации и анамнеза пациенты были разделены на 2 группы: с ишемическим поражением головного мозга и неврологическим дефицитом и без соответствующих нарушений. Была создана искусственная нейронная сеть, классифицирующая пациентов в данные группы на основе показателей гемодинамики в магистральных сосудах шеи и головы, данных клиничко-лабораторного обследования и систолической функции сердца. Выявлена закономерность между нарушениями магистрального кровотока в вертебробазиллярном бассейне и развитием неврологического дефицита. Среди высоко значимых показателей особый интерес представляют показатели гемостаза, характеризующие тенденцию к гиперкоагуляции; а также показатели системной гемодинамики, определяющиеся насосной функцией сердца. Меньшую значимость имела степень стеноза сонных артерий.

Выводы. Наиболее значимыми предикторами неврологического дефицита являются нарушения кровотока в вертебробазиллярном бассейне, показатели гемостаза и характеристики насосной функции сердца. Технологии прогнозирования на основе машинного обучения позволяют достаточно эффективно прогнозировать формирование неврологического дефицита у пациентов с гемодинамически значимым стенозом магистральных сосудов шеи.

БЛОК «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЗПП»

К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ

Батулина А.Р., Пономарева О.В., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.А. Карасева

Введение. Бактериальные менингиты (БМ) являются одними из самых важных заболеваний среди нейроинфекций. Ежегодно по данным ВОЗ в мире регистрируется более 1 млн. больных БМ, около 150 тысяч больных умирают. Летальность без лечения практически достигает 100%. Исход БМ зависит от своевременно начатой этиотропной терапии.

Цель. Определить значимые признаки для ранней диагностики бактериальных менингитов по клинике, данным люмбальной пункции и анализов крови.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 32 историй болезни пациентов с менингитами различной этиологии, для статистического анализа данных использовались программы Microsoft Office Excel 2016 и Statistica 10.

Результаты и их обсуждение:

Пациенты с гнойными менингитами (21 человек) имели схожую возрастную-половую структуру с группой пациентов с серозными менингитами (11 человек).

Поздняя госпитализация наблюдалась почти в половине случаев и при серозных (50%), и при гнойных менингитах (45,45%). При этом, больший процент госпитализации в первые сутки выявлен при серозных менингитах (20%), в сравнении с гнойными (4,55%).

Для проведения ранней дифференциальной диагностики между гнойными и серозными менингитами мы оценивали такие клинические признаки, как нарушение сознания, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, и такие лабораторные параметры, как цитоз ликвора (кл/мкл), количество нейтрофилов в ликворе (%), лейкоциты крови ($\times 10^9$ кл/л).

Сам факт нарушения сознания уже является серьезным признаком в пользу ГМ ($p < 0,05$). На 28% чаще при ГМ были положительны менингеальные симптомы.

Путем статистических расчетов (анализ четырехпольных таблиц) нами выявлено:

1. Цитоз более 150 кл/мкл является достоверным признаком, говорящим в пользу БМ (точный критерий Фишера – 0.01255, $p < 0,05$)

2. Количество нейтрофилов более 30%, является значимым параметром за гнойный менингит (точный критерий Фишера – 0.02419, $p < 0,05$).

3. Лейкоциты крови более 10×10^9 кл/л уже могут свидетельствовать о бактериальном менингите, поэтому такое количество лейкоцитов не исключает его (точный критерий Фишера – 0.01870, $p < 0,05$).

В таблице 1 представлен чек-лист при осмотре пациента с подозрением на гнойный менингит.

Таблица 1

**Чек-лист при осмотре пациента с подозрением на ГМ
в приемном отделении**

Клинические признаки	
1. нарушение сознания	да/нет
2. ригидность затылочных мышц	да/нет
3. симптом Кернига	да/нет
Лабораторные признаки	
4. лейкоциты крови ($\times 10^9$ кл/л)	Более 10×10^9 кл/л (да/нет)
5. цитоз ликвора (кл/мкл)	Более 150 кл/мкл (да/нет)
6. количество нейтрофилов в ликворе (%)	Более 30% (да/нет)

При этом 2 «да» из клинических признаков, 1 «да» из лабораторных – это уже возможно ГМ, и требуется назначение эмпирической антибиотикотерапии. В дальнейшем, после полного исследования ликвора (бактериоскопия, посев, определение чувствительности штамма к антибиотикам) будет уточнена ее целесообразность и будут определены конкретные препараты.

Выводы. Наше исследование показало, что диагностика бактериальных менингитов должна проводиться комплексно, при этом осмотр больного и минимальный набор лабораторных исследований (цитоз ликвора, количество нейтрофилов в ликворе, лейкоциты крови) вполне достаточны для оценки риска возможности бактериального менингита и, следовательно, назначения антибактериальной терапии в кратчайшие сроки.

СЛУЧАЙ СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО БОЛЬНОГО

Егорова Е.А., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент С.А. Косорукова

Актуальность. Инфекции, передающиеся половым путем, нередко сосуществуют параллельно друг с другом, поэтому при половом контакте возможно заражение сразу несколькими заболеваниями. Сочетание ВИЧ-инфекции и сифилиса – неблагоприятно. На фоне глубокого иммунодефицита сифилис меняет клиническую картину и протекает более агрессивно.

Цель. Выяснить влияние инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, на клинические и серологические проявления сифилиса.

Материалы и методы. Больной Р., 40 лет. В анамнезе употребление инъекционных наркотиков, ВИЧ-инфекция. Находится на диспансерном учете в центре профилактики и борьбы со СПИДом с 2009 года. Объективно: кожный процесс носит распространенный, воспалительный характер. На коже груди и живота множественные пятнистые высыпания бледно-розового цвета размером до 0,5 см округлых очертаний. Половой член в состоянии фимоза. На теле полового члена – папулы розового цвета до 0,5 см в диаметре. Лимфатические

узлы увеличенные, плотные, безболезненные, не спаянные с кожей и между собой. После разрешения явления фимоза по венечной борозде и на внутреннем листке крайней плоти множественные папулы на тонкой ножке цвета кожи.

Результаты и их обсуждение. RW 4+, РПГА 3+, ИФА IgG положительный КЛ = 4,41, ИФА IgM положительный КЛ = 4,34, антитела к ВИЧ 1-го и 2-го типа методом ИФА в сыворотке крови – положительный результат. Клинический диагноз: Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция. Аногенитальные бородавки. Лечение: Проккаи́н пеницилли́н 1200 ЕД/сут. в/м 28 дней. Клиническая динамика: Исчезновение розеолезной сыпи на 3 сутки; разрешение фимоза на 14 сутки; лимфатические узлы уменьшились в размерах незначительно. Серологической динамики нет. Пациент выписан под наблюдение дерматовенеролога в центр профилактики и борьбы со СПИДом.

Выводы. Клинические проявления сифилиса на фоне иммунодефицита отличаются тяжестью, атипией, и являются генерализованными. Серологические проявления отличаются преобладанием максимальной позитивности серологических реакций. После проведенного лечения, серологическая картина осталась без изменений.

АКНЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кантутис С.С., Слепцова М.А., 4 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.П. Ермошина

Актуальность. Акне является наиболее распространенной патологией в дерматовенерологии. Течение акне сопровождается появлением различных косметически значимых вторичных изменений кожи (рубцов), которые могут сказываться на качестве жизни пациента, его психоэмоциональном состоянии. Поиск высокоэффективных средств и методов терапии акне остается важной проблемой.

Цель. Оценить эффективность изотретиноина у больных тяжелыми формами акне.

Материалы и методы. Нами проводился анализ 20 амбулаторных карт пациентов с акне средней (у 2) и тяжелой степени тяжести (у 18). Среди них -12 мужчин и 8 женщин в возрасте от 18 до 22 лет. Длительность заболевания у пациентов варьировала от 4 до 8 лет. У 18 пациентов была выявлена наследственная предрасположенность к акне. Раннее пациенты получали разнообразную современную наружную терапию, с незначительным эффектом у 7 пациентов (35%) и отсутствием эффекта у 13 (65%). До начала лечения изотретиноином, через 1 и 3 месяца после его начала изучались биохимические параметры крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ) аспаргатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза, триглицериды, холестерин, креатинин. Отклонений от нормы не выявлено. Изотретиноин назначали из расчёта в суточной дозе 0,5 мг/кг массы тела. У большинства пациентов суточная доза равнялась 30 мг. Длительность терапии варьировала от 6 до 9 месяцев в зависимости от клинической формы заболевания и времени набора суммарной курсовой дозы препарата. Все пациентки использовали

эффективный способ контрацепции (двойной метод контрацепции) за месяц до планируемой терапии, во время терапии изотретиноином и в течение 2 месяцев после окончания терапии с целью исключения тератогенного действия препарата. По общепринятым в дерматологии критериям оценили клиническую и общую эффективность препарата Изотретиноин. Критерии клинической эффективности препарата: уменьшение салоотделения, снижение комедонообразования, регресс элементов, динамика поствоспалительных изменений. Оценка общей эффективности лечения производилась по общепринятым в дерматологии критериям: клиническое выздоровление – полный регресс клинических проявлений дерматоза, улучшение – разрешение кожного процесса более чем на 50%, без эффекта – отсутствие динамики кожного процесса к концу курса лечения.

Результаты и их обсуждение. Клиническое выздоровление было отмечено у 18 (90%) пациентов, улучшение – у 2 (10%), без эффекта – не зарегистрировано.

У пациентов наблюдались умеренно выраженные побочные эффекты: хейлит (у 90% пациентов) и ретиноидный дерматит (у 50% пациентов). С одной стороны, они являются побочными эффектами, а с другой стороны, критерием правильно подобранной дозы и устраняются эмолентами.

Выводы:

1. Изотретиноин является наиболее патогенетически обоснованным и высокоэффективным лекарственным средством для лечения среднетяжелых и тяжелых форм акне (клиническое выздоровление достигнуто у 90%, улучшение – 10% пациентов).

2. Результаты лечения изотретиноином зависят от правильно подобранной дозы препарата и длительности терапии.

3. Переносимость лечения у всех больных оставалась хорошей, случаев значимых побочных эффектов не наблюдалось.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ТКАНЕВОЙ ИНЖЕНЕРИИ ЗУБА

Курякин В.В., 3 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.А. Лавренюк

Актуальность. В настоящее время устойчивым трендом медицины становятся здоровьесберегающие технологии, регенеративные методы, а также малоинвазивные технологии. Традиционные методы лечения, устраняя дефект в зубе, блокируют его возможность к самовосстановлению. Однако известно, что зуб способен к регенерации, одним из примеров которой является образование третичного дентина. Следовательно, изучение механизмов регенерации зуба позволит разработать новые методы лечения, базирующиеся на принципах регенеративной медицины.

Цель. Изучить роль стволовых клеток в тканевой инженерии зуба.

Материалы и методы. При исследовании данных литературы были рассмотрены такие методы, как клеточно-тканевая рекомбинация, состоящая из 5 этапов: 1) выделение зачатка зуба, 2) выделение из него эпителиальных и мезенхимальных клеток, 3) рекомбинация обоих пулов клеток, 4) перенос рекомбинированного зачатка зуба *in vivo* в субренальную капсулу или *in vitro* в культуральную среду; 5) перенос зачатка в лунку; технология клеточных пластов (основана на том, что одонтогенез запускает инвагинация пласта эпителиальных клеток в пласт мезенхимальных); технология клеточной компартиментализации, состоящая из 4 этапов: 1) выделение зачатка зуба, 2) выделение из него эпителиальных и мезенхимальных клеток, 3) внесение клеток в каплю коллагена так, чтобы мезенхимальные клетки охватывали эпителиальные, имитируя стадию почки, 4) трансплантация рекомбинированного зачатка зуба в условия *in vivo* в субренальную капсулу до формирования биоинженерного зуба; технология биоинженерных зубных комплексов, заключающаяся в создании биоинженерного комплекса, состоящего из зрелого зуба, периодонтальных связок и альвеолярной кости, а затем перенос комплекса в лунку; использование iPSC (способны дифференцироваться в одонтобласты).

Результаты и их обсуждение. С помощью литературных источников были изучены компоненты тканевой инженерии зуба: стволовые клетки, скэффолды – пористые полимерные матрицы и регуляторы тканевого роста – факторы роста, гены и интерферирующие РНК, методы доставки генов для усиления продукции факторов роста, также были рассмотрены различные технологии использования стволовых клеток в регенеративных методах, возможности их применения в стоматологии, а также проблемы переноса экспериментальных разработок в практическую деятельность: сложность получения аутологичных клеток и риск образования опухоли, выращивание ткани *in vitro* или *in situ*, временные затраты на выращивание зуба.

Выводы. Анализ данных современной литературы позволяет сделать вывод о том, что в ближайшем будущем регенеративная стоматология станет неотъемлемым компонентом лечения многих трудно излечимых заболеваний зубов, однако это требует дальнейших исследований и поиска научных обоснований существующих концепций, а также решения ряда биоэтических проблем.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ КОЭФФИЦИЕНТА ЛИНЕЙНОГО РАСШИРЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ОТ ТЕМПЕРАТУРЫ

Мытарева И.В., Шашкина Э.В., 4 курс, стоматологический ф-т

Научный руководитель: заведующая кафедрой терапевтической и детской стоматологии, к.м.н., доцент С.И. Бородовицина

Актуальность. На качество реставрации влияет множество факторов. Наряду с требованиями эстетики важно учитывать хорошие физико-химические свойства материала. В частности, хорошую адгезию композита к твердым тканям зуба. Соединение композита и тканей зуба должно быть монолитным на поверхности и в глубине реставрации, должно отсутствовать нарушение адгезионной связи композита с тканями зуба. В рамках исследования мы учли влияние изменения коэффициента линейного расширения композитного материала от температуры на долговечность реставрации. Данная тема обсуждается рядом авторов и остается актуальной в настоящее время.

Для учета своих наблюдений мы сравнили два образца композитных материалов, изучив их коэффициенты линейного расширения в различных температурных режимах в диапазоне от +15 до +55 градусов, моделируя употребление таких пищевых продуктов, как мороженое, чай или кофе.

Цель. Изучение зависимости коэффициента линейного расширения пломбировочных композитных материалов Charisma и Filtek Z-250 от температуры опытным путем.

Материалы и методы. Мы использовали светоотверждаемые микрогибридные композитные материалы Filtek Z250 и Charisma

С помощью физико-технического метода мы определяли коэффициент линейного расширения пломбировочного материала в условиях изменяющейся температуры.

Были изготовлены экспериментальные образцы на основе пломбировочных материалов.

Результаты и их обсуждение. Полученные аналитические соотношения позволяют рассчитать температурные изменения размеров пломбировочных материалов Filtek Z250 и Charisma при любой исходной протяженности. Выявлено, что наименьшие абсолютные приращения длины дает пломбировочный материал Charisma. Наименьшим коэффициентом линейного расширения также обладает образец пломбировочного материала Charisma. Следует, однако, отметить, что коэффициенты линейного расширения обоих исследуемых

пломбировочных материалов существенно превышают коэффициенты расширения твердых тканей зуба.

Выводы. На адгезию пломбировочного материала и долговечность реставрации влияет коэффициент линейного расширения композитных пломбировочных материалов. В результате исследования и сравнения образцов мы выявили, что коэффициенты линейного расширения взятых материалов существенно превышают коэффициенты расширения твердых тканей зуба. Это подтверждают результаты исследования зависимости коэффициента линейного расширения рассмотренных материалов от температуры. Образец материала Charisma показал значения ниже, чем образец материала Filtek Z-250. В таких условиях хорошая фиксация пломбировочных материалов Charisma объясняется их достаточной пластичностью.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ВОПРОСАХ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ

Панферухина А.Ю., 4 курс, педиатрический факультет

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

Актуальность. В XXI веке проблема антибиотикорезистентности приобрела особую значимость во всем мире и в развитых странах рассматривается как угроза национальной безопасности. Согласно оценкам международных экспертов, резистентность к АБП является причиной более 700 тысяч смертельных случаев ежегодно. Предполагается, что к 2050 году эта цифра может увеличиться до 10 млн. человек.

Цель. Оценить информированность родителей о рациональном использовании антибиотиков у детей.

Задачи:

1. Провести оценку знаний родителей о принципах антибиотикотерапии и основных свойствах данной группы лекарственных средств.
2. Выделить основные причины нерационального применения антибактериальных препаратов у детей, связанные с действиями родителей.

Материалы и методы. Анонимное анкетирование, включающее 29 вопросов о принципах профилактики и лечения респираторных вирусных инфекций у детей, основных свойствах антибактериальных препаратов и правилах их использования.

В данном исследовании приняли участие 207 человек, среди которых были родители пациентов педиатрического, детского неврологического и инфекционного отделений городской клинической больницы №11, в также родители, учащиеся средней школы №45.

Результаты и их обсуждение:

- 21,5% респондентов приходится использовать АБ более 3 раз за год для лечения ребенка;
- 52% используют АБ без назначения врача в качестве самолечения, 29% использовали АБ для лечения ребенка без назначения специалистов;
- 38% опрошенных прекращали прием АБ без согласования с врачом;
- 39% респондентов считают АБ наиболее эффективным средством для лечения ОРВИ;
- 16% приходилось принимать АБ во время беременности и кормления грудью;
- 31% опрошенных случалось использовать более одного АБ для лечения одного эпизода заболевания у ребенка;
- 48% родителей при появлении первых признаков заболевания предпочитают лечиться самостоятельно, и лишь при неэффективности такого лечения обращаются к врачу. При этом 19% вовсе пренебрегают походом к специалисту;

- 62% респондентов покупают АБ в аптеке без рецепта врача.

Вероятно, такое отношение к АБП обусловлено низкой информированностью населения о свойствах данного класса ЛС и негативных последствиях их нерационального применения. Проблема усугубляется относительно свободным доступом населения к АБП, а также сформировавшейся привычкой лечиться самостоятельно.

Выводы:

Среди опрошенного населения выявлена относительно высокая частота нерационального использования АБП:

- более половины респондентов не обращаются к врачу и лечат своих детей самостоятельно (67%);

- более трети опрошенных считают АБ наиболее эффективным средством для лечения ОРВИ (39%);

- многие из них использовали АБ для лечения ребенка без назначения специалистов (29%).

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Шанина А.Р., 5 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент Е.А. Максимцева, к.м.н., доцент Н.П. Павлова, к.м.н., доцент Н.М. Артемова

Актуальность. Малые аномалии развития сердца (МАРС) – это врожденные или приобретенные структурные нарушения миокарда и прилегающих к нему магистральных сосудов, которые не приводят к явным нарушениям гемодинамики, но могут провоцировать развитие следующих патологических состояний в течение жизни: нарушение сердечного ритма, инфекционный эндокардит, легочная гипертензия, фиброзирование и кальцификация створок клапанов и внезапная смерть. Причиной МАРС в большинстве случаев является соединительнотканная дисплазия сердца. По данным статистических исследований, частота выявления аномалий сердца среди детей и подростков колеблется от 39 до 68,9%. Чаще страдают мальчики – 58% от общего числа детей с установленными нарушениями. Ведущая роль в диагностике МАРС принадлежит эхокардиографии. Также в комплексном обследовании детей используется суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера

Цель. Установить взаимосвязь между наличием изменений при суточном мониторировании ЭКГ и малыми сердечными аномалиями, выявленными при ЭхоКГ.

Задачи:

1. Провести оценку выявленных при холтеровском мониторировании нарушений ритма.

2. Оценить аномалии строения сердца, диагностированные с помощью ЭхоКГ.

3. Проанализировать полученные данные, исходя из деления обследованных детей по возрастным группам.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях в период с 15 ноября 2018 года по 31 августа 2019 года было обследовано 186 детей в возрасте от 8 месяцев до 17 лет, из которых 103 – мальчики, и 86 – девочки. Всем детям наряду с комплексным клиническим обследованием проводилось суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера и ЭхоКГ в М-, В- и одномерном цветном доплеровском режимах.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов суточного мониторирования ЭКГ были выявлены следующие нарушения сердечного ритма: нарушения АВ-проводимости, миграция СВ водителя ритма, экстрасистолы, желудочковые и суправентрикулярные, и паузы ритма, в том числе С-А блокады. Наибольшее количество изменений ритма отмечено у детей двух возрастных групп – от 3 до 10 лет и от 10 до 16 лет. В отношении пауз сердечного ритма необходимо отметить следующее: в большинстве случаев они регистрировались в ночное время суток в период сна 91% обследованных детей. Для установления наличия взаимосвязи между выявленными нарушениями с возможными аномалиями строения сердца всем детям была проведена эхокардиография. В результате было установлено, что изменения строения сердечных структур были выявлены у 127 обследованных детей (68,3%). У обследованных детей наиболее часто отмечалось наличие дополнительной траберкулы левого желудочка (46,8%), пролапса митрального клапана (38,7%), открытого овального окна (29%). Также были выявлены другие малые аномалии развития сердца: аневризма межпредсердной перегородки, пролапс трикуспидального клапана, увеличенная евстахиева заслонка.

Выводы. У детей с различными нарушениями ритма сердца, диагностированными по результатам холтеровского мониторирования, выявляются различные МАРС при проведении ЭхоКГ. Поэтому всем детям с нарушениями ритма, необходимо проведение эхокардиографического исследования для определения возможных аномалий сердца. Дети с обнаруженными МАРС подлежат последующему наблюдению у врача-кардиолога с целью ранней диагностики и профилактики развития возможных гемодинамических нарушений. Наиболее пристальное наблюдение в амбулаторных условиях необходимо детям в возрастных группах от 3 до 10 лет и от 10 до 16 лет в связи с наибольшей частотой встречаемости у них нарушений сердечного ритма.

ШКОЛА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Шалаева М.И., 3 курс, факультет среднего профессионального образования и бакалавриата

Научный руководитель: ассистент А.Д. Авдеева

Сахарный диабет в настоящее время является распространенным заболеванием. По данным ВОЗ, именно это заболевание находится на третьем месте среди основных причин смерти, наравне с сердечно-сосудистой патологией и онкологией. В рамках национального проекта “Здоровье” выявилось огромное количество случаев скрыто протекающего сахарного диабета.

В статье анализируется организация школ сахарного диабета 1 типа, а также основные аспекты данного заболевания. Обоснована прямая зависимость ранней профилактики и поздних осложнений данного заболевания от качества организации школ сахарного диабета.

Сахарный диабет – заболевание, сопровождающееся повышенным содержанием глюкозы в крови, возникающее вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина, вырабатываемого бета-клетками поджелудочной железы, располагающихся на островках Лангерганса. Риск развития сахарного диабета 1 типа возрастает при генетической предрасположенности, а также у лиц, перенёвших вирусную инфекцию.

Положение о школе больных сахарным диабетом регламентируется Приказом №267 от 16.07.2001г. «О развитии диабетологической помощи населению Российской Федерации».

К основным задачам школ сахарного диабета относится обучение пациентов основам самоконтроля уровня сахара в крови; навыкам доврачебной самопомощи при повышении и понижении уровня глюкозы в крови; основам инсулинотерапии; основам здорового питания при сахарном диабете; здоровому образу жизни – как основному фактору профилактики осложнений.

Наиболее важные аспекты это: планирование питания и физическая нагрузка. Первый подразумевает собой дробные приёмы пищи, расчёт хлебных единиц, потребление необходимого количества жидкости. Второй – умеренные и дозированные физические нагрузки.

Целью школ сахарного диабета 1 типа является обучение пациентов полноценной жизни с данным заболеванием предупреждение осложнений.

Профилактику данного заболевания следует начинать как можно раньше. Её целью является создания условий, препятствующих возникновению и развитию сахарного диабета. ЗОЖ является хорошим способом поддерживать своё тело и здоровье в тонусе.

СРТ-Д – ПОСЛЕДНИЙ ШАГ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СЕРДЦА

Захарова В.А., 6 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., ассистент К.Г. Переверзева, к.м.н., ассистент Е.А. Правкина

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) характеризуется дилатацией левого желудочка (ЛЖ) и развитием систолической сердечной недостаточности. Её доля в структуре всех кардиомиопатий составляет 60%. Ежегодная смертность – 30%, 5-летняя выживаемость – 50%.

Цель. Описать клинический случай ДКМП, который привёл к необходимости установки кардиоресинхронизатора с функцией дефибрилляции (СРТ-Д).

Материал и методы. Пациент Ж., 28 лет, поступил 24.11.19 г. в отделение кардиологии с жалобами на давящие боли слева от грудины, одышку, сердцебиение, эпизод потери сознания, общую слабость. Анамнез: в 2012 г. появились одышка, слабость при ходьбе; не обследовался. В 2014 г. – пароксизм желудочковой тахикардии (ЖТ), ритм восстановлен Кордароном; при эхокардиографии (Эхо-КГ) – фракция выброса (ФВ) 25%. Проведена эндомиокардиальная биопсия, установлен диагноз: ДКМП как исход хронического миокардита. 10.12.14 г. имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (КВД) «Protecta DR0364DRG». В дальнейшем пациент принимал Кордарон, приступов ЖТ не было. В 2018 г. заменил Кордарон на Амиодарон, возобновились эпизоды ЖТ, которые купировались КВД или прекращались самостоятельно при его несрабатывании. С мая 2019г. возобновил прием Кордарона. В июне – декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН), госпитализирован, выявлен амиодарониндуцированный гипотиреоз. В июле при проверке КВД в связи с нарушением детекции запланирована замена на СРТ-Д в феврале 2020 г. В сентябре и октябре 2019 г. – пароксизмы ЖТ, КВД не срабатывал 30 и 180 минут соответственно. Настоящее ухудшение: эпизод ЖТ, ритм восстановлен КВД с отсрочкой после потери сознания. При поступлении артериальное давление – 90/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 64 ударов в минуту, ритм правильный.

Результаты и их обсуждение. ЭхоКГ: дилатация всех камер сердца, снижение сократимости миокарда ЛЖ. ФВ=25%. Недостаточность митрального и трикуспидального клапанов 2-3 степени. Легочная гипертензия. Выставлен диагноз: ДКМП как исход хронического миокардита. Атриовентрикулярная блокада I степени. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Желудочковая экстрасистолия. Имплантация КВД «Protecta DR0364DRG» 10.12.14 г. в связи с пароксизмальной устойчивой ЖТ, последний пароксизм 24.11.19 г., ритм восстановлен КВД, нарушение детекции КВД. ХСН IIА стадии, II ФК. Амиодарониндуцированный гипотиреоз, медкомпенсация. Лечение: амиодарон 200 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки, валсартан+сакубитрил 200 мг/сутки, эплеренон 25 мг/сутки, торасемид 10 мг/сутки, левотироксин натрия 50 мкг/сутки.

Выводы:

1. Данный клинический случай демонстрирует тяжесть пациентов с ДКМП и свидетельствует о высоком риске возникновения внезапной сердечной смерти.
2. Ввиду наличия в анамнезе синкопе, рецидивирующей ЖТ, низкой ФВ, сохраняющейся на фоне оптимальной медикаментозной терапии, нарушения детекции КВД необходима замена его на СРТ-Д для синхронизации работы желудочков.
3. Пациенту показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о трансплантации сердца.

CIRCULUS VITIOSUS... ИЛИ КАК РАЗОМКНУТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ

Денисов В.И., 5 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., ассистент К.Г. Переверзева, врач ПРИТ ГБУ РО ОККД Е.С. Лапина

Актуальность. Перфорация и разрыв коронарных артерий (КА) – редкие, но жизнеугрожающие осложнения интервенционных вмешательств, точные регламентации тактики разрешения которых на сегодняшний день отсутствуют. Методами выбора являются: длительное раздувание баллона в коронарных артериях (КА), использование стент-графтов, перикардиоцентез при тампонаде сердца, в особых случаях хирургическое лечение.

Цель. Продемонстрировать редкий случай перфорации КА, осложнившейся угрожающей тампонадой сердца в сочетании с подострым тромбозом КА и желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК).

Материалы и методы. Пациент М., 57 лет в октябре 2018 г. перенес инфаркт миокарда (ИМ). 26.02.2019 поступил в кардиодиспансер с клиникой прогрессирующей стенокардии, в связи с чем была выполнена реканализация, чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) и эндопротезирование (ЭП) огибающей артерии и диагональной ветви (ДВ). После процедуры кровотоки ТМІ 3, без дистальной эмболизации. Через 3 часа у больного возникла клиника гемоперикарда. Отменены антикоагулянты и антиагреганты. На ультразвуковом исследовании сердца выявлены признаки тампонады – выполнено дренирование полости перикарда. По данным КАГ контроля (26.02.2019 23:40, 27.02.2019 8:15) выявить место перфорации не удалось, но во время второй процедуры развилось ЖКК, подтвержденное фиброгастроуденоскопией (ФГДС). С целью профилактики тромбоза назначен гепарин через инфузомат под контролем активированного частичного тромбопластинового времени, по поводу ЖКК и эрозий назначена гемостатическая и антисекреторная терапия. 04.03.2019 возник эпизод ангинозных болей, на электрокардиограмме (ЭКГ) подъем сегмента ST по передней стенке левого желудочка. По результатам КАГ – тромбоз стента ДВ, выполнена реканализация, тромбаспирация и ЧТКА зоны окклюзии, в лечение добавлен клопидогрел. Дальнейшая динамика ТnI и ЭКГ свидетельствовали о развитии не-Q-переднего ИМ. По

данным ФГДС контроля (15.03.2019) – эпителизация эрозий, свежих следов крови нет. Назначена ацетилсалициловая кислота. Выписан 26.03.2019.

Результаты и их обсуждение. После выписки самочувствие больного удовлетворительное, эпизодически отмечает тупые боли в левой половине грудной клетки, приступов типичной стенокардии нет. В настоящее время в полной мере принимает назначенную лекарственную терапию.

Вывод. Данный клинический случай отражает сложности поиска баланса между кровотечением и тромбозом у пациентов с перфорацией КА.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Бояков Д.Ю., 6 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент Л.А. Зотова, к.м.н., доцент С.В. Селезнев

Цель. Оценить клинико-демографическую характеристику, функциональный, психо-эмоциональный, ментальный статус, сосудистую жесткость, состояние сосудов нижних конечностей у пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар.

Материалы и методы. Пациенты, госпитализированные в феврале и марте 2020 года в ГБУ РО «ОККД» в возрасте 60 лет и старше, подписавшие информированное согласие. Проведено комплексное гериатрическое обследование, дополнительно оценка ЛПИ, сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) на аппарате VaSera VS-1500N с анализом расчетного возраста артерии.

Результаты и их обсуждение. В исследование включено 50 пациентов (62% женщины). Средний возраст $74,84 \pm 7,68$ лет. 48% имеют инвалидность. Курят 24%, алкоголь регулярно употребляют 16%. Среднее количество наименований используемых лекарственных препаратов – $5,5 \pm 1,81$. ИМТ < 25 кг/м² у 22%, ИМТ ≥ 30 кг/м² у 40%. Средняя ОТ у женщин $102,45 \pm 10,91$ см, у мужчин $104 \pm 12,4$ см. Средний процент содержания жировой ткани у мужчин (по уравнению косвенной оценки Deurenberg) – $34,74 \pm 4,17\%$, у женщин – $47,1 \pm 6,97\%$. Ежедневную физическую активность имеют 62%. Хроническую боль периодически испытывают 52%, постоянно испытывают 14%. Принимают обезболивающие: < 1 раза в неделю 14%, 1 раз в неделю 16%, 2-4 раза в неделю 14%, ежедневно 8%. Ни разу за год не вызывали врача на дом 52%, «СМП» 28%. Вероятные когнитивные нарушения по данным краткой шкалы оценки психического статуса MMSE у 36%, по результатам прохождения теста рисования часов у 30%. По результатам гериатрической шкалы депрессии вероятная депрессия выявляется у 40%. Индекс Бартела: легкая зависимость у 16%, умеренная зависимость у 6%, выраженная зависимость у 2% пациентов. Повседневная инструментальная активность по шкале IADL: снижение у 22%. Краткая шкала оценки питания MNA: опасность недоедания у 24%, недостаточность питания у 2%. Средняя скорость ходьбы в обычном темпе: 60-69 лет $0,99 \pm 0,22$ м/с, 70-79 лет $0,88 \pm 0,26$

м/с, 80 лет и старше $0,66 \pm 0,27$ м/с. Результаты теста «Встань и иди»: риск падений у 34%. Результаты ВАШ самооценки состояния здоровья $53,88 \pm 18,43$ мм. По итогам скрининга «Возраст не помеха» «хрупкими» были признаны 38%. Расчетный возраст артерии определен у 24 пациентов. Расчетный возраст артерий совпадает с паспортным у 7 обследованных пациентов, больше паспортного у 9, меньше паспортного у 5. У 14 из 24 пациентов, прошедших обследование ЛПИ 1,00-1,25, у 7 ЛПИ 0,9-1,00, у 2 ЛПИ менее 0,9; у 1 пациента ЛПИ > 1,3. Значение САVI <9,0 выявлено у 6 пациентов из 24.

Выводы. Больше половины пациентов физически активны ежедневно (62%). Хроническую боль периодически испытывают 52%, постоянно испытывают 14%. Вероятные когнитивные нарушения выявляются у 36% (MMSE), у 30% (тест рисования часов). Вероятная депрессия у 40%. Зависимость в повседневной жизни разной степени у 24%, снижение повседневной инструментальной активности у 22%. Проблемы с питанием у 26%. Риск падений у 34%. Снижение способности выполнения основных функций – 20%. «Хрупкими» признаны 38% пациентов. Сосудистый возраст меньше паспортного – у 5 из 24 человек. Заболевания периферических артерий у 2 пациентов из 24, у одного пациента кальцифицированные артерии нижних конечностей.

БОРИС ЕВГЕНЬЕВИЧ ВОТЧАЛ – ГЛАВНЫЙ ТЕРАПЕВТ ФРОНТА (К 75-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ)

Фатюшина Е.А., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.Ю. Натальская

Наша работа посвящена 75-летию Великой Победы советского народа и 125-летию со дня рождения Бориса Евгеньевича Вотчала.

Б.Е. Вотчал – терапевт, клинический фармаколог, академик. В годы Великой Отечественной войны являлся главным терапевтом армии, а затем и фронта.

Б.Е. Вотчал родился в Киеве, в семье ученых, учился на медицинском факультете Киевского университета. С 1922 по 1924 гг. Б.Е. Вотчал работал ординатором факультетской терапевтической клиники Киевского университета под руководством проф. Ф.Г. Яновского. Затем в течение трех лет Б.Е. Вотчал работал в Германии. После окончания зарубежной командировки он работал в Москве в ЦИУВе, с которым связана практически вся трудовая и научная деятельность Б.Е. Вотчала. Здесь до войны он работал в качестве ассистента, а затем доцента терапевтической клиники.

С началом Великой Отечественной войны Б.Е. Вотчал убывает на фронт, проходит службу в должности начальника военно-санитарного поезда, главного терапевта 59-й армии, главного терапевта Волховского фронта. Б.Е. Вотчал организовал профилактическую, лечебную и научную работу в медико-санитарных батальонах и госпиталях. Сотрудник фронтовой газеты 59-й армии В.А. Сытин вспоминает работу Б.Е. Вотчала в полевых госпиталях: «Б.Е. Вотчал любил беседовать с больными и объяснять сущность недуга, верил, что понимание механизмов болезни поможет больному на пути к выздоровлению». За организацию

практической военно-полевой терапии Б.Е. Вотчал был награжден Орденом Красной Звезды, Орденом Отечественной войны II степени. В наградных документах отмечено: «Успешно налаженное и научно-обоснованное им лечение пекарскими дрожжами больных и раненых, болеющих авитаминозами и дистрофией, возвратило в строй сотни бойцов и командиров... За короткое время работы в армии тов. Вотчал сумел резко повысить организационные, теоретические и практические знания военно-полевой терапии врачей, фельдшеров и сестер армии...».

С 1944 г. Б.Е. Вотчал работал в ЦИУВе, где с 1952 года и до конца жизни заведовал 2-й кафедрой терапии. Параллельно, с 1946 года, Б.Е. Вотчал принимал участие в работе над изданием труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Он написал главы, посвященные болезням легких.

Приоритет его научных интересов можно определить в нескольких направлениях: сердечно-сосудистая патология, легочная патология, клиническая фармакология.

Б.Е. Вотчал уделял большое внимание работе с молодыми врачами. Среди них Н.З. Абросимов – терапевт, который много лет заведовал кафедрой госпитальной терапии Рязанского мединститута.

Б.Е. Вотчал умер 19 сентября 1971 г. Жизненный и творческий путь Б.Е. Вотчала, выдающегося ученого, талантливого исследователя, терапевта-новатора являет собой достойный пример высокой принципиальности и полной самоотдачи в служении отечественной науке.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА В ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Минаева Ю.Б., Николаева А.Р., 4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., профессор В.А. Соколов, к.м.н., доцент Л.В. Мироненко

Актуальность: сахарный диабет (СД) – является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного мира. В структуре эндокринных заболеваний СД считается самой распространенной патологией. Количество больных с каждым годом неуклонно возрастает, что связано как с более ранним выявлением заболевания, так и с общим увеличением средней продолжительности жизни.

Диабетическая ретинопатия – одно из наиболее тяжёлых осложнений сахарного диабета – проявление диабетической микроангиопатии, поражающее сосуды сетчатой оболочки глазного яблока, наблюдаемое у 90% пациентов при сахарном диабете. Наиболее часто развивается при длительном течении сахарного диабета, однако своевременное офтальмологическое обследование позволяет выявить развитие ретинопатии на ранней стадии.

Цели:

1. Выявить эффективность ингибиторов VEGF в лечении диабетического макулярного отека от количества введений.
2. Проанализировать динамику изменения остроты зрения.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 28 человек, средний возраст которых 64 ± 8 лет (8 мужчин, 20 женщин);

Было проведено стандартное офтальмологическое исследование (визометрия, офтальмоскопия, компьютерная периметрия, тонометрия)

ОКТ проводилось на топографе OPTOVUE AVANT RTVUE XR;

Проведено инъекций ингибиторов от 1 до 5.

Результаты и их обсуждение. Доказали закономерность улучшения зрения после применения ингибиторов VEGF.

Выводы:

1. Ингибиторы ангиогенеза дают достоверное повышение остроты зрения.
2. Острота зрения после пяти инъекций увеличилась примерно в 3 раза.
3. Лекарственные средства «Эйлеа» и «Луцентис» эффективны в лечении диабетического макулярного отека в равной степени.

4. Для стабилизации процесса нужно сделать не менее 3-х инъекций.

5. Успех лечения также зависит от регулярности: инъекции необходимо делать без длительных перерывов.

6. ОКТ исследование позволяет оценить эффективность и регулировать кратность и частоту инъекций.

Фарберова Е.С., Татаринов И.В., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Б. Репина

Актуальность. Гиперпролактинемия – синдром, обусловленный стойким избыточным содержанием пролактина в сыворотке крови. Основные причины возникновения: опухоли хиазмально-селлярной области (пролактинома), заболевания эндокринной системы (первичный гипотиреоз, синдром поликистозных яичников), прием лекарственных препаратов (блокаторы рецепторов дофамина). Различают 2 основных вида гиперпролактинемии: функциональная (неопухолевый генез) и органическая (опухолевый генез). Гиперпролактинемия составляет около 20% от всех причин эндокринного бесплодия.

Материалы и методы. Пациентка Б., 26 лет, состоит в браке. Обратилась к врачу-гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение года регулярной половой жизни. Гинекологический и соматический анамнез не отягощен. Данные гинекологического обследования без особенностей. Предварительный диагноз: Женское бесплодие неуточненное. Результаты лабораторно-инструментальных исследований: спермограмма мужа без отклонений, ИППП не выявлены, двукратное повышение уровня пролактина при первом и повторном исследовании (880 мЕд/л), УЗИ органов малого таза на 24 день менструального цикла – М-эхо = 7 мм, МРТ гипофиза – МР картина мелкого дополнительного образования аденогипофиза. С диагнозом Гиперпролактинемия пациентка была направлена к эндокринологу. Был назначен курс Каберголина (по 0,5 мг 1 раз в неделю с контролем пролактина в течение 2 месяцев), рекомендована барьерная контрацепция. Через 2 месяца у пациентки наступила беременность с эктопической локализацией (трубная), была произведена правосторонняя сальпингэктомия. На момент обращения к гинекологу уровень пролактина составил 1280 мЕд/л. Был назначен курс Каберголина в дозе 0,5 мг 1 раз в день и Дидрогестерона по 10 мг в день с 14 по 25 день менструального цикла. После 2-го курса лечения было разрешено планирование беременности, контрольный уровень пролактина в норме. Каберголин был отменен, а прием Дидрогестерона решено продолжить по схеме.

Результаты и их обсуждение. На 2 месяц после отмены Каберголина наступила маточная беременность. Был продолжен прием Дидрогестерона до 16 недели беременности. На 39 неделе беременности произошли естественные роды, без патологий. Комплексная терапия (Каберголин и Дидрогестерон) направлена на снижение уровня пролактина и восполнение лютеиновой недостаточности, что впоследствии привело к наступлению физиологической беременности.

Выводы. Своевременная диагностика и лечение гиперпролактинемии в целом, и ее влияния на функцию репродуктивной системы в частности (на качество желтого тела и состояние эндометрия), позволяет значительно улучшить состояние репродуктивного здоровья женщин.

БЕРЕМЕННОСТЬ И АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ТАКТИКА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Пришвина Н.В., Харламова А.Р., 6 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., ассистент Т.В. Шевлякова, ассистент Т.Н. Рыбакова

Актуальность. Артериовенозная мальформация головного мозга (АВМ) – аномалия строения церебральных сосудов, характеризующиеся образованием локального сосудистого конгломерата, при этом отсутствует капиллярная сеть, вследствие чего осуществляется прямое шунтирование крови из артериального бассейна в систему поверхностных и глубоких вен мозга. Стенки артерий дегенеративно изменены и не имеют надлежащего мышечного слоя. Вены, как правило, расширены и истончены по причине нарушенной ауторегуляции мозгового кровотока. Отсутствие капиллярной сети и нарушение строения стенки артерий и вен области мальформации могут привести к опасным осложнениям ишемии участка головного мозга или кровоизлиянием. Зачастую артериовенозные мальформации не имеют специфических симптомов, кроме головной боли, но могут дебютировать с церебральных кровоизлияний, судорожных припадков.

У женщин артериовенозная мальформация головного мозга может манифестировать впервые во время беременности и явиться грозным её осложнением.

Материалы и методы. В диагностике АВМ используются анализ жалоб, анамнеза, лабораторные методы и методы визуализации, например, МРТ, для контроля состояния плода: УЗИ, КТГ, акушерское обследование. Единственным радикальным методом лечения АВМ является хирургическое.

Результаты и их обсуждение. Пациентка К. 30 лет с 15.04 по 17.04.2019 стационарное лечение в 4 роддоме по поводу вызванных беременностью отеков. 16.04.2019 пожаловалась на приступы сильной головной боли, сопровождающиеся частичной дезориентацией, не совсем понимала обращенную речь, снизилось внимание и замедлилась реакция на происходящее 17.04.2019 переведена в отделение реанимации ГБУ РО ОКБ, где находилась с 17.04.2019 по 04.06.2019. При поступлении – состояние средней тяжести, в сознании, несколько дезориентирована, правосторонняя гемипарез, легкий менингеальный синдром. Локально – матка спокойная, выделения из влагалища прозрачные. 17.04.2019 проведено МРТ головного мозга. Заключение: МРТ картина кровоизлияния в левой теменной доли на фоне сосудистых изменений (АВМ). Основной диагноз: артериовенозная мальформация в левой теменно-затылочной области. Состояние после субарахноидального кровоизлияния при 3 беременности в сроке 24-25 недель. Роды 2. 04.06.2019 переведена в нейрохирургическое отделение ГБУ РО ОКБ. Проводилась нейропротективная и обезболивающая терапия. 25.06.2019 переведена в ГБУ РО ОКПЦ. Вопрос о сроке и месте родоразрешения был согласована со специалистами Кулаковского центра. 16.07.2019 родила ребёнка путём кесарева сечения. Выписана с ребенком на 5 сутки. 9.08.2019 пациентка госпитализирована в плановом порядке в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского 13.08.2019 выполнено хирургическое вмешательство – удаление внутримозговой гематомы больших полушарий головного мозга с

иссечением АВМ с последующим гистологическим исследованием. В послеоперационном периоде у пациентки появилась моторная афазия и жалобы на нарушение зрительной функции. Пациентка проходит реабилитацию.

Выводы. Совместная работа специалистов разного профиля позволила установить правильный диагноз, сохранить и пролонгировать беременность. Тенденция к более позднему планированию беременности может привести к повышению частоты геморрагических и неврологических осложнений АВМ. Дебют чаще в репродуктивном возрасте. Клинически АВМ проявляется своими осложнениями. Беременность – это один из триггеров развития проявлений АВМ.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ГБУ РО «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №1» ЗА 2019 Г. АНАЛИЗ ПО МЕТОДИКЕ РОБСОНА

Агафонов С.Р., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой акушерства и гинекологии,
к.м.н., доцент М.С. Коваленко

Актуальность. В России, как и во всем мире, отмечается рост частоты операции кесарева сечения (29,3%). Как и любая медицинская операция, кесарево сечение, выполненное без строгих на то показаний, может явиться более опасным методом родоразрешения и для матери, и для плода.

Актуальным на сегодня является анализ показаний и эффективности выполненных операций кесарева сечения. Применение одного усредненного показателя для оценки частоты кесарева сечения считается недостаточно объективным. Для получения более объективного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи в 2015 г. ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты кесарева сечения с использованием метода, предложенного Робсоном. Данный метод заключается в разделении всех случаев родов на 10 групп и подсчете частоты кесарева сечения в каждой группе отдельно. Соотношение групп в различных учреждениях может отличаться, но частота кесарева сечения внутри групп сравнима.

Цель. Провести оценку частоты кесарева сечения в ГБУ РО «Городской клинический родильный дом №1» по методике Робсона для поиска путей снижения частоты кесарева сечения.

Задачи:

1. Определить количество пациенток в группах и частоты кесарева сечения в них.
2. Определить группы с наибольшим и наименьшим влиянием на общую частоту кесарева сечения в стационаре 2 уровня
3. установить возможности снижения абдоминального родоразрешения.

Материалы и методы. Мы провели анализ историй родов в ГБУ РО «РКРД №1» за 2019 г. путем внесения каждой пациентки в одну из групп 10-групповой классификации Робсона. Учету подлежали все истории родов

родоразрешенных женщин, прооперированных в указанный период. Всего было проанализировано 1662 истории родов.

Результаты и их обсуждение. Проанализировав, относительный размер группы от общего количества родов и частоту кесарева сечения относительно размеров группы, мы решили, что основным резервом для снижения случаев оперативных родов являются группы №1-4, т.к. в них мы отметили высокую частоту кесарева сечения в группе №1 (11,1%), в группе №2 (50,8%), в группе №3 (20,5%), в группе №4 (62,2%). Наиболее часто такое повышение связывают с проблемами в реализации методов родоусиления в связи с хаотичностью подходов к определению дозы окситоцина и в принятии решения об экстренном кесаревом сечении при неуспешности родоусиления, и навыков оценки кардио-токографии. В группах №2 и №4 анализ проведен вместе с оценкой протоколов ведения осложнений, требующих планового родоразрешения или проведения индукции родов.

Основной вклад в структуру кесарева сечения вносят женщины с рубцом на матке – группа №5 (100%). Необходимо отметить, что основным направлением в профилактике повторного кесарева сечения является профилактика первой операции.

Высокая частота КС в группах №6 (72%), №7 (80%), №8 (72,7%) оправдана современными акушерскими подходами

Достижение 100% проведения КС в группе №9 обусловлено тем, что при неправильном положении плода кесарево сечение должно быть доступно всегда, важно учитывать, что из 30% кесаревых сечений только 0,4% являются обусловлены беременными этой группы.

Выводы. Мы оценили частоту кесарева сечения согласно рекомендациям ВОЗ по методике Робсона. Нам удалось выявить резерв сокращения частоты кесарева сечения за счет:

- 1) увеличение консервативных родоразрешений беременных с рубцом на матке (5-я группа по классификации Робсона);
- 2) профилактика и своевременная коррекция аномалий родовой деятельности;
- 3) анализ показаний к плановому кесаревому сечению;
- 4) правильная интерпретация КТГ.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Кушнир Т.В., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент Е.А. Баклыгина

Актуальность. Опухоли яичников – одна из самых актуальных проблем в гинекологии. Они составляют до 14% опухолей женских половых органов, из них 80% представлены кистозными образованиями доброкачественного характера.

Цель. Провести сравнительный анализ тактики и определить изменившиеся тенденции в отношении ведения пациенток репродуктивного возраста с опухолевидными образованиями (кистой желтого тела, фолликулярной киста).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 338 историй болезни пациенток с кистой желтого тела и фолликулярной кистой, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической больнице №8 г. Рязани в 2011 и в 2018 гг.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин варьировал от 18 до 45 лет, средний возраст составил 24,2 года. Большую часть (75,4%) обследуемых с данными нозологиями составили пациентки раннего репродуктивного возраста. Анализ хирургической активности выявил: 1,6% пациенток с фолликулярной кистой подверглись хирургическому лечению и 18,6% больных с кистой желтого тела, что в общей сложности составило 68 случаев из 338 (20,1%). Отмечено значительное повышение случаев консервативного ведения за исследуемый 2018 год (141 случай из 172).

Поводом для хирургического лечения являлись разрыв кисты и перекрут питающей ножки опухоли. Среди прооперированного контингента лиц на долю лапаротомического доступа пришлось 25,4% случаев (связаны с кровопотерей свыше 500 мл), доля лапароскопического доступа составила 74,6%.

Объемы оперативного вмешательства заключались в вылуцивании кисты – в 81,3%, резекция яичника – в 17,2% – резекция яичника, в 1,5% – удаление придатков матки. Рецидивов кист за исследуемые года не отмечалось (большинство пациенток использовали оральные контрацептивы)

Выводы. Лапароскопический доступ и органосохраняющая операция – один из ведущих хирургических технологий.

Решающим методом выбора лечения является степень кровопотери. Отмечено значительное снижением хирургической активности в отношении опухолевидных образований придатков матки за счет увеличения доли консервативных методов лечения.

ИНТЕГРАЦИЯ РОССИИ В СИСТЕМУ МЕЖДУНАРОДНОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНСПЕКТОРАТА

Ашеко Ю.В., 4 курс, фармацевтический факультет

Научный руководитель: к.фарм.н., доцент Л.В. Корецкая

Актуальность. Вопрос инспектирования качества лекарственных препаратов является актуальным, так как один и тот же лекарственный препарат может поступать на рынки многих стран, причем он может быть произведен на нескольких производственных площадках, размещенных в разных странах.

Цель. Анализ участия России в системе международного фармацевтического инспектората.

Объекты исследования:

- Конвенция о сотрудничестве фармацевтических инспекций – PIC (Pharmaceutical Inspection Convention)
- Фармацевтический инспекторат Евразийского экономического союза.

Материалы и методы. Анализ решений Евразийского экономического союза (80,82,83,91,93) и материалы III и IV Всероссийских GMP-конференций с международным участием.

Результаты и их обсуждение. Ведущими международными организациями в сфере инспектирования производства ЛС являются PIC (Pharmaceutical Inspection Convention) и созданная в 1995 г. схема PIC/S (Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme), которая дала возможность присоединения регуляторных органов не только из Евросоюза.

Причем PIC/S объединяет национальные инспекционные службы стран-участниц в сфере контроля не только за соблюдением надлежащей производственной (GMP), но и дистрибьюторской (GDP) практики.

Россия не является членом PIC/S. Вопрос о вступлении России в PIC/S рассматривался несколько раз, начиная с 1991 г. В ноябре 2019 г. была положительно оценена заявка России на получение статуса полноправного члена Схемы взаимодействия фармацевтических инспекторатов PIC/S.

В России действует единый порядок проведения фармацевтических инспекций производства ЛС в соответствии с требованиями правил GMP Евразийского экономического союза (ЕАЭС).

В настоящее время в рамках ЕАЭС ставится вопрос о введении обязательного инспектирования на регуляторной основе с получением заключения о соответствии дистрибьютора правилам GDP, по аналогии с GMP, так как участвовавшие случаи нарушения дистрибьюторами условий хранения и транспортировки ЛС подвергают риску жизнь и здоровье пациентов.

Выводы. Анализ международных документов показал, что в перспективе Россия может присоединиться к системе PIC/S после придания официального статуса инспекторату, увеличения числа инспекторов и повышения их квалификации. Членство в схеме PIC/S позволит расширить экспортные возможности России, уменьшить количество инспекций.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ВАСИЛЬКА СИНЕГО

Гаджиева С.А., Пронкина Е.В., 5 курс, фармацевтический факультет

Научные руководители: к.фарм.н., доцент З.Ф. Громова, к.фарм.н., доцент М.А. Фролова

Актуальность. Флавоноиды, содержащиеся в траве василька синего, обладают широким фармакологическим действием, а именно диуретическим, желчегонным, противомикробным, спазмолитическим действием и некоторой противоопухолевой активностью, поэтому их применяют при отеках у больных с заболеваниями сердца; у больных с хроническими воспалительными заболеваниями почек, мочевыводящих путей, предстательной железы; у больных с нарушениями солевого обмена, у больных при холециститах, холангитах, дискинезиях желчных путей, гепатитах и др.

Цель. Определение содержания флавоноидов в надземной части василька синего, собранного в поселке Константиново Рязанской области.

Материалы и методы. Экстракция 70% спиртом этиловым при нагревании на водяной бане с обратным холодильником, метод идентификации химическими реакциями и УФ- спектром, тонкослойная хроматография, дифференциальная спектрофотометрия на приборе марки Экрос.

Результаты и их обсуждение. Получили водно-спиртовое извлечение, идентифицировали флавоноиды химическими реакциями и тонкослойной хроматографией, определили суммарное содержание флавоноидов с помощью дифференциальной спектрофотометрии, провели статистическую обработку с использованием программы Smart Soft Statistica 10.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования указывают на присутствие в надземной части василька синего флавоноидов, в суммарном количестве 1,89%, в пересчете на рутин.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИСАХАРИДА ДОННИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО НА АКТИВНОСТЬ ТРАНСПОРТЕРА ГЛИКОПРОТЕИНА-R IN VITRO

Сеидкулиева А.А., 4 курс, фармацевтический факультет

Научные руководители: и.о. заведующего кафедрой фармацевтической химии, к.б.н., И.В. Черных, к.б.н. Е.Е. Кириченко

Актуальность. Онкологические заболевания на сегодняшний день являются второй по частоте причиной смертности населения России. Ежегодно обновляется спектр противоопухолевых препаратов, но положительной серьезной динамики в лечении онкологий не наблюдается.

Одной из причин этому является феномен множественной лекарственной устойчивости, в котором доказана роль трансмембранного белка-транспортёра

гликопротеина-P (Pgp), который выбрасывает химиопрепараты из опухолевых клеток, таким образом защищая их.

Таким образом, один из способов повышения эффективности терапии опухолей – фармакологическое ингибирование Pgp.

Цель. Изучить влияние полисахаридного комплекса донника лекарственного (*Mililotus officinalis* L.) на активность Pgp.

Материалы и методы. Полисахарид донника лекарственного получали экстракцией из воздушно-сухого сырья. В качестве вещества сравнения использовали классический ингибитор Pgp – хинидин.

Исследования *in vitro* проводились на клетках Caco-2, гиперэкспрессирующих Pgp. Транспортные эксперименты проводились в специализированной трансвелл-системе, которая состоит из апикальной (a) и базолатеральной (b) камер, разделенных полупроницаемой мембраной, на которой находятся клетки Caco-2. Pgp выбрасывает субстраты из камеры b в камеру a.

Активность Pgp оценивали по транспорту его маркерного субстрата – фексофенадина (150 мкМ) в присутствии тестируемого полисахарида (10 мкМ) и хинидина в аналогичной концентрации.

На первом этапе полисахарид и фексофенадин добавляли в камеру a и после инкубации забирали среду из камеры b (транспорт a-b). Далее рассчитывали коэффициент кажущейся проницаемости. Аналогично анализировали транспорт b-a. Затем рассчитывали параметр, прямо пропорциональный функциональной активности Pgp – отношение коэффициентов кажущейся проницаемости b-a/a-b.

Результаты и их обсуждение. Хинидин статистически значимо снижал транспорт b-a и отношение коэффициентов кажущейся проницаемости, но не влиял на транспорт a-b, а полисахарид донника лекарственного не изменял ни один из показателей.

Вывод. Полисахарид донника лекарственного не влияет на функциональную активность Pgp.

Работа поддержана грантом РФФИ №18-315-00159 мол_a.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОБЫЧНЫХ И БАКТЕРИЦИДНЫХ ФИЛЬТРОВ НА ОМЧ ВОДЫ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ СТРАНЫ

Мещеряков А.С., Дудник В.А., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент И.В. Канина

Актуальность. Вода является одним из самых важных элементов окружающей среды, она необходима для жизни человека, животных и растений. Вместе с тем в воде формируются определенные биоценозы с преобладанием микроорганизмов, адаптировавшихся к условиям местонахождения, т.е. физико-химическим условиям, освещенности, степени растворимости кислорода и диоксида углерода, содержания органических и минеральных веществ.

Загрязнение воды органическими веществами сопровождается увеличением анаэробных и аэробных бактерий, а также грибов. Микрофлора воды выполняет роль активного фактора в процессе самоочищения ее от органических отходов, которые утилизируются микроорганизмами. Вместе с загрязненными ливневыми, тальными и сточными водами в озера и реки попадают представители нормальной микрофлоры человека и животных (кишечная палочка, цитробактер, энтеробактер, энтерококки, клостридии) и возбудители кишечных инфекций – брюшного тифа, паратифов, дизентерии, холеры, энтеровирусных инфекций. Именно поэтому рассматривают воду как фактор передачи возбудителей многих инфекционных заболеваний.

Централизованная система водоснабжения состоит из головных сооружений водопровода и разводящей сети. Распределение воды производится с помощью сети подземных труб, изготовленных из оцинкованного железа или специального пластика. Наиболее важное значение имеет микробиологическое обсеменение в процессе прохождения воды по таким трубам. На выходе из распределительной сети в воде определяются предельно допустимые концентрации различных веществ и микроорганизмов.

Цель. Изучение влияния типа домашних фильтровальных установок на ОМЧ воды централизованного и децентрализованного водоисточника различных регионов страны, по направлению от севера к югу.

Материал и методы. Для исследования использовалась вода централизованных и децентрализованных водоисточников различных регионов страны: Москвы, Рязани, Липецка, Тулы, Нижнего Новгорода, Махачкалы.

Отбор проб для микробиологического исследования воды удаленных регионов, производился согласно 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. Гигиенические требования к обеспечению безопасности систем горячего водоснабжения» и доставлялось в лабораторию в течении 6 часов при температуре 3°C-4°C.

Микробиологическое исследование воды производилось путем определения общего количества микроорганизмов (КОЕ) в 1 см³ (микробное число).

Использовалась методика глубинного посева на плотные питательные среды, с последующим инкубированием в термостате с подсчетом количества колоний на поверхности и глубине агара. ОМЧ определялось до и после фильтрации через различные типы фильтров.

В качестве фильтрационных установок использовали обычный Аквафор В 15 (В100-15) и бактерицидные Аквафор А100. В Аквафор В 15 (В100-15). Производилась фильтрация исследуемых образцов воды последовательно через вышеречисленные фильтры.

Результаты и их обсуждение. Исходя из состава различных видов фильтров, можно предусмотреть возможное снижение обсеменения воды. Фильтр Аквален захватывает из воды тяжелые металлы (ртуть, свинец, медь, мышьяк), которые нередко находят в водопроводной воде. Аквален удерживает гранулы угля на месте и не дает воде намывать каналы, через которые она может пройти без должной очистки. В Аквафор А100 входит: полуволоконная мембрана – это пучок трубок с порами в 1000 раз тоньше человеческого волоса. Эти поры, как сетчатая ограда, задерживают бактерии и паразитов. Такая мембрана – современный естественный метод фильтрации, который применяют даже в медицине. Гранулы активированного угля, смешанные с волокном Аквален и ионообменной смолой – базовая фильтрующая смесь для всех картриджей Аквафор.

ОМЧ до фильтрации в образцах из Москвы, Рязани, Тулы, Липецка, Нижнего Новгорода и Махачкалы составило соответственно 16 КОЕ/мл; 21 КОЕ/мл; 101 КОЕ/мл; 19 КОЕ/мл; 72 КОЕ/мл; 99 КОЕ/мл. Образец воды из Махачкалы был отобран из нецентрализованного водоисточника.

На этапе прогонки воды через обычный фильтр «Аквафор» В 15 (В100-15) было выявлено: Москва, Рязань, Тула, Липецк, Нижний Новгород, Махачкала 7 КОЕ/мл; 10 КОЕ/мл; 56 КОЕ/мл; 9 КОЕ/мл; 39 КОЕ/мл; 35 КОЕ/мл соответственно.

При фильтрации через бактерицидный фильтр «Аквафор» А100: Москва, Рязань, Тула, Липецк, Нижний Новгород, Махачкала 1 КОЕ/мл; 1 КОЕ/мл; 3 КОЕ/мл; 1 КОЕ/мл ; 1 КОЕ/мл; 2 КОЕ/мл соответственно.

Выводы. Изучение влияние типа домашних фильтровальных установок на ОМЧ воды централизованного и децентрализованного водоисточника различных регионов страны, по направлению от севера к югу показало, что использование бактерицидных фильтров наиболее оправдано. В процессе тестов наиболее эффективными и интересными для изучения оказались фильтры «Аквафор». Обычные фильтры не задерживают 100% бактерий как заявлено в инструкциях, в то время как бактерицидные установки справляются с этой задачей.

ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Попова В.И., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент А.В. Санкин

Актуальность. История изучения бактерий, населяющих кишечник, имеет давние корни и тесно связана с уровнем развития методов выделения микроорганизмов. Тем не менее в начале XX века И.И. Мечниковым уже было высказано предположение о связи состава и состояния микрофлоры кишечника со здоровьем человека и его долголетием. С появлением новых метагеномных и молекулярных технологий наши представления о роли микроорганизмов, обитающих в кишечнике человека, в поддержании нормального функционирования организма и при развитии патологии значительно расширились.

Цель. Рассмотреть взаимосвязь между микрофлорой кишечника и поведением человека.

Материалы и методы. По данным 25 литературных источников мы ознакомились с проблемой влияния микрофлоры на формирование поведения человека.

Результаты и их обсуждение. Основанием для включения в десятку научных прорывов 2013 г. результатов изучения взаимодействия микробиома со своим многоклеточным хозяином послужил ряд экспериментов на лабораторных животных. Было показано, что экспериментальные изменения взаимоотношений иммуноэндокринных систем кишечника с микрофлорой, его заселяющей, приводят к таким же отклонениям в поведении подопытных животных, какие наблюдаются при психических расстройствах аутистического спектра.

Результаты клинических исследований содержат доказательства влияния на поведение пациентов с тревожными расстройствами микробиома их кишечника. Кроме того, показано, что назначение отдельных пробиотиков или антибиотиков повышает риск развития депрессивных состояний.

Формирующаяся ось «микробиом кишечника – ЦНС» имеет двустороннюю связь. Например, нарушение сократительной способности кишечника и секреции может приводить к замедлению активности ЦНС. Кишечная микрофлора может оказывать влияние на становление фенотипа.

Шквал экспериментальных исследований, посвященных изучению взаимовлияния микробиома и организма хозяина, доказал высокую значимость состояния микрофлоры кишечника в развитии широкого перечня неинфекционных заболеваний – от мочекаменной болезни, рака печени, ожирения и синдрома Квашиоркора до психических расстройств аутистического спектра.

Выводы. Полученные в результате последних исследований данные свидетельствуют о возможности управлять состоянием психического здоровья человека путем изменения микробного состава кишечника, нормализации рациона питания, что может стать альтернативой химиотерапии, отличающейся разнообразными побочными эффектами, прежде всего у пациентов с мягкими симптомами депрессии.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАММОВ СЕМ. ENTEROBACTERIACEAE, СИНТЕЗИРУЮЩИХ КАРБАПЕНЕМАЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Демченко М.А., Дыльдина А.О., Филякова А.О., Шумейко В.Е., 3 курс,
медико-профилактический факультет

Научный руководитель: заведующая кафедрой микробиологии, к.м.н., доцент
О.В. Евдокимова

Актуальность. При назначении антибиотиков-карбапенемов при в качестве эмпирической терапии возникает дилемма между необходимостью максимального охвата антимикробным действием потенциальных возбудителей и минимизацией селекции антибиотикорезистентных штаммов. Резистентность энтеробактерий к карбапенемам считается одной из самых тревожных, так как такие штаммы устойчивы практически ко всем группам антибиотиков, а инфекции, вызванные этими бактериями, потенциально неизлечимыми. Ферменты, катализирующие карбапенемы относятся к β -лактамазам расширенного спектра (БЛРС).

Цель. Изучение распространения и характеристика профилей антибиотикорезистентности у штаммов сем. Enterobacteriaceae, синтезирующих карбапенемазы, выделенных от здоровых лиц.

Материалы и методы. для выделения чистой культуры энтеробактерий, проводили посев исследуемого материала на агар Левина, затем на скошенный питательный агар. Профили антибиотикорезистентности определяли диско-диффузионным методом, продукцию β -лактамаз расширенного спектра методом двойных дисков, содержащих цефалоспорины III поколения и амоксициллин/клавуланат.

Результаты и их обсуждение. У энтеробактерий была подтверждена видовая резистентность к азитромицину, обусловленная низкой проницаемостью клеточных мембран бактерий для этого антибиотика. В ходе исследования, из 22 (100%) штаммов, выделенных от здоровых лиц, выявлено 18 (46%), которые, согласно МУК 4.2.1890-04, предположительно продуцируют БЛРС. В ходе дальнейшего анализа наличие последних подтвердилось у одного (4,6%) штамма. Также был выделен один (4,6%) штамм, резистентный к цефалоспорином III поколения, наличие БЛРС у которого подтвердили методом двойных дисков.

Выводы. Проведённое исследование показало наличие приобретённых генов, кодирующих синтез БЛРС, у представителей сем. Enterobacteriaceae, которые входят в состав нормальной микрофлоры здорового человека, а также низкую частоту их распространения в настоящий период.

ЭРГОСПИРОМЕТРИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ АЭРОБНОГО ЭНЕРГООБРАЗОВАНИЯ И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Кулагин П.А., 6 курс, медико-профилактический факультет,
Маркитан Г.С., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой нормальной физиологии с курсом психофизиологии, д.м.н., профессор М.М. Лапкин, д.м.н., профессор А.Л. Похачевский

Актуальность. Метод кардиопульмонального тестирования (эргоспирометрия) был изобретен в 1955г. V. Bouhlaу, и по сей день является «золотым стандартом» как диагностики заболеваний ССС, так и методом определения толерантности к физической нагрузке.

Залог успешности выполнения физической нагрузки определяется аэробным энергообеспечением, которая зависит от способности ССС снабжать мышцы в достаточном количестве кислорода и способности дыхательной системы выводить углекислый газ.

Потребность спортивной медицины в создании более новых и усовершенствованных методик прогнозирования успешности физической деятельности спорта высших достижений.

Цель. Изучение методики эргоспирометрии, как одного из вариантов функционального тестирования, оценивающего объективное состояние спортсменов.

Материалы и методы. Исследование проводится на спортсменах, тренирующихся на базе «Родной край – самбо» На настоящий момент в исследовании приняли участие 11 человек Возрастная группа испытуемых от 23-30 лет, спортивные достижения: к.м.с. и м.с.

Выполнение физической нагрузки зависит от способности сердечнососудистой системы снабжать мышцы в достаточном количестве кислородом и способности дыхательной системы выводить углекислый газ. При нагрузке потребление кислорода мышцами возрастает, что достигается в первую очередь увеличением сердечного выброса (по сравнению с состоянием покоя он может увеличиваться в 6 раз). Кроме того, происходит его перераспределение: рефлекторные и нейрогуморальные механизмы обеспечивают вазоконстрикцию в метаболически менее активных тканях(органы пищеварения, почки и т.д.) и вазодилатацию в работающих мышцах, поэтому последние могут получать до 80-90% сердечного выброса в зависимости от интенсивности работы и количества вовлеченных мышечных групп. Рост сердечного выброса и расширение легочных сосудов способствуют увеличению перфузии легких. Растет и скорость экстракции кислорода мышцами, что приводит к увеличению артериовенозной разницы по кислороду (АВР-О₂). возрастает пропорционально выполняемой работе.

Для исследования физической работоспособности использовались:

- 1) Велоэргометр (компания LODE)
- 2) Одноразовые электроды для снятия ЭКГ
- 3) Портативный 12-канальный Поли-Спектр-8/ЕХ компании Нейрософт

Для газоанализа использовались: Газовый анализатор Quark CPET, модель Omnia 1.6.3 компании COSMED

Результаты и их обсуждение. Проведенные пилотажные исследования доказали целесообразность использования метода эргоспирометрии для оценки функционального состояния спортсменов.

Выводы. Эргоспирометрия является методом не только диагностическим, но также и реабилитационным. А поскольку основная доля успешной спортивной деятельности определяется преимущественно аэробным энергообеспечением, то определение аэробно-анаэробного порога является неотъемлемой стадией прогнозирования выполнения максимальной и субмаксимальной нагрузки при выполнении поставленных результатов в спорте высших достижений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЁМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЁРТВЫХ ПРОСТРАНСТВ МЕТОДОМ КАПНОВОЛЮМЕТРИИ

Квасников Р.А., Кузнецов С.В., Вельдина О.А., Борычева О.А., Лаптева А.Е.,
3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.А. Мирошкина

Актуальность. В патологии (например, прекапиллярная форма лёгочной гипертензии, посткапиллярная форма лёгочной гипертензии, лёгочная форма гипотензии, дистресс-синдром взрослых) объем альвеолярного и, следовательно, физиологического мёртвого пространства может значительно увеличиваться. Поэтому определение объема мёртвого пространства является значимым критерием для диагностики и прогнозирования исхода ряда заболеваний респираторной системы.

Цель. Освоение методики определения объема физиологического мертвого пространства с помощью капноволюметрии.

Материалы и методы. Капноволюметрия была выполнена с помощью компьютерного ультразвукового спирографа SpiroScout, оснащенного функцией капноволюметрии. Для статистической обработки результатов использовали программу Microsoft Excel.

Объемную капнограмму регистрировали в положении сидя при обычном, спокойном дыхании испытуемого в трубку прибора. Дыхание осуществлялось через рот; на нос накладывали зажим. Во время обследования капнограмма отображается на мониторе компьютера в режиме реального времени.

После завершения записи прибор автоматически анализирует 5 капнографических кривых. Для определения объема физиологического мертвого пространства используется уравнение Бора.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 16 испытуемых, не имеющих патологии респираторной системы, средний возраст – 20 лет. Объем физиологического мёртвого пространства составил, в среднем, 280 мл. Критерием эффективности вентиляции легких является не сам объем мертвого пространства, а его отношение к дыхательному объему. Отношение VD/VT составило у испытуемых 0,28, что соответствует норме.

Выводы. Таким образом, мы освоили методику определения объема физиологического мертвого пространства с помощью капноволнометрии.

В дальнейшем мы планируем сравнить полученные результаты с результатами обследования пациентов, имеющих хроническую патологию респираторной системы.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГЛИКОПРОТЕИНА-R ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ерохина П.Д., 6 курс, лечебный факультет,
Сеидкулиева А.А., 4 курс, фармацевтический факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент А.В. Шулькин, к.б.н., ассистент И.В. Черных

Актуальность. Гликопротеин-R (Pgp, *ABCВ1*-белок) – мембранный белок-транспортер, играющий ключевую роль в фармакокинетике широкого спектра лекарственных веществ. Субстратами данного транспортера является ряд препаратов (антибактериальные, антиретровирусные, гипотензивные), которые требуется назначать беременным женщинам длительными курсами, иногда на протяжении всего срока гестации.

Цель. Изучить активность белка-транспортера Pgp на уровне целостного организма у самок-кроликов породы «Советская Шиншилла» во время беременности.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 21 кролике-самке породы «Советская Шиншилла» массой 3000-3500 г. Животные были разделены на 4 серии. Первая серия (n=6) – кролики на 7 сутки беременности; вторая серия (n=5) – животные на 14 сутки беременности; третья серия (n=10) – кролики на 21 сутки беременности. За 7 суток до начала исследования и в указанные сроки гестации проводили оценку функциональной активности Pgp по фармакокинетике маркерного субстрата Pgp – фексофенадина после его однократного перорального введения в дозе 67,5 мг/кг массы и определение сывороточных концентраций прогестерона, эстрадиола, тестостерона и пролактина радиоиммунным методом.

Результаты и их обсуждение. Во все изучаемые сроки беременности сывороточная концентрация эстрадиола, тестостерона и пролактина у самок кроликов статистически значимо не отличалась от показателей до беременности, а уровень прогестерона в сыворотке крови значимо повышался по сравнению с уровнем нормы. На 7 сутки беременности фармакокинетические параметры фексофенадина достоверно не изменялись по сравнению с исходными значениями. На 14 сутки беременности отмечалось достоверное повышение C_{max} , AUC_{0-t} , $T_{1/2}$ фексофенадина по сравнению с параметрами до беременности, что свидетельствует о снижении функциональной активности Pgp на уровне целостного организма. На 21 сутки беременности оставалась повышенной C_{max} фексофенадина. Остальные фармакокинетические параметры достоверно не изменялись.

Выводы. Установлено снижение функциональной активности гликопротеина-R, определяемой по фармакокинетике его маркерного субстрата –

фексофенадина, у кроликов породы «Советская Шиншилла» на 14 и 21 сутки беременности на фоне значительного повышения уровня прогестерона.

ФИЗИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДАРСОНВАЛИЗАЦИИ И ОБЛАСТЬ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ

Мухамедова И.Т., 1 курс педиатрический факультет

Научный руководитель: к.ф.-м.н., доцент О.А. Милованова

Актуальность. Дарсонвализация — одна из старейших методик физиотерапевтического воздействия на поверхностные ткани и слизистые оболочки организма человека импульсными токами высокой частоты. Название метода произошло от имени французского физиолога и физика Жака Арсена Д'Арсонваля, впервые предложившего этот метод лечения в 1891 году.

Цель. Изучение работы механизма дарсонвализации, а также область применения данного физиотерапевтического метода.

Метод и материалы. Изучение и анализ литературы, и интернет-источников, соответствующих теме.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что отличие дарсонвализации от других физиотерапевтических методов в том, что воздействие на человеческий организм, осуществляют импульсным быстро затухающим током высокой частоты (до 110 кГц), высокого напряжения (до 20 кВ) и малой силы (0,02 мА).

При местной дарсонвализации высокое напряжение подводится к участку тела через вакуумный электрод, из которого выкачан воздух до разрежения 0,1-0,5 мм рт. ст.

Местная дарсонвализация вызывает в месте воздействия кратковременное сужение, а затем расширение сосудов, нормализацию тонуса гладких мышц. При этом снижается повышенный тонус артерий и повышается сниженный тонус вен, что уменьшает венозный стаз, улучшает капиллярное кровообращение, питание тканей. Понижается чувствительность нервных окончаний, снимаются спазмы гладких мышц и, следовательно, наступает болеутоляющий эффект.

Кожа человека содержит многочисленные выводные протоки потовых и жировых желез, которые являются токопроводящими каналами, заполненными электролитами.

Выводы. Таким образом, процедура дарсонвализации имеет широкий спектр применения и довольно эффективные результаты. При дарсонвализации воздействие электрического разряда на эти каналы осуществляет своеобразный «дренаж» выводных протоков. Стимулируется обмен веществ и регенерацию тканей, тканевое дыхание, нормализуют деятельность нервной системы и желез внутренней секреции, способствуют рассасыванию солевых отложений в суставах.

Но важно понимать, что лечение заболеваний требует комплексной терапии. Применение одной лишь дарсонвализации не даст действительно хороших результатов, нужно сочетать ее с рациональным питанием, умеренными физическими нагрузками, хорошим сном и медикаментозной терапией по назначению врача.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Попова Е.Ю., Кудряшов А.С., 1 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой математики, физики и медицинской информатики, к.ф.-м.н., доцент Т.Г. Авачёва

Актуальность. Электротравмы по количеству летальных исходов и инвалидности занимают одно из первых мест, по статистике каждый год от поражения током в мире гибнет до 30.000 человек, в России около 30% людей, подвергшихся электротравме, не выживают.

Цель. Изучить особенности повреждающего действия тока при электротравме, рассмотреть случаи смерти при электротравмах, исследовать правила оказания первой помощи при электротравмах.

Материалы и методы. В нашей исследовательской работе была проанализирована статистика случаев электротравм в России и в целом мире, так же было рассмотрено множество случаев электротравм и их последствия.

Результаты и их обсуждение. В результате нашего исследования мы изучили особенности электрического тока как повреждающего фактора, наиболее частые причины поражения, дали общую характеристику электротравмы; разобрали механизмы действия электротока и факторы, определяющие тяжесть поражения. Особое внимание уделено патогенезу и проявлениям электротравмы, механизмам смерти при электротравмах, отдаленным ее последствиям. Приводятся сведения о хронических электротравмах, поражениях от разрядов атмосферного электричества, а также о принципах оказания первой помощи при электротравме. Теперь мы знаем:

- особенности электрического тока как повреждающего фактора;
 - наиболее частые причины электротравм;
 - факторы, определяющие тяжесть электротравмы:
 - а) физические характеристики тока; напряжение, сила, частота, длительность воздействия;
 - б) значение реактивности и сопротивления тканей организма;
 - в) роль условий окружающей среды (метеорологические факторы и др.):
 - местные проявления повреждающего действия электрического тока.
- Особенности электрических ожогов, их отличие от термических;
- общие явления при электротравме, их механизмы;
 - летальный исход при электротравме: сердечная форма, дыхательная форма, смерть от электрического шока. Понятие о «мнимой смерти»;
 - отдаленные последствия электротравмы;
 - условия возникновения хронических электротравм;
 - особенности поражения молнией;
 - принципы оказания первой помощи при электротравме.

Выводы. Поражение электрическим током по летальности и инвалидности занимает одно из первых мест среди прочих травм. В связи с этим детальное изучение этиологии, патогенеза, механизма смерти, принципов оказания первой помощи при электротравме приобретает важное значение и является необходимым для врача любой специальности.

Кулешова И.А., Матвеева М.В., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Д.С. Пшенников

Актуальность. В связи с тем, что Гранулематоз Вегенера не имеет собственной типичной клинической картины, более 70% присутствующих симптомов – риногенные и отогенные проявления. ЛОР-симптомы Гранулематоза Вегенера часто ошибочно диагностируются как инфекционные или аллергические заболевания.

Цель. Ознакомление врачей оториноларингологов с данными случаями, которые имеют клиническую картину типичных ЛОР-патологий, но скрывают под собой системное заболевание.

Материалы и методы

Клинический случай 1. Жалобы на боли в области верхней челюсти, левосторонняя заложенность носа, болезненность десен слева, выраженный отек левой половины лица, закрытие левой глазной щели. Операция: внутриротовым доступом вскрыт абсцесс щеки слева, удалены кариозные зубы. Повторная операция: вскрытие флегмоны левой щеки, экстраназальное вскрытие и дренирование лобной, клиновидной пазух, решетчатого лабиринта слева; орбитотомия слева. На гистологическом исследовании выявлены: слизистая придаточных пазух с очагами некроза и неспецифической грануляционной ткани.

Клинический случай 2. Пациентка М, 56 лет. В анамнезе – фиброзирующий альвеолит. В течение 7 лет отмечает умеренные головные боли, онемение в конечностях, слабость. При поступлении отмечается птоз верхнего века слева, небольшой экзофтальм слева, анизокория. В полости носа большое количество геморрагических корочек с обеих сторон, жалобы на заложенность в носу, резкую головную боль.

Проведена операция: эндоскопическая этмоидосфеноидотомия с обеих сторон. На перегородке на всем протяжении и на носовых раковинах местами плотные геморрагические корочки, слизистая синюшная, отделяемого нет. Взята биопсия.

После операции в течение 8 дней сохранялись жалобы. Назначены пробы: рANCA, сANCA.

Клинический случай 3. Пациент С, 44 года. Перенес ОРВИ, после которой появились жалобы на головные боли, затрудненное носовое дыхание, гнойное отделяемое из полости носа, при рентгенографии ППН – признаки синусита. Проведено хирургическое лечение: пункция гайморовой пазухи слева.

Данные биопсии: признаки некротизирующего воспаления. Пациент направлен на консультацию к врачу-ревматологу, который исключил возможность наличия системного заболевания.

Диагноз подтвердился дополнительными методами обследования.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что сопутствующая патология утяжеляет течение Гранулематоза Вегенера. Хирургическое вмешательство противопоказано, т.к. наблюдается более агрессивная облитерация сосудов.

Выводы. Для лечения требуется мультидисциплинарный подход к данному заболеванию, проявления которого носят маски других болезней.

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Денисова Д.С., 5 курс, лечебный факультет, Соляник Н.А., 6 курс,
лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., доцент А.С. Пшенников, к.м.н., зав. отделением сосудистой хирургии ОКБ А.А. Егоров, к.м.н., сосудистый хирург В.В. Карпов

Актуальность. Выбор сосудистого протеза для артериальной реконструкции в ситуациях с высоким риском инфицирования графта, при непригодности аутовены является большой проблемой. В таких случаях методом выбора может быть трансплантация.

Цель. продемонстрировать случай первого применения артериального трансплантата в реконструктивной сосудистой хирургии в Рязанской области.

Материалы и методы. Пациент Г., 68 лет находился на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии ОКБ с 20.09.19 по 04.10.19 с диагнозом: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Ишемия IV стадии по Фонтейну-Покровскому. Аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование реверсированной веной справа (12.11.2014). Аневризматическая трансформация шунта.

При наружном осмотре в области нижней трети правой голени обнаружена трофическая язва размерами 2,0*4,0 см с вялыми грануляциями и пульсирующее образование на переднемедиальной поверхности правого бедра в проекции сосудисто-нервного пучка.

После проведения плановой КТ-ангиографии артерий нижних конечностей была выявлена аневризма бедренно-подколенного шунта справа. Аневризматическая трансформация затрагивала весь шунт, при этом сам он был проходим. Было принято решение об его эксплантации в связи с наличием высокого риска большей дилатацией и разрыва.

21.09.19 года пациенту было проведено оперативное лечение: Трансплантация бедренной артерии справа. Аллопротезирование свежезаготовленным гомографтом бедренно-проксимально-подколенного сегмента справа. Предварительно подготовленный «влажный» артериальный гомографт бедренно-подколенно-берцового комплекса взят у посмертного донора. В качестве протеза был выбран именно аллогraft, так как был высокий риск развития инфекции синтетического графта.

Результаты и их обсуждение. Ранний послеоперационный период без осложнений. Проводилась антикоагулянтная, антибактериальная, антиагрегантная, инфузионная терапия. Пульс на правой нижней конечности периферический, кровообращение компенсировано. Пациент был выписан на амбулаторное лечение.

Выводы. Таким образом, аллогraftы в реконструктивных операциях на сосудах могут быть использованы у больных с критической ишемией конечностей при отсутствии или непригодности аутовены, а также в ситуациях с высоким риском инфицирования graftа.

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТА С ГИГАНТСКОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ (РЕЦИДИВНОЙ СЛЕВА В 2012 ГОДУ)

Боботина Н.А., Демченко М.А., 4 курс, медико-профилактический факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент С.В. Леонченко

Актуальность. Грыжами живота страдают 3-4% людей; операции по поводу грыж составляют от 8 до 20% всех хирургических вмешательств. В соответствии с «Международными руководящими принципами по лечению паховой грыжи» основными видами паховой герниопластики являются: ГЕР, ГАРР и пластика по Лихтенштейну. До настоящего времени не разработана универсальная методика герниопластики при гигантских пахово-мошоночных грыжах.

Цель. Продемонстрировать эффективность открытого предбрюшинного способа герниопластики у пациента с неврправимой пахово-мошоночной грыжей гигантских размеров.

Задачи. Оценить преимущества операционного доступа и техники проведения преперитонеальной герниопластики от традиционных способов, а также качество жизни пациента при проведении данной операции.

Материалы и методы. Пациент К, 71 год, поступил в 1х/о ГБУ РО ГКБ №11 12.12.2018.

Диагноз: Двухсторонняя гигантская неврправимая пахово-мошоночная грыжа. Рецидив слева (оперирован 2010 году).

Из анамнеза: герниопластика по Лихтенштейну слева 9 лет назад. Рецидив через два года. Справа грыжа более 10 лет, не оперирована. Под СМА проведена операция: грыжесечение с протезированием передней брюшной стенки с обеих сторон.

Доступ осуществляется на 2-4 см выше симфиза и параллельно пупартовой связке. Выделили основные анатомические ориентиры – m.psoas и лонную кость с лонным бугорком – для точек фиксации импланта. Импланта предыдущей операции мигрировал вместе с грыжевым мешком за пределы передней брюшной стенки и был иссечен с окружающими тканями.

После обработки грыжевого мешка приступили к протезированию задней поверхности передней брюшной стенки проленовым имплантом.

Наложили фиксирующие швы: за надкостницу лонного бугорка и Куперу связку (нити не завязывали). В качестве импланта использовали монофиламентную сетку, размером 15,0x12,0 см. В центре сетки выкроили «окно» для семенного канатика и разрез для прохождения подвздошных сосудов. Далее сетку фиксировали по ее периметру отдельными узловыми швами к поперечной фасции. Предбрюшинное пространство дренировали.

В послеоперационном периоде был установлен катетер Фолея.

Результаты и их обсуждение. Больной явился на плановый осмотр через 1 месяц после выписки из стационара. По опроснику SF-36 отмечается улучшение как физического, так и психического компонентов здоровья.

Выводы. Таким образом, преперитонеальная герниопластика может быть способом выбора при лечении гигантских грыж пахово-бедренной области. Она обеспечивает полноценную ревизию задней поверхности передней брюшной стенки, одномоментное выполнение сочетанных и комбинированных операций. У пациента после данной операции значение показателей шкал опросника SF-36 возросло, вследствие чего качество жизни в послеоперационном периоде у него улучшилось.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Танцырева Е.Д., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.М. Приступа

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) – одна из самых важных проблем современного акушерства, т.к. они являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности во всех странах мира. По оценкам ВОЗ, 15 млн детей ежегодно рождаются преждевременно, и это число растет. Доказано, что риски повторного преждевременного прерывания беременности высоки: если предыдущая беременность прерывалась в сроке 23-28 недели, то в 25% случаев и последующая беременность прервется до 28-й недели без коррекции причин. Одной из причин ПР является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Согласно клиническим рекомендациям по ИЦН, у женщин с отягощенным анамнезом предпочтение отдается наложению шва на шейку матки.

Цель. Оценить эффективность хирургического метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни пациенток с диагнозом «Истмико – цервикальная недостаточность», пролеченных в ГБУ РО ГКБ №8 с 2014 по 2019 гг.

Результаты и их обсуждение. Основную часть пациенток с данной патологией составили женщины в возрасте 30-34 лет (30,8%), на втором месте пациентки в возрастной группе 25-29 лет (28,0%), на третьем – 35-39 лет (23,3%). Среди пролеченных больных преобладали пациентки со сроком беременности 19-21 неделя (65,8% случаев). У всех женщин (100%) отягощен акушерско –

гинекологический анамнез. Так, у 42% женщин в анамнезе – невынашивание беременности, у 39,7% – аборт.

В 6,8% случаев наблюдалась гиперандрогения, в 28,4% имелась патология шейки матки (эктопия, цервицит и др.), в 67,8% случаев в анамнезе было выскабливание полости матки, у 5,0% женщин конизация шейки матки по поводу дисплазии 3 ст.

В 24,6% случаев до 27 недели предшествующей беременности наблюдалось укорочение ШМ менее 25 мм.

В лечебной тактике предпочтение было отдано хирургическому методу коррекции. Так, 96,0% женщин были пролечены хирургическим путем, в 4,0% случаев был поставлен акушерский пессарий.

При анализе течения беременности после коррекции ИЦН установлено, что невынашивание беременности наблюдалось лишь у 11,3%. Преждевременные роды были у 9,2% женщин, поздний самопроизвольный выкидыш – у 2,1%. Обращает внимание, что абдоминальное родоразрешение было осуществлено у 33,6% пациенток, в основном в плановом порядке в сроках 38-40 недель.

Большой процент рожденных детей имели достаточную массу тела и физическое развитие. 1,4% новорожденных у женщин имели экстремально низкую массу тела (980 г), длительное время находился под круглосуточным наблюдением специалистов и были выписаны в удовлетворительном состоянии. Умерло трое новорожденных с массой тела 1100, 1150 и 1250 г (сроки родов 26, 27 и 30 недель соответственно).

Выводы:

1. Выбор метода коррекции ИЦН является трудной задачей для акушеров-гинекологов и зависит от многих данных, таких как: анамнез, данные цервикометрии, данные гинекологического осмотра, наличие угрозы прерывания беременности, число плодов, сроки гестации, наличие противопоказаний, опыт врача, выбор пациентки.

2. Использование хирургического метода коррекции ИЦН у беременных женщин с отягощенным анамнезом эффективно в сроки гестации до 22 недель.

АНАЛИЗ ТЯЖЁЛЫХ СЛУЧАЕВ КЕРАТИТОВ

Гришина Т.Д., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент А.Е. Севостьянов

Актуальность. По данным всемирной организации здравоохранения среди причин, приводящих к утрате зрения, роговичная слепота возникает в 5% случаев от общей структуры заболеваемости глаза. В структуре самой роговичной слепоты первое место (37%) занимает кератит, второе (27%) – кератоувеит, третье (21%) – рубцы и помутнения роговицы.

Цель. Проанализировать случаи больных тяжёлым кератитом с угрозой перфорации за три года на опыте глазного отделения.

Материалы и методы. Были проанализированы 74 человека, пролеченных по поводу язвы роговицы с угрозой перфорации, 11 из которых имели

сопутствующий диагноз – системное заболевание соединительной ткани (ревматоидный артрит, синдром Шегрена, системная красная волчанка).

Результаты и обсуждения. Большинство пролеченных больных – женщины старше 60 лет. Чаще всего применяемые методы хирургического лечения – конъюнктивокератопластика, перекрытие по Кунту, блефарорафия. 60 больных прооперирован в первые сутки, 14 – прооперирован после 2-3 дней наблюдения в динамике, при этом все больные с сопутствующими системными заболеваниями прооперирован в первые сутки.

Выводы:

1. У больных с системными заболеваниями язвенный кератит протекает в более тяжёлой форме.

2. На фоне постоянного приёма гормональных препаратов по поводу системного заболевания отмечаются быстрые и выраженные дегенеративные изменения с угрозой перфорации роговицы.

3. Часто требуются дополнительные повторные оперативные вмешательства по поводу язвенного кератита.

ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗАХ СОННЫХ И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Соляник Н.А., 6 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., доцент А.С. Пшенников, д.м.н., доцент Р.А. Зорин

Актуальность. В 2018 г. 144 клиниками России выполнено 19.713 вмешательств на брахиоцефальных артериях. Так как в нашем исследовании мы рассматривали дефицит у прооперированных больных, то данная цифра имеет важное значение, как и количество осложнений, возникающих после хирургического лечения. По данным исследований EVA-3s и SAPPHIRE 30-дневная частота любого инсульта или смерти после оперативных вмешательств составляет 3,9% (2,7% – не фатальный инсульт, 1,2% – смерть).

Цель. Изучить предикторы развития послеоперационного неврологического дефицита у пациентов с гемодинамически значимыми симптомными стенозами внутренних сонных и позвоночных артерий на основе комплексного клинико-инструментального и клинико-лабораторного обследования и технологий машинного обучения.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов с гемодинамически значимыми атеросклеротическим стенозами брахиоцефальных артерий. Все пациенты были оперированы: в 34 случаях выполнена каротидная эндартерэктомия, в 15 случаях редрессация позвоночной артерии. Были оценены следующие показатели: степень стеноза артерий (сонных и позвоночных) по данным УЗИ, коагулограмма (МНО, протромбиновый индекс, уровень фибриногена, АЧТВ), фракция выброса в % (по данным ЭхоКГ), уровень общего холестерина, уровень гликемии.

Результаты и их обсуждение. С помощью оценки неврологического статуса и данных нейровизуализации пациенты экспертным путем были разделены

на 2 группы: без неврологического дефицита и с наличием ишемических нарушений или иного дефицита. Методом искусственных нейронных сетей была произведена классификация пациентов в различные группы, на основе вышеуказанных показателей, и установлено, что наибольшую значимость имеют нарушения кровотока по вертебробазиллярным артериям, нарушения гемостаза со склонностью к гиперкоагуляции и систолическая функция левого желудочка. Другие данные имели меньшее значение.

Выводы. Предиктивная оценка факторов риска у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами имеет важное значение в контроле послеоперационных неврологических осложнений. При этом наиболее значимыми предикторами неврологического дефицита являются нарушения кровотока в вертебробазиллярном бассейне, показатели гемостаза и характеристики насосной функции сердца.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНООНКОЛОГИИ. ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК ИММУНИТЕТА

Нецкина А.А., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент А.И. Судаков

Актуальность. В 2018 г. Нобелевскую премию по медицине вручили двум ученым из Америки и Японии – профессору Онкологического центра MD Anderson Техасского университета Джеймсу Эллисону и профессору Киотского университета Тасуку Хондзё – за новый метод лечения онкологии, который назвали «иммуноонкология». Они обнаружили два разных чекпойнта – механизма, с помощью которых организм подавляет активность Т-лимфоцитов, иммунных клеток-убийц. Если заблокировать эти механизмы, то Т-лимфоциты «выходят на свободу» и отправляются на битву с раковыми клетками. Это называют иммунотерапией рака, и она уже несколько лет применяется в клиниках.

Цель. Рассмотрение преимуществ и недостатков иммунотерапевтического лечения ингибиторами контрольных точек иммунитета.

Материалы и методы. В основе исследования были использованы и проанализированы отечественные иностранные источники:

«Immune checkpoint therapy in liver cancer» Feng Xu, Tianqiang Jin, Chaoliu Dai Journal of Experimental & Clinical Cancer.

Reutova E.V., Laktionov K.P., Breeder.V. Sarantseva K.A., Okruzhnova M.A. et al. Immune-mediated adverse events associated with immune checkpoint inhibitors therapy. Malignant Tumours 2016.

Ключагина Ю.И. Соколова З.А. Барышникова М. А. «Роль рецептора PD1 его лигандов PDL1 и PDL2 в иммунотерапии опухолей».

Результаты и их обсуждение. Существует концепция иммунного надзора над опухолью, согласно которой клетки иммунной системы могут влиять на рост и прогрессию злокачественного новообразования развитием локального воспаления, продукцией специфичных антител к опухольассоциированным антигенам,

цитотоксическими клетками посредством NK-, NKT-клеток, CD8+ Т-лимфоцитов. Однако опухолевые клетки способны подавлять направленный иммунный ответ, используя различные механизмы. Один из молекулярных механизмов основан на передаче ингибирующего сигнала от рецепторов CTLA4 или PD1 на CD8+ Т-лимфоцитах, что вызывает анергию опухолевых клонов. Иммунологические контрольные точки – это система ингибиторных механизмов, которые участвуют в регуляции активации иммунного ответа, модулируют его, ограничивают вызванные иммунными клетками повреждения в органах и тканях, а также препятствуют запуску аутоиммунных реакций.

Ингибиторы CTLA-4, PD-1, PD-L1 были одобрены для клинического применения при различных типах рака.

В качестве монотерапии или в комбинации для неоперабельной или метастатической меланомы у взрослых пациентов, независимо от мутации в гене BRAF. В качестве монотерапии местнораспространенного или метастатического немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) у взрослых после предшествующей химиотерапии. В качестве монотерапии распространенного почечно-клеточного рака (ПКР) у взрослых после предшествующей системной терапии, монотерапии рецидивирующей или рефрактерной классической лимфомы Ходжкина (КЛХ) после предшествующей аутологичной трансплантации стволовых клеток (аутоТСК) и терапии с использованием брентуксимаба ведотина, монотерапии рецидивирующего или метастатического плоскоклеточного рака головы и шеи после предшествующей терапии на основе препаратов платины, монотерапии распространенного неоперабельного или метастатического рака мочевого пузыря после предшествующей платиносодержащей терапии. Преимуществами иммунотерапии является снижение риска развития резистентности, а что наиболее значимо, применение иммунотерапевтических препаратов позволяет добиться длительной и стойкой ремиссии у части пациентов. Эффект от иммунотерапии развивается вне зависимости от мутаций в гене BRAF и сохраняется без поддерживающей терапии. Частота достижения эффекта у больных с MSI очень велика.

Как и любой другой метод лечения иммунотерапия имеет ряд недостатков. Наиболее значимыми являются, частота иммуноопосредованных нежелательных явлений, связанных с лечением препаратами, блокирующими контрольные точки Т-лимфоцитов, и высокая стоимость лечения.

Выводы. Иммуноонкология как направление активно внедряется, создавая новые стандарты лечения злокачественных опухолей, при этом, не ограничиваясь узким спектром заболеваний. Сегодня уже для пяти нозологий изменены стандарты лечения благодаря появлению новых эффективных лекарственных препаратов, и есть основания полагать, что с каждым годом будут появляться все новые опухоли, для которых также подтверждена эффективность этого нового подхода.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ NOSES В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Кочетков Ф.Д., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Ю. Огорельцев

Актуальность. Роль технического прогресса в развитии медицины и хирургии неоспорима, мы считаем, не меньшее значение имеет тенденция к гуманному и индивидуальному подходу в лечении пациентов. Так, основным критерием онкологического вмешательства в прошлые десятилетия являлся его радикализм, то на данный, наряду с радикальностью операции, не меньшее значение приобретает и качество жизни пациента.

Цель. Проанализировать возможности методики NOSES и оценить возможные интра- и послеоперационные осложнения, а также сроки реабилитации после проведения данного вмешательства.

Материалы и методы. Пациент К., в возрасте 66 лет, обратился в ОКБ г. Рязани с жалобами на боли при дефекации, наличие крови в кале. При проведении колоноскопии было обнаружено опухолевидное образование на расстоянии 8 см от ануса, при взятии биопсии – аденокарцинома прямой кишки, по результатам МРТ в стадии T₂N₀M₀, ASA=2. Была показана операция, общие этапы которой не отличаются от обычной передней нижней резекции.

Результаты и их обсуждение. После проведения мобилизации и выделения кишки производится ее резекция с трансанальным извлечением и формированием анастомоза интракорпорально. На первом этапе происходит процесс пересечения кишки с применением УЗ-скальпеля, далее в брюшную полость вводится контейнер, для дальнейшего погружения резецированного препарата и предотвращения обсеменения рядом лежащих органов опухолевыми клетками. Через культю прямой кишки захватывается один его конец и выводится через просвет анального канала. Конец дистальной части с опухолью помещается в контейнер. Далее производится подготовка проксимального отдела, ножницами происходит его пересечение и резецированный участок подконтрольно выводится через анальный канал. Резецированный препарат выводится через анальный канал хирургом вручную. Далее через культю прямой кишки вводится головка циркулярного сшивающего аппарата и начинается формирование стандартного кишечного анастомоза, аппаратным методом. Головка сшивающего аппарата погружается в проксимальный отдел кишки, дистальная культя заглушается с помощью степлера(echelon), прошиваемая часть перфорируется стилетом базовой части циркулярного степлера, головка соединяется с базовой частью и формируется интракорпоральный сигморектоанастомоз.

Послеоперационные результаты: вид NOSES II, продолжительность операции 150 мин, кровопотеря 50 мл, отсутствие интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Выводы. NOSES при раке прямой кишки максимально сокращает продолжительность послеоперационной реабилитации, практически нивелирует болевой синдром, предотвращает появление косметических дефектов в виде рубцов

и грыжи. Для выполнения NOSES при раке прямой кишки необходим тщательный подбор пациентов: небольшие размеры опухоли (стадии T1, T2), отсутствие осложнений. Освоение данной методики требует хорошего развития мануальных навыков, опыта работы, а также сопровождается длительной кривой обучения. NOSES при раке прямой кишки – многообещающая и перспективная методика, требующая дальнейшего освоения и практических исследований.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Филаткина М.Н., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.Е. Коробков

Актуальность. В последние годы в медицине все больше появляются новые современные малоинвазивные технологии. Одним из таких методов является эндовидеохирургия, которая нашла широкое применение не только при плановых оперативных вмешательствах, но и все больше пользуется успехом при экстренных операциях.

Мы провели наше исследование на примере аппендэктомии, как одной из самой часто встречаемой операции в ургентной хирургии.

Эпидемиология острого аппендицита:

- Больные острым аппендицитом составляют 42% всех хирургических больных.

- Частота встречаемости 3-5 человек на 1000 населения.

- Выявляется у 7-12 % населения стран мира.

- Чаще наблюдается среди лиц в возрасте 20-40 лет.

Материалы и методы. Мы проводили исследование на основании данных по 1 хирургическому отделению ОКБ.

Всего за последние 10 лет было выполнено 2297 аппендэктомий, из них – 753 лапароскопических, 1544 открытых.

Результаты и их обсуждение. Отмечается ежегодное снижение операций по поводу острого аппендицита в связи с активным применением лапароскопической диагностики, что позволяет избежать «напрасного» удаления червеобразного отростка. Так пик выполненных аппендэктомий приходится на 2011 г., где было выполнено 309 операции, затем с 2015 г. наблюдается резкое снижение вмешательств почти в 2 раза по сравнению с предыдущими годами.

Соотношение лапароскопических и открытых аппендэктомий находятся в обратной зависимости. Доля эндоскопических вмешательств растет из года в год: если еще в 2011 г. количество лапароскопических не превышало 3,2%, то в настоящее время этот показатель увеличился до 80,4%.

Согласно Российским национальным рекомендациям среди женщин острый аппендицит встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин, однако наше исследование показало тенденцию к уменьшению проводимых аппендэктомий среди женского населения.

Распределение пациентов по возрастным группам, показало, что чаще всего операции проводятся в молодом возрасте, а в среднем в 2 раза чаще, чем в пожилом, что соответствует данным литературы.

Всего за весь период выявлено 47 осложнений (2%), из них 42 (2,7%) при открытом доступе и 5 (0,6%) – при лапароскопическом. Все они типичны согласно исследованиям других клиник.

Анализ средних сроков госпитализации показал постепенное снижение к/д после открытых операций. В настоящий момент к/д при традиционном доступе и лапароскопическом практически равны. Однако данный показатель принимать не корректно вследствие с современными требованиями страховой медицины.

Врачи нашей клиники руководствуются следующими противопоказаниями к ЛАЭ:

Абсолютные:

- Клинические признаки неограниченного перитонита;
- Анестезиологические противопоказания к ТВВА +ИВЛ.

Относительные:

- Длительность заболевания более 2-х суток;
- Наличие в анамнезе операций на брюшной полости.

Выводы:

В заключение, хочется сделать следующие выводы нашей работы:

1. Эндовидеохирургия в настоящий момент занимает ведущее положение как высокотехнологичное миниинвазивное оперативное вмешательство.

2. Диагностическая лапароскопия позволяет снизить количество «напрасных» аппендэктомий.

3. Использование лапароскопического доступа снижает общее число п/о осложнений, сопровождается коротким восстановительным периодом, уменьшает время пребывания пациента в стационаре, обладает лучшим косметическим эффектом.