МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 2013

Сборник тезисов докладов
67-й научно-практической конференции
студентов и молодых ученых с международным участием

Под редакцией профессора О.К. Кулаги, профессора Е.В. Барковского

Минск БГМУ 2013

УДК 616(043.2)
ББК 52 я 73
А43

Рецензенты: чл.-кор. НАН Беларуси, д-р. мед. наук, проф. Висмонт Ф.И.; д-р. мед. наук, проф. Таганович А.Д.; заслуженный деятель науки РБ, д-р. мед. наук, проф. Третьяк С.И.

Редакционный совет: А.Ю. Дегтярев, Е.В. Сенюта, М.И. Кашкан.

Актуальные проблемы современной медицины 2013: материалы 67-й науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с международным участием / под ред. проф. О.К. Кулаги, проф. Е.В. Барковского. – Мн.: БГМУ, 2013. – с.

ISBN 978-985-528-761-3

Содержатся тезисы докладов студентов и молодых ученых, посвященные широкому кругу актуальных проблем современной теоретической и практической медицины.

Предназначается студентам Высших учебных медицинских заведений и колледжей, врачам, научным сотрудникам.

ISBN 978-985-528-761-3

УДК 616(043.2)
ББК 52 я 73
А 43

© Оформление Белорусский государственный медицинский университет, 2013

Seebah Hetish

CHANGES IN ENDOTHELIAL FUNCTION IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY

Supervisor Nikonova L.V. MD Medical Science
1st Department of Internal Diseases
Grodno State Medical University, Belarus

Background : The prevalence of diabetes mellitus (DM) in the developed world has a character of noninfectious epidemic, bringing the society to a significant material and economical loss. The leading cause of morbidity and mortality in patients with DM are late micro-and macrovascular complications. It is found that in the case of diabetic nephropathy (DN), the rate of progression of cardiovascular disease increases. It is believed that the development of DN is characterized by a significant degree of endothelial dysfunction, and as a result, a more rapid progression of atherosclerosis and its complications. Endothelial dysfunction is a manifestation of impaired endothelium-dependent dilation of blood vessels (endothelial vasomotor function). This defect may be the reason of the development of DN, arterial hypertension and cardiovascular diseases.

Aims: To study the endothelial function in patients with DN.

Material and Methods: The study involved 34 patients with DM, including 10 men, 24 women with all having DN stage 3 and divided into three subgroups.Subgroup 1:Type 1 DM –17 patients with mean age 30years amoung which 5 of them had high cholesterol and hypertriglycemia Subgroup 2:Type 2 DM –17 patients with mean age 48years amoung which 10 patients were obese second degree and 14 patients had high cholesterol,triglyceride and treated with statins and combine hypertensive and hypoglycemic drugs.The control group consisted of 17 healthy persons with mean age 25years.All persons were nonsmokers. Endothelial function was determined by rheovasography of the upper extremities using the apparatus Impekard-M. Endothelium-dependent vasodilatation was carried out by reactive hyperemia test. The analysis program STATISTIKA 7.0 was used.

Results: The data presented in Table 1, shows the correlation between the disturbance in carbohydrate metabolism and indicators of endothelial function.The level of glucose ($p < 0,05$) and HbA1c ($p < 0,01$) in patients with type 1 and type 2 DM was significantly increased. Both the index of elasticity IE ($p < 0.05$) and the maximun blood flow velocity **Δ dz/dt** ($p < 0.05$) in type 2 DM was significantly decreased.

Table 1. Data of Carbohydrate metabolism and endothelial function in patients with DM.

Parameters	**DM 1 n=17**	**DM2 n=17**	**CONTROL n=17**	**p1-** DM1 / DM2	**p2** DM1 / control	**p3** DM2 / control
Glucose(mmol/l)	8.1	6.9	4.8	p=1.0	p<0.05	p=1.0
HbA1c (%)	9.0	8.8	5.9	p=1.0	p<0.01	p=1.0
Index of elasticity	-0.25	-0.81	0.367	p<0.05	p<0.05	p<0.05
dz / dt (Ом/с) (%)	15.6	-14.05	38.65	p<0.05	p=1.0	p<0.05

Note: The accuracy of statistical significance p < 0.05.

Conclusions:

Both patients with type 1 and type 2 DM have endothelial dysfunction, manifested by significantly decrease in blood flow velocity and index of elasticity,showing that endothelial dysfunction has a higher frequency in patient with DN.

In type 2 DM there is a more pronounced decline in index of elasticity and blood flow velocity comparing with type 1 DM and the control group, this may be due to the age differences, ,metabolic syndrome and drugs taken for treatment(hypertensive,hypoglycemic and hypolipidemic).

Абрамова С.М.

ВЛИЯНИЕ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ КИСЛОРОДА НА МИТОХОНДРИАЛЬНЫЙ МАТРИКС

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель работы: проанализировать современное состояние вопроса о влиянии свободных радикалов кислорода на митохондриальный матрикс опираясь на литературные данные.

Актуальность: по данным литературных источников патогенные мутации митохондриальной ДНК встречаются у одного новорожденного из 200.

Митохондрии - основные двумембранные органеллы клетки, ведущая роль которым отводится в образовании энергии. Открыты в 1894 г. Р. Альтманом с помощью светового микроскопа, но внутреннее строение их изучено позднее лишь с помощью электронного микроскопа. Внутреннее пространство митохондрий заполнено гомогенным веществом, носящим название матрикса. Вещество матрикса имеет более плотную консистенцию, чем окружающая митохондрию гиалоплазма. В матриксе выявляются ферменты, липиды, соли кальция и магния, витамины, тонкие нити ДНК и РНК, а также митохондриальные рибосомы, на которых синтезируются некоторые митохондриальные белки.

Митохондриальная ДНК была открыта Маргит Насс и Сильвен Насс в 1963 году в Стокгольмском университете при помощи электронной микроскопии и, независимо, учёными Эллен Харлсбруннер, Хансом Туппи и Готтфридом Шацем при биохимическом анализе фракций митохондрий дрожжей в Венском университете в 1964 году. Митохондриальная ДНК человека представляет собой двухцепочечную кольцевую молекулу. Более 15 лет тому назад был полностью секвенирован митохондриальный геном, состоящий из 16 569 нуклеотидов и содержащий 22 гена транспортных РНК, 2 гена рибосомальной РНК и 13 белковых генов. Митохондриальная ДНК передается с цитоплазмой гамет, причем почти исключительно яйцеклеток, в количестве 200000-300000 копий, и в незначительной степени через сперматозоиды, поскольку сперматозоиды практически не содержат митохондрий.

Постоянные окислительные процессы в матриксе митохондрий приводят к возникновению мутаций в митохондриальном и ядерном геномах, обуславливающих развитие ярко выраженных наследственных синдромов Барта, Кернса-Сейра, Пирсона, MERRF, MELAS и к нарушениям клеточного энергообмена.

В данной работе описаны механизмы митохондриальных заболеваний, их диагностика и методы лечения.

Вывод: свободные радикалы кислорода, которые образуются в матриксе митохондрий в результате окислительных процессов, связанных с синтезом АТФ, приводят к мутациям, происходящим в митохондриальном и ядерном геномах, вызывая тяжелые поражения центральной и периферической нервной системы, органов слуха и зрения, печени, сердца, почек, желудочно-кишечного тракта, скелетных мышц, эндокринные нарушения.

Абрамова Е.С.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, ГЕМОСТАЗА, СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

За последние десять лет в Республике Беларусь наблюдается значительный рост числа ежегодно регистрируемых случаев рака предстательной железы (РПЖ): с 1 202 в 2001 году до 2 899 случаев в 2010 году (в 2,4 раза). Для лечения данной патологии используются хирургическая терапия, лучевые методы и гормонотерапия. По современным данным антиандрогенная терапия у пациентов с РПЖ может способствовать развитию дислипидемии, АГ, нарушений коагуляции, сахарного диабета 2 типа, центрального ожирения. Соответствующий рост кардиоваскулярного риска ведёт к увеличению смертности от сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с РПЖ после гормонотерапии.

Цель исследования: на основании клинических, биохимических, структурно-функциональных показателей поражения сердечно-сосудистой и эндокринной систем определить выраженность развития метаболических нарушений у пациентов с раком предстательной железы после комбинированного лечения.

Задачи исследования: 1. Провести анализ эпидемиологической ситуации в отношении рака предстательной железы в г. Минске в 2007-2012 гг. 2. Оценить клинические, биохимические и структурно-функциональные критерии поражения сердечно-сосудистой и эндокринной систем у пациентов, получающих противоопухолевую терапию. Проанализировать связь между развитием метаболических нарушений и проведением гормональной терапии.

Материалы, методы исследования, результаты**.** Была проанализирована медицинская документация пациентов, состоящих на диспансерном учёте в УЗ «МГКОД» в 2007-2012 г., а также медицинские карты амбулаторных больных поликлиник по месту жительства пациентов. В течение 6 лет в г. Минске было зарегистрировано 3640 вновь выявленных случаев заболевания РПЖ, из них 2323 (63,82%) в 2010-2012 гг. Из 994 случаев, зарегистрированных в 2012 г., в 93 случаях была диагностирована на I стадии развития опухолевого процесса, 432 – на II, 345 – на III, 102 – на IV. На конец 2012 г. на учёте состояло 3300 пациента с РПЖ. Целью максимальной, или полной, андрогенной блокады является ингибирование всех циркулирующих андрогенов, включая адренокортикоиды. Наблюдение за клиническими, биохимическими показателями в динамике (через 3, 6, 12, 24 месяца после начала проведения гормонотерапии) позволили выявить тенденцию к росту кардиоваскулярного риска.

Выводы:

1.За последние 6 лет в г. Минске отмечается рост заболеваемости РПЖ с пиком в 2012 г., в т. ч. в трудоспособном возрасте.

2. Пациенты, получающие гормонотерапию, склонны к развитию компонентов метаболического синдрома, СД, АГ, нарушений коагуляции, центрального ожирения и др., формирующих низкий уровень качества жизни и высокий риск смертности от сердечно-сосудистых осложнений.

3.Относительно высокая продолжительность жизни пациентов с момента установления диагноза РПЖ, а также тенденция к увеличению доли пациентов трудоспособного возраста обусловливают актуальность своевременной диагностики и профилактики метаболических нарушений для повышения показателей качества жизни и снижения кардиоваскулярного риска у данной категории больных.

Абрамова С.М., Гусла С.Н.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ярошевич С.П.
Кафедра нормальной анатомии

Цель работы – на основании анализа данных анатомической и клинической литературы представить описание анатомических образований верхней конечности как потенциальных мест возникновения туннельных синдромов.

Стволы крупных нервов верхней конечности: срединного, локтевого и лучевого, по пути следования проходят через костно-мышечные, костно-фиброзные или фиброзные каналы («туннели»). В них при патологических изменениях тканей, окружающих нерв, может происходить его сдавление, которое проявляется туннельным синдромом – комплексом симптомов раздражения и выпадения функций в зоне иннервации нерва.

Потенциальные места компрессии срединного нерва расположены в нижней части плеча, верхней части предплечья и в области запястья. В дистальной части плечевой кости при развитии надмыщелкового отростка (в 1% случаев) образуется «надмыщелковое кольцо», ограниченное медиальным надмыщелком плечевой кости, надмыщелковым апофизом и протянутой между ними «фиброзной лентой Стразера». В верхней части предплечья срединный нерв вступает в фиброзно-мышечный туннель, который образован двумя пучками круглого пронатора и сухожильной дугой поверхностного сгибателя пальцев. Выходя на кисть, срединный нерв в окружении сухожилий сгибателей пальцев вступает в запястный канал, дно и стенки которого образованы костями запястья, а крыша – удерживателем сгибателей пальцев.

Локтевой нерв может подвергаться сдавлению в области локтевого сустава и в области запястья – в канале Гюйона. В области локтя нерв проходит в костно-фиброзном желобе, образованном бороздой локтевого нерва на медиальном надмыщелке плечевой кости, локтевым отростком локтевой кости и фиброзным пучком, их соединяющим. У места выхода из локтевого туннеля нерв может сдавливаться фиброзной аркой, натянутой между головками локтевого сгибателя запястья. В области запястья нерв может подвергаться компрессии в канале Гюйона, который образован гороховидной костью, крючком крючковидной кости и расщеплением удерживателя сгибателей.

Потенциальным местом компрессии лучевого нерва на плече является плечемышечный канал, который образован бороздой лучевого нерва и трехглавой мышцей плеча. Место компрессии глубокой ветви плечевого нерва – супинаторный канал, ограниченный шейкой лучевой кости и супинатором.

Абрамович Т.С.

ПРАВЕДНИКИ НАРОДОВ МИРА

Научный руководитель канд. философ. наук, доц. Савко Н.П.
Кафедра философии и политологии

Цель данного исследования – на основе широкого круга опубликованных источников, воспоминаний, фактов провести комплексный анализ деятельности и создания всемирной организации Мемориального музея памяти жертв и героев Катастрофы европейского еврейства Яд Вашем.

Исходя из цели исследования, выделяются следующие задачи:

- раскрыть сущность деятельности Мемориального музея памяти жертв и героев Катастрофы европейского еврейства Яд Вашем;
- сформировать убеждение о недопустимости возрождения фашистской идеологии как антигуманной;
- исследовать мотивы, по которым жители Беларуси помогали спасению евреев;
- выявить имена Праведников народов Мира на территории Копыльского района;
- воспитание патриотических и гражданских чувств, ответственности за будущее Родины и мирового сообщества, национального достоинства.

Материалом для исследования данной работы являются публикации, исторические факты, воспоминания, личные беседы автора с Праведниками Мира.

Предметом исследования – деятельность организации Мемориального музея памяти жертв и героев Катастрофы европейского еврейского Яд Вашем и её подразделений.

Научная новизна моего исследования заключается в том, что предпринята попытка всестороннего объективного изучения деятельности Мемориального музея памяти жертв и героев Катастрофы европейского еврейства Яд Вашем. Она исследуется на богатом документальном материале. Сделана попытка исследовать мотивы, по которым жители Беларуси помогали спасению евреев.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы для дальнейшего изучения проблемы межнациональных отношений в новейшее время.

Практическая значимость заключается в том, чтобы использовать данный материал для изучения истории Беларуси, политологии, социологии, проведения мероприятий и информационных часов.

Возникновение Праведничества – явление религиозное, историческое, общечеловеческое и, в общей сущности, народное по своему духу. Никто не имеет ни политического, ни морального права предать это явление забвению. В своей работе на основе широкого круга опубликованных источников, воспоминаний, фактов, личных контактов с Праведниками Мира проведен комплексный анализ деятельности и создания всемирной организации Мемориального музея памяти жертв и героев Катастрофы европейского еврейства Яд Вашем. Исходя из целей исследования, показана сущность деятельности Мемориального музея памяти жертв и героев Катастрофы европейского еврейства Яд Вашем, который проводит огромную работу по выявлению Праведников Народа Мира, и благодаря ему, мы сегодня знаем их имена. В работе исследованы мотивы, по которым жители Беларуси помогали спасению евреев. Материалы исследования способствуют воспитанию и пропаганды патриотических и гражданских чувств, чувства ответственности за будущее Родины и мирового сообщества. Формируют чувство национального достоинства.

Абрамович Т.С.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Латушко Т.В.
Кафедра общей химии

Между растением, почвой и подпочвенной средой существует взаимосвязь. Растение поглощает подземные воды, просочившиеся в почву, в которых в некоторых случаях могут быть растворены те или иные металлы. Это может происходить даже тогда, когда породы, содержащие эти металлы, залегают на глубине двадцати или тридцати метров. По химическому составу растений можно судить о том, какие руды залегают в местах их произрастания.

Геоботаники накопили много сведений о растениях- индикаторах, которые служат указателем залегания в почве полезных ископаемых и помогают людям раскрыть богатство земных недр. Возникла даже наука «индикационная геоботаника».

Физиологические причины приуроченности некоторых растений к районам залегания полезных ископаемых не до конца выяснены. Это может быть следствием того, что растение имеет повышенную устойчивость к избытку того или иного химического элемента. Они занимают ту экологическую нишу, которая образовалась в результате вымирания неустойчивых видов. Избыток какого-то химического элемента у отдельных видов растений – важное условие протекания их метаболизма.

Для поиска руд и других полезных ископаемых люди использовали растения ещё в древности. Благодаря растениям-индикаторам можно определить не только месторождения полезных ископаемых, но и химический состав почвы, глубину залегания полезных ископаемых. Преимущества такого метода – небольшие затраты труда, он относительно дешёвый, при этом не требуется высокая квалификация персонала и специальная лаборатория.

Авлас С.Д.

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТСТЕРНОТОМИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Татур А.А.
1-я кафедра хирургических болезней

Целью работы явилось выявление факторов риска развития постстернотомического остеомиелита грудины (ПОГ), анализ особенностей его течения, диагностики и результатов радикального хирургического лечения. В ходе исследования были проанализированы данные литературы по проблеме ПОГ, ретроспективно изучены истории болезни 47 пациентов в возрасте от 45 до 72 лет (в среднем – 59,5±7,4 года) с ПОГ, проходивших курс лечения в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ г. Минска в 2005-2011 г.г. Пациенты поступали в РЦТХ в сроки от 5 до 393 дней после первичной операции, в среднем – через 65 дней.

Пациентам из срединного стернотомического доступа были выполнены аорто-коронарное и маммаро-коронарное шунтирование (82,9%), пластика и протезирование клапанов сердца (34%). Факторами риска развития ПОГ явились артериальная гипертензия (51%), ишемическая болезнь сердца (89,4%), мужской пол (85,1%), сахарный диабет (34%), хроническая почечная недостаточность (12,8%), а так же искусственное кровобращеиие, которое отмечено у 51% оперированных. Для уточнения локализации и объема поражения грудины, определения сроков и характера хирургического вмешательства проводились рентгенография грудины, фистулография, сцинтиграфия, компьютерная томография, бактериологическое исследование гнойного отделяемого. В микробном пейзаже превалировали Ps.aeruginosa (18%), Staph. aureus (51%), Staph. epidermidis (29%), Staph. saprophyticus (16%). Моноинфекция наблюдалась в 44% случаев, ассоциации 2 и более видов возбудителей выявлялись в 48,9% случаев. В 6,7% случаев посевы были стерильны.

Комплексное лечение ПОГ включало целенаправленную предоперационную подготовку, радикальное хирургическое вмешательство с проведением реконструкции грудной стенки, рациональное послеоперационное лечение. Предоперационная подготовка состояла из санации свищевых ходов, вскрытия и дренирования гнойных затеков. Радикальное хирургическое лечение включало субтотальную резекцию деструктивно-измененных участков грудины и прилежащих II-VII пар ребер с проведением одномоментоной миопластики дефекта грудной стенки мобилизованными и перемещенными обоими лоскутами большой грудной мышцы и краниальными участками прямых мышц живота по разработанной в клинике методике (83,7%). Наиболее часто выполнялась субтотальная резекция грудины с передними отрезками ребер (46,8%). Средняя длительность оперативного вмешательства составила 262±93,6 мин. В послеоперационном периоде у 46,5% пациентов развились гнойные осложнения. В послеоперационном периоде проводилась рациональная антибиотикотерапия с учетом ре-

зультатов бактериологического исследования гнойного отделяемого. В результате проведенного лечения все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы:1) основными факторами риска развития ПОГ являются: применение АИК во время кардиохирургических вмешательств, мужской пол пациентов, ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ХПН; 2) диагностическая программа ПОГ должна включать лучевые методы визуализации и бактериологический мониторинг; 3) лечение ПОГ должно быть комплексным и включать предоперационную подготовку, радикальное вмешательство с пластикой дефекта грудной стенки мобилизированными лоскутами БГМ и интенсивную терапию в послеоперационном периоде.

Авраменко Т.Г.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА И РИСК РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кулагин А.Е.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Целью исследования явилось изучение применения респираторной поддержки как фактора риска тяжёлых внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у глубоко недоношенных детей.

Материалы и методы. На базе РНПЦ "Мать и Дитя" был проведен ретроспективный анализ клинического состояния 25 новорожденных пациентов.

Основная группа (n=13) – недоношенные с тяжелыми ВЖК (III-IV степени) с массой тела 921,54±81,22 г, рожденные в сроке гестации 192,31±4,82 дня.

Контрольная группа (n=12) – недоношенные без ВЖК с массой тела 788,96±47,93 г, срок гестации 199,68±3,46 дня. Все дети родились путем кесарева сечения. Комплексное клинико-лабораторное обследование проводилось в первые 7 суток жизни. Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте жизни в основной группе 2,42±0,48 баллов, а в контрольной – 3,19±0,37 баллов. К 5-ой минуте жизни все дети находились на ИВЛ. Респираторная поддержка включала проведение ИВЛ с попыткой перевода на самостоятельное дыхание с CPAP-поддержкой.Средняя продолжительность CPAP-терапии значительно отличалась – 34 часа в основной группе, 90 часов в контрольной.

Выводы. Недоношенные с очень низкой массой тела при рождении и развитием ВЖК III-IV степени требовали более длительного проведения ИВЛ, включая высокочастотные режимы, по сравнению с группой контроля.

Число детей с переводом на CPAP-поддержку в раннем неонатальном периоде было меньше в группе с тяжелым поражением ЦНС.

Показатели среднего минимального pCO_2 регистрировались достоверно ниже, а максимального pO_2 выше у детей с ВЖК III-IV степени, что требует индивидуального программирования респираторной терапии у новорожденных с очень низкой массой тела при рождении.

Для предупреждения геморрагических поражений головного мозга у глубоко недоношенных детей необходимо более активная коррекция параметров ИВЛ для достижения и поддержания нормальных показателей газов крови.

Агиевец О.В.

ЕСТЕСТВЕННЫЕ ИСТОЧНИКИ ИЗЛУЧЕНИЯ: ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель ст. преп. Назарова М.А.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Основную часть облучения население земного шара получает за счет источников естественного радиационного фона (ЕРФ). На протяжении всей истории существования Земли разные виды ионизирующих излучений облучают поверхность Земли из космоса и поступают от радиоактивных веществ, находящихся в земной коре. Избежать ионизирующего излучения невозможно, поскольку жизнь на Земле возникла и продолжает развиваться в условиях постоянного облучения.

Земная радиация представлена радиоактивными элементами уранового и ториевого ряда, неравномерно распределенных в земной коре. Эти элементы попадают к человеку вместе с пищей и водой, обусловливая внутреннее облучение. Внутреннее облучение человека больше внешнего и в среднем составляет 2/3 от эффективной эквивалентной дозы, которую человек получает от естественных источников радиации. Некоторые природные радионуклиды (например, радий-226, полоний-210) концентрируются в продуктах питания и поступают ингаляционным путем. Но основной вклад во внутреннее облучение человека вносит радиоактивный газ радон. На его долю приходится 3/4 дозы от "земных" источников радиации и примерно половина от всех естественных. Основными источниками радона являются грунт, строительные материалы, грунтовые воды, уголь, природный газ. Постоянно попадая в организм человека при дыхании, он увеличивает риск развития рака легкого, а, накапливаясь в клетках костного мозга, может способствовать развитию лейкоза.

Величина дозы облучения, получаемая человеком от естественных источников излучения, зависит от географического местоположения, образа жизни и характера труда (например, шахтеры, летчики, медицинский персонал радоновых лечебниц).

Все чаще в средствах массовых информации появляются материалы о естественных радионуклидах, их влиянии на организм человека, поэтому изучение этого вопроса, общественного мнения об отношении людей к естественным источникам излучения, представляется актуальной задачей.

В связи с вышеизложенным, целью данной работы явился анализ собранного научного материала о влиянии природных источников ионизирующего излучения на жизнь и здоровье человека; санитарных правил и норм, регламентирующих требования по обеспечению радиационной безопасности населения при воздействии природных источников ионизирующего излучения. Было проведено анкетирование студентов БГМУ на предмет изучения знаний о действии ЕРФ на жителей нашей страны, как в целом, так и его отдельных компонентов; о значимых путях поступления отдельных природных радионуклидов, актуальных для Республики Беларусь; о путях ограничения облучения от отдельных компонентов ЕРФ.

На основании обработки полученных данных сделаны выводы о недостаточности знаний среди студентов о негативном влиянии ЕРФ на население, особенно его наиболее значимого компонента – радона. Также недостаточными оказались знания о путях уменьшения концентрации данного газа в помещениях жилых и общественных зданий. Большинство студентов не знают, какие именно компоненты ЕРФ оказывают наибольший дозовый вклад в облучение жителей Республики Беларусь. Поэтому важной задачей является популяризация сведений о действии ЕРФ на население среди студентов БГМУ, так как будущие врачи должны активно участвовать в программах формирования здорового образа жизни, в том числе и по вопросам снижения хронического низкодозового облучения от природных источников.

Адамович Р.В.

СОПОСТАВЛЕНИЕ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АДЕНОЛИМФОМ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЕЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ТИПАМИ

Научные руководители асс. Дударева И.В; канд. мед. наук, доц. Неровня А.М.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии, кафедра патологической анатомии

Целью: сопоставить данные макроскопической картины с гистологическими типами АЛ околоушных желез.

Методика проведения: Проанализированы результаты обследований и лечения 19 пациентов с клиническим диагнозом «аденолимфома», находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии №1 на базе 11-й клинической больницы г. Минска за период с 2008 по 2011 годы. Учитывались результаты описания макропрепаратов и данных послеоперационной гистологической диагностики. Гистологическое исследование послеоперационного материала проводилось в УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска с научным консультированием на кафедре патологической анатомии УО «Белорусский Государственный медицинский университет» (доцент Неровня А.М.)

Результаты. Из 19 прооперированных человек с клиническим диагнозом «аденолимфома» было 6 женщин и 13 мужчина, средний возраст составил 53 года.

У одного пациента имелось двустороннее поражение околоушных желез. Еще у одного было удалено два изолированных образования из одной железы. Таким образом, нами рассматривалось описание 21 макропрепарата у 19 пациентов.

В 9 случаях образование описывалось как имеющее тонкую оболочку, имеющее дольчатое строение, состоящее из гомогенной ткани, напоминающую жировую. Гистологически соответствовало 2 подтипу. У 6 пациентов имело место кистозное образование. Из них, 3 макропрепарата описаны как киста с мелкобугристой выстилкой и содержимым от желтоватого до бурого цвета, 1 - как киста с перемычками, 2 - как поликистозное образование. Гистологически это соответствовало подтипам 3 и 4. В 2 случаях имело место кистозное образование с жидким содержимым и мягкотканым компонентом и в 3 – мягкотканое содержимое с полостным компонентом. Гистологически это соответствовало подтипам 1и 2.

Выводы. Прослеживается прямая зависимость макроскопического строения опухоли от ее гистологической структуры.

Аджигафарова Э.С.

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Научный руководитель Гостищева Е.В.
Кафедра пропедевтики педиатрии
ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

Сегодня известно, что одним из механизмов патогенеза атопического дерматита (АД) является особенность дифференцировки Т–лимфоцитов–хелперов (Тх) с изменением цитокинового профиля и развитием хронического IgE–зависимого воспаления кожи. «Смещение» дифференцировки Тх0 в сторону Тх2 стимулируется повышением ИЛ-4, что обуславливает усиленное антителообразование (особенно IgE) и активацию тучных клеток и эозинофилов. При этом формируются процессы хронического аллергического воспаления кожи. Диагностические и прогностические возможности при определении иммунных нарушений приобретают в настоящее время все большую значимость, и в частности ИЛ-4, как одного из показателей дефекта клеточного иммунитета, проявляющегося на функциональном уровне.

Цель работы: изучить уровень ИЛ-4 у детей с АД.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 детей в возрасте от 3 до 17 лет, получавших лечение по поводу Атопического дерматита, в 3-м соматическом отделении 2-й детской клинической больницы г.Симферополя с 2010 по 2012 год. Верификация диагнозов проводилась на основании жалоб, сбора анамнеза, клинического и лабороторного обследования, оценка степени тяжести с помощью унифицированной шкалы SCORAD. Концентрация ИЛ-4 определялась с помощью тест системы Вектор "Бест", г.Новосибирск.

Результаты и выводы. В периоде обострения АД у 8 человек отмечалось легкое течение (что соответствовало менее 20 баллам по шкале SCORAD), у 28 средней степени тяжести (от 20 до 40 баллов по SCORAD), у 3 - тяжелое течение заболевания (более 40 баллов по SCORAD). Концентрация ИЛ-4 у детей с АД составила 1,32 пг/мл. В качестве контрольной группы было обследовано 20 человек без признаков аллергии, уровень ИЛ-4 составил 0,59 пг/мл, что достоверно ниже, чем у детей с атопическим поражением кожи.

Таким образом, показатели концентрации ИЛ-4 в основной группе и группе сравнения позволили расширить информацию о состоянии иммунологической реактивности организма, подтвердили ведущую роль Тх2 в патогенезе клеточных событий при АД.

Адиатуллина А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, А ТАК ЖЕ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Забаровская З.В.
Кафедра эндокринологии

Цель работы заключалась в изучении особенностей течения беременности и родов у женщин с первичным гипотиреозом и анализе состояния новорожденных.

Методика проведения исследования: на базе «Городского центра экстрагенитальной патологии беременности» (УЗ «4-я ЖК», г. Минск) произведен анализ 50 историй болезни беременных женщин с первичным гипотиреозом. Средний возраст (X±σ) пациенток составил 29,7 ±5,6 лет. Из анамнеза у беременных женщин установлено: медиана (Me) - роста Me=166 см [min=158; max=166], массы тела Me=62 кг [min=48,8; max=124], ИМТ Me=22,2 кг/м^2 [min=17,6; max=43,9], менархе Me=13,5 лет [min=11; max=16]. В группу исследования вошли женщины с первичным гипотиреозом аутоиммунного генеза (30%; n=50), с первичным послеоперационным гипотиреозом (66%; n=50) после тотальной тиреоидэктомии (70%; n=33) и гемитиреоидэктомии (30%; n=33), а так же 2 пациентки с гестационной гипотироксинемией. Стаж заболевания в среднем составил 10±3,0 лет. У всех женщин были исследованы уровни ТТГ и T_4 (до гестации, в каждом триместре беременности), выполнялись УЗИ щитовидной железы, а так же проводились общеклинические исследования. В I триместре гестации 54% (n=50) женщин назначено 200 мкг калия йодида, которые они получали весь период беременности и лактации, остальным (46%, n=50) данное лекарственное средство назначено с 16 недели беременности (тотальная тиреоидэктомия). При необходимости титровалась доза левотироксина натрия.

Полученные результаты. У 50 беременных женщин с первичным гипотиреозом уровень ТТГ находился в пределах: Me=1,270 МЕ/л [min=0,005; max=3,299] – в I триместре гестации, Me=1,039 МЕ/л [min=0,01; max=3,89] – в II триместре, Me=0,39 МЕ/л [min=0,01; max=5,60] – в III триместре; T_4: Me=18,6 пмоль/л [min=5,0; max=27,78] – в I триместре гестации, Me=14,37 пмоль/л [min=7,1; max=22,28] – в II триместре, Me=14,3 пмоль/л [min=9,2; max=20,54] – в III триместре. У трех женщин в I триместре гестации уровень ТТГ ниже нижнего референсного интервала для данного периода гестации в связи с тем, что они были прооперированны по поводу рака щитовидной железы в последние 2 года. Дозы левотироксина

натрия менялись и составили: Me=100 мкг/сут. [min=25; max=200] – до беременности; Me=125 мкг/сут. [min=25; max=280] – в I триместре; Me=150 мкг/сут. [min=125; max=250] – в II триместре; Me=150 мкг/сут. [min=100; max=275] – в III триместре; Me=125 мкг/сут. [min=50; max=250] – после родов. Родоразрешения в 39-40 недель беременности, у 70% (n=50) - через естественные родовые пути и только у 30% пациенток - путем операции кесарева сечения (по акушерским показаниям). Рождено 50 младенцев, 8/8–8/9 баллов по шкале Апгар, масса тела - Me=3710 г. [min=2670; max=5100] и длина тела - Me=53 см. [min=47; max=57]. Осложнений со стороны новорожденного установлено не было.

Таким образом, установлено, что течение гипотиреоза во время беременности не привело к развитию патологии у новорожденных, что подчеркивает целесообразность коррекции тиреоидного статуса во время беременности с учетом референсных уровней ТТГ и св.T_4, характерных для каждого триместра гестации.

Ажгирей М.Д., Бурлакова Т.В.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБОСНОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ В СТОМАТОЛОГИИ

Научные руководители асс. Тагиева Ф.Р., Корчигин Д.Л.
Кафедра общей стоматологии

На сегодняшний день дизайн артикуляторов и дополнительных к ним приспособлений, в основном, сложился, а факторы, влияющие на воспроизведение индивидуальных признаков жевательного аппарата, установлены. В их числе – фактор соотношения челюстей относительно височно-нижнечелюстных суставов. Положение, чаще верхней челюсти, передается в артикулятор с помощью лицевой дуги.

Лицевая дуга - приспособление, которое позволяет определить у пациента и перенести в артикулятор положение челюстей относительно ориентиров черепа. Таким образом, верхний зубной ряд ориентируют относительно шарнирной оси височно-нижнечелюстного сустава (расположена на 12 мм кпереди от наружного слухового прохода). Только с помощью данного аппарата можно точно воспроизвести наиболее удобную позицию зубных рядов и привычное положение головы для пациента, так как расположение моляров верхней челюсти определяет положение головы.

Лицевая дуга ориентируется на срединно-сагиттальную, а также на окклюзионную плоскость (по-другому, франкфуртскую плоскость, соединяющую нижний край глазницы с верхним краем наружного слухового прохода).

Основные части лицевой дуги: боковые плоскости, на концах которых располагаются ушные пелотты; прикусная вилка, которая с помощью различных пластичных материалов (воска, оттискных материалов, «bite-compound» пластмассы, композитов) прикрепляется к зубам верхней челюсти; носовой упор; орбитальная стрелка; указатель срединной плоскости черепа. Данные, полученные лицевой дугой, модульно переносятся в артикулятор.

В последнее время многие фирмы производят облегченные конструкции дуг и фиксирующие приспособления, которые позволяют расположить лицевую дугу, исключая какое-либо усилие со стороны врача. А именно, предполагается размещение лицевой дуги на голове пациента не параллельно франкфуртской плоскости, а относительно произвольно. Главное, чтобы во время регистрации дуга не смещалась. Также возможен выбор варианта регистрации и соответствующего ориентира.

В настоящее время с учётом современных технологий применение лицевой дуги при ортопедическом лечении является неотъемлемым атрибутом изготовления качественных, прецизионных непрямых реставраций, что, в свою очередь, способствует: нормализации положения височно-нижнечелюстного сустава; воссозданию индивидуальности, естественности и

эстетичности улыбки пациентов; протезированию, не требующему длительного периода адаптации; исключению возможных осложнений ортопедического лечения.

Для выполнения научно-исследовательской работы по данной теме были использованы следующие методы исследования:

- Анкетирование, которое проводилось среди стоматологов-ортопедов и зубных техников государственных ЛПУ и частных клиник г. Минска и г. Гродно.
- Мониторинг требований клиник г. Минска, Гродно, Москвы, Санкт-Петербурга для приёма на работу стоматологов-ортопедов на предмет владения навыком работы с лицевой дугой.
- Анализ полученных данных.
- Создание видеоматериалов об этапах работы с лицевой дугой и индивидуальным артикулятором с внедрением в учебный процесс.

Аидов Маммет, Аширова Менгли

ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Научный руководитель преп. Буховец С.К.
Кафедра белорусского и русского языков

Как и у всех операций, у лазерной коррекции есть свои недостатки. Рассмотрим главные последствия лазерной коррекции.

1. Осложнения во время операционной процедуры. В основном они связаны с техническими причинами и навыками врача, неправильно подобранными показателями, нехваткой или потерей вакуума, неправильным срезом оболочки. По статистике процент таких осложнений составляет 27%. В результате операционных осложнений может возникнуть помутнение роговицы глаза, неправильный или индуцированный астигматизм, монокулярное двоение, а также понижение наибольшей остроты зрения.

2. Второй тип последствий лазерной коррекции – это нарушения, появляющиеся в послеоперационный период. К последствиям этого периода относятся отеки, глазные кровоизлияния, отторжение сетчатки глаза, всевозможные воспаления, эффект «песка» в глазах и т.д. По статистике риск таких последствий составляет 2% от общего количества операций. Такие проблемы возникают в первые дни после проведенной процедуры лазерной коррекции и не зависят от квалификации и умения хирурга. Причиной этого является сам организм человека и его способность регенерироваться после хирургического вмешательства. Чтобы избежать таких последствий, придется довольно долго лечиться, а в некоторых случаях делать повторные операции на роговице. Бывает, что даже такие меры не помогают полному восстановлению после лазерной операции.

3. Следующая группа последствий возникает из-за лазерного воздействия (абляции). Проще говоря, вместо ожидаемого результата пациент получает обратный. Чаще всего происходит остаточная близорукость, или недокоррекция. При ее возникновении через 1-2 месяца надо будет делать повторную операцию. Если вы получили совершенно другой результат (например, был «-» стал «+» и наоборот), то повторную операцию делают через 2-3 месяца. Гарантий, что повторная операция будет удачной, нет.

4. Возможные последствия в будущем. Известно, что дальнозоркость, близорукость, астигматизм – это болезни глаза, происходящие по каким-то определенным причинам. Коррекция позволяет только избавиться от последствий этих болезней, но никак не от самих болезней. Со временем они возьмут свое, и человек снова станет терять зрение. После проведенной коррекции человек постоянно должен будет следить за собой, за своим здоровьем: не перенапрягаться, исключить физическую нагрузку, не нервничать и т.п. В противном случае могут возникнуть последствия в виде помутнения или разорванной оболочки.

Не все понимают, что после операции глаз становится очень хрупким, и нужно избегать любых перенапряжений, а это практически невозможно контролировать. Федеральная торговая комиссия США запретила в рекламе операции по лазерной коррекции зрения говорить о том, что эта операция является полностью безопасной и избавляет от очков и контактных линз на всю жизнь. В журнале Ophthalmology был опубликован доклад Американской академии офтальмологии, в котором описывались побочные эффекты операции: чрезмерная сухость глаз, звездочки и светящиеся круги перед глазами, а также проблемы со зрением ночью и, как следствие, трудности с вождением автомобиля в ночное время. Кроме того, согласно результатам исследований, опубликованным недавно на сайте Общества офтальмологов России, после операции имеет место снижение контрастной чувствительности, то есть способности к различению границ предметов и цветов - одного из важнейших свойств зрения. Так что называть лазерную коррекцию абсолютной панацеей не стоит.

Акопян А.А., Василевич О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭСТЕТИЧЕСКИМ РЕСТАВРАЦИЯМ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель асс. Павлющик Л.А.
2-я кафедра терапевтической стоматологии

Цель исследования: Провести анализ различных методов реставрации передней группы зубов. Реконструировать существующую структуру зубного ряда, провести художественную реставрацию с коррекцией эстетических параметров передней группы зубов на верхней челюсти**.**

Материалы и методы. Исследование проводилось на пациентке 25 лет, которая предъявляла жалобы на эстетический недостаток в области передних зубов верхней челюсти. У пациента не выявлено вредных привычек, парафункций, гигиена ротовой полости хорошая. На фронтальных зубах верхней челюсти некачественные реставрации, кариозные и некариозные поражения твёрдых тканей. Зубы 1.2, 2.2 находятся в вестибулярном положении повёрнуты вокруг оси. Зубы 1.1, 2.1 отличаются по форме и цвету.

Согласно анализу проведенного нами исследования, наиболее приемлемой методикой восстановления фронтальной группы зубов для данного клинического случая является прямая реставрация с использованием современных композиционных материалов.

После постановки окончательного диагноза поверхности зубов очистили от налёта с помощью ротационной щётки и пасты «DetartrineZ» . Путем препарирования алмазным инструментом с использованием турбинного наконечника с водяным охлаждением удалены несостоятельные пломбы, отпрепарированы кариозные полости. Твердые ткани отпрепарированы на 0,5 мм с вестибулярной и апроксимальной поверхности, С помощью мелкодисперсного алмазного борасошлифованы режущие края, сглажены острые края, создан скос эмали. Адгезивная подгатовка включала этап тотального протравливания (ETCHANT GEL – 37,5% ортофосфорная кислота, производство «Confi-Dental Prodacts Co», США) и применения Adper Single Bond 2 (3M ESPE) согласно рекомендациям производителя. В качестве реставрационного материала был использован нанокомпозит Filtek™Ultimate (3M ESPE) оттенков A2, DA1, BA2, BA1, EA2, EA3. Произведена шлифовка, полировка с использованием шлифовальных дисков фирмы 3M ESPE и резиновых полировочных головок.

Результаты исследования. Нормализованы эстетические параметры фронтальной группы зубов верхней челюсти, сформирована линия улыбки.

Акулич А.С.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ДЕТЕЙ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Ясинская Л.И., канд. мед. наук, доц. Астапов А.А.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней, кафедра детских инфекционных болезней

Поражения нервной системы при ветряной оспе развиваются у 0,1–3% больных детей. Так как вирус ветряной оспы обладает определенным иммуносупрессивным действием, повышается уязвимость нервной системы ребенка к другим инфекционным агентам, которые могут активизироваться на фоне ослабленного местного и общего иммунитета.

Целью настоящего исследования явилось изучение характера неврологических осложнений при ветряной оспе на основе ретроспективного анализа данных клинико-неврологического мониторинга, лабораторных и инструментальных исследований у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 35 историй болезни детей с ветряной оспой, у которых отмечались клинические проявления вовлечения в патологический процесс нервной системы, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска.

Результаты. После проведенного лабораторного обследования установлено, что неврологические осложнения были представлены у 13 (37,1%) больных гнойными менингитами, у 7 (20,0 %) – энцефалитами, вызванными вирусами простого герпеса 1-2 типа, у 12 (34,3%) - энцефалитами, вызванными вирусом ветряной оспы, у 3 (8,6%) – инфекционно-токсической энцефалопатией. Чаще (65,7%) осложнения развивались при легком течении ветряной оспы, в 34,3% случаев при среднетяжелом ($p<0,05$). Средний возраст детей составил 6,3±2,4 лет. В группе детей с менингитами большинство случаев (92,3%) были вызваны менингококком и лишь в 7,7% - неустановленной этиологии ($p<0,05$). Развитие менингита было типичным с повышения температуры до фебрильных цифр, с развитием общемозгового синдрома, появления геморрагической сыпи, рассеянной неврологической симптоматики. При исследовании ликвора выявлен гнойный плеоцитоз 5052,3±921,7х 10^6/л и в 76,9% гиперпротеинрахия. При герпетических энцефалитах в клинике преобладали общемозговые симптомы, очаговые изменения с рефлекторными нарушениями и центральным парезом мимической мускулатуры. У 57,1% детей отмечался двузначный плеоцитоз в ликворе. Ветряночные энцефалиты характеризовались доброкачественной мозжечковой атаксией на фоне умеренно выраженной общемозговой и менингеальной симптоматики. При инфекционно-токсической энцефалопатии отмечался судорожный синдром в виде генерализованных тонико-клонических припадков у 2 (66,4%) и у 1 (33,6%) – в виде вторично-генерализованного припадка на фоне рассеянной быстропроходящей неврологической симптоматики. При КТ и ЭЭГ-исследовании значимо чаще выявлялись изменения при герпетических энцефалитах в 42,8% ($p<0,05$).

Таким образом, в современных условиях отмечается этиологическая и клиническая гетерогенность поражений нервной системы при ветряной оспе у детей, что требует более углубленного обследования при данной патологии.

Александрович Э.О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОБИЛЬНЫХ (ПОЛЕВЫХ) МЕДИЦИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Научный руководитель ст. преп., п-к м/с запаса Пантюхов А.П.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Цель исследования: анализ международного опыта функционирования службы медицины катастроф.

Методика проведения исследования: исторический и статистический методы, а также метод экспертных оценок.

Актуальность исследования.ЧС часто возникают внезапно, с формированием большого количества пораженных, при этом объекты здравоохранения зачастую удалены от зоны ЧС (поражены полностью или частично), или их возможности не соответствуют потребностям. Поэтому в условиях ЧС может возникнуть потребность в развертывании мобильных (полевых) медицинских формирований.

Международное сообщество накопило большой опыт участия мобильных военно-медицинских формирований различных стран в ликвидации последствий стихийных бедствий и катастроф, как в своих странах, так и за рубежом. В условиях чрезвычайной ситуации военно-медицинские службы и формируемые ими мобильные медицинские формирования продемонстрировали преимущество перед гражданским (стационарным) здравоохранением. Они оказались наиболее приспособлены для быстрого ведения спасательных операций в полевых условиях, отличаются высоким уровнем организации и медицинской техники, имеют необходимый палаточный фонд, технику и оборудование, приспособленные к полевым условиям.

Выводы:

В условиях крупных техногенных и природных катастроф военно-медицинские учреждения и части должны быть ядром, объединяющим вокруг себя формирования медицинской службы гражданской обороны и гражданских органов здравоохранения.

Мобильные формирования военной медицины должны соответствовать следующим основным требованиям: способности к быстрому развертыванию и работе в полевых условиях, готовности к действиям в режиме автономного обеспечения, возможности проведения комплекса мероприятий в объеме квалифицированной и неотложной специализированной медпомощи. Характер специализации формирования определяется спецификой развития экстремальной ситуации.

В случае необходимости переброски медицинских формирований на большие расстояния целесообразно применять формирования типа аэромобильного госпиталя

С учетом применения военных медицинских формирований в ЧС, как военного, так и мирного времени, им целесообразно использовать медицинскую аппаратуру двойного назначения, стремиться к универсальности оснащения.

С целью снижения стоимости оснащения мобильных медицинских формирований целесообразно использовать одновременно как комплексы на базе кузовов-контейнеров переменного и постоянного объема, так и медицинских контейнеров, пневматических и обычных палаток. При этом функциональные отделения (модули) первой очереди развертывания целесообразно размещать в кузовах-контейнеров на базе автомобилей повышенной проходимости.

Алёхина А.В.

ПАНКРЕАТИТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Бовтюк Н.Я.
Кафедра общей хирургии

В общей структуре острых заболеваний органов брюшной полости панкреатит составляет 7–12% и занимает 3-е место после острого аппендицита и острого холецистита.Острый панкреатит (ОП) наиболее часто наблюдают в возрасте 30–60 лет. Женщины страдают этим заболеванием в 2–3 раза чаще, чем мужчины. Распространенность ОП среди беременных составляет 1 на 4000 женщин. Во время беременности ОП может возникнуть на любом сроке, но чаще во второй половине гестации, а также в послеродовом периоде.

Цель работы – изучить причины, особенности диагностики и лечения ОП у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведёнанализ диагностики и лечения 70 пациенток репродуктивного возраста, направленных с диагнозом «ОП» и находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ЗГКБ им. Е.В.Клумова» в период с июня 2012г.по февраль 2013г.

Результаты и обсуждения.Основную группу составили 35 беременных женщин с направительным диагнозом «ОП», контрольную группу – 35 женщин с направительным диагнозом «ОП» без признаков беременности. Всем пациенткам проведена консервативная терапия панкреатита согласно протоколам лечения.

В основной группе беременные женщины наблюдались в возрасте 20–36 лет, средний возраст – 27 лет. В первом триместре беременности поступило – 5(14,28%), втором – 15(42,86%), третьем – 15(42,86%)пациенток. У 5(14,28%) беременных женщин направительный диагноз был осложнён угрозой прерывания беременности.В основной группепо лабораторным и УЗИ-данным диагноз «ОП» легкой степени тяжести алиментарного генеза подтверждён у 1(2,86%) пациентки. У остальных 34(97,14%) беременных женщин ОП не подтвержден, и они выписаны со следующими окончательными клиническими диагнозами: функциональное расстройство кишечника – 21(60,0%); хронический гастродуоденит, обострение – 4(11,43%); хронический гастрит, обострение – 4(11,43%); хронический калькулёзный холецистит, обострение – 4(11,43%); острый флегмонозный аппендицит – 1(2,86%).

В контрольную группу включены пациентки в возрасте 24–45 лет, средний возраст – 37 лет. В данной группе по лабораторным и УЗИ-данным диагноз «панкреатит» разной степени тяжести подтверждён у 27(77,14%) пациенток. Из них у 6(17,14%) выставлен диагноз «ОП», 21(60,0%) – диагноз «хронический панкреатит, обострение». В контрольной группе причинами развития ОП и обострения хронического панкреатита являлись: погрешности в питаниив 16(45,71%) случаях, злоупотребление алкоголем в 8(22,86%), погрешности в питании в сочетании с холелитиазом в 3(8,57%) случаях.Остальные 8(22,86%) пациенток выписаны с клиническими диагнозами:функциональное расстройство кишечника –4(11,43%); спаечная болезнь брюшной полости – 1(2,86%); острый флегмонозный аппендицит – 1(2,86%); хронический калькулёзный холецистит, обострение – 1(2,86%); хронический гастродуоденит, обострение – 1(2,86%).

Выводы. На этапе первичной медицинской помощи в основной группе имеет место гипердиагностика ОП, что может быть связано с особенностями организации оказания неотложной хирургической помощи беременным женщинам в г. Минске.

В контрольной группе основными провоцирующими факторами ОП были погрешности в питании и злоупотребление алкоголем,чего не наблюдалось в основной группе, где беременность была сдерживающим фактором.

Алиновская С.В., Красевич Н.И.

ВЛИЯНИЕ БРАКА И НАЛИЧИЯ ДЕТЕЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлович Т.П.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Актуальность темы. В современных условиях одним из приоритетных направлений деятельности молодежной политики в Республике Беларусь является укрепление института семьи. Сегодня современный институт семьи и брака претерпевает изменения, среди которых – снижение ценностных ориентиров семьи, её роли в сохранении преемственности традиций между поколениями. В Республике Беларусь реализуется программа – Национальная программа демографической безопасности, в которых подчёркивается необходимость поддержки семьи, её социальной и экономической самостоятельности, подготовки молодёжи к семейной жизни. Являясь частью белорусского общества, семья способна влиять на демографическую ситуацию в стране, на её социально-политическую и культурную жизнь.

Цель работы: Изучить влияние брака и детей на успеваемость студентов в учебе.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты анкетирования студентов БГМУ 1-6 курсов. Студенческая семья - достаточно сложный и еще малоизученный объект исследований. Соответственно литературы по данной теме не много, исследования как правило относятся к концу 80-х, началу 90-х годов прошлого века. В нашем исследовании под студенческой семьей понимается такая, в которой хотя бы один из супругов - студент дневного отделения высшего учебного заведения. Это молодая семья, в которой супругам не более 28 лет, а стаж семейной жизни не превышает 5 лет. Дети в студенческих семьях, как правило, дошкольного возраста. Специфика студенческого брака заключается и в особенностях деятельности супругов - учебе, временности их социального положения. Окончание учебы, распределение на работу, в перспективе любимая работа — это составляющие духовности студенческого брака. Студенческая семья характеризуется большей стабильность, чем любая другая молодая семья, т.к. супруги объединены общими интересами и взглядами, их действия направлены на учебу.У семейных студентов, которые уже имеют детей, одним из главных вопросов является “Где и с кем оставить ребенка во время занятий?”. Большинство вузов не имеют своих садов и яслей. В части студенческих семей дети посещают дошкольные учреждения, в некоторых - мать находится в отпуске по уходу за ребенком. Другой, основной проблемой является нехватка свободного времени. Отмечается, что с появлением ребенка супруги меньше времени уделяют друг другу, у большинства семей нет времени для частых встреч и общения с друзьями. Но, несмотря на все трудности, у семейных студентов отмечается более серьезное отношение к учебе и избранной профессии, они особенно ценят самостоятельность в работе, больше ориентированы на достижение успехов в профессиональном труде. Семейное положение благотворно влияет и на ценностные ориентации студента, способствует развитию интеллектуальных и социальных потребностей.

Андрейчук Е.В., Якутович Н.В.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРТОПАНТОМОГРАММ ДЕТЕЙ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Мальковец О.Г.,
канд. мед. наук, доц. Терещенко Е.Н.
Кафедра общей стоматологии

Аномалии прикуса у детей – распространенная проблем, с которой приходится сталкиваться врачу-стоматологу. Прогнозирование данного нарушения позволяет на ранних этапах принять все возможные меры по исправлению прикуса, предотвращению нежелательных по-

следствий. Процессы, происходящие в тканях при развитии и прорезывании зубов, оставляют за собой множество неизученных вопросов, понимание которых могло бы помочь в разработке методов предупреждения пороков развития зубочелюстной системы. Целью нашей работы стало изучение всего спектра возможностей прогнозирования аномалий прикуса с использованием ортопантомограмм детей со смешанным прикусом, классификация предпосылок развития нарушений прикуса у детей, а также их распространенность.

Объектом нашего исследования стали около 160 снимков смешанного прикуса детей г. Минска в возрасте от 1 года до 12 лет. Рассмотрев данные снимки, мы смогли выявить целый ряд нарушений развития и прорезывания постоянных зубов, изучить влияние этих нарушений на весь прикус в целом, а распределить их по группам с использованием классификации, предложенной Хоменко.

На рисунке изображена ортопантомограмма ребенка 10 лет. Наблюдается резорбция корня латерального резца верхней челюсти под влиянием режущегося постоянного клыка, а также несоответствие во времени прорезывания клыков и премоляров на нижней челюсти.

Проделав данную работу, мы выявили, что различными нарушениями развития подверглось следующее количество детей:

Норма		33%
Нарушение количества зубов (наблюдалось частичное отсутствие зубов и/или их закладок)		5%
Нарушение размеров и формы зубов		20%
Аномалии положения зубов	Постоянный зуб прорезывается под углом, подвергая резорбции корни несоответствующих им молочных зубов	29%
	Поворот коронки	6%
	Скученность	30%
	Трема/диастема	18%
	Смещение зубов относительно центральной линии лица	16%
Аномалии времени формирования и прорезывания зубов		12%

Поэтому можно рекомендовать изучение ортопантомограмм смешанного прикуса для прогнозирования возникновения аномалий прикуса.

Андрианова К.Н.

ART THERAPY FOR CHILDREN WITH DOWN SYNDROME

Научный руководитель ст. преп. Митерева Г.В.
Кафедра иностранных языков

Art-therapy as a method of psychotherapy is used for treatment and psychocorrection by artistic methods and creative work, such as drawing, modeling, music, photography, films, books, acting technique, the creation of stories and much more.

Art-therapy helps adults, children and teenagers. The method has no restrictions and contraindications. Art therapy is used in the following cases: for people who are generally stressed and overworked, for people with severe learning difficulties, for children and young people who have problems conforming in school and with personal problems at home, for patients with serious illnesses, for children with cognitive and emotional disorders and physically and mentally disabled children.

Down syndrome is a disease which is manifested through physical and mental deficiencies. Down syndrome is a chromosomal abnormality characterized by the presence of an extra copy of genetic material on the 21st chromosome, either in whole (trisomy 21) or part (such as due to translocations). Most individuals with Down syndrome have mental retardation in the mild to moderate range. Children with Down syndrome may not develop emotionally/socially and intellectually at the same rates as children without Down syndrome, so over time the intellectual and emotional gap between children with and without Down syndrome may widen. The degree of mental retardation and speech development depends on the innate factors and working with the child. Children with Down syndrome can study. Classes conducted with them according to special methods usually lead to good results.

Volunteers in Minsk working with children with Down syndrome use these special methods. They help children to draw and create the characters, and then make up cartoons based on children's drawings. The effect of these classes is quite evident. The children, who were engaged in them for a long time (several months), became calmer and they can help each other. Lessons develop fine motor skills, imagination, teach them to communicate. It is also one of the ways to develop the child’s mental processes. Art therapy is also a good method of social adaptation.

Art therapy is important in the development of children with Down syndrome. This method is well known and widely used in many countries and it brings good results.

Андрюк К.В.

ЛОКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ε-АМИОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ГЕМАТОМ

Научный руководитель асс. Боровский А.А.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Рецидивы внутричерепных гематом по данным литературы встречаются в 5-15 % случаев и представляют собой скопление крови в ложе первично удаленной гематомы, требующее повторной операции. Прогноз ухудшается, увеличивается число дней временной нетрудоспособности и процент инвалидности. Важнейшим элементом профилактики рецидива внутричерепных гематом у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой является надежный гемостаз на операции. В ряде публикаций описано местное применение ингибитора фибринолиза 5%-го раствора аминокапроновой кислоты при проведении гемостаза у пациентов с травматическими внутричерепными гематомами.

Цель исследования. Оценить эффективность местного применения аминокапроновой кислоты с целью гемостаза при оперативных вмешательствах по поводу травматических внутричерепных гематом.

Материалы и методы. Клинический материал составили 122 пациента, которые были оперированы в нейрохирургическом отделении УЗ ГКБСМП г.Минска за период 2010 – 2012 гг. по поводу травматических внутричерепных гематом. Более чем в половине случаев, гематомы были внутримозговыми. Все оперативные вмешательства проводились одним хирургом. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы. Основная группа (n = 60 человек), критерий отбора - местное применение аминокапроновой кислоты с целью гемостаза: проводилось орошение зоны оперативного вмешательства раствором аминокапроновой кислоты или обкладывание раневой поверхности смоченными в ней ватниками. Контрольная группа (n = 62). У пациентов из этой группы гемостаз достигался традиционными методами.

Результаты и обсуждение. В основной группе у 2(3.3%) пациентов наблюдался рецидив внутричерепной гематомы. Количество рецидивов гематом в контрольной группе составило 6(9,7 %). Продолжительность операции в основной группе составила 93,7 мин., в контрольной - 98,6 мин. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде, связанных с интраоперационным использованием аминокапроновой кислоты, отмечено не было.

Таким образом, при локальном применении аминокапроновой кислоты для достижения гемостаза имеется тенденция к снижению частоты рецидивных внутричерепных гематом.

Анисимов А.А., Ермакова О.А.

УСТАНОВКА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Кубарко А.И.
Кафедра нормальной физиологии

Известно, что зрительные функции тесно связаны с состоянием гемодинамики в сосудах зрительной системы и, в частности, сетчатки глаза, которая нарушается при атеросклерозе, артериальной гипертензии, сахарном диабете, глаукоме и других распространенных заболеваниях. Однако характер связи зрительных функций с состоянием гемодинамики у здоровых и на ранних стадиях заболеваний сосудов изучен недостаточно.

Целью данной работы было создание установки для изучения влияния изменений системной гемодинамики на показатели роговично-сетчаточного потенциала и световой чувствительности зрительной системы, а так же оптимизации процессов синхронной регистрации и объединения получаемых данных.

Наиболее простым способом моделирования сдвигов в системной гемодинамике у человека является изменение положения тела (ортостатическая и клиностатическая пробы).

Для минимизации влияния на гемодинамику различий в массе тела, мышечных усилий и скорости, развиваемых при переходе из одного положения тела в другое, требуется создание специальных приспособлений. В соответствии с этими требованиями для получения воспроизводимых результатов и с учетом требований безопасности нами была создана специальная платформа с приспособлениями позволяющими: создать комфортные условия для испытуемого во время исследования, фиксировать тело и голову с учетом его роста, переводить испытуемого пассивно из положения лежа в положение стоя и наоборот. Созданная конструкция включает: собственно поворотный механизм, способный перевести испытуемого из горизонтального положения в вертикальное, и наоборот; опорные устройства и систему фиксирующих ремней; регулируемую подножку, для возможности исследования людей с разным ростом. В конструкции имеются крепежные устройства для удерживания монитора компьютера, используемого для формирования визуальных изображений для тестирования зрительной системы.

Установка также включает комплект компьютерного оборудования и программного обеспечения для синхронной оценки световой чувствительности, роговично - сеичаточного по-

тенциала, диаметра зрачка, регистрации пульсовых волн, фотоплетизмограммы при изменении положения тела и после адаптации испытуемых к темноте.

Конструкция апробирована и позволила получить объективные данные о зависимости зрительных функций от изменений системной гемодинамики.

Анискевич О.Р., Анискевич Н.С.

КЛИНИКА И ПРОЗЕКТУРА: ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук Юдина О.А.
Кафедра патологической анатомии

Межгрупповые конфликты – весьма распространённое социальное явление, которое является всеобщим феноменом человеческих обществ. Всеобщность его обусловлена тем, что человеческие сообщества функционируют на основе социальной стратификации, т.е. дифференцировки на социальные слои и группы.

Исторически сложилось, что вследствие развития специализации в медицине, сферы компетенции клиницистов и патологоанатомов оказались обособленными, и находятся на разных полюсах относительно одной, формально общей, цели – охраны здоровья пациента. Вместе с тем произошла и дифференциация средств и методов, используемых специалистами в своей сфере, подходов к рассмотрению вопросов клиники и диагностики заболеваний. Также возникли и существенные различия, как практические, так и психологические, в организации и условиях их труда. Не менее значимыми явились и различия в правовом статусе данных специалистов. Всё это неизбежно привело к формированию объективно существующих социальных групп, выделенных по профессиональному признаку.

Целью нашего исследования на настоящем этапе явилось выявление фактов, подтверждающих объективное существование социальных групп патологоанатомов и врачей клинических специальностей, и выявление предпосылок для возникновения межгруппового конфликта между ними.

Метод исследования – анонимное анкетирование с использованием специально подготовленных опросников, включающих вопросы закрытого типа. Анкеты для патологоанатомов содержали 18 вопросов, анкеты для врачей-клиницистов – 22 вопроса, 13 вопросов были общими в обеих анкетах. Результаты опроса обрабатывались при помощи программы Microsoft Excel 2010. По каждому из вопросов анкеты проводился анализ частоты и структуры ответов; проводилось выявление и анализ корреляций между определёнными ответами на различные вопросы внутри групп исследуемых, а также сопоставление и анализ ответов патологоанатомов и клиницистов на общие вопросы анкет.

Вопросы, предложенные участникам исследования, касались их суждения относительно существования социального антагонизма между патологоанатомами и клиницистами, их позиции на клинико-анатомических конференциях, значения конференций, мнения насчёт объективности заключений, выносимых на конференциях, компетентности патологоанатомов, роли патологоанатомической службы, и др.

На основе анализа ответов на вопросы анкет были получены следующие **результаты**: обосновано существование социальных групп патологоанатомов и клиницистов, подтверждено наличие некоторых предпосылок для возникновения межгруппового конфликта; выявлена тенденция к недооценке врачами-клиницистами роли патологоанатомической службы в клинической работе и недопониманию существующих во взаимодействии с ней проблем. Кроме того, определены направления для продолжения исследований.

Выводы. Необходим более глубокий анализ проблем во взаимоотношениях клиницистов и патологоанатомов не только на уровне клинико-анатомической конференции, но и в других сферах совместной деятельности, а также создание рекомендаций по усовершенствованию совместной работы патологоанатомической службы и врачей-клиницистов.

Анишкевич А.О.

РОЛЬ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н.Я.
Кафедра общей хирургии

В последние годы при патологии на уровне большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) широко применяется эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) с вмешательствами на БСДК. Высокая диагностическая эффективность ЭРПХГ и терапевтическая эффективность вмешательств при доброкачественных заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы привели к тому, что эти методы заняли ведущее место в лечебно-диагностическом комплексе.

Цель исследования. Изучить роль эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в лечении острого панкреатита (ОП) обусловленного билиарной гипертензией.

Материалы и методы**.** В основу работы положен ретроспективный анализ лечения 62 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ЗГКБ им.Е.В. Клумова» г. Минска в период с 2001 по 2012 гг. Всем больным выполнена ЭПСТ.

Результаты и обсуждения. Основную группу составил 31(50,0%) пациент, с ОП обусловленным механической желтухой (МЖ). Контрольную – 31(50,0%) пациент, у которых клинически, лабораторно и по УЗИ данным ОП изначально не определялся, но имела место механическая желтуха.

В основной группе женщин было 20(64,5%), мужчин - 11(35,5%), из них трудоспособного возраста - 2(6,5%) пациента. При поступлении ОП легкой степени тяжести был у 13(41,9%), средней – 14(45,2%), тяжелой – 4(12,9%) случаях. ЭПСТ после госпитализации выполнена на 2-3 день у 4(12,9%), 4-5 – 7(22,6%), 6-7 – 6(19,3%), 8-9 – 7(22,6%), 10 и более – 7(22,6%) пациентов. Снижение уровня амилазы в биохимическом анализе крови (БАК) после ЭПСТ наблюдалось на 2-3 день у 12(38,7%), 4-5 – 7(22,6%), без динамики показатели - 3(9,7%) пациентов. Увеличение амилазы в БАК и отсутствие адекватной декомпрессии при первой ЭПСТ отмечено в 9(29,0%) случаях, что потребовало повторной ЭПСТ в 2(6,5%), лапаротомии, ТПСТ с дренированием по Керу – 3(9,7%), чрескожной чреспеченочной холецистостомии – 1(3,2%), лапаротомии с ХДА – 1(3,2%) случае. Консервативно ОП без повторного хирургического пособия купирован в 2(6,5%) случаях. Кровотечение при ЭПСТ отмечено в 3(9,7%) случаях, у 2(6,5%) из них гемостаз достигнут одномоментно диатермокоагуляцией, у 1(3,2%) – гемостаз достигнут консервативно. В 1(3,2%) случае ЭПСТ осложнилась перфорацией задней стенки двенадцатиперстной кишки при имевшемся пролежне БСДК, с развитием других осложнений обусловивших летальный исход.

Контрольную группу составил 31(50,0%) пациент, 19 (61,3%) женщины, 12 (38,7%) мужчины, из них трудоспособного возраста - 11(35,5%)пациентов. ЭПСТ выполнено на 2-3 день после госпитализации у 7(22,6%), 4-5 – 6(19,35%), 6-7 – 6(19,35%), 8-9 – 4(12,9%), 10 и более – 8(25,8%) случаях. Клинически, лабораторно и по УЗИ признаков ОП не было у 22 (71,0%) пациентов. После ЭПСТ увеличение амилазы в БАК отмечено в 9(29,0%) случаях, клиника и УЗИ признаки ОП наблюдались у 2 пациентов. Дополнительная декомпрессия с повторной ЭПСТ выполнена у 3(9,7%), транспапиллярное стентирование – 1(3,2%), лапаротомия, ТДПСТ – 2(6,5%), консервативно купировано повышение амилазы в БАК у 3(9,7%) пациентов. Кровотечение при ЭПСТ возникло в 3(9,7%) случаях, 2(6,5%) коагулированы, в 1(3,2%) – гемостаз достигнут консервативно.

Выводы. Малоинвазивная технология (ЭПСТ) при панкреатитах вследствие билиарной гипертензии с блоком на уровне БСДК является эффективным физиологически обоснованным методом лечения. Риск развития ОП или утяжеление тяжести уже существующего панкреатита после ЭПСТ следует оценивать индивидуально у каждого пациента.

Анищенко А.Е.

БЕВАЦИЗУМАБ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель канд. мед . наук, доц. Шелкович С.Е.
Кафедра онкологии БелМАПО

Цель: оценить переносимость и токсичность бевацизумаба в лечении рака яичников.

Материал и методы. На базе МГКОД бевацизумаб в комбинации с химиотерапией использовали(применили) у 6 пациенток с распространенным серозным раком яичников (IIв-IIIс стадии по FIGO).

На первом этапе проводилось хирургическое лечение в объеме циторедуктивной операции. Полная циторедукция выполнена у 2-х пациенток (33%), оптимальная – у 1-й пациентки (17%) и субоптимальная – у 3-х (50%). В адъювантном режиме проводились курсы ПХТ по схеме бевацизумаб (в/в, 7,5 мг/кг), паклитаксел (в/в через 60 минут после бевацизумаба в дозе 175 мг/м^2) и карбоплатин (в/в через 3 часа после введения паклитаксела, AUC 5-6) 2-4 курсы, паклитаксел (в/в в дозе 175 мг/м^2) и карбоплатин (в/в через 3 часа после введения паклитаксела, AUC 5-6) 1,5,6 курсы.

Кардиологическая токсичность проявлялась в виде повышения артериального давления. Артериальная гипертензия III степени (повышение АД до 180/100 мм рт.ст.) зарегистрирована у 2-х(33%) пациенток после 2,3 и 4–го курса полихимиотерапии с применением бевацизумаба в день введения, купирована медикаментозно.В данном случае у обеих пациенток в анамнезе артериальная гипертензия более 10 лет, обе наблюдаются у терапевта по месту жительства и получают антигипертензивную терапию постоянно, АД до начала ПХТ – не превышало 140/100 мм рт. ст. У 1-й пациентки без артериальной гипертензии в анамнезе наблюдалось повышение АД до 140/100 мм рт. ст. в день введения бевацизумаба. У 1-й пациентки(17%) после 6-го курса отмечалась кровоточивость десен и кончиков пальцев.

Негематологическая токсичность со стороны желудочно-кишечного тракта проявлялась, главным образом, в виде тошноты и рвоты. Эти симптомы отмечены у 4-х пациенток (67%).Стоматит диагностирован в 1 случае (17%). Алопеция после 1-го курса ПХТ наблюдалась у всех пациенток. Нейротоксичность выражалась в появлении легкой парестезии кожи конечностей у 5 пациенток (83%). Все описанные побочные реакции относились к I или II степени токсичности и купировались либо самопроизвольно, либо с помощью стандартных методов медикаментозной коррекции. Случаев негематологической токсичности III–IV степени отмечено не было.

Гематологическая токсичность у данных пациенток не зарегистрирована.

Основным показателем непосредственного лечебного эффекта противоопухолевых средств считают объективный эффект, критерием которого при лечении солидных опухолей служит уменьшение размеров опухоли и/или метастазов. Оценку объективного эффекта проводили по данным измерения опухолевых образований, определяемых с помощью ультразвукового метода и метода компьютерной томографии, до начала лечения, в процессе и после окончания комплексного лечения. При этом использовали рекомендуемые ВОЗ 4 градации эффекта: полная регрессия, частичная регрессия, стабилизация и прогрессирование. Кроме того, оценивали изменение маркера СА-125 в процессе проведения лечения.

Результаты. Полученные данные о применении бевацизумаба в комбинации с карбоплатином и паклитакселом у пациенток с распространенным серозным раком яичников свидетельствуют о безопасности применения бевацизумаба при данной патологии (низкий риск осложнений) и его эффективности (достижение полной регрессии).

Анкудович А.В

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА И ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Назаренко О.Н.
Кафедра пропедевтики детских болезней

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния характера вскармливания и особенностей течения беременности и родов на состояние здоровья детей первого года жизни.

Задачи:

1. Изучить акушерский анамнез детей первого года жизни и его влияние на становление лактации.
2. Исследовать такие показатели здоровья младенцев, как перенесенные заболевания, физическое развитие и уровень секреторного IgA в слюне в зависимости от характера вскармливания.

Материалы и методы:

Указанные в задачах параметры изучены у 22 младенцев, находящихся на грудном вскармливании (ГВ): средний возраст детей составил 4,95 месяцев, мальчиков - 68,18 %, девочек - 31,81 %; и у 20 детей, находящихся на искусственном вскармливании (ИВ): средний возраст – 7,05 месяцев, мальчиков - 60 %, девочек - 40 %.

Сведения получали путем выкопировки амбулаторных карт (форма 112) и из разработанных анкет, которые заполняли матери.

Установлено, что в группе ИВ чаще встречаются такие факторы риска акушерского анамнеза как кольпиты, гестозы, хроническая фето-плацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода. При оценке диагнозов при выписке из роддома достоверной разницы у детей ИВ и ГВ не выявлено.

При попытке выявления взаимосвязи между характером вскармливания и установленными в роддоме группами здоровья оказалось, что дети IIB и III групп здоровья на искусственном вскармливании были в 57% случаев, а IIA и I групп – в 42,80 %.

При оценке заболеваемости ОРВИ в течение первого года жизни выявлено, что в группах ИВ 65% младенцев был поставлен диагноз ОРВИ, а в группе ГВ этот показатель составил 36,36%.

При определении параметров физического развития групп сравнения (ИВ и ГВ) установлено, что среднее показатели соответствия роста возрасту и веса росту достоверно чаще ($p<0,05$) наблюдаются в группе ГВ.

Планируется оценка сравнения SeIgA в слюне у детей групп сравнения (данные в настоящее время подвергаются лабораторному анализу).

Анналыев Язгельды, Мамедова Марал

ТУРКМЕНСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОСТЮМ

Научный руководитель канд.филолог. наук, доц. Кожухова Н.Е.
Кафедра белорусского и русского языков

На формирование народного костюма оказали влияние климатические условия, род занятий, исторические взаимосвязи, эстетические и религиозные представления. Свободная и широкая одежда как нельзя лучше соответствовала прежнему кочевому образу жизни народа. В ней удобно было ездить верхом и сидеть на земле, в зной в ней прохладно, а в холодную пору года тепло.

Туркменская одежда с давних времен сохраняет несложность форм, уравновешенность деталей. Покрой, удачно найденный и приспособленный к быту и климату, не менялся веками.

Верхней уличной одеждой мужчин и замужних женщин служили распашные халаты — «чабыты» и «чекмены», имеющие прямой покрой с разрезами на боках и незапахивающимися полами. Шили такие халаты из темно-синих, темно-зеленых или красных с белыми или желтыми полосками шелковых тканей. По полукруглому вырезу, бортам, подолу и боковым разрезам они украшались тонкой тесьмой.

Женская одежда в основном изготовлялась из шелковых и хлопчатобумажных тканей. На традиционные женские платья «койнек», халаты-накидки «курте», «чырпы» шла шелковая ткань «кетени» красного, зеленого, фиолетового цветов.

Самая постоянная и обязательная часть головного убора мужчин, девушек и детей — полусферическая тюбетейка из красного шелка тахья, расшитая мелким геометрическим узором.

В одежде туркменок преобладают многочисленные оттенки красного. Этот цвет символизировал животворящие силы природы, и ему приписывалось магическое свойство — способствовать благополучию, здоровью, деторождению, защищать от дурного глаза.

Национальный костюм туркменки нельзя представить без ювелирных украшений, служивших некогда своего рода амулетами, оберегающими от болезней и бесплодия.

Многие элементы национальной одежды туркмен сохранились и по сей день, что свидетельствует о бережном отношении народа к своим традициям.

Антипова А.В.

«ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ С СОСТОЯНИЕМ ПЕРИОДОНТА »

Научный руководитель к. м. н., доц. Шебеко Л. В.
Кафедра 3-ой терапевтической стоматологии

Актуальность проблемы определяется высокой распространенностью заболеваний периодонта и ростом гипергликемических состояний у населения республики и в мире в целом.

Сахарный диабет является фактором риска значительного разрушения тканей периодонта, в то время как устранение воспалительного процесса в периодонте может способствовать повышению гликемического контроля.

Цель работы: проанализировать механизмы взаимосвязи между гипергликемическим состоянием и воспалительными процессами в тканях периодонта.

Задачи: выявить:

- факторы способствующие двухсторонней связи между данными патологическими состояниями:
- влияния уровня глюкозы на ткани периодонта
- влияния местного воспаления на гомеостаз глюкозы

Объект и методы исследования. Литературные данннные и собственные наблюдения клинических и лабораторных исследований у пациентов с хроническими формами воспалительных заболеваний периодонта и нарушенным гомеостазом глюкозы. Под наблюдением находилось 12 человек в возрасте 30 – 70 лет. Характер и тяжесть патологических состояний в периодонте устанавливали на основании Ro – логического и детального исследования с использованием индексов (OHI-S (Green-Vermillion, 1964) и GI (Loe, Siness, 1963)) Данные клинического исследования сопоставляли с результатами биохимического анализа крови.

Результаты. При исследовании анализа крови у пациентов с хроническим воспалением периодонта и нарушенным гомеостазом глюкозы выявлено повышение уровня лептина в 4 раза, снижение средней взвешенной уровня гликозилированного гемоглобина - 0,38% (для всех исследований) - 0,66% у пациентов с СД 2 типа. Выявлен ряд системных факторов спо-

собствующих двухсторонней связи между данными патологическими состояниями (ИЛ-1β, ИЛ-6, простогландин Е2, С-реактивный белок, лептин, ЛПНП)

Заключение. Наличие взаимосвязи между уровнем глюкозы в крови и состоянием периодонта подтверждается снижением системных провоспалительных факторов в крови при улучшении состояния периодонте.

Антонюк Р.В.

ВЫДЕЛЕНИЕ ЛЕКТИНА ИЗ PAXILLUS INVOLUTUS И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЦИТОТОПОГРАФИИ РЕЦЕПТОРОВ ТКАНЕЙ КРЫСЫ

Научный руководитель д-р мед. наук., проф. Луцик А.Д.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Грибы-базидиомицеты могут быть источником получения лектинов, которые используются как специфичекие молекулярные зонды для выявления углеводных рецепторов клеточных мембран. Например, при гистохимических исследованиях используются высокоспецифические лектины, получаемые из плодовых тел настоящих грибов *Aleuria aurantia, Marasmius oreades, Polyporus squamosus.* Однако большинство известных лектинов не обладают высокой избирательностью к тканевым структурам или клеткам, реагируя с многими углеводными детерминантами, в связи с чем поиск и получение новых селективных лектинов к тканям и клеткам млекопитающих остаётся актуальной задачей.

В плодовых телах свинушки тонкой (*Paxillus involutus* (Fr.) Fr) нами был выявлен новый лектин, обладающий различной гемагглютинирующей активностью по отношению к эритроцитам различных видов животных. Это предполагает определённую селективность к углеводным рецепторам поверхности эритроцитов и других клеток млекопитающих.

Целью настоящей работы является разработка методики очистки лектина свинушки тонкой, изучение его свойств и возможностей использования в гистохимических исследованиях.

Для выполнения поставленной задачи плодовые тела свинушки тонкой собирали в августе-октябре в Сколевском районе Львовской области (Карпаты). После доставки их в лабораторию грибы измельчали в миксере с 0,9 %-ным раствором NaCl (1:3) при комнатной температуре. Гомогенат центрифугировали 10 мин при 10000 g, осадок удаляли, а к супернатанту добавляли 0,5 объёма 96° этанола. Вязкий полисахарид, образующийся при этом, удаляли центрифугированием (2000 g, 10 мин), а надосадочную жидкость ставили на диализ против воды. После диализа фракцию белков осаждали из раствора сульфатом аммония, осадок растворяли в небольшом объёме воды, диализировали против 0,05 М фосфатного буферного раствора и наносили на колонку DEAE-tojopearl, которую промывали 0,05 – 0,2 М фосфатным буфером. Собирали фракции, агглютинирующие эритроциты барана. Затем лектин очищали аффинной хроматографией на конканавалин А-сефарозе. Полученный лектин конъюгировали с пероксидазой хрена и использовали в гистохимических исследованиях.

В работе использовали срезы тканей желудка, толстой, тонкой кишки, подъязычной железы, печени, надпочечников, сердца, большого мозга и мозжечка. Обнаружено отсутствие окрашивания меченным лектином тканей сердца, печени и надпочечников. В то же время наблюдается высокая интенсивность окрашивания структур подъязычной железы: хорошее окрашивание клеток протоковой системы при отсутствии окрашивания ацинусов. Слабее окрашиваются структуры мозжечка, где отмечается окрашивание клеток молекулярного слоя и несколько более интенсивное окрашивание клеток зернистого слоя, большого мозга (окрашивание клеток ганглионарных слоёв), тонкой кишки (окрашивание энтероцитов перинуклеарно при более выраженном окрашивании апикальних участков ворсинок и менее - базальных участков крипт), толстой кишки (цитоплазма эпителиоцитов, базальная мембрана и дру-

гие элементы соединительной ткани), желудка (интенсивное окрашивание муцинов барьерного комплекса и практическое отсутствие окрашивания других структур).

Таким образом, нами разработан метод очистки нового лектина и сделан вывод о возможности его использования в гистохимических исследованиях.

Анфилова М.Р.

СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТНОГО ЗВЕНА АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Научный консультант д-р. мед. наук., проф. И.Н. Ляшенко
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Актуальность изучения процессов, происходящих в организме при сифилисе, обусловлена не только широким распространением инфекции, но и влиянием ее последствий на репродуктивное здоровье нации, учитывая значительное увеличение случаев скрытого сифилиса и заболеваемости сифилисом среди детей. В последние годы возродился интерес к исследованиям свободнорадикального перекисного окисления липидов, как механизма играющего большую роль в патогенезе многих заболеваний. Все клетки живого организма обладают способностью к генерации активных форм кислорода, и, поэтому, развитие окислительного стресса возможно в любых органах и тканях. Гомеостаз в организме во многом зависит от соотношения интенсивности свободнорадикального окисления и мощности биооксидантных систем, в норме поддерживающих этот процесс на стационарно низком уровне. Нарушение баланса между интенсивностью действия прооксидантных факторов и мощностью антиоксидантной системы клетки, приводящее к чрезмерной активации процессов СРО - окислительному стрессу, является патогенетическим фактором для целого ряда заболеваний, в том числе и инфекций, передающихся половым путем.

Несмотря на имеющиеся работы в области изучения патогенеза сифилиса, многие вопросы остаются нерешенными. Не до конца изучен характер комплексных изменений антиоксидантной системы, динамика процессов в зависимости от стадии заболевания. Поэтому, для уточнения состояния ферментного звена антиоксидантной защиты при различных стадиях сифилиса нами было проведено определение ее ключевого компонента – супероксиддисмутазы.

Под нашим наблюдением в стационаре Винницкого областного кожно-венерологического диспансера находилось 52 больных сифилисом, среди которых было 20 женщин и 32 мужчины. В возрасте от 19 лет до 29 лет было 18 больных, 30-39 лет - 17 больных, 40 - 59 лет - 17 больных. Жителей города было 27 человек, сельской местности - 25. Первичный период сифилиса был диагностирован у 10 больных, вторичный свежий - у 13, вторичный рецидивный - у 13, скрытый ранний сифилис - у 16 больных. Группу контроля составили 30 практически здоровых людей, соответствующего возраста и пола. Исследование активности супероксиддисмутазы в эритроцитах проводилось с помощью спектрофотометрического метода, основанного на определении степени торможения реакции окисления кверцетина (Костюк В.А. и соавт.).

У больных первичным сифилисом активность супероксиддисмутазы была ниже в 1,5 раза, чем показатель контрольной группы и составила 17,2±0,18 мкг/мл (контроль – 25,8±0,36 мкг/мл). У больных вторичным свежим сифилисом активность супероксиддисмутазы была снижена в 2 раза - 12,9±0,15 мкг/мл, у больных с вторичным рецидивным сифилисом в 2,4 раза – 10,8±0,16 мкг/мл, у больных со скрытым ранним сифилисом, соответственно в 2,8 раза – 9,2±0,13 мкг/мл.

Таким образом, в результате исследования было выявлено угнетение активности супероксиддисмутазы, которое усиливалось по мере прогрессирования заболевания. Это свидетельствует о дисбалансе в системе антиоксидантной защиты организма больных сифилисом и

диктует необходимость более глубокого исследования состояния всех компонентов анти и прооксидантной систем и введения соответствующей комплексной, медикаментозной коррекции.

Апанасевич Д.Г.

ФАСЦИИ ШЕИ: ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ И КЛАССИФИКАЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, проф. Денисов С.Д.
Кафедра нормальной анатомии

Несмотря на столетнюю историю изучения фасций шеи вопрос об их строении и наименовании остается запутанным. Причина – неопределенность понятия «фасция».

В учебниках фасции шеи описываются со ссылкой на авторство В.Н.Шевкуненко..В действительности В.Н.Шевкуненко не является автором классификации фасций шеи.. Так, в книге «Курс оперативной хирургии с анатомо-топографическими данными», изданной в 1934 году под редакцией В.Н.Шевкуненко, глава «Шея», в которой представлены фасции, написана профессором В.В.Москаленко.

В.В.Москаленко называет 5 фасций шеи, перечисляя их с поверхности в глубину – первый листок, второй листок и т.д. При этом, автор обращается к терминологии и описанию фасций, которые ранее были предложены А.П.Самариным, защитившим на эту тему докторскую диссертацию в 1912 году. Например, о 5-м фасциальном листке сказано следующее: «Самый глубокий листок – fascia colli profunda (s. praevertebralis….-по Самарину, или пятый листок по нашей схеме)».

Таким образом, в книге под редакцией проф. В.Н.Шевкуненко фасции шеи описаны проф. В.В.Москаленко, причем это описание дано «по Самарину».

Скоро авторство А.П.Самарина исчезло вовсе, и в книге «Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией» (1951) под редакцией В.Н.Шевкуненко и А.Н.Максименкова и изданной без участия проф. В.В.Москаленко фасции шеи описаны уже без прежних ссылок . Так, пятая фасция изложена в следующей редакции: «Пятый листок – f. praevertebralis…». В дальнейшем в литературе фасции описывались «по Шевкуненко», при этом часто названия их были произвольными – фасции назывались то пластинками, то апоневрозами, то листками..

Заключение. Дальнейший поиск «правильных» названий фасций шеи, как и авторских приоритетов в их описании представляется нецелесообразным из-за «срока давности», а также из-за неопределенности основных понятий. В анатомии до настоящего времени сохраняется множество неточностей и заблуждений, что нашло свое отражение в терминологии. Однако эти исторические «ошибки» не оказывают существенного влияния на практику. А «примирение» сторон может быть достигнуто путем строгого следования основному анатомическому закону - Международной анатомической терминологии, в которой названа одна фасция шеи, имеющая три пластинки – поверхностную, предтрахеальную и предпозвоночную, а также сонное влагалище.

Апанасович М.В., Бузюк А.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ «БОББИ» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УРОКОВ ГИГИЕНЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шилова М.А.
Кафедра стоматологии детского возраста

Целью групповой профилактики является передача базовых знаний детям по уходу за полостью рта. Дети должны приобрести гигиенические навыки чистки зубов, основные знания об этиологии болезней полости рта и их предупреждении, осознание важности сохранения здоровья зубов.

Принципиальные проблемы проведения групповой профилактики у детей дошкольного возраста совпадают с таковыми во всём образовании: как учить и как учиться?

Цель исследования: создать мотивационное пособие с применением мультимедийных элементов для проведения урока гигиены.

Материалы и методы. Нами было разработано анимационное пособие «Бобби» для детей дошкольного возраста, в котором текст представлен в стихотворной форме. Автор текста мотивационного пособия студент Апанасович М.В. В соответствии с текстом стихотворения студенткой Бузюк А.С.были подобранны фрагменты из мультипликационных фильмов: «Нехочуха», «Лёлик и Болик», «Братец Кролик», «Том и Джерри» и «Осторожно обезьянки!». Длительность анимационного пособия «Бобби» составляет 1 минута 31 секунда. Уроки гигиены проводились с марта 2012 года по февраль 2013 в старшей группе детского дошкольного учреждения (ДДУ) №465 Октябрьского района г. Минска. Демонстрация анимационного пособия «Бобби» совершалась после завтрака с использованием переносного персонального компьютера один раз в неделю. После показа нами осуществлялась контролируемая чистка зубов у детей. На уроке гигиены присутствовали воспитатели старшей группы, медсестра и методист дошкольного учреждения.

Полученные результаты. За время применения анимационного пособия «Бобби» интерес детей к проведению уроков гигиены не уменьшился. Воспитатели дошкольного учреждения до настоящего времени используют данное пособие для формирования у детей гигиенических навыков и для привития интереса к собственному здоровью. Используя высокую обучаемость детей дошкольного возраста, мы способствовали формированию готовности к здоровой привычке благодаря анимационному пособию «Бобби». При использовании данного мотивационного пособия дети проявляли большую заинтересованность к средствам и предметам гигиены и к проведению чистки зубов.

Выводы. Анимационное пособие «Бобби» может быть использовано для проведения урока гигиены в детских дошкольных учреждениях.

Артёменко Е.И., Дедик С.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО КОЖНОГО ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель асс. Емельянова Н.А.
Кафедра фтизиопульмонологии

Уровень заболеваемости туберкулёзом в РБ остаётся одним из самых больших в мире. Так, по данным ВОЗ, заболеваемость туберкулёзом составляет примерно 70 на 100000 населения. При этом доля детей до 14 лет составляет приблизительно 3-4%. В связи с этим чрезвычайно актуальным остаётся совершенствование методов скрининговой диагностики данного заболевания.

Ежегодно для диагностики туберкулёзной инфекции детям проводится кожный туберкулиновый тест (проба Манту). Основным реагентом является туберкулин – белковый экстракт, полученный в результате очистки инактивированной культуры M. tuberculosis. Однако на данный момент существуют определенные трудности в интерпретации результатов пробы Манту. Ложноположительный результат ее может быть получен при перекрестной сенсибилизации организма вакцинным штамом M. bovis BCG, инфицированности другими нетуберкулезными микобактериями, аллергических реакций и т.д. Таким образом количество ложноположительных реакций КТТ по оценкам специалистов составляет от 40 до 90 %.

Одним из направлений оптимизации диагностики туберкулёзной инфекции явилось создание препарата “Диаскинтест” на основе рекомбинантных белков ESAT-6 (early secreted antigenic target) и CFP-10 (culture filtrate protein) M. tuberculosis, отсутствующих у M. bovis BCG.

Цель исследования. Выявить основные характеристики препарата “Диаскинтест” по результатам применения его в диагностике туберкулезной инфекции у детей, находящихся на разных этапах химиотерапии.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 49 детей в возрасте от 0 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в РНПЦ ПиФ. Контрольную группу составили 179 здоровых детей.

Результаты исследования.

Таблица 1 – Результаты исследования в разных группах детей

	Размер пробы Манту, мм	Размер ДСТ, мм	% Положительного пробы Манту	% Положительного ДСТ
Исследуемая группа	11.95 ± 4.39	11.73 ± 8.06	92.7	75.6
Контрольная группа	10.21 ± 3.65	Медиана – 0 Среднее – 1.97	96.6	35.7

Средний размер ДСТ у детей, находящихся в интенсивной фазе химиотерапии составляет 11.76 ± 8.2 мм (Манту – 11.64 ± 4.16), процент положительных результатов – 76%. ДСТ у детей в фазе долечивания равен 11.69 ± 8.1 мм (Манту – 12.44 ± 4.83 мм), процент положительных результатов – 75%. Положительный ДСТ наблюдается у 44% детей, имеющих тубконтакт из контрольной группы.

Выводы. “Диаскинтест” обладает более высокой чувствительность и специфичностью, чем проба Манту. Использование кожной пробы “Диаскинтест” имеет значение для дифференциальной диагностики туберкулеза, прежде всего с поствакцинальной аллергией и другими заболеваниями в том числе органов дыхания.

Архипова А.А.

ПЕПТИДЫ ГРУППЫ «СРЕДНИХ МОЛЕКУЛ» ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ИХ МЕМБРАНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Прасмыцкий О.Т.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Существенная роль эндогенной интоксикации в течении, исходе и успешности терапии различных заболеваний стимулировала многочисленные попытки выделения и характеристики токсических факторов. В качестве универсального биохимического маркера эндогенной интоксикации наиболее перспективным является изучение содержания в крови и других

биологических жидкостях физиологически активных пептидов группы «средних молекул»с молекулярной массой 300 – 5000Д, тем самым занимающих промежуточное положение между основным пулом белков плазмы и аминокислотами.Испытание их биологической активности дает возможность вплотную подойти к патогенетическим механизмам действия «средних молекул» на организм и разработать способы устранения патологических последствий этого действия.

Целью настоящего исследования было: из проб плазмы крови, полученной от больных с хронической печеночной недостаточностью, хронической почечной недостаточностью и перитонитом выделить пептиды группы «средних молекул», сравнить их общий выход при различных видах патологии, исследовать мембранотропную активность.

Материал и методы:Исследование проведено на 11 образцах плазмы крови больных с хронической почечной недостаточностью, 12 - с хронической печеночной недостаточностью и 12 – с перитонитом. Общий пул «средних молекул» отделяли от высокомолекулярной и низкомолекулярной фракций посредством гель-фильтрации на сефадексеG-50 (Pharmacia, Швеция). Среднемолекулярную фракцию далее концентрировали и разделяли на сефадексеG-15. Анализ осуществляли путем прямого измерения отдельных фракций на спектрофотометре СФ-16 при длине волны 230 нм.О мембранотропной активности пептидов группы «средних молекул» судили по изменению устойчивости эритроцитов к осмотическому гемолизу. Для проведения эксперимента использовалась концентрация «средних молекул» 10 единиц оптической плотности в 1 мл при 220 нм, как наиболее приближенная к таковой в плазме крови больных с синдромом эндогенной интоксикации.

Результаты:Из плазмы крови больных с хронической почечной недостаточностью, хронической печеночной недостаточностью, перитонитом, путемгель-фильтрации на сефадексахG-50, G-15 получены фракции пептидов группы «средних молекул», свидетельствующие о развитии эндогенной интоксикации. Общий выход «средних молекул» при разных видах патологии неодинаков: при хронической почеченой недостаточностиэлюируется «средних молекул» в 4 раза больше, чем при заболеваниях печени, и примерно в 10 раз больше, чем при перитоните. Имеются различия в форме гель-хроматограмм, что может свидетельствовать о разнообразии набора пептидов при разных видах патологии.Исследованные пептиды группы «средних молекул» при всех трех видах патологии снижали резистентность эритроцитов к осмотическому гемолизу. Наиболее выраженный мембранотропный эффект наблюдается у «средних молекул», выделенных из плазмы крови больных с перитонитом

Асадчая К.А

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХОЛОДОВЫХ ФАКТОРОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Жадан С.А.
Кафедра патологической физиологии

Лечебное воздействие холодом на организм больного человека в терапевтических целях имеет многовековую историю. Врачеватели разных народов на протяжении многих столетий использовали целебные свойства холода для закаливания, лечения различных недугов, уменьшения выраженности боли и воспалительных реакций, восстановления бодрости духа и др. В Японии около 45 лет назад были заложены основы самого перспективного направления современной немедикаментозной медицины — общей криотерапии. Более 15 лет назад криотерапия начала применяться в клинической практике Беларуси, России, Польши и др. В настоящее время метод воздействия холодовыми факторами на человека получил признание и распространение в различных областях медицины не только вследствие высокой клинической эффективности метода, но и в связи с появлением новых технических возможностей генерации холода.

***Цель исследования*:** изучить патогенетические и терапевтические эффекты воздействия холодовых факторов на организм человека.

Методы исследования. Анализ данных литературы по изучаемому вопросу.

Анализ литературных данных показал, что под влиянием переохлаждения развивается широкий спектр нарушений процессов жизнедеятельности. При резком и продолжительном охлаждении наиболее выраженные изменения обнаруживаются в системе кровообращения. Сужение мелких артериальных сосудов, появившееся в первое время после воздействия холода, сменяется расширением и параличом мелких отводящих сосудов — венул. Параллельное возбуждение вегетативной нервной системы приводит к увеличению выброса симпатических медиаторов — активных в отношении сосудов веществ. Такое повышение уровня адреналина в крови приводит к напряжению стенок и сужению более крупных периферических артериальных сосудов. Кровь от кожи и мышц (с периферии тела) уходит к центру — к внутренним органам. Наблюдаются значительные сдвиги в энергетическом обеспечении тканей, состоянии жидкостного баланса, кислотно-щелочном равновесии. В той или иной мере нарушается деятельность дыхательной, нервной, мочевыделительной систем организма.

Кратковременное действие крайне низких температур воспринимается организмом как непонятная угроза, мобилизирующая защитные силы человека. В данном случае такое воздействие выступает в роли стимулятора и оказывает благоприятное влияние на организм, в частности, анальгетическое, антиэкссудативное, регенеративное и другие эффекты. Оно связано с явлением холодового возбуждения — гормезиса. В последние годы это явление, как метод лечения, используется очень широко с целями восстановления здоровья. Воздействие твердыми, жидкими или газообразными хладагентами позволяет лечить такие заболевания, как ревматоидный артрит, подагра, псориаз, бронхиальная астма, глаукома, остеопороз и многие другие.

Актуальным становится использование криотерапии и в Беларуси. Публикуются научные работы, связанные с изучением влияния криотерапии на организм человека; оздоровительными комплексами предлагается широкий спектр криотерапевтических процедур. Данный метод лечения планируется внести в официальный протокол лечения.

Асинова Н.И.

BALNEOTHERAPY: CLINICAL STUDIES AND PROSPECTS OF THE DEVELOPMENT IN BELARUS

Научный руководитель ст. преп. Менжинская-Войтова А.В.
Кафедра иностранных языков

Balneotherapy is the therapeutic use of mineral and thermal waters mostly through immersion in a bath or body of water, drinking and inhalation of water. It has been frequently and widely used in classical medicine as a cure for diseases. The Greek physician Hippocrates (460-377 B.C.) wrote extensively about the healing power of water. He advocated the use of saline baths and regularly immersed his patients in seawater to cure some ailments, including aching muscles and arthritis. Now balneotherapy is related to spa treatment, which is very popular in America and in other countries. There are 32 million spa-goers in America and every forth American has been to spa.

Balneotherapeutic procedures include: hammam (sauna), saline baths, douches, climatotherapy, mud therapy, aquatic exercise (motion-based therapies) and massage. These procedures can be combined with each other in order to achieve better results: for example, drinking in complex with bathing, or else bathing in complex with exercising and dieting. The therapeutic effects of balneotherapy come from mechanical, thermal and chemical effects of water, such as buoyancy, heat, mineral composition (sulfur, chloride, radon, carbonate, sodium).

The purpose of the research was:

- to assess the quality of systematic reviews based on clinical trials;

- to determine the types of the diseases and clinical conditions that can be treated effectively with balneotherapy;
- to find out what balneotherapeutic procedures are the most effective in the treatment of each group of the diseases;
- to reveal balneotherapeutic procedures available to the Belarusian patients;
- to assess the prospects of the development of balneotherapy in Belarus.

To perform the research we had:

- to make a systematic review on related papers of the Medline and Cochrane Library database from 1966 to 2013 which included randomized controlled and non-randomized clinical trials using balneotherapy;
- to take into account only statistically significant findings and to separate them from non-significant findings;
- to classify the results into three groups according to their effectiveness: effective, probably effective, may not be effective;
- to review the Internet sites containing the information about the sanatoria of Belarus.

The results of the research proved that balneotherapy is effective in treating such diseases and clinical conditions as: atopic dermatitis, psoriasis, rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis, osteoarthritis and low back pain. Also balneotherapy is probably effective for several metabolic (blood viscosity, platelet aggregability, high level of plasma lipids) and psychological conditions (psychological tension, self-rated depression and vigourousness). However, long-term effectiveness for such diseases as chronic musculoskeletal diseases was not noticed. Balneotherapeutic procedures are used in many Belarusian sanatoria: “Beresina” (chloride and sulfur mineral waters), “Bug” (chloride and calcium mineral waters), the National center of Medical Rehabilitation and Balneotherapy (sulfur, chloride and sodium mineral waters).

The conclusion is that further clinical studies involving larger number of patients are needed, and the improvement of their methodological design is required. There is a good base for the further development of balneotherapy in our country.

Астапович Т.Л.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Лапотко М.Л.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования: изучить клинические особенности течения беременности и родов у женщин сконсервативноймиомэктомией в анамнезе.

Материалы и методы. На базе УЗ 1 ГКБ за период с 2008 по 2012 гг. был проведен ретроспективный анализ 62 историй родов женщин.Консервативнаямиомэктомия в анамнезе (основная группа - 33 (53,2%)) и женщины после кесарева сечения в сочетании с консервативной миомэктомией(контрольная группа – 29 (46,8%)).

Результаты исследования: возраст беременных в основной группе составил от 29 до 36 лет, возраст женщин в группе контроля от 27 до 40 лет. Исходя из данных акушерско-гинекологического анамнеза основной группы быловыявлено, что бесплодие отмечалось у 42,4% женщин, до проведенияконсервативной миомэктомии, в группе контроля бесплодие не наблюдалось.Среди сопутствующей гинекологической патологии у пациенток основной и контрольной группы отмечались: эрозия шейки матки(14,5%),кольпит (29%), хронический аднексит (19,3%).Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез:кистома яичника (4,8%), искусственное прерывание беременности (30,6%) и невынашевание беременности (25,8%). В течение беременности у 17,2% женщин контрольной группы отмечался рост мио-

матозных узлов, в среднем миоматозный узел увеличивалсяна 2,2±1,5 см за период беременности.

Продолжительность от проведения консервативной миомэктомиидо наступления беременности составила от 6 месяца до 2 лет.

Осложненное течение беременности в основной группе в I триместре наблюдалось у 75,7% беременных. Наиболее часто встречалось - угроза прерывания беременности (24,2%).Во II триместре - анемия легкой степени тяжести (12,1%). Осложнения беременности в III триместре наблюдались у 24,2% - гестоз легкой степени. В группе контроля наиболее частыми осложнениями течения беременности были: угроза прерывания беременности-48,2%, гестоз на ранних сроках беременности -27,6% и ХФПН-20,7%.

Роды через естественныеродовые путиу беременных основной группы – 12,1%. Операция кесарево сечение – 87,9%. Послеоперационный период протекал у всех женщин удовлетворительно.

Родилось 62 здоровых ребенка.Оценка по шкале Апгар в среднем составила на 1-ой минуте 7 баллов и на 5-ой минуте 7 баллов.

Астапович Е.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРЕШКОВЫХ КОМПРЕССИЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. М.В. Олизарович
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Целью работы был анализ вариантов хирургического лечения при многоуровневой корешковой компрессии на поясничном уровне.

Проведен анализ случаев хирургического лечения в Гомельской областной клинической больнице 62 пациентов с многоуровневой корешковой компрессией на уровне поясничного отдела позвоночника в 2005–2012 гг.

Полученные данные свидетельствуют о том, что среди пациентов, страдающих многоуровневой корешковой компрессией на поясничном уровне, преобладали лица трудоспособного возраста от 20 до 59 лет (54 чел. — 87,1%), причем мужчины составили 77,4%.

Наиболее часто на верхнем и нижнем позвонково-двигательном сегменте встречался срединно-боковой вариант выпадения грыжи межпозвонкового диска (по 93,5%). Боковая и срединная грыжи межпозвонкового диска встречались наиболее редко (6,5% от общего числа оперированных).

Анализ уровней хирургического вмешательства проведен раздельно для верхнего и нижнего позвонково-двигательного сегмента, подвергшегося операции. При анализе установлено, что верхний уровень был представлен сегментами L_{III}–L_{IV} — 12 (19,4%) чел. и L_{IV}–L_V — 50 (80,6%) чел., а нижний — L_{IV}–L_V — 5 (8,1%) чел., L_V–S_I — 56 (90,3%) чел., L_V–L_{VI} — 1 (1,6%) чел. Таким образом, наиболее часто операции подвергались ПДС L_{IV}–L_V на верхнем уровне вмешательства и L_V–S_I — на нижнем.

Виды оперативного доступа, использованные у пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сочетание различных типов доступов при хирургических вмешательствах

Вид доступа	Верхний ПДС		Нижний ПДС	
	n	%	n	%
Гемиляминэктомия	2	3,2	2	3,2
Частичная гемиляминэктомия	18	29,0	15	24,2
Фенестрация	42	67,8	43	69,4

Интерламинарный доступ	0	0	2	3,2
Всего	62	100	62	100

Как следует из таблицы, среди видов доступа при операциях на верхнем и нижнем позвонкового двигательном сегменте преобладала фенестрация (соответственно 67,8% и 69,4%).

Астапчик И.В., Хлистовский А.М.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ПРОГНОЗ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Пронько Т.П.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

С электрофизиологической точки зрения перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) приводит к устойчивому изменению электрической функции сердца, которую условно можно назвать постинфарктным электрофизиологическим ремоделированием. Угнетение вариабельности сердечного ритма (ВСР) – значимый предиктор аритмогенных осложнений и смертности после ИМ. Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи параметров ВСР и прогноза у пожилых пациентов с ИМ.

Методы исследования. Было обследовано 20 пожилых пациентов с ИМ в возрасте от 62 до 74 лет (средний возраст 66,1 лет). Запись ЭКГ и последующий анализ ВСР проводили при помощи аппаратно-программного комплекса «Поли-Спектр». Исследование проводили на 8-10 сутки от развития ИМ. В последующем проводили наблюдение за пациентами в течение 1 года. В зависимости от исходов (смерть от сердечно-сосудистых осложнений) пациентов поделили на 2 группы. Первую группу составили пациенты с благоприятным прогнозом (16 человек), вторую группу – с неблагоприятным прогнозом – 4 человека. Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде M±SD, где M – среднее значение показателя, SD – стандартное отклонение ошибки.

Результаты. Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица – Показатели ВСР в исследуемых группах

Показатели	Группа 1	Группа 2
SDNN, мс	26,1±2,7	11,3±2,9*
RMSSD, мс	16,4±3,4	11,0±3,0
pNN50, %	4,3±2,6	0,2±0,05
TP, мс^2	906,8±168,1	744,3±123,9
LF/HF, ед	2,3±0,6	0,87±0,24
VLF, %	59,3±6,2	41,5±15,4
LF, %	19,6±1,9	22,4±2,6
HF, %	21,0±5,6	36,2±12,9

Примечание - * - достоверные различия между группами, $p<0,05$.

Согласно литературным данным повышение SDNN на 10 мс снижает риск смерти на 20%. В нашем исследовании выявлены низкие значения показателя SDNN в обеих исследуемых группах, что может быть связано с усилением симпатической регуляции. Во 2 группе данный показатель был достоверно ниже, по сравнению с группой 1. В обеих группах отмечается снижение активности парасимпатического звена вегетативной регуляции (RMSSD, pNN50), особенно значимые в группе 2. По данным спектрального анализа, общая мощность спектра (TP) низкая, преобладают мощности VLF составляющих спектра. В процентах – отмечается

преобладание «очень» низкочастотной составляющей спектра (VLF), что говорит о гиперадаптивном состоянии.

Преобладание в спектральной составляющей ВСР очень медленных колебаний (VLF компонента) у пожилых пациентов с ИМ отражает состояние напряжения функциональных систем организма. Полученные данные показывают, что у данной категории больных отмечается снижение парасимпатического влияния и увеличение влияния симпатического воздействия на модуляции сердечного ритма. Сниженная ВСР у пожилых пациентов ИМ ухудшает прогноз.

Астапчик И.В., Хлистовский А.М.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ СОЛИ

Научный руководитель асс. Мойсеёнок Е.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Соль является незаменимым компонентом пищевого рациона. Она является не только вкусовой пищевой добавкой к продуктам питания, но и необходима для нормального функционирования организма. Компоненты соли выполняют регуляторную функцию в процессах жизнедеятельности. Например, натрий входит в состав желчи, крови, цереброспинальной жидкости, сока поджелудочной железы, женского молока, отвечает за водно-солевой обмен, обеспечивает постоянство осмотического давления. Хлор необходим в образовании соляной кислоты – основного компонента желудочного сока, заботится о выведении из организма мочевины, отвечает за состояние нервной и костной систем. Суточной нормой потребления хлорида натрия Всемирная организация здравоохранения считает 3 грамма. Однако у соли есть и вторая сторона медали. Суточное количество соли мы получаем из самых простых продуктов. Получается, что большинство из нас потребляет избыточное количество соли. Соль задерживает жидкость, способствует появлению отеков, лишнего веса, отягощает заболевания сердечно-сосудистой системы, почек. Сложно отказаться от своих кулинарных предпочтений и придерживаться бессолевой диеты, поэтому и существуют заменители соль.

Вместо хлорида натрия можно использовать хлорид калия, в который добавлены соли магния и кальция. Предназначены такие заменители для тех людей, у которых уже появились проблемы со здоровьем, в первую очередь с сердечно-сосудистой системой. Калий укрепляет сердечную мышцу, улучшает реологические свойства крови, нормализует сердечный ритм. К тому же этот минерал активно взаимодействует с натрием, по принципу Na/K-насоса.

Очень часто рекомендуют такие солезаменители людям с сахарным диабетом, так как нарушен водный обмен. Калиевая соль нормализует его, не позволяет лишней жидкости задерживаться в нашем теле.

Следующий тип заменителей готовят на основе морской соли. От обычной поваренной эта соль отличается высоким содержанием марганца, калия, йода, фосфора, бора. В ней также меньше хлорида натрия, поэтому она считается более полезной для здоровья.

Для приготовления солезаменителя, к морской соли также добавляют измельченные специи. Но существуют и другие варианты добавок.

Один из них – это дополнительное обогащение йодом, так как естественный йод, присутствующий в морской соли, являесся нестабильным соединеним и не доходит до потребителя. Такие солезаменители оказывают благоприятное воздействие дополнительно и на щитовидную железу. С осторожностью их нужно применять тем, у кого повышена функция щитовидной железы. Еще один заменитель на основе морской соли с добавлением хитозана. Интересной особенностью хитозана является то, что он имеет отрицательный заряд – это значит, что он может соединяться с молекулами других веществ и выводить их из организма. Солезаменители с хитозаном препятствуют всасыванию холестерина и других жиров. Поэтому они очень эффективны для профилактики атеросклероза,

гипертонии, ожирения и сахарного диабета. Применять такие солезаменители можно в тех же объемах, что и приготовленные на травах. Количество поступающего в организм натрия при этом также сокращается. Противопоказанием может быть индивидуальная непереносимость. При беременности заменитель можно применять только после консультации с врачом.

Таким образом, заменители соли активно испльзуются в нашем пищевом рационе и способствуют улучшению нашего здоровья при употреблении в необходимых количествах.

Ахрем Е.И., Ярошеня Д.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬНЫМ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научный руководитель доц. Глинник А.А.
2-я кафедра хирургических болезней

Цель: изучить возможности применения повторной трансплантации островковых клеток поджелудочной железы.

Задачи:

- Оценить гормональный статус пациентов и отдалённые результатов ксенотрансплантации островковых клеток поджелудочной железы
- Обосновать применение повторной ксенотрансплантации островковых клеток ПЖ
- Изучить эффекты повторной трансплантации.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 5 пациентов, перенесших повторные трансплантации островковых клеток поджелудочной железы. Срок после первой трансплантации составил от 1 до 4 лет. Критерием отбора пациентов явилось:

1. Нарастание уровней гликемии и инсулинпотребности
2. Повышение уровня С-пептида
3. Прогрессирование осложнений диабета (нефропатии, ретинопатии, ангиопатии сосудов нижних конечностей)

В исследование отбирались пациенты, которые после первой операции имели положительный эффект от пересадки. Трансплантация проводилась макроинкапсулированной культуры в глубокую артерию бедра (1 пациент) и в изолированный участок большой подкожной вены (4 пациента). Ввиду малого количества все пациенты были объединены в одну группу.

Результаты. В послеоперационном периоде у всех реципиентов наблюдалось снижение уровней гликемии до нормальных (6,4 +1,7 ммоль/л, после первой операции 6,14+2,0 ммоль/л). При этом уровень инсулинпотребности также снижался и был сопоставим с таковым после первой трансплантации (34+12 ЕД/сут, после первой операции 32+10 ЕД/сут, $p<0,05$). У пациентов происходило купирование прогрессирования осложнений диабета.

Выводы. Применение трансплантации островковых клеток является альтернативным методом коррекции гликемического татуса у пациентов с некоррегируемым течением инсулинзависимого сахарного диабета. Выполнение повторных пересадок островковых клеток показано пациентам с положительным результатом после первых трансплантаций, у которых эффект от предыдущего вмешательства нивелировался из-за снижения функции трансплантата.

Бабасян А.В., Кузюта И.Л.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА, НАРУШЕНИЕ КОТОРЫХ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ТЕТРАДА ФАЛЛО

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сахарчук Т.В.
Кафедра нормальной анатомии

Врожденные пороки сердца по частоте встречаемости в РБ занимают 2-е место после врожденных пороков ЦНС. Тетрада Фалло составляет 7% от всех врожденных пороков сердца в нашей стране (данные за 2012 год)

Цель исследования: основываясь на данных литературы, описать структурные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, характерные для врожденного порока сердца тетрада Фалло, а также выделить основные этапы развития сердца человека, нарушение которых ведет к формированию данного порока.

Методика проведения. Для достижения цели и решения поставленных задач был проведен научный информационный поиск по данной проблеме, полученные результаты тщательно проанализированы и представлены в виде выводов.

Полученные результаты. Для тетрады Фалло характерны следующие структурные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы:

1. Стеноз начального отдела легочного ствола
2. Высокий (субаортальный) дефект межжелудочковой перегородки
3. Декстропозиция аорты
4. Гипертрофия миокарда правого желудочка Основная причина врожденного порока сердца тетрада Фалло заключается в нарушении процессов эмбриогенеза в области артериального ствола. На определенном этапе развития место отхождения артериального ствола от первичного желудочка расширяется, и данное расширение именуется конусом. В процессе дальнейшего развития конус и артериальные ствол разделяются на два канала: легочной и аортальный. Разделение происходит за счет роста в просвет конуса и артериального ствола парных соединительнотканных складок, которые встречаются и образуют полную перегородку. Кроме того, эти соединительнотканные складки участвуют в окончательном закрытии межжелудочковой перегородки, срастаясь с мышечной частью межжелудочковой перегородкой и с эндокардиальными подушками, образующими перегородку атриовентрикулярного канала.

Если складки артериального ствола встречаются не в центре, а смещаются вперед и влево, то формируется узкий легочной ствол и широкая аорта. Благодаря своей ширине аорта смещается вправо таким образом, что вход в нее оказывается расположенным над мышечной частью межжелудочковой перегородки. Пространство между складками артериального ствола и мышечной частью межжелудочковой перегородки остается незаполненной, вследствие чего и формируется дефект межжелудочковой перегородки. Гипертрофия миокарда правого желудочка формируется как следствие затрудненного оттока крови из желудочка.

Бабаханов А.Б.

ХИМИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Барченко С.В.
Кафедра общей химии

Отличительная черта современной медицины – активное внедрение достижений химии в теорию и практику исследования функции живого организма. Любой живой организм явля-

ется открытой термодинамической системой, необходимым условием существования его является постоянный обмен веществ с окружающей средой. Очевидно, что живые организмы и, в частности, человеческий организм обмениваются веществом с окружающей средой селективно, выбирая соединения тех элементов, которые необходимы для их жизнедеятельности. Таким образом, процесс жизнедеятельности влияет на элементный состав окружающей среды, изменяя ее. С другой стороны, изменение концентраций элементов в окружающей среде обитания может существенно влиять на функциональное состояние организмов.

Вот почему знание биологической роли химических элементов, установление взаимосвязи обмена этих элементов с окружающей средой необходимы в процессе получения высшего медицинского образования, как фундамент для изучения биологической и биоорганической химии, гистологии, физиологии, санитарии, гигиены и других дисциплин.

Цель работы: изучение биологической роли жизненно необходимых (эссенциальных) элементов, их относительной распространенности в земной коре и в организме человека.

Результаты исследований представлены в форме обзора литературных данных.

Материалы обзора включают:

-сравнительный анализ содержания химических элементов в земной коре и организме человека;

-топографию важнейших биогенных элементов;

-рассмотрение различных классификаций химических элементов, содержащихся в организме;

-краткий обзор биологической роли эссенциальных элементов.

Выводы:

1. Организм человека использует для своих целей в основном наиболее часто встречающиеся в неживой природе элементы;
2. по среднему содержанию в живом веществе химические элементы подразделяются на макроэлементы, микроэлементы и ультрамикроэлементы;
3. исходя из значимости для жизнедеятельности, химические элементы можно подразделить на три группы: эссенциальные, примесные и токсичные;
4. эссенциальные элементы подразделяется на: органогены (H, C, N, O, P, S), элементы электролитного фона (Na, Mg, K, Ca, Cl) и микроэлементы (Se, I, Mn, Fe, Co, Cu, Zn, Mo);
5. изучение биологической роли химических элементов, выяснение взаимосвязи обмена этих элементов и других биологически активных веществ – ферментов, гормонов, витаминов – способствует созданию новых лекарственных препаратов и разработке оптимальных режимов их дозирования, как с лечебной, так и с профилактической целью;
6. контроль за содержанием химических элементов в организме служит основой для поисков причин возникновения микроэлементозов и их лечения.

Бабицкая К.В.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель канд. мед. наук Шуст Л.Г.
Кафедра патологической физиологии

Введение. Кардиомиопатии (КМП) –группа первичных невоспалительных заболеваний миокарда неизвестной этиологии, которые не связаны с дефектом клапанов или врожденными пороками сердца, ишемической болезнью сердца, артериальной или легочной гипертонией, системными заболеваниями. Накопленныесведения о встречаемости КМП зачастую противоречивы и механизм развития до конца не ясен. По определению, принятому ВОЗ, КМП – это острое, подострое или хроническое поражение сердечной мышцы неизвестной этиологии

или неясной, часто сочетающееся с поражениемэндокарда, иногда и перикарда.Согласноклассификации ВОЗ/МОФК (1995) выделяюттриформы кардиомиопатий: дилатационную, гипертрофичекую и рестриктивную. Рестриктивная кардиомиопатия (РКМП) – редкая форма, характеризующаяся нарушением диастолической функции одного или обоих желудочков вследствие выраженного фиброза и утраты эластичности миокарда при отсутствии его значительной гипертрофии и дилатации полостей желудочков. РКМПявляется наименее изученной формой. В РБ зарегистрированы случаи летального исхода при данном заболевании.

Цель работы: проанализировать основные структурные и функциональные изменения миокарда при РКМП, разобраться в этиопатогенезе, оценить патофизиологические показатели и клинические данные диагностических исследований.

Материалы и методы исследования. Исходя из литературных источников обобщить данные по РКМП, на основе клинических данных историй болезней провести статистический анализ встречаемости заболевания, выяснить особенности клинического течения и инструментальной диагностики.

Основные результаты работы:несмотря на многообразие этиологических факторов, патофизиология и нарушения гемодинамики при всех этиологических формах РКМП практически одинаковы. Важнейшей и наиболее характерной особенностью РКМП является повышение жесткости и снижение эластичности, податдивости миокарда желудочков вследствие фиброза миокарда либо эндокарда, и инфильтрация миокарда различными метаболическими продуктами. Развивается диастолическая дисфункция желудочков. В норме наполнение левого желудочка происходит в три фазы: фаза быстрого наполнения (составляет 25-30% диастолы), фаза медленного наполнения (50-60%) и фаза систолы предсердий(15-20%), причем наибольшее количество крови поступает в фазу быстрого наполнения. Фаза быстрого и медленного наполнения составляет период раннего диастолического наполнения, а период позднего диастолического наполнения совпадает с систолой левого предсердия.При РКМП заполнение левого желудочка происходит почти исключительно в фазу быстрого наполнения, а затем вследствие ухудшения диастолических свойств желудочка дальнейшее поступление крови в него практически прекращается, поэтому в фазу медленного наполнения и систолу предсердий объем левого желудочка почти не возрастает. Аналогично и с правым желудочкам при его вовлечении в патологический процесс. При РКМП нарушения систолической и сократительной функций наблюдается лишь на поздних стадиях. РКМП приводит к развитию сердечной недостаточности.

Выводы: при РКМП наблюдаются анатомические и физиологические изменения миокарда, выявляютсянарушения гемодинамики. Часто, как сопутствующая патологией при РКМП диагностируетсяэндомиокардиальная болезнь с эозинофилией (эндокардит Леффлера). В настоящее время, основным диагностическим методом исследования является эхокардиография.

Бабич О.И.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Боровский А.А.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Актуальность. Назальная ликворея является осложнением тяжелой черепно-мозговой травмы с переломом основания черепа, встречается в 1,5% -6,8% всех черепно-мозговых травм. Спонтанная назальная ликворея возникает при некоторых заболеваниях врожденного, опухолевого и воспалительного происхождения. Рецидивы ликвореи после трансназальных операций составляют 3-14%, а после транскраниальных — 10-27%.

Цель работы: изучить катамнез пациентов с посттравматическими и спонтанными назальными ликвореями, пролеченными в нейрохирургическом отделении УЗ ГК БСМП за период с 2006 по 2012 годы: оценить качество жизни больного в безрецидивный период, длительность безрецидивного периода.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 40 пациентов с диагнозом назальная ликворея пролеченных в нейрохирургическом отделении УЗ ГК БСМП за период с 2006 по 2012 годы.

Результаты. Из 40 пациентов спонтанная назальная ликворея наблюдалась у 28 пациентов, посттравматическая – у 7, послеоперационная – у 7. Из них мужчин 47 (70%) средний возраст которых составил 30,5 (от 9 мес. до 71) и 20 женщин (30%), средний возраст которых составил 67,8 лет (от 19 до 77). У 19(28%) пациентов применялась трансназальная пластика, у 48(72%) пациентов выполнялась открытая операция- монофронтальная трепанация, 10(15%) пациентам устанавливался люмбальный дренаж, 17(25%) пациентам проводилась люмбальная пункция. При проведении операций использовались: пластика мышечным лоскутом у 15 пациентов (22%), пластика подкожно-апоневротическим лоскутом у 3 пациентов (4,5%), фасциально-жировым и жировым лоскутом у 3 пациентов (4,5%), в 34(51%) операциях при пластике ликворного свища использовался тахокомб. Средняя длительность госпитализации 17,7 дней (от 9 до 46). При изучении катамнеза: рецидивы ликвореи наблюдались у 8% оперированных больных. Для оценки качества жизни использовался индекс Карновского, среднее значение которого составило 87%.

Бадеева А.С.

УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППОВЫХ ПРИЗНАКОВ ОСТРЫХ ПРЕДМЕТОВ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПО СЛЕДАМ-ПОВРЕЖДЕНИЯМ НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Семенов В.В.
Кафедра судебной медицины

Цель: установление оптимального алгоритма использования методов для решения идентификационных задач при судебно-медицинских трасологических экспертизах.

Задачи:

1. Выявить и изучить современные методы исследования при данных видах экспертиз.
2. Определить групповые признаки, которые можно использовать для отождествления орудия травмы.
3. Определить частные признаки, использующиеся для индивидуальной идентификации острых орудий.

Одним из основных вопросов судебно-медицинской экспертизы повреждений, нанесенных острыми орудиями, является установление вида, а иногда и конкретного экземпляра причинившего их орудия.

Острые предметы, особенно колюще-режущие, колющие и рубящие, оставляют на поврежденных объектах объемные следы - раны с глубоким раневым каналом. При наличии таких следов появляется больше возможностей для установления групповой принадлежности орудия. Изучение объемных следов по всей глубине раневого канала (на мягких тканях, внутренних органах, костях) позволяет устанавливать размеры, форму поперечного сечения и концевой части клинка, а также другие общие признаки следообразующего предмета.

Для определения концевой части клинка колюще-режущего орудия, причинившего повреждение, предложено производить заливку раневого канала в печени, почке и других органах пластической или рентгеноконтрастной массой.

Если следователь представляет эксперту предполагаемое орудие травмы (нож, кинжал и т.п.), то необходимо произвести сравнительное исследование этого орудия, его экспериментальных следов и повреждений на теле.

При повреждениях костей и хрящей рубящими и колюще-режущими орудиями нередко на плоскостях разруба или разреза удается обнаружить следы скольжения, состоящие из множественных параллельных валиков и борозд. Так как эти следы являются отображением индивидуальных особенностей микрорельефа клинка орудия, то они могут быть использованы для идентификации.

В процессе идентификации получают экспериментальные следы - повреждения. Условия экспертного эксперимента должны быть максимально приближены к условиям образования исследуемого следа: удар должен наноситься под тем же углом, в том же направлении и в те же области тела (ткани) трупа. Нередко удар наносят по различным пластическим материалам. Полученные экспериментальные следы сравнивают со следами скольжения на костях (хрящах) обычно методом фотосовмещения или профилографирования.

Следы-наслоения и следы-отслоения увеличивают возможности медико-криминалистической идентификации острых орудий. Особенно большое значение при этом имеют следы-отслоения в виде различных наложений на клинке и рукоятке (крови, клеток поврежденных органов и тканей, нитей одежды и пр.). Для определения состава и других свойств выявленных наложений применяют различные методы исследования (серологический, цитологический, спектрографический и др.).

Баешко М.А.

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ДЕБЮТ АТОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель асс. Долидович Е.Ю.
2-ая кафедра детских болезней

Цель: определение корреляционной зависимости между пищевой аллергией у детей неонатального возраста и развивающимися в период грудного детства проявлениями атопической болезни.

Методика проведения исследования . Изучение 30 историй болезни стационарного больного и амбулаторных историй развития ребенка (форма №112) в катамнезе, получавших лечение в отделениях инфекционной патологии новорожденных № 1 и 2 3-й городской детской клинической больницы г.Минска с 2010 по 2012годы; статистическая обработка данных.

Полученные результаты. У 80% детей, страдающих атопическим дерматитом в раннем возрасте определяется связь данного заболевания с пищевой аллергией, дебютирующей в неонатальном периоде. Клинические симптомы пищевой аллергии возникали у 11% детей, находящихся на естественном вскармливании. Особенностями клинического течения пищевой аллергии у детей неонатального возраста являются развитие атопического дерматита разной степени тяжести в позднем неонатальном периоде в виде себорейного и нумулярного типа высыпаний, эозинофилии, а так же гастроинтестинального синдрома. В 5% случаев присоединялись инфекции кожи, вызванные кокковой флорой. У 3% детей отмечался наружный и острый средний отит.

В семейном анамнезе отмечается высокая степень наследственной отягощенности по аллергии, наличие неблагоприятных факторов антенатального периода, экстрагенитальная патология у матери.

У 30 детей первого года жизни с пищевой аллергией, находившихся под наблюдением, ведущим клиническим проявлением был атопический дерматит. Легкое течение атопического дерматита наблюдалось у 21% больных, среднетяжелое – в 28% и тяжелое – в 51% случаев.

При анализе клинических симптомов пищевой аллергии у наблюдаемых больных были обнаружены проявления гастроинтестинального синдрома в виде срыгивания, кишечной колики, метеоризма, изменений стула, а также наличие кожных проявлений атопии. Клинические симптомы гастроинтестинальной аллергии имели место у 75% детей первого года жизни и у 48% детей старше года.

Пищевая аллергия – стартовая сенсибилизация организма, на фоне которой формируется гиперчувствительность к другим видам аллергенов в старшем детском возрасте, приводящая к развитию хронической патологии. Своевременная диагностика, адекватное лечение, контроль за состоянием кожи и желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста позволяют избежать развития атопического марша в будущем.

Базыльчук А.В.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НА ТЕРРИТОРИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА Г.МИНСКА ЗА ПЕРИОД С 1999 ПО 2011 ГОДЫ

Научный руководитель ст. преп. Вальчук И.Н.
Кафедра эпидемиологии

Вирусный гепатит В (ВГВ) в настоящее время является одной из важнейших проблем здравоохранения. ВГВ поражает более 2 миллиардов населения во всем мире, число инфицированных носителей вируса составляет 400 млн. Три четверти жителей Земли живет в регионах с высокой заболеваемостью. Ежегодно отмечается около 4-5 млн. случаев острого гепатита В, а от последствий хронического гепатита В погибает 1 млн. человек (25% носителей HBV).

Цель исследования: выявить закономерности и особенности проявлений эпидемического процесса ВГВ в Советском районе г. Минска для коррекции профилактических и противоэпидемических мероприятий и поддержания эпидемического благополучия в районе.

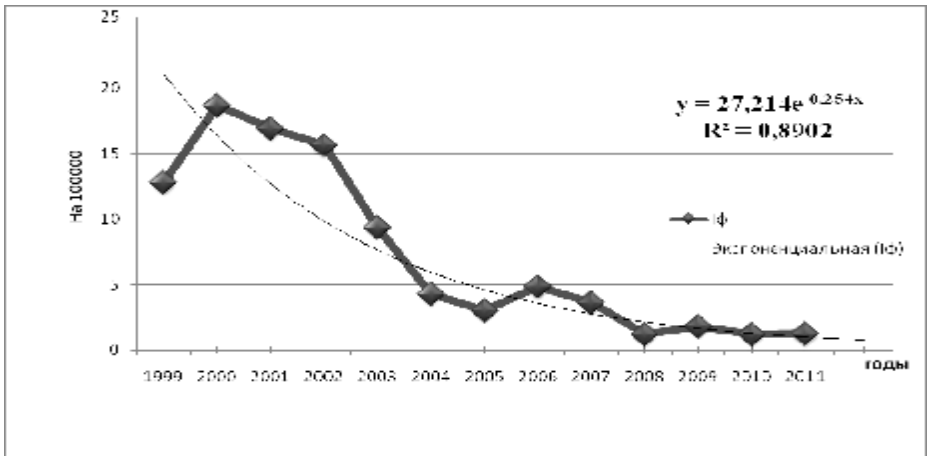


Рис. Многолетняя динамика и МЭТ заболеваемости ВГВ населения Советского района г. Минска за период 1999-2011 гг.

Заключение:

1. Многолетняя динамика заболеваемости ВГВ населения Советского района г. Минска анализировалась во временном интервале с 1999 по 2011 гг. Уровни заболеваемости колебались от 12,77 случаев на 100 тыс. населения в 1999 году до 1,24 случаев на 100 тыс. населения в 2011 году. Среднемноголетний показатель заболеваемости составил 7,27 случаев на 100 тыс. населения. Анализируемый динамический ряд описывается экспоненциальной МЭТ с коэффициентом детерминации 0,98 (рисунок).

2. Многолетняя периодичность заболеваемости ВГВ в течение 13 лет наблюдений характеризовалась одним полным эпидемический периодом (циклом) продолжительностью 5 лет и двумя полупериодами: эпидемического благополучия и неблагополучия. В соответствие с выявленными закономерностями хода эпидемического процесса в 2013 году прогнозируется дальнейшее снижение заболеваемости ВГВ и этот год явится годом эпидемического благополучия.

3. Основными экологическими нишами сохранения и циркуляции возбудителя, группами риска заражения и высокой инцидентности ВГВ в настоящее время являются возрастные группы взрослых лиц 20-29 и 30-39 лет.

Байбурина Л.Г., Щуро А.А.

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСКОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНОЙ РАДИКУЛОПАТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ И ОПРОСНИКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Олизарович М.В.
Кафедра неврологии и нейрохирургии

Материалы и методы исследования. Проведен личный опрос 41 пациента с дискогенной поясничной радикулопатией, лечившихся в нейрохирургическом отделении Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в 2010–2011 гг. *Объектом исследования явились:* болевой синдром у пациентов с дискогенной поясничной радикулопатией. Проведен личный опрос, изучены карты стационарного больного и протоколы томографических исследований пациентов, лечившихся в нейрохирургическом отделении УГОКБ в 2010–2011 гг.

Целью настоящего исследования был анализ болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника и нижних конечностях при дискогенной поясничной радикулопатии с использованием шкал и опросников.

Методикой исследования был личный опрос пациентов и оценка клинических данных. Основными методами исследования в диагностике болевого синдрома были:шкала ВАШ;шкала ВРШ визуально-ранговая;опросник Мак-Гилла;клиническая классификация болей НИИ неврологии и нейрохирургии (Антонов И.П.)2. Результаты исследования2.1 Эпидемиология болевого синдрома при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза

Среди пациентов с болевым синдромом при поясничном остеохондрозе преобладают мужчины 26 (63,4%) человек (чел.). По возрасту — трудоспособные лица в возрасте от 30 до 49 лет (28 чел. — 68,3%). Интеллектуальная и сидячая работа была у 4 (9,8%) чел., тяжелым физическим трудом в обследованной группе занимались 14 (34,1%) чел., легким и умеренным физическим трудом — 14 (34,1%), не работали — 9 (22,0%) чел.2.2. Оценка болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника2.2.1. Оценка с использованием шкалы ВАШ. В исследованной группе наиболее характерной была средневыраженная (3-6 баллов) поясничная боль (27 чел. — 65,9%). При анализе внутри уровней радикулопатии установлено, что данное превалирование соблюдается при поражении корешков L4, L5 и S1 — соответственно 73,3%, 66,7% и 61,5%.2.2.2. Оценка с использованием шкалы ВРШ. Пациенты наиболее часто указали на умеренный и легкий характер боли в поясничном отделе позвоночника (соответственно 61,0% и 22,0%). При анализе внутри уровней радикулопатии установлено, что данный уровень болевых ощущений типичен для всех пораженных корешков.2.2.3. Оценка с использованием опросника Мак-Гилла. Наиболее характерной была средневыраженная (3-6 баллов) поясничная боль (27 чел. — 65,9%). При анализе внутри уровней радикулопатии установлено, что данное превалирование соблюдается при поражении корешков L4, L5 и S1 — соответственно 73,3%, 66,7% и 61,5%.2.2.4. Оценка выраженности поясничной боли по клинической классификации. Превалировали лица с умеренным болевым синдромом в пояснич-

ном отделе позвоночника (25 чел.—61,0. Заключение: 1Болевой синдром при обострении неврологических проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника преимущественно выраженный (56,7% случ.), что коррелирует с симптомом натяжения Ласега (резко выраженный и выраженный у 70,0% пациентов).2Множественная сопутствующая патология поясничного отдела позвоночника, могущая влиять на выраженность болевого синдрома, встречается у большинства пациентов (93,3%). Многоуровневая протрузия межпозвонковых дисков установлена в 30,0% случ.3Данные КТ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяют комплексно выявить причину болевого синдрома с учетом многоуровневости заболевания. 4.Характерными клинико-томографическими корреляциями были: наиболее часто резко выраженный симптом Ласега встречался при выпадении МПД L_V–S_I (23,4%), выраженые боли характерны для дискогенной патологии на уровне L_{IV}–L_V и L_V–S_I (по 26,7%).

Байкова А.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ ИММУНИТЕТ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Адамович Т.Г.
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Цель: дать определение понятия «трансплантационный иммунитет», объяснить механизмы отторжения трансплантата, охарактеризовать его клинические типы, рассмотреть способы предупреждения реакции в различные стадии.

Методика проведения. Анализ медицинской литературы.

Полученные результаты. Трансплантационный иммунитет - это реактивность ИКК, направленная против чужеродных антигенов, находящихся на поверхностных мембранах клеток трансплантата, опухолевых клеток, а также против нормальных собственных клеток, адсорбировавших вирусные и бактериальные антигены.

При отторжении трансплантата играют а роль и гуморальные, и клеточные механизмы. Отторжения трансплантата имеет несколько форм: от быстротечной реакции, протекающей в течение нескольких минут после трансплантации, до медленных реакций, проявляющихся нарушением функций пересаженных тканей через несколько лет после трансплантации. Механизмы, вовлеченные в эти различные типы отторжения, также различны.Острейшее отторжение— молниеносная реакция, протекающая в пределах нескольких минут после трансплантации и характеризующееся тяжелым некротическим васкулитом с ишемическим повреждением пересаженного органа. Для предотвращения острейшего отторжения трансплантанта используют органы, максимально подходящие по антигенному фенотипу, применяются искусственные трансплантанты. Острое отторжение: острое отторжение наблюдается довольно часто и может протекать от нескольких дней до месяцев после трансплантации. Оно характеризуется массивной клеточной, некрозом клеток и нарушением функций органа. Для предупреждения и лечения острого отторжения применяют кортикостероиды (преднизолон, азатиоприн) и циклоспорины (циклоспорин А), или антилимфоцитарную сыворотку, дозированное облучение лимфоидных тканей с экранированием костного мозга, легких и других жизненно важных нелимфоидных органов. С 1998 г. начато использование новой схемы трехкомпонентной терапии — циклоспоринА,метилпреднизолон и селлсепт. В настоящее время циклоспорин А постепенно заменяется на Програф.Хроническое отторжение: хроническое отторжение наблюдается в наибольшем количестве пересаженных тканей и вызывает прогрессирующее ухудшение функции органа в течение месяцев или лет. При лечение хронического отторжения пытаются достичь баланса между повреждением трансплантата и выраженностью токсического влияния иммуносупрессивных лекарств, которые обычно используются для предотвращения отторжения

Необходимо выполнение контрольных биопсий. В первый месяц после трансплантации — еженедельно, во второй месяц — один раз в две недели, далее в течение первых двух лет — один раз в два-три месяца. С третьего года — один раз в полгода. Положительный эффект был достигнут в результате лечения антитимоцитарным глобулином и метотрексатом. Лечебный эффект обеспечили сочетания гормональнойпульстерапии с сеансами плазмафереза. Хроническое отторжение прогрессирует постепенно, несмотря на иммуносупрессивную терапию; никакого лечения с доказанной эффективностью не существует.

Бакулина Л.А.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Шепетько М.Н.
Кафедра онкологии

Цель: выявить наиболее значимую причину тромбообразования в легочной артерии у онкологических больных после хирургического лечения.

В основу работы положен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в МГКОД с 2008 по 2012 гг.

За данный период от ТЭЛА умерли 54 человека. Из них женщин - 43,6%, мужчин - 56,4%. Средний возраст пациентов составил 68,3±1,7. (максимально - 83года, минимально- 38лет). Предварительная оценка вероятности ТЭЛА производилась по 2-м шкалам: M.W. Roges, P.S. Wells и G. LeGal (Женева).

Результаты. Наиболее часто злокачественный опухолевый процесс развивался в легких - 36%, 19% - в толстой кишке, желудок был поражен у 15.4% умерших, а также матка - у 13,8% и мочевой пузырь – в 8% случаев, другие органы – 7,8%.

Все умершие у которых возникла ТЭЛА, по данным секции, имели опухолевый процесс в далеко зашедшей стадии, а именно Т4, Т3, М1. По результатам лечения: 9 (16,7%) больных умерли внезапно в стационаре, 45 (83,3%) больных были прооперированы. Для оценки продолжительности жизни с приемом непрямых антикоагулянтов (гепарин, фрагмин, фраксипарин) и без их назначения, нами была построена кривая Каплан-Мейера. Максимальная продолжительность жизни при приеме антикоагулянта составила – 46 дней, без назначения – 41 день. В послеоперационном периоде, исходя из врачебных наблюдений, у 85% пациентов наблюдается гипоксия. Среднее значение SPO2 83,3±1,7%.

Выводы:

1. Согласно шкал Женевской и Roges,Wells практически все больные имели умеренную вероятность возникновения ТЭЛА.
2. Гиперкоагуляция является фактором риска, провоцирующим развитие ТЭЛА, причем антикоагулянтная терапия не принесла увеличения продолжительности жизни.
3. Одними из главных факторов развития ТЭЛА является послеоперационная гипоксия и гиперкапния.

Бакунович Д.А., Борисевич Е.С.

ДЕТИ-ПАРТИЗАНЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель канд. ист. наук, доц. Шабельцев С.В.
Кафедра философии и политологии.

Цели работы: охарактеризовать детей, оказавшихся в партизанских отрядах в годы Великой Отечественной войны.

Исследовательские задачи:

— проанализировать причины, по которым дети становились партизанами и участвовали в народном сопротивлении;

— обозначить поступки и подвиги, которые они совершили, сражаясь с врагом;

— изучить судьбы детей-партизан в мирное время;

— отметить почести, оказанные этим героем: награды, места памяти.

Великая Отечественная война наиболее тяжелый период в нашей истории. Она затронула всех без исключения. На оккупированных территориях огромное количество людей пострадало от карательных операций, с многочисленными жертвами, многие были замучены в лагерях смерти. Особо тяжело пришлось детям в годы войны. В концлагерях содержалось около 2 миллионов детей, в блокадном Ленинграде осталось 3 миллиона человек из них 400 тысяч детей. В опустевшие, обезлюдевшие цехи предприятий пришли тысячи детей и подростков. В 12-15 лет они становились станочниками и сборщиками, выпускали автоматы и пулеметы, артиллерийские и реактивные снаряды. Война отняла детство у детей.

Несмотря на сложные обстоятельства люди, не теряли силу духа и боролись с захватчиками.

«Народные мстители», «лесные солдаты», «неуловимая армия»…Так называли партизан в годы Великой Отечественной войны. Это было уникальное движение. Они способствовали укреплению морального духа советских людей, оказавшихся на временно оккупированной фашистами территории, и в то же время служили деморализующим фактором для войск противника.

Наравне с взрослыми в борьбе участвовали и дети. Среди которых находилось немало отважных героев: Зина Портнова, Надя Богданова, Сережа Алешков, Аркадий Каманин, Витя Пашкевич и другие. Они уходили в партизаны вместе с родителями, а многие, лишившись родных, искали тепла и участия у солдат.

Дети сыграли большую роль в борьбе с фашистскими оккупантами. Под видом беспризорников, музыкантов пробирались в расположение врага, добывая информацию. Немцы и предположить не могли, что оборванцы – разведчики. Ребята выносили с вражеских складов оружие и боеприпасы и при удобном случае – передавали партизанам. Они сжигали вражеские склады, распространяли разбросанные с самолетов антифашистские листовки. Сбивали самолеты, пускали под откос поезда с войсками и военными грузами, разрушали железнодорожные пути, взрывали мосты, участвовали в диверсиях, помогали удерживать населенные пункты, железнодорожные узлы, мосты, переправы и другие важные объекты до подхода регулярных войск.

Не все из них дожили до Дня Победы, но кто выжил, нашел свое место и в мирной жизни. Многие были награждены почетными званиями. И память о них живет и в наше время: им посвящены книги, памятники, их фамилиями названы школы и улицы.

Вывод: В результате анализа сведений о подвигах детей-партизан становиться очевидным, что дети внесли ничуть не меньший вклад в деятельность партизанских отрядов, чем взрослые. Все они были “маленькими” героями “большой” войны и каждый из них совершил подвиг, который внес вклад в победу над немецкими захватчиками.

Балакирева О.С., Богомазов А.И.

ПРЕ- И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ КАК ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ ИШЕМИЗИРОВАННОГО МИОКАРДА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Миклевич А.В.
Кафедра фармакологии

Цель: изучить механизмыпре- и посткондиционирования миокарда и возможность их применения в клинической практике.

Ишемическая болезнь сердца занимает первое место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы и является одной из главных причин смертности в настоящее время. Концепция защиты миокарда при его ишемии и реперфузии уже частично реализуется благодаря использованию современных фармакологических средств (ингибиторы АПФ, β-блокаторы, статины и др.) , длительный прием которых не только снижает частоту развития острого инфаркта миокарда, но и способствует уменьшению его размеров. Однако при лечении инфаркта миокарда остается актуальной проблема поиска новыхспособов защиты жизнеспособного миокарда в зоне ишемиии ликвидации отрицательных последствий реперфузии.

Методика. Анализ зарубежной и отечественной научной литературы, посвященной данной проблеме.

Выводы. Пре- и посткондиционирование являются своеобразными механизмами адаптации и защиты миокарда от повреждения в условиях развивающейся ишемии, которые реализуются за счет комплекса сложных биохимических реакций. При этом прекондиционирование осуществляетсяпосредством создания кратковременной ишемии перед наступлением инфаркта миокарда и тем самым снижает его тяжесть, в то время как посткондиционирование проводится после наступления инфаркта миокарда и снижает негативные эффекты реперфузии.

В реальной практике прекондиционирование невозможно использовать у большинства пациентов для предотвращения развития инфаркта, поскольку такие больные поступают в клинику уже после того, как развивается критическая для миокарда ишемия. В таких случаях целесообразным является применение посткондиционирования в качестве средства, защищающего миокард от реперфузионных повреждений.

Был проведен анализ результатов семи клинических исследований(всего 244 пациента)применения посткондиционирования при остром инфаркте миокарда. В сравнении с контрольной группой у пациентов, которым проводили посткондиционирование, было зафиксировано достоверное улучшение коронарного кровотока, уменьшение размеровнекроза, снижение уровня КФК и малондиальдегида в крови, снижение сегмента ST на ЭКГ, увеличение сердечного выброса. Все это подтверждает эффективность защитного влияния посткондиционирования при инфаркте миокарда.

Таким образом, посткондиционирование является перспективным методом для применения в кардиологической практике как дополнение к существующим фармакологическим способам оптимизации положительного эффекта реперфузии и реваскуляризации. Однако на сегодняшний день этот метод кардиопротекции изучен недостаточно и требует проведения дополнительных клинических исследований.

Балакирева О.С., Секерина А.Ю.

РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В ЭПИЛЕПТОГЕНЕЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисов А.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Цель: изучить рольиндоламиновой системы в эпилептогенезе, оценить на основании анализа литературных данных эффективность мелатонина в качестве противоэпилептического средства.

Актуальность данной проблемы заключается в том, что эпилепсия — одно из самых распространённых хронических неврологических заболеваний человека, которое встречается в 10 раз чаще, чем рассеянный склероз и в 100 раз чаще, чем двигательные заболевания. Несмотря на множество противоэпилептических препаратов в настоящее время, 30% пациентов продолжают припадки. Эта группа больных требует более агрессивного лечения, так как монотерапия препаратами выбора не в состоянии контролировать приступы, а политерапия часто приводит к ряду нежелательных последствий. В последнее время мелатонин все чаще рассматривается в качестве противоэпилептического средства. Влияние применения мелатонина в лечении эпилепсии на сегодняшний день изучено недостаточно, однако многие исследования подтверждают его эффективность в качестве противоэпилептического средства.

Методика. Анализ научной литературы и публикаций в изданиях соответствующего содержания.

Выводы. Существуют многочисленные нейрофизиологические, фармакологические, клинические доказательства участия моноаминов в эпилептогенезе. Выдвинуты положения, доказывающие, что серотонин-, дофамин- и норадренэргические системы устанавливают определенный уровень возбудимости лимбических структур и характер их нейродинамических взаимоотношений. Генетически детерминированные особенности метаболизма биогенных моноаминов могут быть предпосылкой повышенной судорожной готовности головного мозга.

Был проведен анализ литературных данных о клиническом исследовании 256 больных эпилепсией (52,3 % — мужчины, 47,7 % — женщины), средний возраст которых 34,64±0,86 года. Эти больные имели историю эпилептических приступов не менее одного года (в среднем 8,69±0,59 года). У всех обследованных больных выявлено достоверное снижение утренней секреции мелатонина в среднем на 25,6 % от показателей в контрольной группе ($p < 0,001$), что также свидетельствует об участии индоламиновой системы в эпилептогенезе.

Также была изучена литература с результатами нескольких клинических испытаний применения мелатонина в лечении эпилепсии. У пациентов,в том числе имеющих резистентность к базовым противоэпилептическим средствам, было зафиксировано снижение судорожной активности, что дает основание предполагать, что мелатонин может быть эффективен в качестве дополнительного средства при лечении эпилепсии, однако для окончательных выводов необходимы дополнительные исследования в этой области.

Балашова Д.Г.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чиж К.А.
2-ая кафедра внутренних болезней

Цель работы: изучить частоту хронической болезни почек (ХБП) у пациентов многопрофильного стационара и выявить её возможную связь с конкретными нозологическими формами.

Актуальность проблемы. Под термином «ХБП» понимают наличие любых маркеров почечного повреждения, характеризующегося структурными и (или) функциональными нарушениями и сохраняющегося в течение более трех месяцев вне зависимости от нозологического диагноза. В нашей стране понятие ХБП лишь входит в широкую клиническую практику, и масштабных исследований по выявлению частоты ХБП не проводилось. В доступных литературных источниках имеются единичные публикации об аспектах проблемы ХБП на территории РБ.

Методика исследования. На базе УЗ 9 ГКБ г. Минска нами был проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинической больнице для выявления пациентов с ХБП, уточнения частоты и характера почечной патологии. Методом сплошной выборки были проанализированы эпикризы 2685 пациентов. При изучении документации уделялось внимание следующим моментам: наличию стойких изменений в анализах мочи и биохимическом анализе крови (показатели азотемии), отражению патологии почек в клиническом диагнозе, определению скорости клубочковой фильтрации, выявлению поражения почек по данным инструментальных методов исследования, изучению развития поражения почек как следствия заболеваний других органов и систем.

Результаты. Согласно проведенному исследованию, частота почечной патологии среди стационарных пациентов выше ожидаемого показателя в популяции. Признаки поражения почек выявлены у групп пациентов со следующей патологией: артериальная гипертензия, установленный нефроангиосклероз различного генеза, диабетическая нефропатия, урологические заболевания, хронический гломерулонефрит, инфекции мочевыводящих путей, хронический пиелонефрит, амилоидоз, подагрическая почка, пациенты после трансплантации печени, изменения в анализах мочи в виде стойкой протеинурии и гематурии при отсутствии информации о патологии почек, пациенты со стойкой азотемией неустановленного генеза. Таким образом, поражение почек выявлено у более 20% стационарных пациентов.

Выводы. Проявления ХБП отмечены у каждого пятого госпитализированного пациента. У каждого четвертого пациента с ХБП выявлены стойкие нарушения функционального состояния почек, причина которых остается неизвестной. Это требует проведения дополнительного обследования для верификации точного нефрологического диагноза и назначения адекватной терапии с целью профилактики развития осложнений.

Балыш Е.М.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЛИЦ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Научный руководитель д-р. мед. наук., проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

Цель работы: выявить клинико-лабораторные особенности течения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST у лиц с высоким кардиоваскулярным риском.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 115 пациентов в возрасте от 35 до 78 лет с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, получивших эффективную тромболитическую терапию. Среди них 50,4% (n=58) получили тромболизис стрептокиназой, 13,9% (n=16) – альтеплазой и 35,7% (n=41) – тенектеплазой.

Эффективность тромболитической терапии оценивалась с использованием неинвазивных (электрокардиографических, клинических и лабораторных) и инвазивных (градация кровотока TIMI по данным коронароангиографии) критериев.

В группу с высоким кардиоваскулярным риском были отнесены пациенты, течение заболевания у которых осложнилось развитием рецидивирующих коронарных событий (n=40). Группу сравнения составили лица с неосложненным течением заболевания (n=75).

В исследовании использовались клинические, антропометрические, лабораторные и статистические методы.

Результаты и их обсуждение. При изучении распространенности основных кардиоваскулярных факторов риска в исследуемых группах среди пациентов с высоким кардиоваскулярным риском в отличие от группы сравнения выявлены достоверно больший удельный вес курильщиков (67,5% (n=27) и 29,3% (n=22) соответственно, χ^2=15,5, p<0,001) и более высокие среднегрупповые значения индекса массы тела (28,08(25,73;29,55) кг/м^2 и 25,69(23,96;27,68) кг/м^2 соответственно, p<0,01).

Для пациентов с развившимися рецидивирующими коронарными событиями были характерны более высокие значения частоты сердечных сокращений (88(82;96) мин.$^{-1}$ и 74,5(64;84) мин.$^{-1}$ соответственно, p<0,001) и более низкие показатели систолического (130(120;140) мм рт. ст. и 150(140;160) мм рт. ст. соответственно, p<0,001) и диастолического артериального давления (80(70,5;90) мм рт. ст. и 87,5(80;97) мм рт. ст. соответственно, p<0,05) при первичном медицинском контакте, чем для лиц с неосложненным течением заболевания.

При анализе результатов лабораторного исследования выявлено, что для пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST с высоким кардиоваскулярным риском в отличие от группы сравнения характерно течение заболевания на фоне более высоких значений уровня лейкоцитов крови при поступлении ((13,15 (10,3;14,95)×10^9/л и 10,25(8,4;11,5)×10^9/л соответственно, p<0,001), более высоких значений биохимических показателей некроза миокарда (уровень тропонина I - 11,43(2,6;29,6) нг/мл и 3,8(1,08;6,2) нг/мл соответственно, p<0,05), более высоких значений плазменной концентрации Д-димеров (1,32(0,82;2,5) мкг/мл и 0,52(0,2;0,87) мкг/мл соответственно, p<0,01), сывороточной концентрации высокочувствительного С-реактивного белка (36,7±6,74 мг/л и 11,3±1,95 мг/л соответственно, p<0,001) и уровня гликемии при поступлении в стационар (9,75(7,2;11,55) ммоль/л и 7,35(6,4;9,0) ммоль/л соответственно, p<0,001).

Бальцук (Ярига) О.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мощик К.В.
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Цель исследования: анализ заболеваемости рядового и сержантского состава срочной службы Вооруженных Сил РБ за период с 1996 года по сводным данным учетно-отчетной медицинской документации – форма 3/мед (медицинский отчет за год с объяснительной запиской).

Методы исследования. Статистические. В процессе обработки информационного материала была использована методика определения военно-эпидемиологической значимости отдельных заболеваний или групп болезней.

Результаты. Абсолютное большинство всех регистрировавшихся у военнослужащих срочной службы (далее – военнослужащие) заболеваний было сосредоточено в классе X (МКБ-10) «Болезни органов дыхания». Их удельный вес в общем числе случаев заболеваний варьировал в пределах 58,2-63,3%.

Показатели заболеваемости военнослужащих болезнями органов дыхания за период с 1996 г. составляли 191,8-401,9‰ и имели стабильную тенденцию к росту. Данные анализа многолетней динамики заболеваемости военнослужащих острыми респираторными инфекциями свидетельствуют, что в течение последних лет она носила волнообразный характер. Годовая динамика заболеваемости ОРИ характеризовалась выраженными сезонными подъемами в осенне-зимне-весенние месяцы: подъем заболеваемости начинался в первой декаде декабря и заканчивался в первой декаде мая. Наиболее высокая заболеваемость наблюдалась в феврале и марте. На протяжении всего периода исследования наблюдалось выраженное действие на заболеваемость органов дыхания круглогодичных факторов.

Среди отдельных нозологических форм в общей структуре заболеваемости болезнями органов дыхания ведущую позицию на протяжении периода 1996-2011 гг. занимали ОРВИ – 73-79%.

Заболеваемость военнослужащих гриппом на протяжении периода наблюдения носила волнообразный характер и имела тенденцию к снижению. Самая высокая заболеваемость была зарегистрирована в 2007 г. При условии сохранения установленной периодичности на 2012 г. можно было прогнозировать очередное снижение заболеваемости данной инфекцией. Аналогичным образом выглядела динамика заболеваемости острым бронхитом, показатели которой снизились с 24,6 до 23,3‰.

На протяжении нескольких последних лет среди военнослужащих ВС РБ наблюдался постепенный рост заболеваемости пневмониями: с 10,6‰ в 1996 г. до 13,28‰ в 2011 г.

Прогнозируемый на 2012 год показатель заболеваемости болезнями органов дыхания (если в течении эпидемического процесса не произойдет существенных изменений) находится в диапазоне 291,1-296,4‰.

Снижение заболеваемости военнослужащих болезнями органов дыхания может быть в значительной мере обеспечено выполнением в полном объеме комплекса соответствующих санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Бандура В.В.

BORROWINGS FROM ENGLISH IN RUSSIAN MEDICAL TERMINOLOGY

Научный руководитель ст.преп. Менжинская-Войтова А.В.
Кафедра иностранных языков

Borrowing is a copying (usually incomplete and inaccurate) of words or phrases from one language to another. All the borrowings can be identified as those borrowed from English, German, Latin, French, etc. Borrowings increase the lexical richness of the language.They are also a source of new roots of the words, word-forming elements and the whole terms. The process of borrowing is the basis of linguistic activity. The results of the processes of adopting foreign words usually are:

- Appearance of alien, borrowed elements (words and parts of words) in the language.
- Production of mixed languages;

There are 2 unusual types of borrowing: tracing (coping of the structure of the foreign word) and syntactic tracing (coping of the ways of sentence building).

The Russian language countsmore than 10 percents of foreign words. In medical terminology the number of words adopted from foreign languages is quite considerable (about 60%). Some of these words were borrowed from the English language.

The main aims of this work are:

1. To reveal the presence of the English words in the Russian medical terminology;
2. To make the thematic classification of the revealed words;
3. To analyze their specific phonetic, spelling and morphological characteristics in the Russian language;
4. To analyze the semantic characteristics of the borrowed words in Russian terminology;
5. To analyze word-forming abilities of the lexis of English origin in the Russian language.

The main sources of research are bilingual and multilingual medical dictionaries, dictionaries of foreign words, scientific medical literature: monographs, articles, periodic medical journals, medical records, etc.

As a result of research a number of words adopted from the English language were revealed. They can be divided into different thematic groups: e.g. medicines (касторка, пенициллин), medical equipment (лазер), dietology (вегетарианство)hemotransfusion (донор), etc.

Orthographic changes of the English lexis are that the English letters (Roman alphabet) in our language are expressed by means of the Russian writing (Cyrillic). And phonetic conversion is linked with the changes of unfamiliar English sounds to similar Russian ones. Also, the characteristics of their grammar and semantics are changed according to the Russian language rules and norms.

Банкрашкова К.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОМАТЕРИАЛОВ В СРЕДСТВАХ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Научный руководитель канд. хим. наук Фандо Г.П.
Кафедра биоорганической химии

Наноматериалы — материалы, созданные с использованием наночастиц и/или посредством нанотехнологий. Цель исследования – на основе современных данных изучить возможности применения и эффективность современных наноматериалов и наноструктур как средств точной доставки лекарственных средств в очаг заболевания.

К наноматериалам относят объекты, один из характерных размеров которых лежит в интервале от 1 до 100 нм. В настоящее время для доставки лекарственных средств используются такие структуры как фосфолипидные нанокапсулы (нанолипосомы) и полимерные частицы (дендримеры, фуллерены). В липосомах (наносомах) возможно капсулирование водных растворов лекарственных веществ, а полимерные нанокапсулы (дендримеры и фуллерены) обычно используются для жирорастворимых соединений. Технология включения лекарственных веществ в нанокапсулы позволяет использовать многие лекарственные соединения, доставка которых в органы и ткани была бы сильно затруднена из-за их нестабильности или нерастворимости в воде.

Использование наночастиц позволяет на несколько порядков улучшить точность доставки лекарств. Направленная доставка позволяет доставлять необходимые вещества только поврежденным тканям в строго определенном количестве, что помогает уменьшить побочные эффекты. Направленная доставка осуществляется посредством двух механизмов: пассивного направленного транспорта (облегченное прохождение естественных барьеров организма) и специфической доставки препарата к патологической ткани. Присутствие антител на поверхности вектора позволяет ему сконцентрироваться в заданной области (опухоли, очаге воспаления, около зоны ишемии и т. д.) и доставить туда лекарственное вещество. При использовании в составе контейнеров металлических частиц можно вызвать высвобождение лекарственного препарата при ограниченном их нагревании, это достигается наложением переменного магнитного поля или облучением светом лазера в ближнем инфракрасном диапазоне ($\lambda \approx 820$ нм), который слабо поглощается биологическими тканями, но хорошо поглощается металлическими наночастицами; при этом скорость выведения препарата из капсулы значительно возрастает, что позволяет увеличить эффективность лечения.

Выводы. Использование нанокапсул позволяет улучшить точность доставки лекарственных средств, сократить необходимое для лечения количество препарата, уменьшить частоту проявления побочных эффектов, облегчить проникновение препаратов в клетки за счёт увеличения способности пересечения мембранных барьеров. При этом фосфолипидные нанокапсулы имеют более высокое сродство к мембранам клеток, чем полимерные частицы, они менее токсичны, биоразлагаемы, не вызывают аллергических реакций, в то время как полимерные частицы, такие как фуллерены и дендримеры, имеют более высокую точность доставки лекарств за счет возможности размещения большего количества сигнальных элементов на поверхности капсулы.

Барабаш И.Н., Прялкин С.В.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА КОРОНКИ И КОРНЯ ЗУБА 2.1 С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ И ТЕХНОЛОГИЙ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Белик Л.П.,
канд. мед. наук, доц. Лобко В.А.
Кафедра стоматологии детского возраста, кафедра ортопедической стоматологии БелМАПО

Цель исследования: на клиническом примере показать алгоритм действий при травматическом переломе коронки и корня зуба 2.1 (МКБ-10 (1997)) у 11-ти летнего пациентас применением современных материалов и технологий.

Методика. Нами проведено комплексное лечениеперелома коронки и корня 2.1 зуба. На дентальной рентгенограмме 2.1 зуба верхушка корня полностью сформирована, периодонтальная щель прослеживается на всем протяжении, периапикальных изменений нет, полость зуба вскрыта.Под инфильтрационной анестезией Ubistesin-forte (1:100000)в первое посещение проведена экстирпация пульпы, механическая и медикаментозная обработка корневого канала, временная пломбировка пастой с гидроокисью кальция(Metapex). Во второе посеще-

ние (через 7 дней) была произведена постоянная пломбировка корневого канала 2.1 зуба методом латеральной конденсации до физиологического сужения (Акросил).Учитывая клиническую картину в полости рта и высокие требования родителей пациента к эстетике и долговечности реставрации было решено восстановить дефект твердых тканей 2.1 культевой штифтовой вкладкой из диоксида циркония и искусственной коронкой издисиликата лития(адгезивная фиксация реставрации полимерным цементом двойного отверждения).

Полученные результаты. На данном клиническом примере была показана последовательность действий врача-стоматолога при эндодонтическом лечении перелома коронки и корня 2.1 зуба у 11-ти летнего пациента и методика восстановления дефекта твёрдых тканей 2.1 ортопедическим методом лечения с применением современных материалов и технологий в случае повышенных требованиях у родителей пациента к эстетике и долговечности реставрации.При осмотре через 2 недели**:** пациент жалоб не предъявляет, перкуссия 2.1 отрицательная, десна в области 2.1 физиологической окраски, преждевременных контактов не выявлено.

Барбулат А.В., Крапивина Е.Б.

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ржеутская Р.Е.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из основных причин инвалидности и смертности лиц трудоспособного возраста. В Республике Беларусь более 4000 пациентов ежегодно оперируется по поводу тяжёлой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ), летальность при которой составляет 20-70% (Шанько Ю.Г., 2009). Артериальная гипотензия - один из факторов вторичного повреждения головного мозга. Коррекция гемодинамических нарушений является важной составляющей комплексной интенсивной терапии ТЧМТ.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей изменений параметров центральной гемодинамики и коррекции выявленных гемодинамических нарушений у пациентов с ЧМТ средней и тяжёлой степени.

Материал и методы. На базе отделения анестезиологии и реанимации №1 5ГКБ г. Минска проведено проспективное исследование параметров центральной гемодинамики (ЦГД) у 14 пострадавших с изолированной ЧМТ (мужчин 10 (71,4%), женщин 4 (28,6%) в возрасте от 34 до 78 лет, средний возраст составил 56±13,6 лет, ЧМТ средней степени была выявлена у 4 (28,6%), ТЧМТ – у 10 (71,4%) пациентов). Тяжесть травмы и общее состояние больных оценивались в соответствии с «Классификацией черепно-мозговой травмы» (Коновалов А.Н., 1982). Степень утраты сознания по шкале ком Глазго составляла 4-12 (7,0±2,6) баллов у пациентов с ТЧМТ и 10-13 (12,3±1,5) баллов со средней ЧМТ. Оперативное лечение потребовалось 1 пациенту из 4 со средней ЧМТ и 8 из 10 с ТЧМТ. Инфузионная терапия проводилась в объеме 21,8±7,7 мл/кг/сут при средней и 41,7±16,8 мл/кг/сут при ТЧМТ в первые сутки. Вазопрессорная поддержка левонором проводилась у 3, мезатоном у 2, сочетанием левонора и дофамина у 1 пациента с ТЧМТ для поддержания $АД_{ср}$ 90-100 мм рт.ст. У 3 пациентов с ТЧМТ наблюдался летальный исход, у остальных - благоприятный. Изучение показателей ЦГД проводилось с помощью системы "Импекард" (Интекард, РБ), реализующей компьютерную технологию неинвазивной грудной тетраполярной реографии. Определялись следующие параметры ЦГД: ударный объем (УО, по W. Kubicek), частота сердечных сокращений (ЧСС), общее периферическое сопротивление (ОПС), сердечный индекс (СИ), минутный объем (МО), давление наполнения левого желудочка (ДНЛЖ), среднее артериальное давление ($АД_{ср}$). Исследование проводили в течение первых 7 суток пребывания в ОИТР.

При анализе данных использовались методы описательной статистики. Данные представлены как среднее ± стандартное отклонение.

Результаты. По результатам исследования параметров ЦГД на фоне проводимой терапии в 1-е сутки выявлены следующие варианты гемодинамических реакций: гипердинамический тип кровообращения со сниженным ОПС – у 1(25%) пациента со средней ЧМТ и у 5 (50%) пациентов с ТЧМТ; гипердинамический тип кровообращения с нормальным ОПС – у 1 (10%) пациента с ТЧМТ; нормодинамический тип кровообращения со сниженным ОПС – у 1(10%) пациента с ТЧМТ; нормодинамический тип кровообращения с нормальным ОПС – у 2 пациентов со средней ЧМТ и у 2 (20%) с ТЧМТ; гиподинамический тип кровообращения с повышенным ОПС – у 1(10%) пациента со средней ЧМТ и у 1(10%) с ТЧМТ. В соответствии с выявленными нарушениями проводилась коррекция проводимой вазопрессорной терапии под контролем параметров ЦГД.

Выводы. У пациентов со среднетяжелой и тяжелой ЧМТ в остром периоде травмы выявлены различные варианты гемодинамических реакций. Неинвазивная методика грудной тетраполярной реографии может быть использована для диагностики состояния центральной гемодинамики у пациентов с ЧМТ и коррекции выявленных нарушений.

Баро М.

LES PARASITOSES: LA CLINIQUE, LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT

Научный руководитель канд. псих. наук, доц. Корнева З.Ф.
Кафедра иностранных языков

Le but Etudier l’évolution de différentes maladies parasitaires et la spécifités de leur traitement.

Les tâches : 1) Prendre connaissance des exemples d’évolution asymptomatiques des maladies parasitaires. 2) Etudier les méthodes contemporaines de diagnostique des parasitoses. 3) Analyser les symptomes des parasitoses. 4) Etudier les différents schémas de traitement des maladies parasitaires. Appréciation de leur éfficacité.

Les parasitoses intestinales restent très fréquentes dans les pays où le niveau d'hygiène est précaire. Les médecins praticiens sont confrontés à ces pathologies, le plus souvent chez des immigrés ou des voyageurs ayant séjourné en zones tropicales. Comme certaines parasitoses peuvent persister pendant des années, il arrive qu'on les diagnostique très tardivement après la contamination. Certaines parasitoses restent cosmopolites et peuvent être acquises sous nos latitudes. Le changement des habitudes alimentaires, en particulier l'augmentation de la consommation de poisson cru (exemple, le carpaccio) a vu la réapparition de certaines parasitoses comme la bothriocéphalose. Dans la grande majorité des cas, les parasitoses intestinales restent asymptomatiques. Elles peuvent toutefois causer une pathologie sévère chez les patients immunodéprimés, qu'il s'agisse d'une infection au VIH avancée ou lors de la prise de médicaments immunosuppresseurs, en particulier les corticoïdes. Les situations cliniques justifiant une recherche de parasites intestinaux sont souvent un syndrome diarrhéique, des troubles digestifs vagues ou une éosinophilie.

Le diagnostic repose avant tout sur l'examen coprologique. Il est toujours utile de préciser au laboratoire le ou les parasites recherchés, l'état immunitaire du patient, ses symptômes, la présence d'une éosinophilie et les pays visités.

Depuis le début des années 70, la pharmacopée antiparasitaire s'est progressivement enrichie. On distingue les nitroimidazolés : métronidazole (Flagyl), ornidazole (Tiberal), tinidazole (Fasigyn) efficaces contre les protozoaires, et les benzimidazolés : mébendazole (Vermox) et albendazole (Zentel) contre les helminthes. L'ivermectine (Mectizan, Stromectol) permet le traitement de nombreux nématodes intestinaux ou sanguins (filaires) et le praziquantel (Biltricide) est très efficace pour de nombreux cestodes et trématodes.

Барсумян А.К., Костюкович Е.В.

ЛЕЧЕНИЕ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИЕЙ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Научный руководитель Плащинская Л.И., канд. мед. наук Севрукевич В.И.
Кафедра кардиохирургии с курсом трансплантологии БелМАПО

Цель исследования – ознакомить слушателя с новой методикой лечения рефрактерной (резистентной) артериальной гипертензии (РАГ) на базе РНПЦ «Кардиология» при помощи чрескожной эндоваскулярной радиочастотной аблации симпатических нервов почечных артерий (РАСНПА), оценить успешность данной методики, динамику достигнутого результата.

Проблема лечения РАГ весьма актуальна для всех специалистов, занимающихся лечением сердечно-сосудистых заболевании. Резистентной АГ, по определению большинства международных рекомендации, называют клиническое состояние,при котором не достигается целевой уровень артериального давления (АД) с использованием 3-х и более антигипертензивных препаратов в максимальных терапевтических дозах, включая диуретик. Истинная распространенность резистентной АГ неизвестна.

Первые испытания на животных показали, что катетерная аблация приводила к уменьшению эфферентных симпатических влиянии, исходящих из ЦНС, уменьшению выброса ренина и, как следствие, к значительному снижению АД.

В РНПЦ «Кардиология» использовали обычный радиочастотный аблатирующий электрод и навигационную систему (LocaLisa) для РАСРПА. Так же использовался аблационный катетер 5 F для снижения риска возможных повреждений почечных артерий.

Почечный нерв сопровождает почечную артерию на всем протяжении и расположен в ее адвентиции.Устройство для РАСРПА вводится в просвет почечной артерии через стандартный бедренный доступ с применением эндоваскулярной катетерной технологии. Радиочастотная аблация СНПА применялась на обе почечные артерии (мощностью 8-10 Вт, температурой 55 °С, 4-6 точек на каждой артерии, по 2 минуты на точку).

Процедура была проведена 14 пациентам. Исходные цифры оффисного АД на фоне медикаментозного лечения составили 178/106 ± 23/14 мм.рт.ст. (число антигипертензивных препаратов=5,1± 1,2). РАСНПА была применена на обе артерии всем пациентам без процедурных осложнений.Снижение значений оффисного АД составило от исходного 178/106 ± 23/14 мм.рт.ст.до 149/96 ± 18/6 на 2-3 день. Оффисное АД после аблации снижалось в среднем на -29/-10 ((p < 0.01)

Наши результаты свидетельствуют о том, что РАСНПА с использованием стандартного радиочастотного управляемого аблатирующего катетера 5F является безопасной и эффективной процедурой для пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией. Дополнительное использование навигационной системы во время процедуры РА СНПА позволяет улучшить контроль/ориентацию и существенно снизить рентген нагрузку.

Барьяш К.В., Шипат В.А.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРИМЕНЕНИЯ КЕРАМИЧЕСКИХ И МЕТАЛЛИЧЕСКИХ АБАТМЕНТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Крушинина Т.В.
Кафедра ортопедической стоматологии

Как узнать, какое лечение будет работать лучше, чем другое или что оно не принесет больше вреда, чем пользы? Полноценный ответ на этот на вопрос способна дать только доказательная медицина. Систематические обзоры и мета-анализы являются аналитико-синтетическим исследованием, обобщающим результаты качественных клинических исследований на основе строгих критериев поиска и отбора, и усредняющим результаты, полученные в разных исследованиях. Систематические обзоры высококачественных рандомизированных контролируемых исследований имеют решающее значение для доказательной медицины. В систематическом обзоре рассматривается четко сформулированный вопрос, ответом на который является вывод, существуют или нет убедительные доказательства о пользе конкретного метода лечения. Керамические абатменты сравнительно недавно вошли в повседневную практику врача-стоматолога ортопеда и по этой причине возникает закономерный клинический вопрос: «Сопоставима ли клиническая эффективность керамических и металлических абатментов?»

Цель исследования: оценить успешность клинического применения керамических абатментов в сравнении с металлическими абатментами в течение 5 лет с момента установки конструкции.

Материалы и методы. В соответствии с международными требованиями Кохрановского сотрудничества к написанию систематических обзоров был произведет электронный поиск в крупнейшей библиографической базе статей по медицинским наукам Medline, который был дополнен ручным поиском для выявления рандомизированных контролируемых клинических испытаний, а также проспективных и ретроспективных исследований, представляющих информацию о керамических и металлических абатментах со средним временем наблюдения не менее 3 лет. Все пациенты в исследованиях должны были быть клинически обследованы на последующих посещениях. Частота неудач была проанализирована с использованием стандартных и случайных эффектов регрессионной модели Пуассона для получения общей оценки 5-ти летней успешности протезирования.

Результаты исследования. Было отобрано 29 клинических и 22 лабораторных исследования из 7136 статей, соответствовавших нашему поисковому запросу. Были получены данные по отобранным исследованиям. Предполагаемая 5-летняя успешность (или выживаемость конструкции) для керамических абатментов составила 99,1% (95% доверительный интервал (ДИ): 93,8-99,9%) и 97,4%(95% ДИ: 96-98,3%) для металлических абатментов. Частота встречаемости технических осложнений в течение 5-ти лет после установки конструкции составила 6,9% (95% ДИ: 3,5-13,4%) для керамических абатментов и 15,9% (95% ДИ: 11,6-21,65%) для металлических абатментов. Наиболее частым техническим осложнением, возникающим в течение 5-тилетнего использования конструкции, является ослабление винта абатмента, суммарная частота которого составила 5,1% (95%ДИ: 3,3-7,7%). Цельнокерамические коронки, зафиксированные на цельнокерамические абатменты имеют сопоставимые темпы разрушения с металлокерамическими коронками, зафиксированными на металлических абатментах. Общий уровень биологических осложнений после 5-тилетней эксплуатации конструкции составляет 5,2% (95% ДИ: 0,4-52%) для керамичесих абатментов и 7,7% (95% ДИ: 4,7-12,5%) для металлических абатментов. Эстетические осложнения чаще встречались в случае использования металлических абатментов, однако мета-анализ по данной группе осложнений был невозможен из-за нестандартизированности методов испытаний, включенных в исследование.

Батовская Е.С.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Научный руководитель д-р мед. наук., проф. Бирич Т.А.
Кафедра глазных болезней

Рефрактерная глаукома (РГ) включает в себя первичную открытоугольную глаукому (ПОУГ) , требующую проведения дальнейшего хирургического лечения, различные виды вторичных глауком (посттравматическую, постувеальную, псевдоэксфолиативную, афакическую, неоваскулярную, факогенную, врожденную). К рефрактерной глаукоме относят также все случаи глауком, при которых несмотря на проведение хирургического вмешательства и фармакотерапии не удается добиться компенсации внутриглазного давления и стабилизации зрительных функций. В связи с этим проблема лечения пациентов с рефрактерной глаукомой остается одной из наиважнейших в современной офтальмологии.

При наличии у больного многократно оперированной первичной и вторичной (афакичной, увеальной) глаукомы, неоваскулярной глаукомы, увеальной глаукомы с неоваскуляризацией, группы иридо-корнеальных синдромов предполагается низкая вероятность достижения стойкого гипотензивного эффекта. У данной категории пациентов вследствие неконтролируемых выраженных процессов рубцевания и неуклонного прогрессирования глаукомы в настоящее время активно применяются оперативные вмешательства, направленные на улучшение оттока внутриглазной жидкости. Операции по уменьшению продукции ВГЖ (трассклеральная и эндоскопическая циклофотокоакуляция), согласно литературным данным, практически не уступают по эффективности и имеют меньшее количество осложнений, чем операции с установкой дренажных систем Achmed. При проведении данных вмешательств были отмечены следующие осложнения: циклохореоидальная отслойка (Achmed 17%, ECP 3%), мелкая передняя камера (Achmed 17%, ECP 0%), гефема (Achmed 15%, ECP 17%) . Фистулизирующие операции с имплантаций полипропиленового дренажа Achmed, по данным литературы, эффективны в отдаленные сроки в 83% случаях. По современным литературным данным, значимый положительный эффект транссклеральной циклофотокоагуляции в отдаленом периоде составляет 87%, однако в 31% случаев возникла необходимость повторного вмешательства. После выполнения данного вмешательства были отмечены следующие осложнения: гипотония, фтизис глазного яблока, эпителопатия и гефема. После эндоскопической циклофотокоагуляции был достигнут стойкий гипотензивный эффект в 92% и в 79% случаях спустя год и пять лет после операции соответственно . В современной литературе нет однозначного мнения по вопросу выполнения того или иного хирургического вмешательства в зависимости от исходного состояния глаза пациента.

Целью нашего исследования было оценить эффективность различных методов хирургического лечения рефрактерных глауком различной этиологии. Выяснить, какой из методов хирургического лечения рефрактерных глауком является наиболее эффективным методом снижения ВГД, а также проанализировать эффективность лечения в зависимости от генеза, степени рефрактерности и стадии заболевания.

Таким образом, по данным ретроспективного анализа историй болезни глазных отделений ЗГКБ г.Минска, клиническая эффективность фистулизирующих операций и вмешательств, направленных на улучшение оттока внутриглазной жидкости с целью снижения внутриглазного давления, практически одинакова.

Батурин И.К.

ВАРИАНТНАЯ МОРФОЛОГИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Шестакович Е.Н.
Кафедра нормальной анатомии

Согласно данным литературы, одной из наиболее часто встречающихся патологий желудочно-кишечного тракта является гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь (ГЭРБ). Клинические проявления ГЭРБ, по мнению большинства авторов, связаны с нарушением функции замыкательного аппарата в области перехода пищевода в желудок (ПЖП).

Под ПЖП следует понимать структуры желудочно-кишечного тракта, смежные с кардиальным отверстием желудка: брюшную часть пищевода (БЧП), область ее перехода в кардиальную часть желудка (КЧЖ), прилегающий участок последней.

Цель настоящей работы - установить варианты морфологического строения пищеводно-желудочного перехода у взрослого человека, являющегося основным элементом замыкательного аппарата, препятствующего гастроэзофагеальным рефлюксам.

Материалы и методы: исследовано 11 комплексов «пищевод-желудок», полученных от 6 мужчин и 5женщин, умерших в возрасте от 30 до 72 лет и не имевших в анамнезе патологии пищеварительного тракта.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программы Statistica 6.0. Проверка гипотез о равенстве двух средних проводилась с помощью t-критерия Стьюдента (измерения считали достоверными при значении $p \leq 0,05$).

В результате проведенного исследования установлено, что морфологические и морфометрические параметры структур ПЖП вариабельны.

Длина брюшной части пищевода у мужчин варьирует от 1см до 4,1см (средняя – 2,6±0,33см), а у женщин от 0,9см до 2,0см (средняя - 1,3±0,18см).

Толщина стенки БЧП у мужчин составляет 0,6 ± 0,03см, а у женщин – 0,5 ± 0,02см; угол Гиса, как правило, у мужчин более острый, его величина колеблется от 55º до 127º, а у женщин – от 79º до 134º что в среднем составляет 72±4,5º и 102±5,4º соответственно. Клапан Губарева обнаружен у 83,3% мужчин и у 33,3% женщин; Z-линия у женщин обнаруживается выше кардиального отверстия желудка на 0,4±0,1см, а у мужчин – на 0,8±0,5см. В целом, БЧП у мужчин уже, чем у женщин - отношение ширины БЧП в диафрагмальном отверстии пищевода к ширине в брюшной полости и ширине в области кардиального отверстия составили 0,9 : 1,18 : 1,19 и 1 : 1,23 : 1,25 соответственно.

На основании анализа полученных результатов можно сделать следующие выводы:

Структуры пищеводно-желудочного перехода у взрослого человека характеризуются значительной вариабельностью анатомии и морфометрических показателей;элементы структур пищеводно-желудочного перехода у женщин характеризуются меньшей морфологической выраженностью и более низкими характеристиками по сравнению с мужчинами.Полученные данные о вариантах морфологии структур пищеводно-желудочного перехода женщин позволяют предполагать развитиегастроэзофагеальнойрефлюксной болезни чаще у женщин, чем у мужчин, что согласуется с клиническими данными, которые описаны в литературе.

Баусова О.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисов А.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Цель исследования: определить наличие и выраженностьнарушения когнитивных функций пациентов с энцефалопатией различного генеза.

Методика проведения. Оценка когнитивных функций с помощью шкал MMSE, ADAS-cog, Хачинского. Двадцать пациентов с энцефалопатиями (атеросклеротическая, гипертоническая, диабетическая), находившихся на стационарном лечении в 9 ГКБ. Из них 6 мужчин, 14 женщин. Средний возраст составил 65 лет.

Полученные результаты. При проведении исследования когнитивных функций у пациентов в соответствии со шкалой MMSE удалось определить, что у 7 пациентов имеются когнитивные нарушения, у 6 – нарушения когнитивных функций отсутствуют, у 4 – деменция умеренной степени выраженности и у 3 пациентов легкой степени выраженности нарушения. Результаты исследования пациентов по шкале ADAS-cog:1. Задание на воспроизведение слов

–по 6 баллов получили 10 пациентов, по 7 баллов – 3 пациента, по 5 баллов – 4 пациента и по 3 балла – 3 человека; 2. Название предметов и пальцев: 10 пациентов путались в названии предметов и пальцев доминантной руки и 10 пациентов только с названиемпальцев доминантной руки; 3. Выполнение команд: 13 пациентов получили по 0 баллов, 4 пациента – по 2 балла и 3 пациента - по 1 баллу; 4. Конструктивный праксис: 0 баллов у 9 пациентов, 2 балла у 3-х и 1 балл у 8 пациентов; 5. Идеаторныйпраксис: по 0 баллов у 12 пациентов, по 2 балла у 2 пациентов и по 1 баллу у 6 пациентов; 6. Ориентировка: по 0 баллов у 15 пациентов, по 1 баллу у 4 и 2 балла у 1 пациентов; 7. Задание на узнавание слов: 4 пациента узнала все слова и 16 пациентов ошибались;8. Речь: по 0 баллов получилось у 15 пациентов, по 1 баллу у 3-х и по 2 балла у 2-х пациентов; 9. Понимание устной речи: у 14 пациентов по 0 баллов, у 4-х пациентов по 1 баллу и у 3-х пациентов по 2 балла; 10. Затруднение в подборе слов: по 0 баллов у 17-и и по 1 баллу у 3-х пациентов; 11. Запоминание тестовых инструкций: 16 пациентов набрали по 0 баллов, 3 пациента – 2 балла и 1 пациент – 1 балл. При оценке с помощью шкалы Хачинского результаты получились следующими: из 20 пациентов лишь у 4 когнитивные расстройства имеют не сосудистую этиологию и, возможно, имеют характер болезни Альцгеймера, у 16 больных анализисследования по указанной выше шкале позволяет предполагать сосудистый генез когнитивных нарушений.

Баушева Е.С., Яцевич Т.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ, А ТАКЖЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Скрягин А.Е.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

В настоящий момент весь мир охвачен проблемой распространения туберкулеза (ТБ), характеризующегося устойчивостью к лекарствам. С каждым годом регистрируется всё больше случаев заражения туберкулезом, устойчивым к двум и более противотуберкулёзным препаратам (ПТП), в том числе изониазиду и рифампицину: множественная лекарственная устойчивость (МЛУ). Наиболее подвержены этой проблеме страны бывшего Советского Союза, включая Беларусь. При общем снижении заболеваемости ТБ в Беларуси, остро стоит проблема распространённости МЛУ-ТБ. По данным ВОЗ, в 2010 году Беларусь была на шестом месте среди восемнадцати европейских стран с самым высоким уровнем распространения туберкулёза. За последние пять лет количество пациентов с МЛУ-ТБ увеличилось в четыре раза, количество больных туберкулёзом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ – МЛУ-ТБ плюс дополнительная устойчивость к любому инъекционному ПТП 2-го ряда и фторхинолону) – в десять раз. Уже более тысячи пациентов в стране не могут получать адекватного лечения в связи с устойчивостью микобактерий туберкулёза ко всем противотуберкулёзным препаратам (полная лекарственная устойчивость, ПЛУ-ТБ).

Также большой проблемой для Беларуси является ВИЧ-ассоциированный ТБ (ВИЧ/ТБ). Более половины смертельных случаев при ВИЧ-инфекции обусловлены наличием ТБ. Среди ВИЧ-положительных пациентов уровень впервые выявленного МЛУ-ТБ достигает более 60%.

Наиболее важным фактором в развитии М/ШЛУ-ТБ является история предшествующего лечения. К другим факторам риска относятся: ВИЧ-инфекция, предыдущее пребывание в местах лишения свободы, инвалидность, алкоголизм и курение.

В связи с распространением М/ШЛУ-ТБ и ВИЧ/ТБ, а также сочетанием ПТП антиретровирусной терапии с хирургическим лечением, возникает необходимость в увеличении числа коек в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР).

Случаи ТБ, требующие интенсивной терапии, составляют 1-3% от общего количества пациентов с ТБ. Наиболее частыми причинами поступления в ОИТР является дыхательная недостаточность, в том числе острый респираторный дистресс синдром, а также различные виды органной недостаточности, развивающиеся как вследствие прогрессирования основного заболевания, так и в результате побочного действия лекарств.

В настоящем работе мы поставили перед собой цель исследовать показания пациентов с мультирезистентным и ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом для госпитализации или перевода в ОИТР, а также факторы риска внутрибольничной смертности.

Количество пациентов с туберкулёзом, госпитализированных в ОИТР РНПЦ Пульмонологии и Фтизиатрии в период с 1 января 2010 года по 31 декабря 2012 года, было определено ретроспективно на основании медицинской документации и составило 249 человек. МЛУ-ТБ – 26 человек, с ВИЧ/ТБ – 5 человек, умерло в ОИТР – 49 человек, с внелегочными формами туберкулёза – 41 человек.

Основными факторами риска для госпитализации или перевода в ОИТР пациентов с ТБ являлись: возраст старше 60 лет, сопутствующая ВИЧ-инфекция, резистентность микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам (М/ШЛУ). Эти же факторы являлись и факторами риска смерти пациентов с ТБ, госпитализированных в стационар.

Бахрами Мохаммадреза

РИТМОТЕРАПИЯ

Научный руководитель ст.преп. Сушкевич П.В.
Кафедра белорусского и русского языков

Нетрадиционная медицина предлагает различные методы, способы, средства лечения, которые используются в дополнение к стандартной медицинской помощи. То, что считается стандартом лечения в одной культуре, может не быть стандартом в другой. Пациенты часто обращаются к нетрадиционной медицине для поддержания хорошего самочувствия или для решения возникших проблем со здоровьем.

Музыка – это вид искусства, который объединяет звук и тишину. Её основные элементы – это высота (которая регулирует мелодию и гармонию), ритм (и связанные с ним понятия темпа, размера, техники исполнения), динамика и звуковые качества тембра и текстуры.

Ритм (от греческого ῥυθμός – rhythmos, «любые регулярные повторяющиеся движения, симметрия») обычно означает «движение, характеризующееся регулируемой последовательностью сильных и слабых элементов». Это общее значение регулярного повторения может применяться для широкого круга циклических природных явлений, имеющих периодичность от микросекунд до нескольких миллионов лет.

В настоящее время музыкальная терапия признана и известна, есть много исследований, которые доказывают положительное влияние музыки на различные виды заболеваний, как психические, так и физические. Ритм, как известно, является составной частью музыки, но понятие «ритмотерапия» представляет собой нечто совершенно новое.

Ритмотерапия станет новым направлением нетрадиционной медицины, которое фокусируется на различных аспектах и последствиях воздействия музыкальных ритмов на чакры и эмоции человека, на профилактику и лечение многих заболеваний.

Бейня Д.Е., Валюкевич О.А.

ТЕЧЕНИЕ ИБС И ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ, АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Научный руководитель асс. Ласкина О.В.
3-я кафедра внутренних болезней

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), развивающаяся вследствие атеросклероза коронарных артерий, является ведущей причиной инвалидности и смертности трудоспособного населения во всем мире. В Республике Беларусь на долю ИБС приходится 58,6% кардиальной смертности. Основным методом лечения ИБС: стенокардии напряжения являются медикаментозная терапия. Активно в последнее десятилетие в Республике Беларусь стали применять эндоваскулярные методы лечения (ангиопластика и стентирование) и хирургические методы лечения (аортокоронарное шунтирование).

Цель работы: Дать сравнительную оценку эффективности современной медикаментозной терапии и хирургических методов лечения (ангиопластики со стентированием и аортокоронарного шунтирования) при лечении ИБС: стенокардии напряжения ФК III – ФК IV, проанализировать влияние факторов риска на долгосрочный прогноз заболевания.

Материалы и методы. В ходе работы нами было обследовано 93 пациента с ИБС: стенокардии напряжения ФК III – ФК IV, проходивших лечение на базе УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 1-ом кардиологическом и кардиохирургическом отделениях с сентября 2011г по сентябрь 2012г. Все больные были разделены на три группы в зависимости от выбранного метода лечения: медикаментозная терапия, медикаментозная терапия и ангиопластика со стентированием и медикаментозная терапия и аортокоронарное шунтирование. Были учтены такие факторы риска, как пол, возраст, наследственность, сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение, индекс массы тела, липидограмма.

Результаты. В первой группе пациентов, у которых проводилось медикаментозное лечение лица мужского пола составили 19 человек (61,29%), женского – 12 (38,71%), в возрасте 63 ±11,49 лет. Количество пациентов с отягощенной наследственностью составило 23 человека (74,2%), с сахарным диабетом – 14 (77,41%) , с артериальной гипертензией – 28 человек (90,32%), курящие – 0 человек. Повторно в течении года по поводу прогрессирующей стенокардии было госпитализировано 25 человек (81%), по поводу ИМ – 0. Летальный исход наблюдался у 1 больного. Во второй группе, где кроме медикаментозной терапии была проведена ангиопластика со стентированием лица мужского пола составили 26 человек (83,87%), женского – 5 (16,13%), в возрасте – 59± 13,62 лет, отягощённая наследственность наблюдается у 11 больных (35,48%), сахарный диабет встречается у 6 (19,35 %), артериальная гипертензия у 19(61,29%), курящие 2 (6,45%). Повторно по поводу прогрессирующей стенокардии было госпитализировано 12 пациентов (38,7%) $p<0,05$, по поводу ИМ - 0 , летальный исход наблюдался у 1 больного $p>0,05$. В третьей группе, где пациентам кроме медикаментозного лечения было проведено аортокоронарное шунтирование, лица мужского пола составили 28 человек (90,32%), женского – 3 (9,68%), в возрасте – 60±12,36 лет. Отягощённая наследственность наблюдается у 21 больного (67,74%), сахарный диабет встречается у 8 (25,8%), артериальная гипертензия у 24 (77,42%), курящие 7 (22,58%). Повторно по поводу прогрессирующей стенокардии было госпитализировано 6 пациентов (19,35%) $p<0,05$, по поводу ИМ - 0 , летальный исход наблюдался у 2 больных $p>0,05$.

Бейня Д.Е., Слижевская Н.А.

ЭТАПЫ СОЗРЕВАНИЯ В-ЛИМФОЦИТОВ. МЕХАНИЗМ ИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

Научный руководитель асс.Павлов К.И.
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Цели: подробно изучить механизм формирования В-клеток, уточнить и прояснить основные аспекты дифференцировки и активации В-лимфоцитов.

Методика. Изучение научной литературы по данной теме. Проработка и анализ статей, содержащих научные данные о лимфопоэзе В-клетки.

Результаты. На сегодняшний день схема дифференцировки В-лимфоцита полностью не изучена. Поднимаются вопросы о пусковых факторах и механизмах регуляции и образования зрелых клеток лимфоидного дифферона. Наиболее популярнойявляется теория развития всех типов клеток крови из стволовой полипотентной клетки, которая под влиянием клеточного микроокружения и других факторов дифференцируется в клетку-предшественника лимфоцитов в красном костном мозге. Эти клетки содержат стволовые элементы CD34 и CD38. На следующем этапе образуются про-В-лимфоциты, отличающиеся от клеток предыдущего уровня макромолекулой пан-BCD 19 и цитоплазматическим CD22 и являющиеся специфичными для В-лимфоидного ряда. После присоединения CD 10, CD20 и CD24 про-В-лимфоцит становится пре-В-лимфобластом. Последний этап костномозговой дифференцировки характеризуется образованием на мембране полученной клетки молекулы IgM. Теперь это В-лимфобласты, которые выходят из ККМ в кровеносное русло и заполняют периферические органы кроветворения (селезенка, тимус, лимфатические узлы), где получают IgD и становятся зрелыми В-лимфоцитами. Активация лимфоцита происходит в момент контакта с антигеном. При этом дальнейшая дифференцировка может идти по одному из двух путей: Т-зависимому (осуществляется с помощью цитокинов, продуцируемых Т-хелперами) или Т-независимому (без участия Т-лимфоцитов). В первом случае образуются плазматические клетки, продуцирующие иммуноглобулины G,A, E. Второй путь примитивен и неэффективен, т.к. в отличие от предыдущего пути, здесь не происходит формирования клеток иммунологической памяти. После завершения фазы активной продукции антител плазмациты прекращают свое существование.

Бейня Д.Е., Слижевская Н.А.

ХРОНИЧЕСКИЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ДВС-СИНДРОМ ПРИ АУТОИММУННЫХ И ИММУНОКОМПЛЕКСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Научный руководитель асс. Полевой А.В.
Кафедра патологической физиологии

Введение. ДВС-синдром является неспецифическим проявлением осложненийиммунокомплексных и аутоиммунных заболеваний, приводящим к летальному исходу. Поэтому важно знать все звенья патогенеза ДВС-синдрома, чтобы впоследствии правильно купировать развитие патологических изменений.

Цель: На основании анализа имеющихся литературных данных выявить особенности развития и течения хронического и рецидивирующего ДВС-синдрома при аутоиммунных и иммунокомплексных заболеваниях,а такжезначимостиэндотоксинемии в данной патологии.

Материалы и методы. Изучение научной литературы по данной теме. Проработка статей, содержащих исследования касательно ДВС-синдрома при аутоиммунных процессах.

Результаты. Развитие любого аутоиммунного и иммунокомплексного заболевания сопровождается поражением сосудистой стенки. Факторами агрессии при этом выступают иммунные комплексы, образующиеся в условиях избытка антигена. Они откладываются в стенках сосудов, проницаемость которых повышена, это явление обуславливают гистамин, брадикинин и лейкотриены, высвобождаемые тромбоцитами и тучными клетками под действием IgE. Отложение ИК приводит к активации комплемента, который в последующем провоцирует выброс лизосомальных ферментов нейтрофилами. Это ведёт к повреждению эндотелиальной стенки сосудов, а как следствие к выбросу тканевого тромбопластина (активация внешней системы свёртывания). При этом увеличивается контактная поверхность эндотелия, обнажаются субэндотелиальные структуры, активирующие тромбоциты и внутреннюю систему свертывания крови через контактный фактор XII (фактор Хагемана). Последний активирует калликреин-кининовую систему, фибринолиз, систему комплемента.

Проявления и тяжесть патологического процесса тесно связаны с активностью основного заболевания. При хронических болезнях (ревматических заболеваниях, артериолосклерозе, иммунокомплексныхваскулитах, гломерулонефритах) он имеет волнообразное течение в соответствии с фазами обострения и ремиссии. ДВС-синдром, выраженный в большей или меньшей степени, может привести к острой дистрофии того или иного органа. Функция пораженного органа снижается вплоть до летального исхода.

При умеренно выраженном ДВС синдроме, поражение органов и тканей заключается в явлениях альтерации и экссудации клеток и тканей этих органов. Функция пораженных тканей снижается.

Выводы. ДВС-синдром запускается посредством медиаторов (эндотоксин, иммунные комплексы), повреждающих эндотелий.Не имеет чёткой локализации поэтому вызываетполиорганную недостаточность. Тяжесть патологического процесса зависит от степени активности проявлений основного заболевания.

Бекето Г.А., Липская М.А.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДИК ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЗОТА В АЛИФАТИЧЕСКИХ АМИНОКИСЛОТАХ НА ПРИМЕРЕ ГЛИЦИНА

Научный руководитель канд. хим. наук Беляцкий В.Н.
Кафедра биоорганической химии

Известно, что для количественного определения первичных и вторичных ароматических аминов, а также гидразидов карбоновых кислот используется нитритометрическое титрование. В основе определения первичных ароматических аминов лежит реакция диазотирования, вторичных аминов – реакция образования N-нитрозопроизводных, а гидразидов – реакция образования азидов.

Алифатические аминокислоты, содержащие первичную аминогруппу, подвергаются дезаминированию в реакции с азотистой кислотой. Используя эту реакцию, количественно определяют аминокислоты по объему выделившегося азота (метод Ван Слайка).

Определение азота в органических соединениях проводят также по методу Кьельдаля. Точную навеску анализируемого вещества помещают в колбу Кьельдаля и подвергают минерализации с помощью концентрированной серной кислоты, к которой добавляют K_2SO_4 и $CuSO_4$ (катализатор). В процессе минерализации азот превращается в ион аммония. После окончания процесса к раствору добавляют NaOH. При этом образуется NH_3, который затем отгоняют и поглощают раствором борной кислоты или стандартным раствором сильной кислоты (H_2SO_4 или HCl). В первом случае при взаимодействии борной кислоты с аммиаком образуется эквивалентное NH_3 количество иона $[B(OH)_4]^-$, который затем титруют стандартным раствором HCl (титрование заместителя). Во втором случае определяют избыток силь-

ной кислоты, не вступивший в реакцию с NH_3, титруя раствор стандартным раствором NaOH (обратное титрование).

Известно, что азот аминогруппы может реагировать с нитритом натрия в кислой среде, приводя к диазосоединениям (в случае ароматических аминов), которые впоследствии разлагаются с выделением молекулярного азота (в случае алифатических аминов или аминокислот). Нами была исследована возможность применения нитритометрического титрования, разработанного ранее для определения ароматических первичных аминов, к первичным алифатическим аминам на примере глицина.

Сущность методики заключалась в следующем. Необходимые количества глицина и нитрита натрия растворялись в дистиллированной воде, для получения 10^{-3}-10^{-2} молярных растворов. В качестве индикатора использовался тропеолин 00. Следует отметить, что рекомендуемое по методике прибавление метиленового синего с целью более надежной фиксации точки эквивалентности не оправдало себя, т.к. приводило к ошибке из-за недотитрованнности. Реакция приводилась в кислой среде. Для предотвращения разложения неустойчивого нитрит-иона в таких условиях реакция проводилась при охлаждении смесью «вода со льдом». Следует отметить, что реакция титрования при охлаждении протекала достаточно медленно, поэтому и приливание титранта производилось медленно, со скоростью не более 1мл/мин, вблизи точки эквивалентности еще медленнее – не более 0,2 мл/мин. При таких скоростях титрования наблюдалось соответствие между переходом окраски тропеолина 00 и внешнего индикатора иодид-крахмальной бумагой.

Полученные результаты показали, что соблюдалось стехиометрическое соотношение между содержанием аммонийного азота в глицине и количеством добавленного нитрита натрия. Следует отметить, что метод является достаточно трудоемким, поскольку для повышения точности результатов титрование проводится достаточно длительное время.

Вывод: использование нитритометрического титрования для определения аммонийного азота в глицине может применяться для оценки качества используемого препарата наряду с другими методиками.

Белова А.П.

ВЛИЯНИЕ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА НА ФОСФОЛИПИДНЫЙ СОСТАВ СУРФАКТАНТА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРОКСИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Котович И.Л.
Кафедра биологической химии

Развитие бронхолегочной дисплазии связывают с использованием высокой концентрации кислорода при искусственной вентиляции легких в процессе выхаживания недоношенных новорожденных. Ранее было установлено, что длительное воздействие гипероксии приводит к усилению процессов липопероксидации и выраженному уменьшению уровня фосфолипидов сурфактанта в бронхоальвеолярном пространстве.

Цель исследования: изучить влияние N-ацетилцистеина на содержание и степень окислительного повреждения фосфолипидов в бронхоальвеолярной лаважной жидкости новорожденных морских свинок, подвергавшихся воздействию гипероксии.

Материалы и методы. Эксперименты проводили с использованием новорожденных морских свинок. Были сформированы 2 контрольных («контроль», «контроль + N-ацетилцистеин») и 2 опытных («гипероксия», «гипероксия + N-ацетилцистеин») группы наблюдения. Животных опытных групп в течение суток после рождения помещали в плексигласовую камеру, в которой в течение всего времени инкубации поддерживали концентрацию кислорода не менее 70%. Длительность наблюдения составляла 3 и 14 суток. N-Ацетилцистеин (250 мг/кг в 0,1М натрий-фосфатном буфере, pH=7,4) вводили ингаляционно с помощью компрессорного небулайзера 1 раз в два дня. Материалом для исследования яв-

лялся бесклеточный супернатант бронхоальвеолярной лаважной жидкости, где определяли содержание общего белка, основных фракций фосфолипидов сурфактанта, продуктов перекисного окисления липидов (диеновых конъюгатов, продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой, оснований Шиффа). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 8,0.

Результаты исследования: У контрольных животных при длительном введении N-ацетилцистеина выявлено увеличение концентрации общего белка в БАЛЖ (до 252,3 мг/л по сравнению с 164,2 мг/л в контроле, $p<0,05$), что, вероятно, является следствием секретолитического действия препарата. Достоверных изменений со стороны других изучаемых показателей под влиянием N-ацетилцистеина в контрольных группах не выявлено. У животных опытных групп, подвергавшихся воздействию гипероксии в течение 3 суток, обнаружено увеличение уровня фосфатидилхолина, общего липидного фосфора и диеновых конъюгатов в БАЛЖ ($p<0,05$), при этом выраженного эффекта от введения N-ацетилцистеина выявлено не было. В условиях длительного воздействия гипероксии (14 суток) увеличивалось содержание всех продуктов липопероксидации в БАЛЖ, а уровень основных фракций фосфолипидов был крайне низким. Введение N-ацетилцистеина сопровождалось значительным увеличением (в среднем, в 2,3 раза) количества фосфолипидов по сравнению с опытной группой «гипероксия» ($p<0,05$). При этом доля продуктов перекисного окисления липидов в БАЛЖ достоверно снижалась и практически не отличалась от контрольных значений.

Таким образом, введение N-ацетилцистеина в условиях длительной гипероксии способствует нормализации фосфолипидного состава сурфактанта в БАЛЖ, что, вероятно, обусловлено снижением интенсивности процессов перекисного окисления липидов в бронхоальвеолярном пространстве.

Белова А.П.

СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ СТАДИЙ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Киселев П.Г.
Кафедра патологической анатомии

По данным Белорусского канцер-регистра в нашей стране ежегодно обнаруживают около 1200 новых случаев рака мочевого пузыря (РМП). В 90% случаев опухоль гистологически представлена переходноклеточной карциномой, которая развивается из клеток уротелия образующего слизистую оболочку органа. Другие гистологические формы РМП, такие как аденокарцинома и плоскоклеточный рак, встречаются значительно реже. Современные подходы к морфологической диагностике РМП предполагают выделение нескольких форм новообразования в зависимости от их способности к рецидивированною, инвазивному росту и метастазированию. Наиболее ранней стадией развития уротелиального РМП является папиллярная уротелиальная опухоль. Результаты современных исследований этой формы новообразования мочевого пузыря позволили выделить три степени его дифференцировки (грейда) в зависимости от морфологических особенностей. В ходе ряда исследований было установлено, что существует достоверная взаимосвязь между грейдом папиллярной уротелиальной опухоли и вероятностью ее прогрессии.

Цель: Установить морфологические критерии диагностики папиллярной уротелиальной опухоли мочевого пузыря.

Материалы. Клинико-морфологические данные 61 случая папиллярной уротелиальной опухоли диагностированные в 2012 году в отделении онкоморфологии УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска.

Результаты. Анализ отобранных случаев папиллярной уротелиальной опухоли мочевого пузыря позволил установить следующие морфологические критерии характерные для раз-

личных вариантов дифференцировки опухоли. Грейд 1 (низкий злокачественный потенциал) – нет признаков цитологической атипии, клеточная полярность сохранена, отсутствуют (единичные) митозы, поверхностный слой клеток как правило присутствует, повышенная клеточная плотность, более 8 клеточных слоев в пласте уротелия. Грейд 2 – умеренная цитологическая атипия, повышенное ядерно-цитоплазматическое соотношение, легкий или умеренно выраженный ядерный плеоморфизм, отсутствие клеточной полярности, единичные митозы, отсутствие поверхностного слоя клеток, различная толщина клеточного слоя. Грейд 3,4 – значительная цитологическая атипия, высокое ядерно-цитоплазматическое соотношение, выраженный ядерный плеоморфизм, отсутствие клеточной полярности, легко различимые митозы, отсутствие поверхностного слоя клеток, различная толщина клеточного слоя, нарушение межклеточных контактов, очаги некроза.

Белогорлова Е.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОКОЛИЗА НИФЕДИПИНОМ И ГИНИПРАЛОМ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Лобачевская О.С.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность: Преждевременное прерывание беременности является одним из наиболее важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка, так как влияет на уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Процент преждевременных родов в г. Минске составил в 2011 году 4,5%, в 2012 – 5,1%, несмотря на совершенствование системы организации перинатальной помощи и широкое применение для лечения преждевременных родов токолитических препаратов (гинипрала и магнезии).

Цель исследования. Оценить эффективность лечения угрожающих преждевременных родов пероральным приемом препарата нифедипин (блокатор кальциевых каналов) и сравнить его эффективность с токолизом гинипралом (бета-миметик).

Материалы и методы. Нами проведён ретроспективный анализ историй болезни 73 пациенток с угрожающими преждевременными родами при сроке гестации от 22 до 34 недель, которые находились на лечении в ОПБ 6-й ГКБ в 2012 году. Возраст пациенток составил от 20 до 34 лет (25,5±0,5). Все пациентки были разделены на 2 группы: основная (n=35) беременные, которые принимали в комплексной терапии угрожающих преждевременных родов препарат нифедипин (РБ, «Минскинтеркапс»), контрольная (n=38) беременные, получившие токолиз гинипралом (Nycomed, Австрия).

Результаты исследования. Анализ основных причин угрозы преждевременных родов показал, что в сроках 22 – 28 недель – это инфекции до 60%, ИЦН - 15%, многоплодные беременности – 20%, предлежание плаценты – 5,0 %, в сроках 29 - 34 нед. - инфекции - 45%, ИЦН – 24%, ХФПН – 19%, гестозы – 12%. 14 (19 %) пациенток в анамнезе имели угрозы выкидыша или стацлечение по поводу угрозы преждевременных родов, 6 (8,2%) - преждевременные роды, у 7 (9,6%) – беременность наступила после ЭКО. При цервикометрии признаки ИЦН выявлены у 7 (20%) в 1 группе, во 2 группе - у 9 (24%) женщин. Гормональную поддержку утрожестаном интравагинально получали 7 (20%) пациенток 1 группы и 10 (26%) 2 группы. После проведённого токолиза нифедипином и гинипралом у всех беременных признаки угрозы преждевременных родов были купированы: отсутствовали жалобы на боли внизу живота и пояснице ноющего характера, общее самочувствие было удовлетворительное. КПИ составил в среднем 5%, УЗИ не выявило признаков угрозы. Средняя длительность лечения у женщин препаратом нифедипин составила 7,4±1,3 дня, гинипралом 9,4±1,6 дней. Повторную госпитализацию в стационар имели 3 пациентки основной группы (8,6%) и 5 (13,2%) контрольной. У 5 (13,2%) беременных 2 группы наблюдались побочные эффекты от приёма препарата гинипрал

(тахикардия, головная боль, тошнота), после чего пациентки были переведены на токолиз нифедипином или препарат был отменен. Беременность завершилась родами в срок у 32 (91%) пациенток основной группы, преждевременными родами в сроке гестации 35–36 недель – у 3 (8,6%). Во 2-й группе 33 (87%) пациентки родили в срок, 5 (13,2%) - родили преждевременно, из них 1- в 32 недели. остальные 4 -в сроке гестации 35-36 недель.

Выводы.

1. Токолиз препаратом нифедипин в комплексной терапии угрожающих преждевременных родов в сроках гестации 22 – 34 недели является эффективным методом лечения угрожающих преждевременных родов.

2. Данный метод, в большинстве случаев, не уступает токолизу гинипралом, прост в применении, не оказывает отрицательного влияния на мать и плод.

Белый А.Г.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У 15 – ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Терехова Т.Н.
Кафедра стоматологии детского возраста

Целью исследования явилось определение распространенность и интенсивности кариеса зубов у 15–летних школьников через три года после прекращения аппликаций фторид содержащего лака.

Материал и методы исследования. Для достижения цели нами обследовано 43 школьника ГУО «Гимназия № 12 г. Минска» в пятнадцатилетнем возрасте, которым ранее на протяжении четырех лет дважды в год апплицировали на зубы фторид содержащий лак Бифлюорид12.

При осмотре полости рта определяли долю детей свободных от кариеса и интенсивность кариеса зубов по индексам КПУ и КПП.

Кариес профилактическую эффективность фторид содержащих лаков оценивали по показателям «прирост интенсивности кариеса зубов» и «прирост интенсивности кариеса поверхностей».

Весь цифровой материал статистически обработан с использованием методов вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Распространенность кариеса зубов у детей на момент прекращения профилактической программы составила 32,6 %, а 67,4% детей продолжали оставаться свободными от кариеса зубов. Средняя интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ составила - 0,67 и по индексу КПП - 0,72.

Спустя три года после прекращения местной фтор профилактики кариеса зубов 11.5 % школьников оставались свободными от кариеса, а интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ составила – 2,45, а по индексу КПП – 3,32.

Прирост интенсивности кариеса зубов за три года составил 1,78, а прирост интенсивности кариеса поверхностей – 2,60.

Таким образом, в связи с прекращением аппликаций фторид содержащего лака выявлен значительный прирост кариозных поражений на зубах подростков, что свидетельствует о необходимости более продолжительного проведения экзогенной профилактики кариеса зубов с применением высококонцентрированных фтор препаратов.

Бердиев Берды

БРАСЛЕТ POWER BALANCE

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Кожухова Н.Е.
Кафедра белорусского и русского языков

Power Balance – не просто красивый аксессуар. Его главный секрет – в двух голограммах, нанесённых на браслет. Основанная на научных открытиях физиков NASA, эта разработка была доведена до практической схемы специалистами Power Balance. Её суть – в настройке на частоту Шумана и балансировании частот человеческого организма, взаимодействующих с электромагнитными излучениями Земли. Надевая браслет с голограммой, человек как бы надевает на себя защитный энергетический скафандр, ограждающий от вредных излучений (а их сегодня нет разве что в Антарктиде). Это особенно актуально для активных, деятельных людей, ежедневно пользующихся сотовыми телефонами, Wi-Fi, компьютером; для тех, кто живёт в мегаполисе или работает на вредном предприятии. Спать в нём не рекомендуется: можно до утра проворочаться в постели, так и не уснув.

Поскольку изначально браслет был разработан для спортсменов и атлетов, основные его функции – обеспечить организм силою, выносливостью, гибкостью и балансом. Тяжелые физические нагрузки, которые приходится выполнять не только спортсменам, требуют от организма баланса. Работа, дом, светская и общественная жизнь ежедневно требует от нас много сил и выносливости. Нагрузки и возраст берут свое, здоровье ухудшается. Браслет Power Balance начинает действовать моментально. Уже в первый день наблюдаются улучшения. Повышается трудоспособность, выносливость, стабилизируется давление. Работа, которая раньше давалась с трудом, становится приятной легкостью. Изменения в погоде будут абсолютно незаметны, метеозависимость полностью исчезнет.

В первые дни использования браслета наблюдается: улучшение самочувствия, весёлое настроение, увеличение трудоспособности, энергия в конце рабочего дня, снижается метеозависимость, баланс своего тела, нормализация артериального давления, уменьшится воздействию стресса, уменьшатся различные виды болей, в т.ч. хронические, уменьшится утомляемость.

Бердова Е.В., Тингаева Е.А.

SIRROGACY AS A FORM OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

Научный руководитель преп. Кленицкая Р.И.
Кафедра иностранных языков

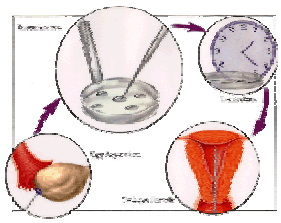
The purpose of this scientific research is a comprehensive study of such type of an assisted reproductive technology as a surrogate motherhood, the history of its origin and development, its legislative recognition in the Republic of Belarus, as well as moral and ethical issues that arise in society with the application of this kind of an assisted reproductive technology.

The tasks of scientific research include:

- to determine the concept of surrogacy as a form of assisted reproductive technology;
- to trace the main stages of the historical development of the phenomenon of surrogate motherhood;
- to analyze the regulations governing the Surrogate motherhood;
- to consider the medical indications and contraindications for surrogacy, the requirements for surrogate mother;
- to identify and analyze the moral and ethical issues that arise in a society in connection with the use of this form of assisted reproductive technology.

1. Historically, there are two types of surrogacy: traditional surrogacy (implies a biological relationship between the woman bearing a child for another family, and this child) and gestational or full surrogacy (where the surrogate has no biological connection to her Unborn Child). In the Republic of Belarus only gestational surrogacy is allowed.

2. Surrogate motherhood is a kind of assisted reproductive technologies where sperm is combined with donor egg or eggs withdrawn from the body of the genetic mother. Compound embryo that is formed as a result of this process is further transferred into the uterus of a surrogate mother leading to pregnancy and giving birth to a child. Surrogate mother is a woman who under the gestational contract bears and gives birth to a child who is not a carrier of its genotype. Fertilization is made with the use of husband's or donor sperm.



3. Many of the requirements imposed by the legislation on a surrogate mother, are irrelevant. Granting or refusing to grant an opportunity for women to become a surrogate mother should come only from the medical criteria.

4. Moral and ethical issues arise from the genetic parents, surrogate mothers, and the society. These problems can be grouped in to the following blocks:

– problem of commercial relationship between genetic parents and surrogate mother;
– problem of trust between genetic parents and pregnant surrogate mother;
– problem of church and religion attitude to human intervention in the process of the emergence of life, of marriage, etc.;
– psychological scars that the surrogate mother gets when she has to leave her newly born child;
– neglection of the emotional bond that is established between mother and baby during pregnancy.

5. Many countries present fairly heavy demands on the surrogacy participants relations, which is undoubtedly not only due to the medical and legal problems, but also to the moral and religious aspects of the issue.

6. It should be noted that there will always be both supporters and opponents of the assisted reproductive technology. To date, however, with the persistent negative demographic trends, surrogacy program can be considered a breakthrough in the field of biomedicine, allowing women not only find happy motherhood, but in many cases, to keep the family which is one of the main values in the life of any person.

Березюк Н.О., Мельников Г.Н.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ДЕФЕКТОВ

Научный руководитель асс. Грачева С.А.
Кафедра общей хирургии

Аутодермопластика – признанный метод лечения дефектов кожи.

Цель исследования: сравнить эффективность аутодермопластики у пациентов с острыми и хроническими поражениями кожи.

Материал и методы: ретроспективное сравнительное исследование эффективности аутодермопластики как метода лечения дефектов кожи проводилось на материале карт 48 пациентов отделения гнойно-септической хирургии УЗ «5-я ГКБ» г. Минска. Изучались демографические показатели, наличие сопутствующих заболеваний, длительной существования дефектов, длительность предоперационной подготовки, ближайший результат операции, наличие осложнений. Полученные результаты обрабатывались с использованием программы Excel 2007 и пакета программ Statistica 6.0

Всего было изучено 48 карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделении гнойно-септической хирургии 5 ГКБ в 2010-2012 гг, которым выполнялась кожная пластика острых и хронических кожных дефектов. В числе пациентов мужчин было 65%. Средний возраст– 50 лет. В зависимости от основного диагноза пациенты распределились: рожистое воспаление – 4(8%), посттравматический дефект кожи – 5(10%), трофическая язва ВРВ/ПТФС – 7(15%), трофическая язва на фоне сахарного диабета (СД) – 1(2%), инфицированная рана – 5(10%), гранулирующая рана – 13(27%), флегмона с некрозом кожи – 9(19%), бурсит – 3(6%), рак молочной железы после оперативного лечения – 1(2%), другие – 4 (8%). Наиболее часто поражения располагались на нижних конечностях. Острые дефекты составили 34 (71%), хронические – 20 (42%). Сопутствующие заболевания, влияющие на репаративные процессы в ране, отмечались со следующей частотой: СД (11,23%), ИБС с явлениями застойной сердечной недостаточности - (15,31%). 27 пациентов были трудоспособны, 21 - не трудоспособны. Инвалидность 1-й или 2-й группы была у 10 пациентов, инвалидность 3 группы – у 1-го. Длительность существования дефекта: менее месяца – 17 (35,4%), от месяца до года – 21 (43,7%), более года – 8 (20,9%). У всех пациентов после предоперационной подготовки (включавшей некрэктомию/вскрытие гнойников) у 9 пациентов с острыми поражениями и у 2 пациентов с хроническими в данную госпитализацию) выполнена аутодермопластика. Средний койко-день – 35 дней, до операции – 16 дней, после операции – 18 дней, в группе острых – 34, в группе хронических – 16. Средняя длительность операции составила 32 мин, при острых поражениях – 31 мин, хронических – 32 мин. Приживление кожного лоскута на момент выписки отмечено у 21 пациентов, в группе острых поражений – у 19, хронических – у 13. Осложнение после пластики отмечено у 5 пациентов (10%), все в группе острых поражений.

Выводы: аутодермопластика является эффективным методом закрытия острых и хронических кожных дефектов с высокой частотой приживаемости лоскута. Большее число осложнений в группе острых поражений можно объяснить более высокой активностью микрофлоры и снижением факторов иммунной защиты у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Биличенко К.С.

ОТРАЖЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ СВОЙСТВ РАСТЕНИЙ В ИХ НАЗВАНИЯХ

Научный руководитель преп. Кузнецова Е.Л.
Кафедра латинского языка

Целью данной работы является анализ этимологии латинских фитонимов и выявление лечебных свойств растений, отражённых в их названиях.

Актуальность исследования обусловлена тем, что изучение этимологии научных названий растений способствует лучшему их запоминанию. Раскрытие этимологии зачастую позволяет лучше понять, почему данное слово, данный звуковой комплекс стали использоваться для обозначения определенного медицинского понятия. В названии растения отражена сумма знаний человека не только о конкретном растении, но и о процессе познания внешнего мира в ходе исторического развития. Название лекарственного растения можно рассматривать и как своеобразную инструкцию для народного целителя, ибо оно указывает, где растение можно найти, когда оно цветет, какую часть необходимо использовать для лечения, какие заболевания лечит, насколько эффективно и пр.

В работе была произведена классификация 27 фитонимов, которые отражают лечебные свойства растений. В соответствии с данной классификацией выделены следующие группы названий:

1. Фитонимы, отражающие лечебные свойства посредством указания на результаты применения растений.

2. Фитонимы, отражающие лечебные свойства посредством указания на названия заболеваний, болезненных состояний, повреждений, для лечения которых употребляются растения.

3. Фитонимы, отражающие лечебные свойства посредством указания на названия органов или участков тела, в отношении которых употребляются растения.

4. Фитонимы, отражающие лечебные свойства посредством указания на действия растений.

5. Фитонимы, отражающие лечебные свойства посредством указания на мифологические персонажи, связанные с растением.

На основании исследования выявлено, что в фитонимах могут отражаться характерные особенности растения, место происхождения, лечебные свойства, имя первооткрывателя данного вида и т. д. В названиях же, отражающих лечебные свойства растений, зачастую заключена интересная информация о действии растений на организм, о конкретных заболеваниях и органах, которые лечат при помощи растений. В некоторых случаях наименования, отражающие целебные свойства растений, знакомят исследователя с мифологическими персонажами и преданиями.

Битель В.Р.

«КНИГА «АПТЕЧКА ДОМАШНЯЯ» - О ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕЦЕПТАХ XVIII ВЕКА — АВТОРА ТУКАЛЛО МАТЕЯ (1727 - 1807)»

Научный руководитель д-р биол. наук, проф Н.С. Гурина
Кафедра организации фармации

Цель исследования: Изучение фармации XVIII века по книге Тукалло Матея «Аптечка домашняя»

Задачи исследования:

1) Определить состояние фармации на территории Беларуси в XVIII веке
2) Изучить рецепты лекарств XVIII века
3) Определить структуру книги Т. Матея «Аптечка домашняя»

Методы исследования. Историко-медицинский (историко-фармацевтический) и логический.

Результаты исследований. Целью нашего исследования является книга фармацевта XVIIIвека Тукалло Матея «Аптечка домашняя» написанная на территории Великого Княжества Литовского и изданная в 1793 году в городе Вильно. Данный фармацевтический труд представляет интерес для изучения, поскольку информации о состоянии фармации в этот период времени в современных литературных источниках практически нет. Книга содержит рецепты лекарств, которые можно было сделать самому из общедоступных материалов XVIII века. В этом труде есть оговорка «DlaWygody» («Для пользы»), где Тукалло Матей писал, что его книга издана для пользы и спасения здоровья тех, кто, не имея поблизости аптек и возможности получить совет у врачей, не только бедствуют, но и (без лекарств) преждевременно умирать вынуждены, и для тех, кто сможет продлить свою жизнь. Для нас книга представляет интерес как исторический материал о том, как лечились люди в то время. Книга написана на польском языке, который являлся в XVIIIвеке на территории Беларуси государственным.

В первой части – «Wiadomoscwstepna» («введение»)—автор писал о весах, мерах и некоторых операциях аптечных.Во второй части «Zbiorlekarstw» («Лекарственный состав») описаны рецепты лекарств «при различных болезнях, чаще всего известных». В третьей части «Regestr» в алфавитном порядке приведен список наиважнейших лекарственных трав и иных материалов для приготовления лекарств.

Бобрик В.И.

ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ ОРГАНОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бутвиловский В.Э.
Кафедра биологии

В настоящее время известно около 5000 наследственных заболеваний, значительная часть которых имеет характерные нарушения челюстно-лицевой области и заметна сразу после рождения или проявляется в первые годы жизни ребенка. Наиболее часто с этими заболеваниями приходится сталкиваться детским стоматологам и неонатологам.

Задача врача состоит в том, что бы увидеть данные аномалии и правильно их интерпретировать. Сложность заключается в том, что нередко отсутствует параллелизм между значимостью (в смысле тяжести) симптома для пациента и его диагностической ценности (информативности) – в смысле возможности установления диагноза.

Систематизированная информация о проявлениях наследственных заболеваний в челюстно-лицевой области в настоящее время отсутствует, что и обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования: рассмотреть основные симптомы и стигмы дизэмбриогенеза при наследственных заболеваниях, имеющих стоматологические проявления.

Методы исследования. Проанализированы данные литературы о частоте встречаемости, типах наследования и клинической картине 30-ти наследственных заболеваний (генной и хромосомной этиологии), сопровождающихся дисплазией мозгового и лицевого отделов черепа, губ, полости рта, зубов, языка, неба, челюстей.

Установлено, что чаще всего встречались такие стигмы дизэмбриогенеза челюстно-лицевой области как расщелины губы и неба, аномалии зубных рядов, аномалии прикуса, позиции зубов, диастемы, тремы, гипоплазия эмали, дополнительные зубы, микрогнатия, микродентия узкое, широкое, высокое, арковидное небо и др.

Следует отметить, что диагностическая значимость отдельно взятого признака этой группы относительно невелика, однако недооценивать их не следует. При обнаружении двух и до 7-10 малых аномалий больной должен пройти тщательное клиническое обследование.

Бовсуновская С.Н.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Никитина Е.В.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. В последние годы отмечается рост оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы у женщин. Хирургическое выключение функции яичников и матки приводит к развитию посткострационного синдрома (ПКС). Симптомы ПКС возникают через 1-3 недели после операции и достигают полного развития через 2-3 месяца. В клинической картине преобладают: вегетативно-сосудистые нарушения (73%) - приливы, потливость, тахикардия, аритмия, боли в сердце, гипертонические кризы; обменно-эндокринные нарушения (15%) - ожирение, гиперлипидемия, гипергликемия; психоэмоциональные (12%) - раздражительность, плаксивость, плохой сон, нарушение концентрации внимания, агрессивно-депрессивные состояния. Однако, у некоторых женщин психоэмоциональные расстройства могут быть доминирующими и определять тяжесть состояния больных.

Цель исследования: Оценить психоэмоциональное состояние женщин после экстирпации матки.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось в гинекологическом отделении 6 ГКБ. В исследуемую группу вошли 26 женщин в возрасте от 43 до 64 лет после оперативного лечения по поводу миомы матки в сочетании с другой патологией на 3-5 сутки после операции. Контрольную группу составили 25 женщин с миомой матки, находящиеся на диспансерном наблюдении в 18 женской консультации. Проведён анализ историй болезней и амбулаторных карт 51 пациентки. Для изучения психоэмоционального состояния женщин использовались: тест ситуативной и личностной тревожности Спилберга, опросник депрессии Бека, индивидуальная психотерапевтическая беседа.

Результаты исследования.

Основную массу (63,6%) в исследуемой группе составили работающие женщины. В анамнезе у всех женщин были сопутствующие экстрагенитальные заболевания. Первое место занимает патология сердечно-сосудистой системы (45,6%), второе – заболевания желудочно-кишечного тракта (40,1%), третье – болезни органов мочевыделения (14,3%). Менопауза наблюдается у 11 женщин. Показаниями для операции явились: субмукозный узел, сочетание миомы матки с другой патологией (дисплазия I-II степени, гипертрофия эндометрия, кисты яичника), рост миомы матки. Были выполнены операции экстирпации матки с придатками/без придатков. Таким образом, в ответ на оперативное лечение в исследуемой группе выявлен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности у 17 женщин (65,4%), умеренный уровень ситуативной тревожности и высокий личностной – у 8 женщин (30,8%), умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности – у 2 женщин (7,6%). В контрольной группе высокий уровень тревожности выявлен только у 2 женщин (8%). Уровень депрессии в исследуемой группе составил 15 баллов у 3 человек (11,5%), что является повышенным уровнем, но не требует назначения антидепрессантов. В то время как в контрольной группе уровень депрессии по Беку был ниже 10 баллов, что является нормой.

Выводы.

1. После оперативного лечения по поводу экстирпации матки у женщин наблюдается высокий уровень тревоги (ситуативной и личностной) (65,4%), в то время как у женщин, получающих консервативное лечение, эти показатели в норме.
2. В исследуемой группе отмечается повышенный уровень депрессии (11,5% женщин), не требующих применения антидепрессантов.
3. Женщинам после оперативного лечения по поводу экстирпации матки помимо основного лечения необходима рациональная психотерапия.

Богдан А.С.

БЫЦЬ ЦІ НЕ БЫЦЬ… АБ ЛЁСЕ РОДНАЙ МОВЫ (НА АСНОВЕ САЦАПЫТВАННЯ СТУДЭНТАЎ-МЕДЫКАЎ)

Навуковы кіраўнік Ратынская Н.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Мова - гэта адна з найважнейшых прыкмет нацыі, падмурак этнічнага самаўсведамлення народа. Менавіта мова яднае нас у адно грамадства, робіць з сукупнасці людзей народ.

Беларуская мова - гэта высокаразвітая мова, якая прайшла доўгі і складаны шлях свайго станаўлення. Яна можа паспяхова абслугоўваць усе сферы жыцця сучаснага грамадства. Але зараз, у час суцэльнай магчымасці яе свабоднага выкарыстання, родная мова сярод насельніцтва папулярнасцю не карыстаецца і знаходзіцца ў стане заняпаду.

Мэта даследавання: знайсці прычыну заняпаду беларускай мовы ў сучасным грамадстве.

Задачы: прасачыць асноўныя этапы станаўлення, развіцця, росквіту і заняпаду беларускай мовы; даць ацэнку паводзінам народа ў пераломныя моманты гісторыі, з якімі непасрэдна звязаны стан мовы; правесці сацыяльнае апытванне сярод студэнтаў БГМУ і па яго выніках зрабіць прагноз далейшага развіцця беларускай мовы ў сучаснай Беларусі.

Методыка даследавання. У ходзе даследавання было прааналізавана шмат кніг, артыкулаў, навуковых прац даследчыкаў беларускай мовы; была пабудавана паслядоўнасць яе асноўных этапаў развіцця і станаўлення; акрэслены найбольш значныя падзеі, якія спрыялі ці наадварот перашкаджалі яе росквіту і выкарыстанню. Праведзена сацяльнае апытванне, якое змяшчала наступныя пытанні:

1)На якой мове вы размаўляеце у паўсядзённым жыцці?

2)На якой мове вы набываеце адукацыю?

3)Як вы ставіцеся да існавання дзвюх дзяржаўных моў у нашай краіне?

4)Ці жадалі б вы, каб насельніцтва нашай краіны размаўляла на беларускай мове?

5)На ваш погляд, беларуская мова ў сучаснай Беларусі знаходзіцца ў заняпадзе? Коратка абгрунтуйце свой адказ.

Вынікі. Вынікамі даследавання стаў у асноўным аналіз сацыяльнага апытвання сярод студэнтаў-медыкаў, якое паказала, што 100% апытаных бачаць сучасны стан беларускай мовы як перыяд яе заняпаду. Столькі ж набывае адукацыю і размаўляе ў паўсядзённым жыцці на рускай мове. Больш за палову апытаных станоўча ставіцца да існавання дзвюх дзяржаўных моў у нашай краіне. Пры гэтым 50% усё ж жадае, каб насельніцтва Беларусі размаўляла на беларускай мове. Але другая палова апытаных такога жадання не выяўляе. Зыходзячы з гэтага, можна зрабіць выснову, што большасць беларускага насельніцтва ўжо амаль поўнасцю русіфікавана і гэты факт іх задавальняе. Тая невялікая колькасць, якая жадае выкарыстоўваць беларускую мову ў паўсядзённым жыцці, не мае падтрымкі ў гэтым імкненні ні з боку дзяржавы (дзяржаўны статус рускай мовы, адукацыя на рускай мове і інш.), ні з боку астатняга насельніцтва.

Богдан М.В.

ВЛИЯНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ РОСТОВЫХ ФАКТОРОВ ТРОМБОЦИТАРНЫХ КОНЦЕНТРАТОВ НА КУЛЬТУРЫ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ФИБРОБЛАСТОВ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель Никитина О.С., канд. мед. наук, доц. Зафранская М.М.
Кафедра нормальной физиологии, кафедра иммунологии
Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова

Цель исследования: оценить влияние аутологичных ростовых факторов тромбоцитарных концентратов (ТК) на мультипотентные мезенхимные стромальные клетки жировой ткани (ММСК ЖТ) и фибробласты кожи человека в экспериментальной модели in vitro.

Материал и методы исследования. Материал - культуры 2-3-го пассажей ММСК ЖТ и фибробластов кожи пациентов, находившихся на лечении в УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска. Забор биологического материала проводили после оформления информированного согласия пациента. Выделение ММСК ЖТ и фибробластов кожи проводили по стандартным методикам. ТК получали путем центрифугирования 6 мл крови пациента с 1 мл 3,8% раствора цитрата натрия. Для оценки влияния ТК на морфофенотипические особенности клеток использовались культуры ММСК ЖТ и фибробластов культивируемые в присутствии 10% ТК. В качестве контроля рассматривались культуры, культивируемые в 10% эмбриональной телячьей сыворотке (ЭТС). Культуры исследовали на инвертированном микроскопе Carl Zeiss Axiovert 200 (Германия). Для иммунофенотипического анализа клетки инкубировали с моноклональными антителами к антигенам CD90, CD71, CD44, CD31, CD105, HLA-DR, CD119, CD34, CD45. с последующей оценкой на про-

точном цитометре FC 500 (Beckman Coulter, США). Жизнеспособность культур определяли методом витальной окраски флуоресцентным красителем: Хекстом-33342 (Sigma, Германия).

Результаты исследования. Морфологический анализ клеток человека при различных вариантах культивирования не выявил различий в полученных культурах, которые были представлены отростчатыми клетками веретенообразной формы. Вместе с тем, пролиферация клеток в ТК характеризовалась формированием равномерного слоя с высокой плотностью, при нахождении в ЭТС отмечалось отсутствие однородности с многочисленными участками гипоконфлюэнтости. Жизнеспособность культур ММСК ЖТ и фибробластов в течение всего процесса культивирования как в ЭТС, так и в ТК составляла 98,0% (97,3%-99,2%) и 95,8% (93,1%-97,8%) соответственно, без достоверных отличий ($p>0,05$). Отмечен более высокий прирост ММСК ЖТ ($p<0,05$) при культивировании в среде, содержащей ТК (коэффициент прироста – 4,9), по сравнению с культивированием с ЭТС (коэффициент прироста – 2,5). Добавление в пролиферативную среду ТК приводило к увеличению ($p<0,05$) концентрации фибробластов кожи ($6,5x10^4$ ($6,2x10^4$-$9,2x10^4$)) по сравнению со средой контроля ($3,4x10^4$ ($2,6x10^4$-$4,3x10^4$)) в 1,9 раза. Иммунофенотипический анализ показал, что абсолютное большинство клеток, культивируемых с различным составом сывороточных белков, характеризовались специфичным для ММСК фенотипом поверхностных антигенов CD90+/CD105+/CD44+/CD119+/CD34-CD45-CD31-.

Выводы. Влияние аутологичных ростовых факторов ТК на МСК ЖТ и фибробласты кожи человека определяется стимуляцией их клеточной пролиферации без изменения морфологических особенностей клеток, сохранением стабильности фенотипа и высокой жизнеспособностью культур. Использование ТК при культивировании позволяет быстро получать необходимое количество клеток, отказаться от использования ксеногенных компонентов.

Богданович М.С., Антропов В.Г.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ В ВОЕННОМ КОНФЛИКТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук. Ишутин О.С.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Актуальность. Опыт военных конфликтов современности свидетельствует о том, что угроз и вызовов в мире становиться не меньше. После окончания Второй мировой войны 1939-1945 гг. в мире преобладают локальные вооруженные конфликты, в ходе которых решающая роль принадлежит так называемым «нетрадиционным» средствам поражения противника. Приоритет в данном вопросе принадлежит применению специальных форм противоборства. Во многих государствах создан и активно развивается такой род войск как силы специальных операций (ССО). Это наиболее мобильные и боеготовые воинские формированиям вооруженных сил любого государства. С развитием ССО требуют совершенства и вопросы медицинского обеспечения специальных действий подразделений специального назначения.

Цель работы: провести анализ деятельности медицинского персонала ССО на примере локальной войны в Афганистане в период 1979-1989 гг. с участием ограниченного контингента советских войск (ОКСВ) и вооруженного конфликта объединенных сил НАТО в Афганистане и Ираке в период 2001-2011 гг., а также рассмотреть новшества в области военной медицины, внедряемые в самых боеспособных армиях в мире.

Результаты. В горах Афганистана деятельность медицинской службы зависела не только от величины и структуры санитарных потерь, наличия сил и средств медицинской службы, их оснащенности эвако-транспортными и другими техническими средствами, но и от субтропического, континентального климата этой горной страны.Так в ходе проведения специальных войсковых операций подразделениями специального назначения решением командиров устанавливалось перекрестное наблюдение каждого военнослужащего за 1-2 сослужив-

цами. Личный состав подразделений проходил специальную медицинскую подготовку уровня как минимум санитарного инструктора (медицинского брата). С управлением основного подразделения и одной из групп следовал врач, в других же находились фельдшеры, в более мелких группах – санитарные инструкторы, а где их не было – санитары. Для выноса раненых с места боестолкновения на вертолетную площадку (место приземления) вертолета назначалась группа численностью 6-8 человек, а для эвакуации раненых и больных из района боевых действий применялись транспортно-санитарные бронегруппы (2-3 бронеобъекта и 1-2 ГТМУ). Для поиска раненых военнослужащих в районе боестолкновения применялись специальные поисково-спасательные спецгруппы на вертолетах и использовавшие для этой цели специальное оснащение и запас медицинского имущества, препаратов крови и кровезамещающих растворов.

Применение принципа максимального приближения сил и средств медицинской службы и особенно широкое использование авиации обеспечили оказание всех видов медицинской помощи в максимально ранние (оптимальные) сроки и установленном объеме.

В ходе подготовки личного состава вышеуказанных подразделений к выполнению задач по предназначению играет психологическая подготовка, в которой медицинский персонал играет немаловажную роль.

Таким образом, в связи с увеличением роли ССО в современных вооруженных конфликтах необходим качественно новый подход в медицинском обеспечении их специальных действий.

Богинь И.В., Лукша Н.А.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГАЗА, ВЫДЕЛЯЮЩЕГОСЯ ПРИ ОБРАБОТКЕ ЗУБНЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ / ЛИМОННАЯ КИСЛОТА

Научный руководитель Юреня А.В.
Кафедра биоорганической химии

Постоянное промывание корневого канала во время механической обработки необходимо для очищения его от дентинных опилок, остатков мягких тканей, растворения органического распада, дезинфекции (как основного, так и дополнительных каналов) и для улучшения скольжения эндодонтического инструмента в канале. Для этой цели наиболее широко используются вещества из группы окислителей (3% раствор перекиси водорода, перекись мочевины и др.), раствор хлоргексидина (0,01%), органические кислоты (лимонная кислота),хелационные агенты (ЭДТА — этилендиаминтетрауксусная кислота).

Для ирригации может быть использован раствор гипохлорита натрия.Популярность NaOCI в качестве ирригационного раствора для эндодонтии определяется общедоступностью и дешевизной раствора.

Выраженная щелочная реакция (pH = 11), гипертонические свойства и содержание активного хлора от 1% до 5% придают раствору окислительные и гидролизирующие свойства, обуславливают бактерицидный и протеолитические эффект.

Динамический баланс раствора гипохлорита

$NaOCl+H_2O= NaOH+HOCl=Na^+ +OH^- +H^+ +OCl^-$.

Кислотами, применяемыми в эндодонтии для промывания каналов, являются фосфорная и лимонная в концентрации от 6% до 30%. Растворы кислот высоко эффективны для удаления минерального компонента смазанного слоя корневого канала и при лечении облитерированных каналов. Тем не менее, поскольку их эффективность как антисептиков и органических растворителей ограничена, рекомендуется сочетанное использование с гипохлоритом натрия. Применяют три комбинации ирригационных растворов для удаления смазанного слоя:

1.NaOCI+ЭДТА;

2.NaOCI + ортофосфорная кислота;

3.NaOCl + лимонная кислота.

Отличительной особенностью использования второй и третьей комбинации является выделения газа, чего не происходит при использовании первой комбинации.

Поэтому целью нашей работы является идентификация выделяющихся газов при обработке зубных каналов системами гипохлорит натрия\лимонная кислота и гипохлорит натрия\ ортофосфорная кислота.

Богодяж Д.С.

ОСОБЕННОСТИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Баешко А.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Цель исследования: изучение анатомических особенностей перераспределения кровотока при дисплазиях нижней полой вены (НПВ), а также выявление зависимости степени развития коллатералей от уровня и протяжённости агенезии.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и динамического наблюдения (с 2003 по 2012 гг.) за 21 пациентом с гипо- или аплазией НПВ. Все больные мужского пола, возрастом от 15 до 55 лет. Диагноз, а также степень дилатации коллатеральных путей кровотока у всех пациентов верифицированы СКТ– или МРТ–флебографией.

Результаты исследования. По результатам СКТ– и МРТ–флебографии нами выделено четыре группы путей окольного дренажа крови из таза и конечностей: центральная система коллатералей (восходящие поясничные вены, непарная и полунепарная вены, паравертебральное венозное сплетение, вены позвоночного канала), промежуточная система коллатералей (гонадные вены, почечные, надпочечниковые и диафрагмальные вены), поверхностная система коллатералей (подкожные вены переднебоковой брюшной и грудной стенок), портальная система коллатералей.

Расширение восходящих поясничных вен имело место у всех больных. Их диаметр колебался от 20 до 25 мм. Следует отметить, что при наличии у обследуемого инфраренального отдела данные коллатерали были расширены в меньшей степени. Дилатация v. azygos и v. hemiazygos достигала 18 – 25 мм. Как правило, в большей степени был расширен конечный отдел непарной вены у места её впадения в верхнюю полую вену. Более чем у 70% обследуемых выявлено расширение позвоночных вен, что явилось причиной болей в поясничной и пояснично-крестцовой областях, по локализации и характеру напоминавших клинику радикулита либо ишиорадикулита. У больных с агенезией инфраренального отдела, а также с суб- и тотальной аплазией НПВ (10 человек) дилатация v. testicularis sinistra была выражена в большей степени: у 6 человек диаметр левой гонадной вены на разных уровнях колебался от 18 до 22 мм, у 4 – от 20 до 40 мм. У остальных пациентов левая тестикулярная вена была расширена примерно до 15 мм. У одного из обследованных больных тромбоз аневризматически расширенной левой гонадной вены симулировал клинику почечной колики. Значительной дилатации достигли почечные вены, в большей степени левая, которая принимала в себя кровь от v. testicularis, а также надпочечниковые и нижняя диафрагмальная вены слева. У 8 больных диаметр v. renalis sinistra достигал 20 – 23 мм, у остальных – 14 – 17 мм. Выраженность варикозного расширения подкожных вен ног и брюшной стенки, как наиболее характерного проявления синдрома НПВ, определялись уровнем агенезии НПВ. У пациентов с поражением инфраренального отдела НПВ трансформация подкожных вен живота ограничивалась нижними отделами передней брюшной стенки. В случаях протяжённой агенезии помимо расширения вен ног и переднебоковой стенки живота наблюдалось варикозное расширение вен грудной клетки. Диаметр данных коллатералей на различных участках тела у всех больных варьировал от 13 до 25 мм. У одного пациента было выявлено расширения подкож-

ных вен в периумбиликальной зоне по типу «головы Медузы», свидетельствующего о кавопортальном сбросе крови.

Таким образом, случайно выявленное при инструментальном или физикальном обследовании расширение того или иного коллатерального пути оттока крови, при наличии соответствующей клиники может косвенно свидетельствовать о пороке развития НПВ.

Богомазова Е.Н., Куксова Ю.А.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бацукова Н.Л.
Кафедра общей гигиены

Стрессоустойчивость представляет собой совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

Стрессовые состояния — угроза для профессиональной деятельности, источник конфликтов с близкими людьми, причина многих заболеваний. Наша жизнь далека от идеальных условий, поэтому современному человеку необходимо оценивать и повышать психологическую устойчивость, развивать способность контролировать эмоциональные и интеллектуальные перегрузки, снимать их разрушительные последствия.

У современных студентов, постоянно испытывающих высокие интеллектуальные и эмоциональные нагрузки в процессе обучения в вузе, часто наблюдается отрицательная динамика отношения к учебной деятельности.

Цель работы: оценить уровень стрессоустойчивости студентов-медиков в процессе учебной деятельности и степень нарушений когнитивной, эмоциональной, мотивационной и поведенческой сфер деятельности личности студента; разработать практические рекомендации, направленные на повышение стрессоустойчивости студентов.

Методика. Проведено тестирование у студентов 3 курса медико- профилактического факультета. Тестирование проходило в три этапа: 1- во время учебного процесса, 2-во время экзамена, 3-сразу после экзамена и включало два теста, которые оценивали стрессоустойчивость студентов и уровень стресса.

Полученные результаты. В течение учебного процесса нормальный уровень стрессоустойчивости отмечается у 50,5% студентов, во время экзамена он снизился до 41,9%, а после экзамена составил 39,4%. Повышенную чувствительность к стрессу в течение учебного процесса имели 24,2% студентов, во время экзамена – 51,2%, после экзамена – 54,5%. Также отмечается тенденция к снижению уровня устойчивости к стрессу: 25,3% в течение учебного процесса; 6, 98% - во время экзамена, 6,06% - после экзамена.

	Устойчивость к стрессу	Нормальный уровень стессоустойчивости	Повышенная чувствительность к стрессу
Учебный процесс	25,3%	50,5%	24,2%
Экзамен	6,98%	41,9%	51,2%
После экзамена	6,06%	39,4%	54,5%

По результатам нашей работы мы обнаружили, что большинство студентов не могут самостоятельно справиться со стрессом, который на них влияет во время учебы. Разработанные нами практические рекомендации включают конкретные психогигиенические методики повышения стрессоустойчивости: дыхательные техники, мышечная релаксация, использование позитивных образов (визуализация), физические упражнения. Все это при правильном

использовании поможет найти в себе чувство уверенности, спокойствие, внимательность, чувство собственной значимости, решительность, «упорядоченность мыслей», «свободу речи», что позволит достичь высоких результатов в учебе.

Божко И. С.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ОРГАНИЗОВАННОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель асс. Валаханович Т.Н.
Кафедра гигиены детей и подростков

Среди множества факторов, играющих роль в формировании здоровья детей и подростков, особое значение имеет фактическое питание. Адекватное, сбалансированное по химическому составу и незаменимым компонентам питание обеспечивает нормальный рост и развитие организма, способствует профилактике различных заболеваний и создает условия для оптимальной адаптации к окружающей среде.

Цель: Провести гигиеническую оценкуфактического питания младших школьников (6-10лет) в условиях организованных коллективов на примере г. Минска.

Материалы и методы. Анализ фактического питания детей младшего школьного возраста в учреждениях, обеспечивающих получение общего среднего образования г. Минска, проведен на основеменю-раскладок (за 66 дней).Оценка энергетической ценности, макроимикронутриентной обеспеченностирационов питания осуществлялась на основании таблиц химического состава продуктов. Полученные результаты сопоставлялись с возрастными физиологическими нормами суточной потребности школьников в пищевых веществах и энергии.

Результаты. Проведенный в ходе выполнения научного исследования анализ фактического питания свидетельствует о том, чтов структуре питания детей имеются отклонения в сторону недостаточного потребления основных компонентов пищи и энергоценности, принимая в расчет, что при 3-х разовом питании школьники должны получать до 70% необходимых компонентов пищи с организованным питанием. Так, энергетическая ценность рациона покрывает лишь на49,75%возрастную физиологическую норму и составляет 1044,7±31,45ккал. Содержание белков в продуктах питания удовлетворяло потребность растущего организма на 52,84% и составило 39,10±1,93г. Поступление жиров за счет фактического организованного питаниянаходилосьниже рекомендуемых значений и составило 32,46±1,26 г., что лишь на 46,36% соответствует возрастной физиологической норме.Количество полиненасыщенных жирных кислот в потребляемых продуктах составило 6,11±0,45г. Углеводный компонент был ниже нормы и его потребление составило 167,86±6,12г. (59,11% от необходимого). При этом содержание пищевых волокон в продуктах питания было 8,35±0,26г. (54,48% от рекомендуемого количества).Соотношение Б:Ж:У свидетельствует о преобладание углеводного компонента и недостаточности жирового, которое составляет 1:0,8:4,3 при норме 1:1:4.Недостаточным было и поступление с пищей минеральных веществ и витаминов.Содержание кальция в потребляемых продуктах составило 23,65%, фосфора было – 51,56%, магния – 66,43%, железа – 72,05%; витамина А – 61,62%, витамина B_1–41,79%, B_2– 39,05%, PP – 41,56% от физиологически рекомендуемого суточного количества для данного возраста.

Проведенный анализ фактического организованного питания свидетельствует о наличии у детей дефицитного поступления с пищей основных макро- и микронутриентов в рационе, что может приводить к формированию недостаточного неполноценного статуса питания учащихся и требует проведения целенаправленных коррекционных мероприятий.

Божко А.А.

СВОЙСТВА, СЕКРЕЦИЯ И ФУНКЦИИ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Василькова Т.В.
Кафедра биохимии

Полиморфно-ядерные лейкоциты человека (ПМЯЛ) – клетки, которые являются первым звеном иммунной защиты организма от инфекции и активируются при взаимодействии с микроорганизмами. Полиморфно-ядерные лейкоциты человека имеют 4 типа гранул, содержащих различные белки и ферменты. При активации клеток содержимое гранул постепенно переходит в фагосомы или во внеклеточное пространство.

Азурофильные гранулы ПМЯЛ содержат в огромном количестве уникальный белок – гемсодержащий фермент – миелопероксидазу. Вместе с мембраннойNADPH-оксидазой миелопероксидаза участвует в процессах образования активных форм кислорода и в окислении биологического материала.

Миелопероксидаза (МРО, КФ 1.11.1.7.) является уникальным ферментом нейтрофилов и моноцитов. Миелопероксидаза – это катионный гликозилированный белок, имеющий молекулярную массу 144 кДа. Фермент состоит из двух идентичных димеров, имеющих тяжелую и лёгкую субъединицы.

Миелопероксидаза может образовывать целый ряд окислителей. Кроме того, активные состояния фермента способны окислять различные субстраты. Известно много различных субстратов, которые могут окисляться соединением I (и с меньшей скоростью соединением II МРО) до соответствующего радикала путем отрыва одного электрона. Большинство реакций, катализируемых миелопероксидазой, являются окислительно-восстановительными.

Функции миелопероксидазы: а) окислительные эквиваленты, которые образует миелопероксидаза, вовлечены в многочисленные процессы повреждения тканей; б) присоединение миелопероксидазы к мембранам; в) нитрирование белков миелопероксидазой; г) регуляция тонуса сосудов; д) угнетение ответов полиморфно-ядерных лейкоцитов человека; е) миелопероксидаза участвует в таких патологических процессах, как атеросклероз, рак, множественный склероз и болезнь Альцгеймера.

Миелопероксидазу в тканях можно обнаружить несколькими способами: а) хемолюминисцентный метод с использованием люминола; б) хемолюминисцентный метод с использованием фолазина; в) спектрофотометрический метод с использованием ортофенилендиамина; г) методы с использованием антител.

Миелопероксидаза – уникальный многофункциональный фермент, который участвует не только в процессах защиты, но и повреждения тканей в очаге воспаления.

Борис М.А.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Таганович А.Д.
Кафедра биологической химии

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важнейшей для Республики Беларусь медико-социальной и экономической проблемой. Являясь осложнением большинства сердечно-сосудистых заболеваний, ХСН встречается у 4% населения, удваиваясь по декадам прожитых лет, начиная с 60-летнего возраста. Фибрилляция предсердий (ФП) встречается у ¼ пациентов с сердечной недостаточностью и значительно ухудшает её течение. С другой стороны ХСН сама по себе может способствовать развитию ФП. Ведение пациентов с обои-

ми состояниями представляет важную проблему, а определение роли биологических маркеров сердечной недостаточности, в частности N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида, при фибрилляции предсердий имеет как научный, так и практический интерес.

Цель исследования: оценить значение определения N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов с ХСН (14 женщин и 16 мужчин). Средний возраст обследованных составил 62±11 лет, средняя длительность заболевания – 13,2± 10,5 лет. В зависимости от наличия фибрилляции предсердий пациенты были разделены на две группы: первая группа – больные с ФП (n = 18), вторая группа – больные без ФП (n= 12). В группу контроля вошли 20 лиц без клинико-инструментальных признаков сердечной недостаточности, не отличающиеся от исследуемых групп по полу и возрасту. Кроме общепринятых методов план обследования пациентов включал анализ сывороточной концентрации N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида. Методом эхокардиографии (ЭХО-КГ) оценивали структурно-функциональное состояние сердца.

Результаты и обсуждение. В общей группе пациентов с ХСН уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида был значительно выше, чем в группе контроля ($p<0,001$). Выявлена также достоверная корреляция ($p<0,001$) между уровнем гормона в крови больных и следующими ЭХО-КГ-параметрами: переднее-задним размером левого предсердия (ЛП), конечно-диастолическим размером левого желудочка (ЛЖ), фракцией выброса (ФВ), индексом массы миокарда. При сравнении клинических и ЭХО-КГ-данных в группах пациентов с ФП и без ФП достоверных отличий не получено ($p>0,05$). Была выявлена лишь тенденция к дилатации ЛП и снижению ФВ у лиц с ФП. В то же время уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ФП был достоверно выше, чем у больных без ФП ($p<0,03$). Принимая во внимание важное прогностическое значение оценки уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ХСН, результаты нашего исследования демонстрируют особое клиническое значение определения уровня этого гормона у лиц с ФП, в том числе для принятия решения о тактике ведения пациентов (необходимости восстановления синусового ритма).

Борис М.А.

МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ СИСТЕМ ДЕТОКСИКАЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Аветисов А.Р.
Кафедра радиационной медицины и экологии

В процессе своей жизнедеятельности организм человека подвергается воздействию множества чужеродных веществ – ксенобиотиков, к которым относят продукты хозяйственной деятельности человека, вещества бытовой химии и фармацевтические препараты. Поступление этих веществ в организм может существенно угрожать здоровью человека, вызывая злокачественные, наследственные, аутоиммунные и другие заболевания. Механизмы детоксикации характеризуются существенной индивидуальной изменчивостью, причинами которой могут быть воздействие факторов окружающей среды, образ жизни, генетические влияния. Имеющиеся в литературных источниках сведения об основных системах детоксикации и их роли в развитии хронических заболеваний носят неоднозначный, а порой и противоречивый характер.

Цель исследования: систематизировать имеющиеся научные данные о механизмах регуляции системы детоксикации и их взаимодействии.

В организме человека существует несколько механизмов регуляции активности систем детоксикации. Конкретные ферменты детоксикации могут быть активированы или ингибированы в зависимости от типа ксенобиотика, пола и возраста, генотипа индивидуума и образа жизни. На их активность также могут влиять различные заболевания, причем одни заболевания активируют ферменты детокстикации, другие наоборот их ингибируют. Наблюдается также генетический полиморфизм ферментов детоксикации, то есть в генотипе встречаются различные версии гена, кодирующего синтез определенного фермента: у одних людей этот фермент проявляет большую активность, чем у других, а, следовательно, и скорость метаболизма ксенобиотиков у этих людей будет отличаться. Так по имеющимся научным данным сниженная активность N-ацетилтрансферазы может приводить к некоторыми типами рака, а также болезни Паркинсона.

В большинстве литературных источников основную роль в процессах детоксикации отводят ферментам печени, недооценивая роль желудочно-кишечного тракта, в котором, как правило, и происходит первый контакт ксенобиотика с организмом. Особое значение имеют также ферменты тонкого кишечника, в частности CYP3A4, обнаруженный в высоких концентрациях в ворсинках тонкого кишечника.

Таким образом детоксикация ксенобиотиков в организме человека осуществляется сложной интегрированной системой с множеством регулирующих механизмов, понимание которых может иметь существенную роль в профилактике опасных для жизни заболеваний.

Борисевич Г.А.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННОГО ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ПОЛИОМИЕЛИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Астапов А.А.
Кафедра детских инфекционных болезней

Целью исследования является выявить клинико-лабораторные особенности течения вакциноассоциированного паралитического полиомиелита.

Материалы и методы. Изучение данных из историй болезни.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что диагностика ВАПП (вакциноассоциированного паралитического полиомиелита) представляет большие трудности и требует привлечение специалистов различного профиля.

Риск развития ВАПП составляет 1,5-2,2 случая на 1 млн использованных доз живой ослабленной вакциной против полиомиелита(ОПВ). Главными причинами, способствующими возникновению ВАПП, считаются реверсия вакцинных штаммов с приобретением последними нейровирулентности, дефицит иммунитета у реципиентов вакцины или контактных с ними лиц, а также циркуляция нейровирулентных вакциннородственных полиовирусов в странах с низким охватом рутинной иммунизацией против полиомиелита. Риск развития ВАПП при наличии нарушений иммунитета увеличивается более чем в 3 000 раз. Наиболее часто встречающаяся иммунопатология – общий вариабельный иммунодефицит, тяжелый комбинированный иммунодефицит, гипогаммаглобулинемия. Основными этиологическими агентами возникновения ВАПП являются полиовирусы 2 и 3 типа. Топическая сущность ВАППМ – не только поражение передних рогов спинного мозга, но и проводящих путей, корешков, что позволяет трактовать заболевание как миелополирадикулит.

С 1967 по 2012 в Республике Беларусь зарегистрировано 54 случая вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (по данным Ермолович М.А.).

В то же время, проводится клиническое, вирусологическое и серологическое обследование детей с вялыми парезами и параличами. Возникают трудности в дифференциальной диагностике с объемным образованием в головном мозгу и гематологической патологией. В докладе будут предоставлены эти наблюдения.

Выводы. Надзор за ОВП в Беларуси характеризуется хорошей организацией и полностью соответствует всем критериям ВОЗ. Опыт надзора показывает, что при применении комбинированной схемы вакцинации частота выделения полиовирусов от детей с острыми вялыми параличами уменьшилось вдвое в сравнении с применением только оральной вакцины, при этом циркуляция неполиомиелитных энтеровирусов не увеличилась.

Перспективным направлением в совершенствовании иммунопрофилактики полиомиелита является поэтапное увеличение количества доз инактивированной полиомиелитной вакциной в Национальном календаре профилактических прививок. Это позволит исключить циркуляцию вакцинных и вакцинородственных штаммов полиовируса и возникновение контактных случаев ВАПП.

Борисенок О.А.

НЕФРОЗАЩИТНОЕ ДЕЙСТВИЕ КОМБИНАЦИИ МЕЛАТОНИНА С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ ПРИ ГЕНТАМИЦИНОВОЙ НЕФРОПАТИИ У КРЫС

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бушма М.И.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель исследования: Оценить возможное нефрозащитное действие комбинации мелатонина с ацетилцистеином при поражении гентамицином нефронов крыс.

Материалы и методы. Опыты проведены на 24 беспородных крысах-самках массой 250 – 300 г. Гентамицин (внутрибрюшинно, 60 мг/кг), мелатонин (в желудок в виде взвеси в слизи крахмала, 10 мг/кг) и ацетилцистеин (внутрибрюшинно, 40 мг/кг) вводили 1 раз в день, 10 дней. Контрольным животным – воду для инъекций (внутрибрюшинно) и слизь крахмала (в желудок). Через 2 часа после последнего введения крыс помещали в обменные клетки для сбора мочи в течение 24 часов. Затем их эвтаназировали, собирали кровь для получения плазмы и извлекали почки. Кусочки почек окрашивали гематоксилином/эозином, а также на выявление содержания рибонуклеопротеинов и гликопротеинов, активностей щелочной и кислой фосфатаз (ЩФ, КФ), лактат- и сукцинатдегидрогеназ (ЛДГ, СДГ). В плазме изучали содержание средних молекул, мочевины и креатинина; в моче – мочевины и креатинина, белка и глюкозы, лейкоцитов и эритроцитов с использованием широко применяемых в клинической практике методов исследований. Рассчитывали клиренс креатинина.

Количественную оценку полученных результатов проводили с использованием непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни).

Результаты исследований. Введение крысам гентамицина сопровождается выраженным повреждением нефронов. Под его влиянием исчезают нормальные проксимальные извитые канальцы (ПИК) корковых нефронов (КН). Преобладают умеренно, сильно поврежденные и погибшие канальцы (соответственно 16, 41 и 40 % от общего их количества). Увеличиваются наружный (на 7 %) и внутренний (в 6,3 раза) диаметры ПИК КН. В 2,6 раза снижается высота выстилающих канальцы эпителиоцитов. Процент ПИК КН, юкстамедуллярных нефронов (ЮН), а также прямых канальцев КН и ЮН, заполненных детритом, составляет соответственно 27, 32 и 36. Следствием выраженных деструктивных изменений в нефронах, вызываемых гентамицином, является нарушение в них метаболизма. Об этом свидетельствует ингибирование активностей: ЩФ и СДГ в ПИК КН и ЮН (в 1,8 – 3,2 раза); КФ и ЛДГ в ПИК КН (на 65 и 35%). Функциональная активность почек снижается, что подтверждается увеличением в плазме содержания средних молекул, мочевины и креатинина (на 32 %, в 3,8 и 2,8 раза). Это ассоциируется с синхронным снижением содержания двух последних в моче (в 1,8 и 3,8 раза). Клиренс креатинина уменьшается на 80 %. Развивается протеин- и лейкоцитурия.

Комбинация мелатонина с ацетилцистеином оказывает нефрозащитное действие: появляются нормальные ПИК КН (7 %), увеличивается количество умеренно поврежденных канальцев (в 2,8 раз) за счет снижения процента сильно повреждённых и погибших (на 38 и 70

%). Уменьшается внутренний диаметр ПИК КН (на 33 %), а высота эпителиоцитов, выстилающих их просвет, увеличивается (на 62 %). Процент ПИК КН и ЮН, прямых КН и ЮН, заполненных детритом, уменьшается (на 49 – 59 %). Активируются ферменты в нефронах: ЩФ в ПИК ЮН (на 54 %), СДГ в ПИК КН и ЮН (на 84 и 47 %). В плазме снижается содержание мочевины (на 42 %) и креатинина (на 40 %), что свидетельствует об улучшении функции почек.

Вывод. Комбинация мелатонина с ацетилцистеином оказывает нефрозащитное действие у крыс с гентамициновой нефропатией, проявляющееся улучшением строения нефронов, протекания в них биохимических процессов и функции почек.

Боровик Е.А.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПАНКРЕАТОГЕННЫМ АСЦИТОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Ращинский С.М.
2-я кафедра хирургических болезней

Внутренний панкреатический свищ (ВПС), ведущий к развитию панкреатогенного асцита (ПА), является редким, но хорошо известным осложнением хронического панкреатита (ХП). Диагностика и лечение этого осложнения остаются темой для дискуссии среди хирургов.

Цель нашего исследования: оценка возможностей спиральной компьютерной томографии (СКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов брюшной полости (ОБП) для диагностики причины ПА и сравнение эффективности применения различных видов хирургического лечения.

Материалы и методы. В работе проанализированы принципы современной диагностики и подходы к хирургическому лечению ХП с ПА у 38 пациентов за период с 2002 по 2012гг. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, кому была выполнена диагностическая лапароскопия (12 пациентов) или лапаротомия (4 пациента) с наружным дренированием. Вторая группа представлена пациентами (22), которым, в зависимости от локализации ВПС, были проведены различные варианты резекционно-дренирующих операций (РДО). Анализ результатов в раннем послеоперационном периоде был проведен по исходам, а также по частоте и характеру послеоперационных осложнений. В отдаленном периоде для анализа использованы результаты анкет русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2™.

Результаты и выводы. При оценке результатов лечения в раннем послеоперационном периоде у пациентов первой группы, где оперативное вмешательство заканчивали наружным дренированием сальниковой сумки и (или) псевдокист ПЖ в двух случаях возникло аррозивное кровотечение, потребовавшее проведения лапаротомии с прошиванием кровоточащих сосудов зоны воспалительного поражения ПЖ. Однако, присоединившиеся в последующем, гнойно-септические осложнения привели к летальным исходам у этих больных. Во второй группе применение СКТ и/или МРТ ОБП, позволило определить место локализации ВПС и спланировать ход последующего хирургического вмешательства. В раннем послеоперационном периоде у одной пациентки развилась пневмония на фоне панкреатогенного плеврита, а во втором случае – нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов в этой группе не отмечено. При сравнении качества жизни у оперированных пациентов, согласно критерию Уилкоксона, выявлено улучшение по всем сравниваемым показателям в обеих группах. Полученные данные подтверждают целесообразность и эффективность хирургического лечения, больных страдающих ПА на фоне ХП. Однако прирост практически по всем частным и всем суммарным показателям опросника оценки качества жизни SF-36 v.2™ лучше в группе после РДО.

Согласно полученным данным СКТ ОБП и МРТ холангиопанкреатография с высокой степенью достоверности позволяют верифицировать ВПС, что позволяет выбрать адекватный вид хирургического лечения и тем самым улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения этой когорты пациентов.

Боровко А.С.

ГЛАУКОМА С НИЗКИМ ВНУТРИГЛАЗНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ЕЁ СВЯЗЬ С ОБЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Науменко В.И.
Кафедра глазных болезней

Глаукома с низким давлением, глаукома с нормальным давлением, low- (normal-) tension glaucoma – разновидность первичной открытоугольной глаукомы, для которой характерно наличие глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва, дефектов поля зрения и нормальных значений внутриглазного давления, при исключении других заболеваний.

В настоящее время глаукома с нормальным давлением включена в Международную классификацию болезней X пересмотра, во всех странах мира уделяется большое внимание изучению данной патологии.

Частота заболевания существенно различается в различных регионах. В среднем, исходя из данных популяционных исследований, 30 – 40% пациентов, у которых диагностирован глаукоматозный дефект полей зрения, имеют нормальное внутриглазное давление. Глаукома с нормальным давлением считается заболеванием, встречающимся в основном у пожилых людей, средний возраст больных составляет 60 лет. Возраст пациентов, больных миопией и глаукомой с нормальным давлением, существенно ниже.

Вопросам патогенеза, клиники, диагностики и лечения глаукомы с нормальным давлением в последние 20 лет отводится большое значение. Постоянно появляются новые данные о патогенетических механизмах, совершенствуются диагностические и лечебные возможности. Для правильного лечения пациентов существенное значение имеет наличие сопутствующих заболеваний и их влияние на течение глаукомы с нормальным давлением.

Согласно данным международных исследований, глаукома с нормальным давлением тесно взаимосвязана с патологией сердечно-сосудистой системы (артериальная гипотензия, гиперкоагуляция, гипотензивные кризы, атеросклероз сосудов), с мигренью, ночным апноэ, различными заболеваниями иммунной системы с образованием аутоантител.

Данные о наличии сопутствующих глаукоме с нормальным давлением заболеваний влияют на выбор методики ведения пациентов. Как правило, ишемические нарушения, вызванные соматическими заболеваниями, способствуют развитию глаукомы с нормальным давлением и ее прогрессированию. Соответственно, адекватное лечение общей патологии способствует улучшению течения глаукомы с нормальным давлением и наиболее благоприятному прогнозу.

Целью данной работы является изучение связи глаукомы с нормальным давлением с общей патологией и определение возможностей изменения тактики ведения пациентов соответственно имеющимся заболеваниям и их влиянию на течение глаукомы с нормальным давлением.

В ходе работы был проведен обзор русскоязычной и иностранной литературы по данной теме, а также были изучены особенности заболевания на конкретных клинических примерах.

Бородина Д.М.

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЭПИДЕРМАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ КОЖИ В УСЛОВИЯХ МОНОСЛОЙНОЙ КУЛЬТУРЫ

Научный руководитель канд. биол. наук., доц. Мезен Н.И.
Кафедра биологии

Серьезными ограничениями широкого применения культивируемых кератиноцитов (аутологичных и аллогенных) в медицине, при заместительной терапии ожоговых и других больных, являются методические трудности в получении «обогащенных» культур кератиноцитов, несмотря на то, что их содержание в эпидермисе взрослого человека составляет около 90%.Для накопления достаточного количества кератиноцитов в условиях культуры с целью проведения лечения ожогового больного необходимо их субпассирование в течение нескольких недель (2-3 пересева). Чтобы клетки были способны к размножению, они должны находиться не в терминальной стадии своего развития. Поэтому выделение и стимулирование к делению стволовых клеток и клеток-предшественников кератиноцитов (транзиторных клеток) кожи в условиях культуры - необходимое условие накопления клеточной биомассы.

Цель исследования: определение условий роста и накопления эпидермальныхкератиноцитов, стимулированных фактором роста кератиноцитов (KGF), при культивировании их в субпассажах.

Материалы и методы. В экспериментах исследовали один из индукторов размножения кератиноцитов - KGF, аналог EGF в дозе 20 нг/мл. Использовали образец кожи голени ожогового больного (42 года). После отделения дермы с частью клеток базальной мембраны (базальные кератиноциты), ее измельчали до фрагментов 1х1 мм, из которых клетки были диссоциированы протеолитическими ферментами. После их осаждения центрифугированием и ресуспендирования, концентрация клеток была доведена до 500 тыс в 1мл питательной среды ДМЕМ с 10% сыворотки эмбрионов коров и добавлением KGF в среду роста. Суспензия клеток была рассеяна на пластиковые флаконы, покрытые коллагеном. Жизнеспособность клеток оценивали при окраске их 0,5% водным раствором трипановогосинего.Пролиферативную активность клеток, культивируемых с использованием разных вариант сред, оценивали по среднестатистическим данным накопления клеток в 3- х культуральных флаконах одного и того же исследуемого варианта ростовой среды и пересчету их концентрации на 1мл среды.

Результаты. Разработана технология получения культуры стволовых клеток, клеток-предшественников, кератиноцитов кожи с использованием в качестве индуктора пролиферации KGF в дозе 20 нг/мл. Исследовано пролиферативная активность и фенотипический состав клеток эпидермиса, культивируемых в присутствии KGF в субпассажахмонослойной культуры.

Босак А.А.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБАХ ПО ДАННЫМ УЗИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и терапии

Остеохондроз — тяжелая форма дегенеративного поражения позвоночника, в основе которой лежит дегенерация дисков с последующим вовлечением в процесс тел смежных позвонков, изменения в межпозвоночных суставах и связочном аппарате.

Актуальность исследования. Остеохондроз шейного отдела позвоночника (ОШОП) является в настоящее время одной из важнейших медико-социальных и экономических проблем. Поражения периферической нервной системы, обусловленные ОШОП, являются одной из самых частых причин стойкой утраты трудоспособности. Во всех странах мира очень велик экономический и моральный ущерб в связи с инвалидизацией при вертеброгенных заболеваниях. Отмечается выраженная тенденция учащения случаев ОШОП в молодом и детском возрасте, утяжеление процесса.

В настоящее время по-прежнему остаётся актуальным поиск метода бесконтрастного исследования позвонков, межпозвонковых дисков (МПД) и позвоночного канала (ПК), с возможностью выполнения функциональных проб. Метод должен быть простым, доступным и информативным.

Цель исследования: оценить возможности УЗИ в диагностике ОШОП при выполнении функциональных проб.

Задачи исследования: определить наиболее оптимальное положение ультразвукового (у/з) датчика для исследования; изучить состояние ШОП на различных стадиях остеохондроза при выполнении функциональных проб.

Материалы и методы исследования. Проведено УЗИ ШОП 22 пациентам на базе УЗ «Минского консультационно-диагностического центра». Контрольная группа представлена людьми, у которых не было жалоб за последние 3 года – 12 человек.

Выводы. Наиболее оптимальным при проведении исследования ШОП является продольное положение у/з датчика с некоторым наклоном в горизонтальной плоскости. Голова обследуемого повернута в противоположную сторону.

УЗИ ШОП позволяет диагностировать дигенеративно-дистрофические процессы с определением уровня и степени поражения. Основные у/з признаки ОШОП: снижение высоты МПД, выпячивание передней продольной связки, выпячивание МПД, краевые остеофиты.

При оценке ШОП проводится две функциональные пробы: разгибательная и сгибательная, которые позволяют определить нестабильность в позвонково-двигательных сигментах.

Заключение. УЗИ достаточно успешно может применяться для скрининг-диагностики ОШОП.

Брезгунов А.В.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ СРЕДСТВ ИНДИКАЦИИ ОВ И СДЯВ

Научный руководитель п/п-к м/с И.А. Белоногов
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Своевременное и полное решение задач химической разведки является важнейшим условием для эффективного осуществления необходимых мер защиты личного состава войск и населения. Основными средствами для индикации отравляющих веществ (ОВ) и сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ) в подразделениях и частях медицинской службы являются приборы: войсковой прибор химической разведки (ВПХР), газосигнализаторы - ГСП-11, ГСП-12 состоящие на вооружении.

Актуальность темы: В настоящее время не решен вопрос с оснащением частей и подразделений медицинской службы приборами для проведения экспертизы воды и продовольствия в полевых условиях, т.к. сняты с вооружения приборы ПХР-МВ и МПХЛ для проведения экспертизы воды и продовольствия в полевых условиях.

Целью настоящего исследования явился сбор и обобщение материала о современных отечественных и зарубежных приборах химической разведки, в которых реализованы основные тенденции развития современных средств индикации ОВ (СДЯВ).

Объектом исследования явились данные о современных отечественных и зарубежных приборах химической разведки и индикации ОВ (СДЯВ), а также методики на которых основана их работа.

Материалы и методы. Сбор и обобщение данных о портативных высоко чувствительных приборах для химической разведки и индикации ОВ (СДЯВ), таких как войсковой автоматический газосигнализатор (ГСА-3), индивидуальный автоматический газосигнализатор (КУБ), высокочувствительный измерительный прибор (Онега-К), войсковой индивидуальный комплект химического контроля (ВИКХК), индикаторные плоские элементы (ИПЭ) и др.

Результаты, обсуждения и выводы. Анализ основных тенденций развития современных и перспективных средств индикации ОВ и СДЯВ показывает, что данная категория приборов может быть использована для решения задач по защите личного состава и населения как в мирное и военное время при ликвидации чрезвычайных ситуаций на химически опасных объектах народного хозяйства.

Особенностями этих приборов являются их портативность, многофункциональность, высокая чувствительность, простата в работе и возможность работы в широком диапазоне температур, что позволяет в перспективе использовать их для осуществления химической разведки, экспертизы воды и продовольствия в полевых условиях в интересах Вооруженных Сил.

Бруй Т.А.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Сидоренко В.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Фетоплацентарная недостаточность - клинический синдром, имеющий многофакторные причины, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. Данная патология приводит к нарушению темпов роста и задержке развития плода, нередко сочетается с гипоксией и асфиксией.

Изучение хронической плацентарной недостаточности (ХПН) на протяжении многих лет не теряет своей актуальности и продолжает оставаться приоритетным направлением в современном акушерстве и перинатологии, поскольку сопутствующая беременности функциональная неполноценность плаценты предопределяет внутриутробное страдание плода, оставаясь ведущей причиной высокого уровня заболеваемости и смертности детей не только в перинатальном периоде, но и на последующих этапах развития.

Целью настоящей работы явилось установление соответствия между клинической симптоматикой, характерной для фетоплацентарной недостаточности и морфофункциональными изменениями в плаценте, подтвержденными гистологическим исследованием.

Материалом исследования послужила группа пациенток в количестве 36 с диагнозом хроническая фетоплацентарная недостаточность, родоразрешение у которых было проведено в УЗ 5 ГКБ г. Минска. Было проведено детальное изучение клинического состояния пациенток на протяжении всей беременности, учитывая отягощенный анамнез до наступления беременности. Проведена оценка состояния здоровья новорожденных, рожденных от матерей с диагнозом ФПН. Изучались патологоанатомические заключения при исследовании плаценты. Проведена статистическая обработка полученного материала.

Результаты исследования. При оценке состояния здоровья пациенток с диагнозом ХПН выявлено, что у абсолютного большинства (81%) имелись предрасполагающие факторы для развития ХПН: наличие генитальной (13,8%) и экстрагенитальной (17,2%) патологии, никотиновая зависимость (10,3%), наличие инфекционных заболеваний (75,7%), у 1 пациентки

наблюдалась наркотическая зависимость (3,4%). Морфологическое исследование плацент выявило наличие признаков ХПН в 55,6 % случаев, в том числе: серозный децидуит-40%, гнойный хориодецидуит-5%, серозный хориодецидуит-20%, гнойный мембранит-5%, гнойный хориоамнионит-5%, серозно-гнойный мембранит-5%, серозно-гнойный париетальный децидуит-10%, хориоангиоматоз-5%, периартериальные и перивенозные кровоизлияния с признаками псевдоинфаркта-5%.

У новорожденных от матерей с диагнозом ХПН наблюдался синдром задержки развития плода 1 и 2 степени, признаки внутриутробной гипоксии и асфиксии, приводящие к рождению маловесных к сроку гестации детей, а также обусловленное возникновение неврологической дисфункции и признаков морфофункциональной незрелости (58, 3%- 21 новорожденный).

Выводы. Таким образом, наличие клинических признаков (маркеров) ХПН коррелирует с морфологическими изменениями в плаценте (55,6%), что подтверждает необходимость адекватного лечения и своевременного родоразрешения.

Бруй Т.А.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Семенчук И.Д.
Кафедра общей хирургии

Желчнокаменная болезнь является одним из самых частых заболеваний органов пищеварения, конкурируя с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Распространенность холедохолитиаза среди населения прогрессивно растет и сейчас, пожалуй, уступает только атеросклерозу. Примерно четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеет желчные камни. Число больных ЖКБ за каждые 10 лет увеличивается в 2 раза. В настоящее время холедохолитиазом страдает около 10—20% (10— 40%) взрослого населения, и число больных продолжает неуклонно расти. Холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни, сложная и многоплановая проблема. Механическая желтуха, как проявление холедохолитиаза, определяется у 80-85% больных, а у 40% остается к моменту операции. В настоящее время нет идеальной операции для лечения холедохолитиаза, что диктует разработку новых подходов к решению это проблемы. Неудовлетворенность результатами лечения больных желчнокаменной болезнью, при сочетании механической желтухи и гнойного холангита, диктует применение комплексного лечения этой категории пациентов с использованием эндовидеохирургической техники, эндоскопических и эндобилиарных вмешательств.

Цель научной работы - улучшение результатов лечения больных с осложненной желчнокаменной болезнью, оценка ближайших и отдаленных результатов.

С 2006 по 2012 годы в УЗ 5 ГКБ г. Минска был прооперировано 143 пациента, средний возраст составил 67,5 года. Диагностический алгоритм включал общеклинические и биохимические исследования, УЗИ, ФГДС. В некоторых случаях исследования были дополнены ЭРХПГ, КТ и МРТ.

По нозологическим формам больные были распределены следующим образом: ЖКБ, осложненная холедохолитиазом- 72; опухолевые процессы гепатодуоденальной области- 23; хронический индуративный панкреатит- 13; воспалительные доброкачественные стриктуры ЖВП- 8; стеноз БДС- 10; сочетание стеноза БДС с холедохолитиазом- 17 пациентов.

Были проанализированы следующие показатели: средний возраст пациентов, длительность оперативного вмешательства, средняя продолжительность нахождения в ОИТАР, частота возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде, длительность операционного периода.

Патология гепатобилиарной области является полиэтиологичной патологией преимущественно пожилого возраста и требует от хирурга владения несколькими способами реконструктивных операций на ЖВП. Чаще используется ХДА или трансдуоденальная ПСТ. Операции из мини-доступа позволяют снизить травматичность оперативного вмешательства, не увеличивая времени операции, снизить частоту послеоперационных осложнений и сократить сроки пребывания больного после операции в стационаре; методика позволила избежать послеоперационной летальности. Поэтому данный метод применим у пожилых и тяжелобольных пациентов.

Нагаев А.А., Бруцкая А.Р.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Маркауцан П.В.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Целью научной работы является определение частоты встречаемости острого гнойного лактационного мастита (ОГЛМ) на базе УЗ «3-я Городская клиническая больница» за 2011 г. и изучение методов его лечения. В ходе исследования был проведен информационный поиск по теме ОГЛМ по данным отечественной и зарубежной литературы, были выявлены основные причины возникновения ОГЛМ, а также методы его профилактики и лечения. Нами проведен сравнительный анализ методов малоинвазивного хирургического и традиционного лечения ОГЛМ, определены критерии назначения антибиотикотерапии и подавления лактации.

Материал и методы. В ходе исследования нами были изучены истории болезни 70-и пациенток, проходивших стационарное лечение в УЗ «3-я городская клиническая больница» в 2011 г.

Результаты и обсуждение. У 10-и (14,29%) пациенток был установлен диагноз ОГЛМ, у 56-и (80%) – инфильтрационный мастит и у 4-х (5,7%) – серозный мастит (как сопутствующий диагноз другой послеродовой патологии). Всем 10-и (14,29%) пациенткам, страдавшим ОГЛМ, было произведено открытое вскрытие абсцесса молочной железы и подавление лактации – у 8-и пациенток, лечение проводилось на фоне антибактериальной терапии. У 56-и (80%) женщин, страдавших инфильтрационным маститом, проводилось консервативное лечение: все они проходили курс антибактериальной терапии, 35-и пациенткам было назначено подавление лактации. 4-м (5,7) пациенткам, страдавших серозным маститом, назначались только антибактериальные препараты.

Вывод. В структуре маститов, изученных историй болезни 70-и пациенток, преобладала инфильтративная форма, лечение ОГЛМ – открытое вскрытие гнойного очага. Всем пациенткам назначались антибактериальные препараты, большинству из них – препараты подавляющие лактацию.

Бубен Е.А., Гринкевич Ю.И.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Стринкевич А.Л.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Определяющим фактором здоровья является образ жизни. По Ю.П.Лисицину, образ жизни – это определенный исторически обусловленный тип жизнедеятельности в материальной

и духовной сферах, который включает в себя 4 категории: экономическую, социальную, социально-экономическую, социально-психологическую.

Целью данной работы являлось изучение влияния экстремальных ситуаций на психику человека и выявление связей между особенностями личности и поведенческими реакциями в чрезвычайных ситуациях.

Сегодня психологи выделяет 3 группы психологических факторов, определяющих взаимоотношение здоровья и болезни: независимые, передающие и мотиваторы. Независимые факторы, к которым относятся экстремальные воздействия, имеют самые сильные корреляции со здоровьем и болезнью.

Экстремальные ситуации характеризуются суровыми условиями, риском, высокой ценой возможной ошибки; от исхода ситуации зависит дальнейшее существование человека. В таких ситуациях его ответные реакции могут развиваться по двум вариантам: возможны либо адекватная мобилизация, либо динамическое рассогласование. Состояние адекватной мобилизации характеризуется полным соответствием степени мобилизации и напряжения физиологических функций человека тем требованиям, которые предъявляет сложившаяся обстановка. При такой реакции у человека вырабатывается определенный план действий, основанный на анализе качественных и количественных характеристик экстремальных условий. Состояние динамического рассогласования, напротив, может характеризоваться нарушением адекватности психологических и поведенческих реакций. Так, в состоянии тревоги наблюдаются поведенческие реакции типа паники, происходит упрощение структуры ассоциативных связей, сужается поле сознания. При этом установлено, что «интерналы» менее подвержены дистрессу в экстремальных условиях, чем «экстерналы». Из характерологических черт при определении устойчивости человека к воздействию экстремальных психологических факторов следует обращать внимание на тревожность: лица, у которых тревожность является чертой личности, более подвержены эмоциональному стрессу, чем те, у которых тревога возникает только в опасных ситуациях.

С физиологической точки зрения, в экстремальных ситуациях происходит активация стресс-реализующих систем: симпато-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем, мозгового и коркового отделов надпочечников. Вследствие их мобилизации повышаются адаптационные возможности организма. В тоже время при чрезвычайно сильных или длительных воздействиях происходит срыв как психологической, так и физиологической адаптации, нарушаются механизмы компенсации. Срыв психологической адаптации может приводить к тяжелому посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) и, как следствие, обуславливать вынужденный прием пострадавшими в чрезвычайной ситуации корригирующих психоактивных веществ. Таким людям, безусловно, необходима психологическая помощь.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что, во-первых, чрезвычайные ситуации оказывают влияние на психологический статус. Причем риску срыва психологической адаптции более подвержены лица с тревожностью как чертой личности и лица-экстерналы, которым свойственно приписывать причины происходящего внешним факторам (окружающей среде, судьбе, случаю). Во-вторых, возможность развития ПТСР определяет исключительную важность оказания пострадавшим в ЧС психологической помощи.

Бубен Е.А., Дзибук А.А.

ЗАВИСИМОСТЬ СВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И РОГОВИЧНО-СЕТЧАТОЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ОТ АРТЕРИЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КРОВИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Кубарко А.И.
Кафедра нормальной физиологии

Поражение сосудов сетчатки наблюдается при артериальной гипертензии, сахарном диабете, глаукоме и других заболеваниях. Характер изменений в сосудах сетчатки имеет сходные черты с изменениями в сосудах мозга при цереброваскулярных заболеваниях, а нарушения гемодинамики в сетчатке нередко предшествуют гемодинамическим нарушениям в сосудах мозга. Однако, ввиду чрезвычайной сложности строения сосудистого русла сетчатки, объективное описание сосудистых изменений в ней затруднено. В то же время известно, что световая чувствительность определяется состоянием функции фоторецепторов, пигментного эпителия и других клеток сетчатки, зависимой от уровня кровотока и метаболизма. Мы предположили, что световая чувствительность сетчатки (СЧ) и величина роговично-сетчаточного потенциала (РСП), являющиеся показателем функционального состояния сетчатки, могут в определенной мере отражать состояние локальной и системной гемодинамики.

Целью настоящей работы было изучить зависимость световой чувствительности зрительной системы и роговично-сетчаточного потенциала молодых людей от артериального давления крови.

Были исследованы световая чувствительность, артериальное давление и роговично-сетчаточный потенциал у 20 испытуемых в возрасте от 17 до 21-го года. Оценивалась чувствительность к красному свету визуального объекта в виде квадратика размерами 2х2 мм нарастающей яркости. Чувствительность выражалась процентом яркости объекта от максимальной, при которой он распознавался испытуемыми. Величина роговично-сетчаточного потенциала определялась методом электроокулографии в условиях изменяющейся яркости экрана монитора. Измерение артериального давления крови проводилось аускультативным методом. Для каждого глаза испытуемых определялась острота зрения. Корреляция между величинами световой чувствительноси, роговично-сетчаточного потенциала и артериального давления крови оценивалась с использованием коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты настоящего исследования показывают, что у молодых людей имеется корреляционная связь умеренной силы между световой чувствительностью и величинами ДАД или САД. Наилучшая световая чувствительность наблюдалась при величинах САД 112 - 121 мм. рт. ст. и ДАД 75-82 мм рт ст. Имеется корреляция между отношением величины роговично-сетчаточного потенциала при минимальной и максимальной яркости экрана (коэффициент Ардена) и световой чувствительностью: чем большим было это отношение, тем лучше была световая чувствительность у испытуемых с нормальным артериальным давлением крови.

Таким образом, выявленная нами зависимость световой чувствительности и отношения роговично-сетчаточного потенциала при минимальной и максимальной яркости экрана от уровня артериального давления, говорит о влиянии микроциркуляции на СЧ и РСП.

Буев В.С., Нестеренко Е.В.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Протасевич А.И.
1-ая кафедра хирургических болезней

Среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит по частоте занимает 3 место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. У 20% пациентов с острым панкреатитом развивается некротизирующий панкреатит, летальность при котором может достигать 40%. Традиционным способом лечения панкреонекроза является открытое оперативное вмешательство, основной целью которого является удаление нежизнеспособных тканей с последующим дренированием. Однако данный способ лечения характеризуется высоким уровнем летальности и большим количеством послеоперационных осложнений. Всё это объясняет стремление к поиску менее травматичных эффективных вмешательств. К таким методам относится чрескожное дренирование под ультразвуковой визиализацией. Целью нашей работы являлась оценка эффективности чрескожного дренирования (ЧД) под ультразвуковым наведением в лечении некротизирующего панкреатита.

Проведён ретроспективный анализ историй болезней пациентов с острым панкреатитом за период с 2008 по 2012 год, в лечении которых использовалось чрескожное дренирование. Критерием включения являлось выявление признаков некроза поджелудочной железы либо парапанкреатической клетчатки в ходе компьютерной томографии либо операции. Показаниями для дренирования являлось обоснованное предположение об инфицированном панкреонекрозе, а также отсутствие эффекта от интенсивной терапии, появление признаков сепсиса и органной недостаточности. Дренирование осуществляли в условиях операционной под ультразвуковым наведением, использовали устройство для дренирования полостных образований Ившина (размер дренажей 9-12 Fr).

Проанализировано 50 историй болезней. Пациенты мужского пола составили - 40 (80%), женского-10(20%). У 22 пациентов (44%) ЧД было окончательным методом хирургического лечения, а у 28 пациентов (56%) чрескожному дренированию сопутствовало открытое оперативное лечение. Осложнения при выполнении ЧД отмечены в 6 случаях. Общая летальность составила 18%.7 из 9 умерших были оперированы два и более раз в связи с прогрессированием заболевания.

Выводы:

1. Чрескожное дренирование является эффективным способом лечения при панкреонекрозе.
2. В 44% случаев чрескожное дренирование было окончательным способом лечения, а у остальных пациентов позволило выполнить некрэктомию в более благоприятные сроки.

Бузаев Е.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАНГЕТНОЙ ПОВЯЗКИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ HM CAST ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Голуб А.М.
Кафедра общей хирургии

Цель работы: провести сравнительный анализ сроков заживления переломов лучевой кости при использовании обычной гипсовой лангеты и лангетной повязки нового поколения HM Cast.

Материалы и методы. В основе метода - контроль за сроками заживления переломов лучевой кости в типичном месте у пациентов с иммобилизацией гипсовой лангетой и лангетной повязкой нового поколения HM Cast. Нами были выделены 2 группы пациентов с различными способами иммобилизации. Контрольную группу (12 человек) составили пациенты с обычным способом иммобилизации переломов лучевой кости в типичном месте. Основная группа (42 человека) – пациенты с переломом “луча в типичном месте” пользующиеся лангетной повязкой нового поколения HM Cast.

Результаты. Сроки появления костной мозоли в месте перелома у основной группы на 4-7 дней опережали аналогичные сроки у контрольной группы. У 28% пациентов основной группы отсутствовали жалобы на чувство дискомфорта при ношении повязки HM Cast. 17,5% пациентов предъявляли жалобы на зуд и жжение при ношении повязки с 3-8 недели. 2,7% пациентов повязка HM Cast была заменена на обычную гипсовую лангету в связи с уменьшением проявления отёка и не выполнением функции фиксации.

Бузюк Д.И.

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РБ

Научный руководитель асс. Толкачева Н.А.
Кафедра гигиены труда

Улучшение условий труда, сохранение здоровья работающих является приоритетным направлением в работе органов и учреждений государственного санитарного надзора.

Анализ профзаболеваемости позволяет обнаружить причины и определить закономерности их возникновения. На основании такой информации разрабатываются мероприятия по профилактике профзаболеваемости.

Реализация мероприятий раздела «Здоровье и труд» Государственной программы обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения Республики Беларусь на 2007 – 2010 годы позволила улучшить условия труда на 2,6 тыс. рабочих местах для 8 тыс. работников. Более чем на 400 промышленных предприятиях проведена реконструкция зданий, модернизация производств, технологических процессов, замена устаревшего оборудования, выполнены работы по усовершенствованию систем вентиляции и отопления (ЗАО «Могилевский комбинат силикатных издели», РУП ДП «Зенит» Могилевской области, КУП «Новогрудский завод металлоизделий», ОАО «Молочный мир» Гродненской области, ОАО «Минский автомобильный завод», РУП «Минский тракторный завод», РУП «Белмедпрепараты» г. Минска, РУП «Белорусский цементный завод», ОАО «Нафтан» и др.).

В 2010 году зарегистрировано 104 случая впервые выявленных профессиональных заболеваний (в 2009 году — 166, в 2008-м — 158, 2007-м — 182, 2006-м — 195).

Среди заболеваний лидируют тугоухость, профессиональный бронхит, туберкулез, силикоз.

36,5% заболеваний возникли от воздействия промышленных аэрозолей, 50% — физических факторов, 10,6% — биологических, 1,9% — химических. Наибольшее число случаев профзаболеваний приходится на работников со стажем свыше 25 лет (37 случаев, или 35,2%) и со стажем 21—25 лет (22 случая, или 21%). Наибольшее число случаев профессиональных заболеваний зарегистрировано в возрастной группе от 46 до 55 лет.

Основными причинами возникновения профессиональных заболеваний являлись несовершенство технологических процессов и рабочих мест (67,3% случаев), конструктивные недостатки машин и оборудования (25%), неисправность и неприменение средств индивидуальной защиты (24%), неэффективность работы санитарно-технических устройств (7,7%).

Для снижения уровня прфзаболеваемости необходимо обеспечить полный охват промышленных и сельскохозяйственных предприятий производственным лабораторным контролем факторов производственной среды. На предприятиях, где регистрируется наибольшее число

случаев профессиональных заболеваний, необходимо провести анализ состояния условий труда, профессиональной и производственно обусловленной заболеваемости.

Буйвидович Ю.А.

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Научный руководитель асс. Устинович К.Н.
Кафедра болезней уха, горла, носа

С целью уточнения этиологической структуры острых гнойных отитов нами проведен анализ результатов бактериологического исследования отделяемого из ушей 85 детей первых трех месяцев жизни, 30 детей в возрасте от 3 месяцев до года и 30 – с года до 3 лет.

Первое место по частоте выделения у новорожденных и детей первых трех месяцев жизни занимает Ps. aeruginosa, которая высевалась в 35,3% наблюдений, на 2-м месте находится St. epidermidis (26%). St. aureus выделялся у 17,6% детей и Str. pneumonia – у 11,8% пациентов.

У детей в возрасте от 3 месяцев до года в 43,3% высевался St. epidermidis, Ps. aeruginosa у 16,6%, Str. pneumonia – у 26,6% и Str. piogenus у 10%.

В возрасте от года до 3 лет реже выделялась синегнойная палочка (3,5%), а спектр остальных возбудителей оставался примерно таким же, как и у детей до года: St. Epidermidis у 43%, Str. pneumonia – у 21,5% и Str. piogenus у 14%.

Клинической особенностью средних отитов, вызванных синегнойной палочкой, было сочетание их с наружным более чем в половине случаев.

Нами проанализирована также чувствительность и резистентность к антибиотикам доминирующего в этиологической структуре отитов в ранний возрастной период жизни возбудителя.

По результатам исследования все штаммы Ps. aeruginosa были чувствительны к амикацину, тобрамицину, меропенему, ципрофлоксацину, клиндамицину и резистентны к оксациллину, ампициллину-сульбактаму, ко-тримаксазолу, нитрофурантоину.

Выводы.

1. В этиологической структуре острого гнойного среднего отита у детей первых трех месяцев жизни ведущее место принадлежит Ps.aeruginosa, 2-е место по частоте выделения занимает St. epidermidis, реже выявляются St. aureus и Str. pneumonia.
2. В более старшем возрасте частота выделения Ps.aeruginosa снижается, а удельный вес Str. pneumonia и Str. piogenus растет.
3. Учитывая доминирование Ps.aeruginosa в структуре возбудителей воспаления уха у новорожденных и детей первых месяцев жизни, назначая местное и системное лечение, предпочтение следует отдавать антисинегнойным антибактериальным препаратам, особенно при сочетании острого среднего отита с наружным.

Буйлина О.Д., Лознухо В.А.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук Жидко Л.Б.
1-я кафедра детских болезней

К группе часто и длительно болеющих (ЧДБ) детей относятся дети, подверженные частым респираторным заболеваниям. Частые респираторные заболевания являются причиной нарушения развития и функционирования различных органов и систем, способствуют сниже-

нию иммунорезистентности организма и срыву компенсаторно-адаптационных механизмов. Профилактика заболеваний у часто болеющих детей (ЧБД) является одним из наиболее важных вопросов педиатрии, так как ЧБД имеют высокий удельный вес среди детского населения, отличаются частой хронизацией патологических процессов, отклонениями от нормы показателей функционального состояния организма, отставанием в физическом развитии.

Цель исследования: оценить влияние акушерского анамнеза, наследственности и ряда других факторов на частоту и длительность респираторных заболеваний у детей; на основании собственных исследований разработать рекомендации по профилактике частых респираторных заболеваний у детей.

Материалы и методы. В основную группу включено 34 часто и длительно болеющих ребенка, оценено физическое и нервно-психическое развитие, проведен анализ историй развития ребенка и анкетирование родителей. В исследуемую группу включены дети, обслуживаемые 17-й детской клинической поликлиникой г. Минска в возрасте от 3-х до 6 лет, средний возраст составил 4 года 6 месяцев.

В результате проведенного исследования самая высокая частота респираторных заболеваний детей в группе часто и длительно болеющих выявлена на 4-м году жизни и составила в среднем 6,7 случаев в год.

При анализе обменных карт в исследуемой группе было установлено, что беременность протекала нормально только в 2,9% случаев. Часто во время беременности отмечались: воспалительные заболевания половой сферы (кольпит, аднексит и др.) – в 38,2%, ОРВИ (ОРИ) во время беременности – в 44,1%, угроза прерывания беременности – в 20,6%, экстрагенитальная патология – в 35,3%, гестоз – в 14,7%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – в 14,7% случаев; также у 17,6% женщин во время беременности был диагностирован уреаплазмоз. Роды протекали без особенностей примерно в половине случаев (у 47,1%), кесарево сечение было проведено у 29,4 % женщин. Также отмечалась слабость родовых сил (у 14,7%), раннее излитие околоплодных вод (у 8,8%). В 70,6% случаев дети родились здоровыми. У 11,8% новорожденных отмечались нарушения со стороны нервной системы (церебральная ишемия, синдром общемозговых нарушений, транзиторная неврологическая дисфункция и др.), у 5,9% - нарушения дыхания (асфиксия, аспирация, дыхательная недостаточность и др.).

Наследственность была отягощена у 23,5 % детей (в основном по патологии желудочно-кишечного тракта).

Профилактика уже должна начинаться со здорового образа жизни будущей матери, рационального режима дня и отдыха, сбалансированного и полноценного питания беременной, а затем и рожденного ребенка. Важным является стимуляция защитных сил организма и ранняя санация очагов инфекции. С этой целью следует использовать различные методы в виде закаливающих процедур, бальнеолечения, лечебной физкультуры и массажа, физиотерапевтических процедур, а также лекарственных средства растительного и синтетического происхождения (витаминотерапии, фитотерапии, применении адаптогенов, фармакологической иммунокорекции).

Буйлина О.Д.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Галькевич Н.В.
Кафедра детских инфекционных болезней

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – большая группа различных по этиологии инфекционных заболеваний, характеризующихся поражением ЖКТ, диареей, симптомами интоксикации и обезвоживания. В структуре общей инфекционной патологии у детей ОКИ занимают

второе место после острых респираторных вирусных инфекций. Методы диагностики кишечных инфекций, такие как бактериологические и серологические, рутинно применяемые в клиниках, не всегда помогают установить этиологию заболевания. По данным мировых исследований этиологический фактор удается установить примерно в половине случаев всех ОКИ. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени является достаточно чувствительным и может служить дополнительным методом диагностики кишечных инфекций в тех случаях, когда с помощью других методов это не удается.

Цель: оценить возможности различных лабораторных методов исследования кишечных инфекций.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов исследования образцов фекалий 46 детей, находившихся на лечении в УЗ ГДИКБ, которые были выполнены в ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии» методом ПЦР в реальном времени на РНК ротавирусов группы А, РНК астровирусов, РНК норовирусов 2 генотипа, ДНК аденовирусов группы F, ДНК Shigella spp., ДНК Salmonella spp., ДНК Campilobacter spp. Проведена оценка результатов бактериологического посева на патогенную кишечную флору (ПКФ) и иммуноферментного анализа (ИФА) на ротавирусную инфекцию (РВИ).

В результате проведенных исследований у детей методом ПЦР этиологический фактор удалось установить у 41%, из которых 26% составил Rotavirus A, 16% Norovirus II типа, 5% Adenovirus F, 16% Salmonella spp., 16% Campilobacter spp. Также в 21% случаев зарегистрированы смешанные инфекции, среди которых Rotavirus A + Adenovirus F, Norovirus II типа + Salmonella spp., Salmonella spp. + Shigella spp., Adenovirus F + Campilobacter spp.

При анализе результатов бактериологических посевов кала на ПКФ (Salmonella spp.) и ИФА на РВИ, выполненных в стационаре, количество положительных результатов составило 39%. При анализе результатов ПЦР Salmonella spp. и Rotavirus A были обнаружены в 24% образцов.

Таким образом, обследование больных методом ПЦР на наличие вирусов, вызывающих кишечные инфекции, позволяет увеличить эффективность диагностики ОКИ.

Букарева О.И., Хотько Е.А.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРМАНГАНАТНОЙ ОКИСЛЯЕМОСТИ ВОДЫ ОСНОВНЫХ ВОДОЗАБОРОВ Г. МИНСКА

Научный руководитель ст. преп. Скоробогатая И.В.
Кафедра гигиены труда

В настоящее время одной из основных проблем в области гигиены водоснабжения является антропогенное и техногенное загрязнение объектов водоснабжения. Сложившаяся ситуация приводит к снижению качества поверхностных и подземных вод и в последующем может повлиять на качество воды подаваемой населению. Согласно действующему СанПиН 10-124 РБ 99 от 19 октября 1999 г «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества» питьевая вода должна быть безопасна в эпидемическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу и иметь благоприятные органолептические свойства. Одним из признаков безвредности питьевой воды по химическому составу является ее соответствие нормативам по обобщенным показателям, в том числе перманганатной окисляемости.

Перманганатная окисляемость отражает общую концентрацию органики в воде и является косвенным показателем загрязнения водоисточника. Согласно действующим СанПиН показатель перманганатной окисляемости не должен превышать 5 мгО2/дм^3.

Цель исследования: оценить показатель перманганатной окисляемости (ПО) воды различных водозаборов г. Минска за период январь-декабрь 2012 г. и установить возможную зависимость между уровнем ПО и сезонностью.

Методика и результаты исследования. Практическая часть работы выполнялась на базе ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии». Были изучены данные «Журнала учета результатов исследований питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения» за 2012 г. Данные проанализированы по 5 основным зонам влияния водозаборных станций (в/с) г. Минска: в/с «Фелицианово» и «Вицковщина» (зона 1); очистной в/с (зона 2); в/с «Новинки» (зона 3); в/с «Зеленовки» (зона 4); в/с «Боровляны» и «Дражня» (зона 5).

В результате проведенных исследований установлены следующие среднегодовые значения показателя перманганатной окисляемости: зона 1 – 1,6 мгО2/дм³, зона 2 – 2,98 мгО2/дм³, зона 3 – 1,2 мгО2/дм³, зона 4 – 1,1 мгО2/дм³, зона 5 – 1,4 мгО2/дм³. Максимальные уровни для зон 1, 2, 5 превышали допустимые значения и составили 5,1 мгО2/дм³, 5,8 мгО2/дм³ и 5,3 мгО2/дм³ соответственно. При этом отмечалось достоверное возрастание показателя в летний период по сравнению с зимне-весенним периодом для зоны 1 на 5,0%, для зоны 2 на 15,8%, для зоны 3 на 42,9%, для зоны 4 на 27% ($p<0,05$).

Таким образом, данные результаты исследований свидетельствуют о наличии антропогенной нагрузки на водоисточники г. Минска, оказывающей наибольшее влияние в летний период года.

Булавко Ю.С., Речицкая А.И.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯЗЫКА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Давыдова Л.А.
Кафедра нормальной анатомии

В европейской и в восточной медицине при диагностике заболеваний всегда придавалось большое значение исследованию языка, так как он является чутким индикатором состояния здоровья организма человека. При многих патологических процессах, происходящих в организме, возникают определенные изменения языка. По цвету и форме его можно определить наличие заболеваний или предрасположенности к ним. Особый интерес к языку проявляют современные инфекционисты, стоматологи и гематологи, невропатологи.

Цель настоящей работы - провести анализ литературных данных о строении слизистой оболочки языка и получить более глубокое и полное представление о морфофункциональных особенностях ее строения.

Слизистая оболочка рта устойчива к воздействию физических, термических и химических раздражений, а также к внедрению инфекции. Регенераторная способность слизистой оболочки высока. Язык здорового человека имеет бледно-розовый цвет, ровную бархатистую поверхность, на которой определяются многочисленные сосочки. Эти сосочки представляют собой вкусовые, температурные и биохимические анализаторы, которые через нервные проводники связаны с различными отделами позвоночника, внутренних органов, центральной нервной системы.

Выделяют четыре основные зоны языка. Первая зона расположена на кончике языка – это зона сердца и легких, вторая зона располагается в центральной части языка и отражает работу желудка и селезенки. Боковые поверхности языка представляют собой зоны печени и желчного пузыря, а основание дает информацию о здоровье органов мочевыделительной системы и кишечника. Продольная срединная борозда языка — отражает состояние позвоночника.

Считается, что нарушение деятельности внутренних органов приводит к изменениям поверхности языка соответствующих зон. Ярко красное окрашивание участка языка является показателем воспаления и активизации функции органа, а бледная окраска информирует о понижении его функциональной активности.

Рефлекторное взаимодействие между внутренними органами и зонами их проекции на поверхность языка вызывают интерес к проблеме визуальной диагностики соматической патологии по состоянию языка.

Бунакова Т.А., Лапицкая А.Л.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ АКУПУНКТУРЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Харламова А.Н.
Кафедра нормальной физиологии

Акупунктура (иглоукалывание; от лат. acus — игла и лат. punctura (pungo, pungere) — колоть, жалить) — направление в современной медицине, в котором воздействие на организм осуществляется специальными иглами через особые точки на теле посредством введения их в эти точки и манипуляций ими.

В основе действия иглоукалывания лежат определенные нейрофизиологические механизмы, реализующиеся на разных уровнях иерархической организации нервной системы, начиная от рецепторного аппарата и заканчивая корой больших полушарий головного мозга. Согласно рефлекторной (структурно-функциональной) теории, воздействие оказываемое на акупунктурную точку, а также раздражение осуществляемое тем или иным способом в её накожной проекции инициирует ряд последовательных реакций, которые условно разделяют на местные, сегментарные и общие (системные), причем каждая из этих реакций является необходимым условием возникновения последующей.

Местная реакция на акупунктуру развивается преимущественно по механизму аксон-рефлекса, углубляется гуморальными сдвигами в месте воздействия и затем отраженной (возвратной) волной общей реакции организма достигает периферии. Сегментарная реакция проявляется вследствие поступления из места воздействия центростремительных импульсов в определенные центры спинного мозга или клетки узлов симпатической цепочки, откуда возникает ответная реакция — импульсы распространяются по центробежным путям к внутренним органам, железам внутренней секреции, мышцам, сосудам и другим органам. Общая реакция на иглоукалывание активных точек включает в себя специфические и неспецифические изменения в организме, характерные для определенных активных точек.

В связи с вышеизложенным, целью данной работы является анализ и систематизация данных о физиологическом действии акупунктуры, а также о строении, функциях, взаимодействии между клеточными структурами кожи в зонах точек акупунктуры и между точками и взаимосвязанными с ними органами.

На основе имеющегося научного материала можно сделать выводы: игла, проникающая в поверхностные и более глубокие ткани, становится в разных вариантах воздействия раздражителем чувствительных нервных окончаний, заложенных в коже, мышцах, сухожилиях, околососудистых сплетениях, оболочках нервов (при этом развиваются разной сложности рефлекторные реакции, меняющие функциональное состояние центральной, периферической и вегетативной нервной системы с выраженным влиянием на ткани); акупунктура эффективна при повышении общей резистентности организма, оказании иммунокорригирующего действия, восстановлении адаптационных способностей нейрососудистого аппарата, повышении физической и умственной работоспособности, увеличении анаэробного порога энергообеспечения, улучшении микроциркуляции и реологических свойств крови, нормализации липидного обмена, обеспечении выраженного аналгезирующего эффекта. Иглоукалывание, приводя в состояние возбуждения ткани, способствует выведению их из парабиотического состояния, повышает лабильность (функциональную подвижность), улучшает сократительную функцию мышц, функциональное состояние нервно-мышечного аппарата.

Бур Е.А.

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Научный руководитель д-р мед.наук, проф. Кубарко А.И.
Кафедра нормальной физиологии

Ишемическая оптическая нейропатия является одной из наиболее частых причин потери зрения в среднем и пожилом возрастах. Она в 42 - 49% случаев является причиной поражения зрительного нерва и в 21% случаев ведет к его частичной, а в 2.6% к полной атрофии и слепоте. По данным офтальмологов России, сосудистые заболевания органа зрения занимают одно из первых мест в структуре инвалидизирующей патологии по зрению и составляют 10-15%, а у лиц пенсионного возраста – до 28%. Ишемия развивается при атеросклерозе, артериальной гипертензии, сахарном диабете и других заболеваниях в результате снижения кровотока в сосудах, питающих зрительный нерв. Механизм повреждения волокон зрительного нерва и ганглиозных клеток сетчатки при ишемической нейропатии схож с механизмом ишемического повреждения других клеток нервной системы. Поэтому, так же, как и при цереброваскулярных заболеваниях, благоприятный исход при ишемической оптической нейропатии зависит от того, насколько точно и своевременно поставлен диагноз и назначено соответствуещее лечение. В этой связи продолжает оставаться актуальным изучение тонких изменений световой чувствительности, выявление которых может быть полезным в своевременной постановке диагноза заболевания.

Были проанализированы результаты оценки световой чувствительности центральной области поля зрения 30 пациентов с диагнозом хроническая ишемическая оптическая нейропатия и 11 здоровых испытуемых того же возраста. Световая чувствительность определялась методом статической компьютерной периметрии с последующей обработкой полученных данных специальной программой. Рассчитаны средние значения общей чувствительности по всей центральной области поля зрения в пределах 25 град от точки фиксации, центра и периферии центральной области. Световая чувствительность выражалась в виде процента от максимальной яркости тестовой точки, при которой она воспринималась испытуемым.

Световая чувствительнсоть у испытуемых контрольной группы составила менее 30.0, у пациентов с хронической ишемической оптической нейропатией средние значения световой чувствительности были выше, т.е. чувствительность была ниже, чем у испытуемых контрольной группы. Лишь у 3 пациентов с ишемической оптической нейропатией световая чувствительность была ниже 30.0. При этом снижение световой чувствительности было в большей степени по периферии. Центральные области и у здоровых, и у пациентов обладали более высокой чувствительностью.

Буринский Н.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

Научные руководители канд. мед. наук., доц. Буйневич И.В.,
канд. мед. наук., доц. Мицура В.М.
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Туберкулез у лиц, инфицированных ВИЧ, представляет собой эпидемию в эпидемии. ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза.

Для ретроспективного анализа клинико-лабораторных и морфологических особенностей коинфекции ВИЧ/ТБ нами были изучены патологоанатомические заключения вскрытий пациентов, умерших за период с января по май 2011 года в Учреждении «Гомельская областная туберкулёзная клиническая больница». Для выполнения поставленных задач были созданы 2 группы. ОГ составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом (30 человек). В КГ были включены ВИЧ-отрицательные больные туберкулёзом (32 человека).

Определено, что развитие ТБ у ВИЧ-инфицированных происходит на 3 – 4 стадии ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ, 2006). У пациентов с данной патологией наблюдается более быстрое течение ТБ в молодом возрасте по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами. Большую часть умерших пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом составили мужчины в возрасте 37,9 ± 9,2 лет. Стаж заболеваемости туберкулёзом составил 1,77 ± 3,2 лет.

У пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом морфологические изменения чаще были в таких органах как лёгкие и печень. Достоверно чаще выявлялись следующие изменения в лёгких: полнокровие лёгочной ткани (свидетельствуют о частом развитии острой дыхательной недостаточности у пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ), бугорки продуктивно-некротического типа и полнокровие лёгочной ткани (что говорит об остро прогрессирующей форме ТБ-процесса), лейкоциты в просвете бронхов и десквамация бронхиального эпителия (что подтверждает остро прогрессирующий ТБ-процесс). Морфологические изменения тканей печени ($p<0,05$) заключались в очаговой жировой дистрофии гепатоцитов (что может являться следствием длительного приёма антиретровирусной терапии), бугорков продуктивно-некротического типа (что говорит о частом развитии у ВИЧ-инфицированных генерализованной ТБ-инфекции), лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов (что является проявлением хронического гепатита), гидропическая дистрофия гепатоцитов (что может быть следствием нарушения белково-водно-электролитного обмена у ВИЧ-позитивных пациентов).

Буркина Я.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель асс. Симаченко О.В.
Кафедра детских инфекционных болезней

Несмотря на достижения современной медицины, пневмонии по-прежнему занимают одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости у детей.

Число случаев обращения с данной патологией за стационарной медицинской помощью растет ежегодно. Так по данным УЗ «ГДИКБ» с диагнозом пневмония в 2000 году было пролечено 398 детей, а к 2011 году этот показатель вырос в 3 раза и составил 1232, при этом 68 (5,84 %) из них составили случаи с легочными осложнениями .

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-лабораторных маркеров, а также структуры осложнений при пневмониях у детей.

Методы исследования: нами был проведен анализ 68 медицинских карт стационарных больных детей с легочными осложнениями пневмоний, которые находились на стационарном лечении в УЗ «ГДИКБ» г.Минска за 2011 год. Возраст детей исследуемой группы составил от 1 мес. до 18 лет, однако больший процент осложнений встречался среди детей от 1 до 3 лет – 41,2% и от 3 до 7 лет – 33,8%.

Структура легочных осложнений пневмоний была представлена следующим образом: плеврит – 48 случаев (70,6%), ателектаз – 6 (8,8%), гидроторакс – 6 (8,8%), фиброз – 4 (5,9%), плевропневмония – 2 (2,9%), деструкция и пневмоторакс по одному случаю (по 1,5%). Среди них преобладало правостороннее поражение – 47, 1%, тогда как осложнения в левом легком встречались в 27,9% случаев и двухсторонние в 25%.

Данная патология регистрировалась на протяжении всего 2011 года, однако было выявлено несколько подъемов заболеваемости: в марте – 11 случаев (16,2%), в январе и в сентябре отмечалось по 9 случаев (по 13,2%).

Следует отметить, что практически половина больных (45,6%) поступила в стационар уже в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена синдромом дыхательной недостаточности – у 36 детей (52,9%), из них: 1 степень – в 7 случаях (10,3%), 2 степень – в 25 случаях (36,8%) и 3 степень – в 4 случаях (5,9%), а также интоксикационным синдром в 25 случаях (36,8%).

При поступлении 89,7% детей предъявляли жалобы на кашель, 32,4% отмечали наличие насморка. Одышка и боль в груди наблюдались одинаково часто и отмечались у 17,7% поступивших. На повышение температуры тела до 37,9 ^{0}С предъявляли жалобы 27,9% госпитализированных, а на повышение выше 38^{0}С – 58,8% детей.

Со стороны общего анализа крови при поступлении обращали на себя внимание следующие изменения: лейкоцитоз у 55 детей (80,9%), а средняя величина составила $15{,}43 \cdot 10^9$/л ± $6{,}82 \cdot 10^9$/л. Однако у 16,2% детей отмечался нормоцитоз и у 2,9% лейкопения. Также отмечались выраженные изменения со стороны СОЭ в 76,5% случаев и средняя величина составила 30,37 мм/ч ± 17,88 мм/ч. Кроме того, у большинства пациентов (85,7%) отмечалось повышение уровня С-реактивного белка и в среднем этот показатель составил 160,17 мг/л.

Таким образом, основным легочным осложнением пневмоний у детей является плеврит, который наиболее часто осложняет правосторонние пневмонии.

Клинически осложненные пневмонии характеризуются тяжелым течением за счет дыхательной недостаточности 1-2 степени, интоксикационного и гипертермического синдромов, лабораторно – воспалительными изменениями в общем анализе крови.

Средняя продолжительность стационарного лечения составляет 15,72 койко-дней и определяется тяжестью состояния.

Бут-Гусаим Г.В., Киселёв А.И.

ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ТБЛ С МЛУ

Научный руководитель д-р мед.наук, проф. Лаптев А.Н.
Кафедра фтизиопульмонологии

Актуальность исследования. С ростом удельного веса лекарственной устойчивости (ЛУ) туберкулеза органов дыхания (40-50% впервые выявленных случаев - МЛУ) снижается эффективность лечения больных, растут частота хронизации болезни и уровень смертности от нее. Возрастает роль хирургических методов лечения у пациентов с ЛУ туберкулезом органов дыхания, исчерпавших возможности химиотерапии.Стратегия DOTS, успешно проявившая себя при ТБЛ без ЛУ, сегодня не способна обеспечить излечения больных ТБЛ с МЛУ.Поэтому у определенной части таких больных, единственной мерой курабельности и надежды на последующее выздоровление становится хирургическое лечение.

Цель исследования: изучить эффективность экстраплевральной торакопластики в сочетании с химиотерапией у пациентов выделяющих МЛУ микобактерии туберкулёза.

Материал исследования. Истории болезней пациентов, данные рентгенологических и лабораторных исследований, операционные журналы, литературные отечественные и иностранные источники.

Задачи исследования:

1. Оценить эффективность экстраплевральных торакопластик при ТБЛ с МЛУ произведенных в различные сроки после выявления заболевания.
2. Оценить эффективность экстраплевральных торакопластик при ТБЛ с МЛУ в зависимости от сроков предшествующей химиотерапии.

3. Оценить результаты экстраплевральных торакопластик в зависимости от длительности существования каверны в легком.

4. Провести сравнительную оценку результатов, в том числе результатов лечения консервативными методами и в сочетании с экстраплевральной торакопластикой.

Вывод.

1. Результаты исследования показали более высокую эффективность лечения больных с ТБЛ с МЛУ, которым проводилось комплексное лечение с применением экстраплевральной торакопластики и ХТ, по сравнению с больными, которым проводилось лишь консервативное лечение.

2. Основным фактором, создающим условия для получения лучших, чем при консервативном лечении, отдаленных результатов, мы считаем ранее применение (2-4 месяц) экстраплевральной торакопластики у больных с МЛУ.

Бычек Д. А., Янцевич А. Г.

МОДЕЛИРОВАНИЕ КРОВОТОКА В ОБЛАСТИ ВЕТВЛЕНИЯ СОСУДОВ МОЗГА

Научные руководители канд. техн. наук, доц. Мансуров В.А.,
канд. мед. наук, доц. Трушель Н.А.
Кафедра медицинской и биологической физики

Цель исследования – проследить изменение числа Рейнольдса и кровяного давления в зависимости от угла ветвления сосудов мозга.

Методом математического моделирования изучено двумерное поле скоростей течения и распределение давления в области бифуркации сосудов основания мозга. Модельные расчеты проводились с помощью пакета численного моделирования COMSOL 4.0, который решает системы нелинейных дифференциальных уравнений в частных производных методом конечных элементов в одном, двух и трех измерениях. При этом мы учитывали то обстоятельство, что у взрослого человека зрелого возраста в области разветвления сосудов основания мозга (внутренняя сонная артерия, базилярная артерия) имеются атеросклеротические бляшки, уменьшающие просвет сосуда. Средняя скорость течения крови на входе в материнский сосуд во внутренней сонной и базилярной артерии - 0,43 м/сек (в возрасте от 45 до 50 лет).Материнский сосуд, в построенной нами геометрической модели, разделялся на два дочерних сосуда таким образом, что площадь сечения отходящих сосудов была равна суммарной площади сечения материнского сосуда.

В результате изменения угла бифуркации полученной модели выявлены геометрические параметры в виде изменения локальной скорости течения, а, следовательно, локального числа Рейнольдса и перепада давления. В дочерних сосудах наблюдается тенденция к турбуленции кровотока. Наибольшее давление наблюдается в области апикального угла ветвления, что объясняется максимальным воздействием потока крови на его стенку. При увеличении толщины «атеросклеротических бляшек» (нарастании стеноза) увеличивается максимальное число Рейнольдса и уменьшается давление на апикальный угол бифуркации сосуда и, наоборот, чем меньше бляшка, тем меньше максимальное число Re и больше давление крови. Изменение числа Рейнольдса и давления крови наиболее выражено при отклонении сосуда с меньшим диаметром на 50-60˚ .

Заключение. Таким образом, в результате исследования установлен оптимальный угол ответвления дочернего сосуда (с меньшим диаметром) от материнского (около 55˚), при котором кровоток происходит место стеноза артерии с минимальными энергетическими потерями. Установлена область наибольшего давления потока крови - область апикального угла бифуркации.

Вавдичик К.А., Зданцевич Р.О.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРОЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫСЫ В НОРМЕ И ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Научный руководитель канд. биол. наук, асс. Ламан И.В.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Актуальность исследования ультраструктурной организации миокарда обусловлена ростом уровня ишемической болезни сердца (ИБС) в Республике Беларусь за последние годы. В 2010 г. общая заболеваемость ИБС составила 12284,3 на 100 тыс. взрослого населения, в 2011 году - 12497,2. Известно, что электронно-микроскопический метод исследования позволяет выявить нарушения структуры миокарда уже через несколько минут после начала ишемического процесса, что является важным при диагностике и предупреждении ИБС.

Цель исследования: изучить структурно-функциональные особенности миокарда левого желудочка крысы в норме и при условиях экспериментальной ишемии.

Задачи:

1. Исследовать морфофункциональные особенности кардиомиоцитов и межклеточных компонентов миокарда левого желудочка крысы в норме.
2. Провести морфометрический анализ органелл кардиомиоцитов в норме.
3. Исследовать изменения миокарда на ультрамикроскопическом уровне при ишемии.
4. Проанализировать изменения морфометрических параметров органелл при ишемии.

Объектом исследования явился миокард левого желудочка шести интактных белых беспородных крыс и миокард левого желудочка 6 крыс, подвергнутых ишемии при перевязке коронарной артерии в течение 10 минут.

Методы проведения исследования. Под легким эфирным наркозом проводили вскрытие грудной клетки крысы. Извлекали сердце и помещали на лед до полной остановки сердцебиения. Подобное изъятие проводилось после проведения экспериментальной ишемии. В работе использован электронно-микроскопический метод исследования. Кусочки ткани фиксировали общепринятой методике (Боголепов Н.Н., Методы электронно-микроскопического исследования. 1976 г.). Срезы готовили на ультратоме LKB (Швеция) и просматривали в электронном микроскопе JEM-100 CX (Япония). Для более полного и углубленного анализа ультраструктурного строения органелл кардиомиоцитов была произведена электронно-микроскопическая морфометрия. Цифровые данные обработаны с использованием программы «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты исследования. При исследовании кардиомиоцитов левого желудочка в норме описана структура органелл, в том числе строение специфичных для кардиомиоцитов миофибрилл и связанной с ними системы агранулярного эндоплазматического ретикулума. Исследовано строение межклеточных компонентов миокарда: стенок капилляров, клеток соединительной ткани, соединительнотканных волокон.

С помощью метода морфометрии получены количественные данные по содержанию митохондрий, ЯЦО, толщине миофибрилл миокарда крысы.

Экспериментально вызванная кислородная недостаточность сердечной мышцы вызывает многочисленные ультраструктурные изменения, проявляющиеся изменением соотношения количества органелл, нарушением сарколеммы, базальных мембран сосудов, внутриклеточными отеками, изменением ЯЦО, истончениями миофибрилл, нарушением строения и количества митохондрий, агрегированием хроматина в ядрах, исчезновением гликогеновых включений.

Таким образом, наблюдаемые в условиях экспериментальной ишемии морфофункциональные изменения свидетельствуют о начале ишемической дистрофии миокарда, что приводит к нарушениям деятельности сердца.

Вавдичик К.А.

ЭКОЛОГО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В БЕЛАРУСИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Белугин С.Н.
Кафедра радиационной и экологической медицины

В настоящее время известна аминокислотная последовательность и биохимические свойства многих аллергенов, включая и те, которые обладают выраженными сенсибилизирующими свойствами в кожных покровах и слизистых дыхательных путей человека. В этом перечне первое место по аллергенности занимают белки домашних пылевых клещей и белки грибкового происхождения. Данные белки определяются так же, как аэроаллергены и помимо иммуногенных свойств (тип реакции Th2) обладают адьювантными свойствами. Как правило до 90% больных бронхиальной астмой, а также больных с атопическим дерматитом проявляют сенсибилизированность к аэроаллергенам, более того тяжесть клинического течения часто зависит от возраста в котором произошел первый контакт с аллергеном и сверхпороговой концентрации аллергена в воздухе. Вместе с тем существуют данные свидетельствующие о зависимости динамики развития и тяжести течения бронхиальной астмы и атопического дерматита и от средовых факторов, а именно от степени и характера загрязнения воздуха низкомолекулярными веществами непептидной природы (CO, озон, тяжелые металлы, оксиды азота, летучие органические вещества, взвешенные частицы).

Целью настоящей работы является комплексный анализ распространенности, этиологической и клинической характеристик бронхиальной астмы и атопического дерматита с учетом экологической обстановки на территории Беларуси.

Для территориальной оценки структуры заболеваемости и особенностей экологического состояния воздуха в регионах Беларуси использовались независимые друг от друга опубликованные отчетные материалы официальных источников за период с 1990 по 2010 годы. На базе Городского клинического кожно-венерологического диспансера г. Минска обследовано 17 больных, с диагнозом атопический дерматит, в том числе и в сочентании с респираторными нарушениями. В работе с пациентами использован клинический метод исследования, анкетирование на основании разработанного нами опросника. Опросник включает три категории вопросов, затрагивающие информацию о потенциальных источниках аэроаллергенов; сопутствующей симптоматике со стороны дыхательной системы; и истории развития сенсибилизации пациента. Опросник составлен также из расчета оценки манифестированности сочетанных симптомов у больных с дрематореспираторной формой заболевания.

В результате оценки клинических особенностей, распространенности атопических форм дерматита и астмы в Беларуси, а также состояния качества вдыхаемого воздуха в областях Беларуси сформирована гипотеза о причинно-следственном отношении заболеваемости и эколого-этиологической ситуации в регионах Беларуси. Полученные результаты указывают на необходимость системного и периодического анализа с использованием результатов экологического мониторинга в регионах Беларуси и клинико-диагностического мониторинга, включая тест-пробы на рекомбинантные аллергенные белки.

Вавула А.И.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВЕНЕРИЧЕСКОЙ ПРОПАГАНДЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Навроцкий А.Л.
Кафедра кожных и венерических болезней

В Республике сохраняется высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП). Молодежь в возрасте 15-29 лет составляет большинство из заболевших – приблизительно 60-70%. Основной мерой снижения заболеваемости ИППП является их первичная профилактика – мероприятия по повышению информированности и формированию безопасного сексуального поведения молодёжи. В связи с этим весьма актуальным является изучение исходного уровня знаний и степени повышения информированности школьников старших классов после лекции по профилактике ИППП.

Цель исследования: изучение сексуального поведения, исходного уровня знаний школьников старших классов и их повышение в процессе противовенерической пропаганды.

Методика проведения исследования: анонимное анкетирование до и после чтения лекции по вопросам профилактики ИППП среди учащихся старших классов, статистическая обработка и сравнение полученных результатов.

Были получены следующие результаты:

Всего было опрошено 54 человека, из них 53,7% составляют девушки (средний возраст 15,2 года) и 46,3% - юноши (средний возраст 15,3 года).

Из опрошенных имели сексуальный опыт 27,6% девушек и 44% юношей, отказались отвечать на данный вопрос 10,3% девушек и 24% юношей. Возраст начала половой жизни у девушек – 12,5% до 12 лет, 75% 15-16 лет, 12,5% 17-18 лет; у юношей 18, 2% до 12 лет, 45,4% 12-14 лет, 27,3% 15-16 лет, 9,1% отказ от ответа.

Мотивы для добрачных сексуальных отношений у девушек: влюблённость или любовь - 72,4%, любопытство – 10,3%, желание приобрести сексуальный опыт – 17,2%, влияние алкоголя – 6,9%, страх потерять любимого человека – 3,4%. Мотивы для добрачных сексуальных отношений у юношей: влюблённость или любовь -52%, любопытство – 28%, желание приобрести сексуальный опыт – 32%, стремление не отстать от сверстников, друзей - 4%, влияние алкоголя – 28%, страх потерять любимого человека – 4%, по принуждению – 20%, отказ от ответа – 20%.

В прошлом переболели ИППП 3,8% опрошенных.

На вопрос о том, что относится к ИППП учащиеся ответили следующим образом: сифилис – 79,6%; гонорея – 40,7%; ВИЧ-инфекция – 83,3%; сальмонеллёз – 7,4%; СПИД – 74,1%; трихомониаз – 31,5%; генитальный герпес – 61,1%; трихинеллёз – 18,5%; хламидиоз – 16,7%; псориаз – 3,7%. На вопрос о путях передачи ИППП учащиеся ответили следующим образом: половой – 98,1%; при купании в водоёме, бассейне – 5,6%; через инфицированную кровь – 47,4%; от инфицированной матери плоду или новорожденному ребёнку – 51,9%; при пользовании одеждой больного человека – 7,4%; при использовании мочалок, полотенец, ночных горшков, чужого белья, загрязнённых выделениями больных людей – 37,7%.

При изучении исходного уровня знаний установлено, что у девушек он составляет 123,6 балла, у юношей – 127,4 балла из 300 возможных. После чтения лекции уровень знаний у девушек составляет 234 балла, у юношей – 227 баллов из 300 возможных. Степень повышения информированности составляет у девушек 89,3%, у юношей – 78,2%.

Валаханович Т.Н.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРЕБИОТИЧЕСКОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Борисова Т.С.
Кафедра гигиены детей и подростков

Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) характеризуется высокой распространенностью среди детей и подростков и имеет большую медико-биологическую и социальную значимость. Одним из нарушений со стороны ЖКТ является изменение качественного и количественного состава микрофлоры, населяющей пищеварительный тракт (дисбактериоз).Функциональное значение микробиоты для организма человека заключается как в поддержании локальных (местный иммунитет кишечника), так и в осуществлении системных функций путем реализации дистанционных и внутриклеточных взаимодействий.

Средимножества факторов, влияющих на бактериальную флору кишечника, характер питания играет одну из ведущих ролей.Пребиотики, являясь одними из необходимых компонентов питания, относятся к биологически активным добавкам немикробного происхождения, неперевариваемым в кишечнике, способным посредством стимуляции роста и метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника оказывать позитивный эффект на организм. К ним относятся пищевые волокна, потребление которых для населения, проживающего в условиях радиоэкологического неблагополучия, от доли сложных углеводов должно составлять не менее 10%.

Целью данного исследования была оценка обеспеченности рационов питания детей дошкольного возрастапищевыми волокнами во взаимосвязи с их состоянием здоровья.

Методы исследования. Оценка фактического потребления пищевых волокон с рационами питания дошкольников в условиях организованных коллективов с учетом домашнего питания осуществлялась на основании таблиц химического состава продуктов. Данные о состоянии здоровья были получены путем проведения сомотоскопического обследования детей на выявление признаков дисбактериоза, анонимного анкетирования родителей, а также выкопировки данных из медицинской документации. Объем исследования составил 208 детей. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Microsoft.

Результаты исследования. Анализ рационов питания обследованного контингента детей выявил дефицит пищевых волоконболее чем у 2/3 детей дошкольного возраста, поступление которых с пищей всего лишь на 49,2% удовлетворяет потребностям организма. За счет домашнего питания в будние дни потребление пищевых волокон было компенсировано дополнительно на 25,1%, с учетом домашнего питания в выходные дни – на 85,8% от должного уровня. Выявленный дисбаланс в поступлении пищевых волокон не мог не отразиться на состоянии микробиоты организма, что проявляется в специфической симптоматике функциональных нарушений ЖКТ, среди которыхпреобладают различные проявления дисфункции кишечника (35,1%), снижение аппетита (14,9%) и запоры (13,9). Достаточно частым явлением были тошнота (12,0%) и рвота (12,9%). При анализе сопутствующей симптоматики выявлено, что у 34,6% обследованных отмечается сухость и шелушение кожи, у 9,1% – трещины в уголках губ, у 6,3% дошкольников бледность кожных покровов, у17,3% – нарушения сна.

Таким образом, выявленный дефицит пребиотиков в рационах питания дошкольников наряду с имеющимися признаками дисбиотических нарушений более чем у 1/3 детей указывает на необходимость осуществления целенаправленной коррекции организованного питания.

Валюженич Я.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МОЗГА

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Журавков Ю.Л.
Кафедра военно-полевой терапии

Уже доказана высокая эффективность и необходимость тромболитической терапии альтеплазой в остром периоде ИМ, но по-прежнему остро стоит вопрос о длительности “терапевтического окна”. Каждую минуту без лечения пациент с инфарктом мозга (вызванного закупоркой крупного сосуда) теряет в среднем 1900 тысяч нейронов, 13800 млн. синапсов и 12 км нервных волокон. Каждый час без лечения мозг теряет количество нейронов сопоставимое с 3,6 годами нормального старения. 11 октября 2012 года NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence) рекомендовал лечение альтеплазой у пациентов с ИМ в течение 4,5 часов после появления симптомов ИМ.

Целью работы была оценка эффективности применения различных методов реперфузии в остром периоде ИМ.

Материал и методы. Был проведен анализ историй болезни 45 пациентов, которым проводился системный тромболизис при инфаркте мозга с 2008 г. по настоящее время на базе ПИТ ОПСМ УЗ «9-я ГКБ», а также 11 историй болезни пациентов, которым был проведен селективный тромболизис. Для проведения тромболитической терапии (ТЛТ) использовался допущенный к применению в РБ препарат **актилизе®** (Boehringer Ingelheim). Выбор больных для ТЛТ осуществлялся с учетом рекомендованных ESO (European Stroke Organization) показаний и противопоказаний.

Результаты:

1. Подтверждена высокая эффективность ТЛТ в остром периоде ИМ, что выражается в значительном уменьшении смертности и достоверном снижении неврологического дефицита.
2. Применение КТ головного мозга с сосудистой программой (КТА) при диагностике ИМ позволяет уточнить характер и распростаненность поражения, а также выбрать конкретную методику реперфузии.
3. Системный тромболизис наиболее эффективен у пациентов с кардиоэмболическим ИМ при прменении до 2 часов от манифестации, что выражается уменьшением неврологического дефицита в 2.5 раза по сравнению с исходным уровнем и снижением функциональных нарушений до легких или полного их отсутствия у 92 % пациентов.
4. Применение селективного артериального тромболизиса позволяет уменьшить дозу фибринолитического препарата и, тем самым, снижает риск геморрагических осложнений; позволяет проводить тромболизис за пределами “временного окна”.
5. Применение селективного тромболизиса в сочетании с различными эндоваскулярными методиками реканализации позволяет гарантированно получить положительный эффект у пациентов с ИМ (в том числе атеротромботическими) позже 3 часов после манифестации и снизить уровень неврологического дефицита в 3,6 раз, тем самым улучшая качество жизни и прогноз для пациента.

Василевич Е.В.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

Цель исследования: выявить предикторы нарушения ритма сердца после коронарного шунтирования.

Несмотря на значительные успехи современной медицины в лечении ишемической болезни сердца (ИБС), она по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения развитых стран мира. На сегодняшний день аортокоронарное шунтирование (АКШ) является одним из основных методов прямой реваскуляризации миокарда, получившим широкое распространение во всем мире. Однако, несмотря на внедрение новейших технологий в хирургическое лечение ИБС, усовершенствование методик защиты миокарда распространенность послеоперационных нарушений ритма (НР) остается на прежнем уровне. Послеоперационные аритмии могут способствовать повышению риска развития тромбоэмболических осложнений, ишемии миокарда, застойной сердечной недостаточности, нестабильной гемодинамики.

Материалы и методы. Участниками исследования стали пациенты с ИБС, перенесшие операцию АКШ на базе 2-го кардиохирургического отделения РНПЦ «Кардиология» и кардиохирургического отделения 9 ГКБ г. Минска. В исследование вошли 82 пациента в возрасте от 35 до 81 года. Диагноз ИБС был верифицирован на основании анамнеза, жалоб и подтвержден объективными методами обследования.

Критерии включения: наличие показаний к аортокоронарному шунтированию.

Критерии исключения: наличие декомпенсированной сердечной недостаточности, патология щитовидной железы, перманентная форма фибрилляции предсердий.

Полученные результаты. При анализе частоты встречаемости нарушений ритма после АКШ было выявлено, что пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП) превалировали и встречались с частотой 75,61%, желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) встречались с частотой 24,39%. Пик развития ФП приходился на 1-2 сутки (61.29%), ЖЭ наблюдались с одинаковой частотой в течение 8 суток после операции.

В группе пациентов, у которых наблюдалось НР после АКШ, поражение 3 и более венечных артерий сердца отмечалось в 78,05% случаев, в группе без НР аналогичное количество сосудов было поражено в 58,54% случаев. Увеличение левых камер сердца по данным ЭхоКГ наблюдалось в 82,93% и 39,02% случаев у пациентов с НР и без НР соответственно.

Анализ полученных результатов показал наличие прямой связи между увеличением левых камер сердца, дисфункцией клапанного аппарата, двумя и более перенесенными инфарктами миокарда, развитием посткардиотомного синдрома после операции, поражением трех артерий и более, сниженной фракцией выброса левого желудочка и развитием НР после аортокоронарного шунтирования.

Василенко Д.А.

СПОСОБЫ ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Шаранда Г.И.

Одна из важнейших задач обучения немецкому языку в медицинском вузе – формирование умения читать оригинальную медицинскую литературу. В последние годы значительно возрос интерес к терминологии, так как это наиболее активно развивающаяся часть словар-

ного состава языка. Однако спорных вопросов остаётся много и среди них определение самого понятия “термин” и его особенностей.

Вслед за Л. С. Капитулой мы определяем медицинский термин как единицу лексической подсистемы медицины, которая обладает всеми характерными особенностями иностранного языка (см. Л. С. Капитула. К вопросу о статусе терминологической лексики в системе изучаемого иностранного языка. - Материалы межвузовской научно-практической конференции "Современные технологии обучения иностранным языком в неязыковом вузе", Минск, 2001).

Специфика немецких научных медицинских терминов состоит в том, что в них огромную роль играет терминообразование. Наиболее обширный пласт немецких медицинских терминов образуется при помощи словосложения, причём в роли компонентов сложного слова могут выступать имена существительные, глаголы, наречия, прилагательные. Например, die Arterienverkalkung – обызвествление артерии; der Gehwagen - колёсные ходунки, die Gehhilfe - костыль; die Ausseninfektion - экзогенная инфекция; der Rundkopf - брахицефалия, hochschwanger - находящаяся на последних месяцах беременности.

Велика роль в образовании медицинских терминов принадлежит суффиксам и префиксам, самыми распространёнными из которых являются суффиксы: -ung (die Fullung – зубная пломба), -tur (die Muskulatur – мускулатура), -ie (die Enterologie – энтерология) и префиксы: -un(unfurchtbar – бесплодный), - auf (die Aufblahung – вздутие).

В системе немецкого подъязыка медицины значительное место занимают заимствования с латинского и греческого языков. Причём они могут по-разному соотноситься с немецкими терминами.

Так, ряд латинских слов и словосочетаний перешли в немецкий язык без изменений: Duodenum, Cancer, Lupus, Trauma и т.д. Многие немецкие и латинские термины различаются только окончаниями: Tuberkulose (tuberculosis), Polyl(polypus), Konkrement(concrementum), Vene(vena) и т.д.

Часть латинских и немецких медицинских терминов имеют минимальные корневые различия(caput – der Kopf).

Таким образом, знание терминоэлементов позволяет студентам определить значение незнакомого слова без словаря, развивает языковую догадку и существенно облегчает восприятие незнакомого медицинского текста на немецком языке.

Васильева А.А.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Гунько Т.И.
1-ая кафедра терапевтической стоматологии

Актуальность. Лечение заболеваний периодонта остаётся одной из актуальных проблем современной стоматологии. По данным ВОЗ, распространённость болезней периодонта в возрасте 35-40 лет составляет 94,3%. Пациенты с заболеваниями периодонта, как правило, нуждаются в комплексном лечении. В настоящее время всё большее внимание привлекают немедикаментозные методы лечения. Это обусловлено в первую очередь ростом аллергических реакций на лекарственные препараты и серьёзными побочными эффектами лекарственных средств; появлением штаммов микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам и антисептикам. Среди таких немедикаментозных методов лечения можно выделить магнитотерапию, оказывающую выраженное противовоспалительное, противоотёчное и анальгезирующее действие. Магнитное излучение легко проникает в ткани организма, имеет минимальное число противопоказаний. Опыт использования магнитотерапии в клинических условиях свидетельствут, что положительных результатов можно достичь в более короткие сроки, чем при лечении без использования магнитного излучения.Всё это и нашло широкое применение в стоматологии.

Цель: изучить эффективность действия импульсного магнитного поля при лечении заболеваний периодонта.

Материалы. Для изучения этого вопроса были использованы статьи из научно-практических стоматологических журналов.

Результаты. Доказано, что в биологических тканях магнитное поле создаёт наведённый индуцированный электрический ток, который усиливает трофические нервные влияния, что способствует улучшению микроциркуляции, уменьшению отёка и воспалительного процесса, влияя на патогенетические механизмы инфекции и иммунитета, оказывает выраженное стимулирующее воздействие на восстановительные процессы костной ткани. Лечебные мероприятия, связанные с воздействием магнитного поля на ткани периодонта, обуславливают изменение биохимических показателей ротовой жидкости в сторону нормализации основных параметров. Происходит увеличение концентрации общего белка в растворе ротовой жидкости, что отражает интенсивные репарационные процессы в тканях ротовой полости. Магнитотерапия хорошо переносится больными и способствует быстрой стабилизации патологического процесса.

Васильев Н.О., Битель Е.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ГРЫЖ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Рычагов Г.П.

Актуальность темы. Параколостомические грыжи – разновидность послеоперационных грыж, которые относят к местным отдалённым осложнениям колостом. Создание хорошо функционирующей колостомы с минимальными осложнениями при хирургическом лечении заболеваний и травм толстой кишки давно является злободневной проблемой. По данным литературы, параколостомические грыжи составляют 57% в структуре всех осложнений колостом. На данный момент известно свыше 200 методов колостомии, но ни один из них не отвечает всем требованиям из-за большого числа осложнений, возникающих в области колостомы как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Цель: оценить результаты клинического применения сетчатых трансплантатов в лечении параколостомических грыж.

Задачи: изучить особенности и преимущества использования сетчатых трансплантатов в лечении параколостомических грыж и провести анализ результатов их клинического применения.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 16 историй болезни пациентов с параколостомическими грыжами, находившихся на лечении в ГКБ №3 города Минска в период с 2008 по 2011 гг. Половой состав: 56,25% - женщины, 43,75% - мужчины. Возраст больных от 29 до 81 года. Стомы были наложены при заболеваниях неопухолевого генеза (язвенный колит, болезнь Крона) в 9 случаях, травмах ободочной и прямой кишок – 4 случая, при злокачественных новообразованиях ободочной кишки – 3 случая. По локализации выделено: трансверзостом- 4, сигмостом- 8, цекостом- 2, илеостом- 2.

Результаты исследования. У большинства больных местная пластика при закрытии стомы проведена при помощи собственных тканей (62,5 %) – 10 больных. После операции у 1 больного появилось раннее послеоперационное осложнение – воспалительный инфильтрат, который был эффективно вылечен на ранней стадии в ходе консервативного лечения. Поздние осложнения отмечены в трех случаях: рецидив грыжи наблюдался у 2 больных (20%), кишечная непроходимость – 1 случай (10 %) оперированных методом пластики собственными тканями.

В нашем исследовании в группе больных из 6 человек, закрытие стомы которым производилось с использованием сетчатого имплантата, в отдаленном послеоперационном периоде

рецидив грыж не наблюдался, в раннем послеоперационном периоде у 1 пациента развилась серома (16,6%).

Выводы. Наиболее трудным для лечения и чаще всего встречающимся осложнением стомы является параколостомическая грыжа. Классическая местная пластика при лечении этого осложнения приводит к большому количеству рецидивов. Предупреждение появления грыжи (первичное применение имплантатов) и хирургическое лечение с применением синтетических дают надежду на достижение лучших результатов в перспективе.

Велесюк К.Л., Гатило А.В.

ЗНАЧЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К ЦИТРУЛЛИРОВАННЫМ АНТИГЕНАМ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Черношей Д.А.
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Ревматоидный артрит - хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата и вовлечением в патологический процесс других органов и систем.

Цель данной работы: осветить современные представления о патогенезе и лабораторной диагностике ревматоидного артрита на основе изучения аутоантител к цитруллинированным антигенам (АСРА).

Ревматоидный артрит представляет собой наиболее распространенное воспалительное аутоиммунное заболевание человека, поражая 0,5-2% взрослого населения в наиболее работоспособном возрасте 35-55 лет и может быстро приводить к необратимым изменениям в суставах и инвалидизации больных.

В ревматологии существуют различные представления о патогенезе ревматоидного артрита. Основные из них:

1. Дефект В- и Т-клеточной толерантности. В качестве пусковых факторов рассматриваются некоторые факторы внешней среды, а также вирусные, бактериальные и некоторые другие неоантигены (цитруллин-содержащие аутологичные и/или микробные пептиды).
2. Нарушение функций Т-регуляторов.

Основным принципом современного лечения ревматоидного артрита является как можно более раннее назначение адекватной активной иммуносупрессивной терапии. Для этого необходимо обеспечить эффективную раннюю диагностику заболевания. В настоящее время диагностика ревматоидного артрита основывается на детальном знании клиники данного заболевания, а также на данных лабораторно-инструментальных исследований. Центральное место в лабораторной диагностике системных ревматических заболеваний занимают серологические тесты, связанные с обнаружением циркулирующих аутоантител. Настоящая работа посвящена изучению современных методов обнаружения аутоантител к цитруллинированным белкам и их практической значимости.

Помимо важного значения для диагностики РА, выявление АСРА может служить скрининговым тестом для выявления ревматоидного артрита на ранних стадиях в группе риска, для диагностики серонегативного (по РФ) ревматоидного артрита и его дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями соединительной ткани.

Верас Я.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Научный руководитель асс. Анфиногенова Е.А.
Кафедра патологической анатомии

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний половой системы женщин репродуктивного возраста. В настоящее время его рассматривают не только как специфическое местное гинекологическое заболевание, но и как системный патологический процесс ("эндометриоидная болезнь").

Всегда необходимо помнить о возможности сочетания различных форм эндометриоза или эндометриоза и других заболеваний у одной пациентки. Возможно сочетание внутренних и наружных форм эндометриоза, эндометриоза и миомы матки, эндометриоза и гиперпластических процессов в эндометрии.

Молодой возраст больных эндометриозом, длительное и прогрессирующее течение заболевания, тяжесть клинических проявлений (упорный болевой синдром, маточные кровотечения, хроническая анемия, нейроэндокринные расстройства), стойкое нарушение репродуктивной функции, снижение трудоспособности и качества жизни определяют как медицинское, так и социальное значение этой распространенной патологии.

Целью нашего исследования было дать морфологическую характеристику сочетанных форм генитального эндометриоза, а также проанализировать их сочетание и взаимное влияние.

В ходе работы применялся морфологический метод с базисным окрашиванием препаратов гематоксилином и эозином, а также иммуногистохимия с использованием в качестве первичных специфических антител CD3 к Т-лимфоцитам, CD20 к В лимфоцитам и CD68 к макрофагам. Количество положительно экспрессирующих клеток подсчитывалось в 10 полях зрения при увеличении микроскопа х200. Кроме того применялся метод микрофотосъемки и метод статистической обработки материалов с использованием программного пакета “Statistica 6.0”.

Материалом исследования послужили операционно удаленные репродуктивные органы женщин за период 2011-2012гг. на базе 3-его отделения УЗ “Городская гинекологическая больница” г.Минска. Всего в ходе работы были исследованы 105 маток с придатками. Из них в 17 случаях были выявлены сочетанные формы генитального эндометриоза. Наиболее часто, в 76,5% случаев, данное сочетание было представлено аденомиозом и эндометриозом шейки матки, в то время как на комбинацию аденомиоза и эндометриоза яичников пришлось лишь 23,5%. Необходимо отметить, что наиболее часто сочетанные формы генитального эндометриоза встречались при диффузной и диффузно-очаговой формах аденомиоза, на долю которых пришлось 64,7% всех случаев. При изучении степени аденомиоза в зависимости от глубины распространения процесса в миометрии в 63,6% была выявлена II степень, для которой характерно распространение желез вглубь миометрия на 2/3 толщины стенки матки. При проведении морфологической оценки характера роста очагов было обнаружено, что при сочетанных формах преобладают по клинической активности активно-стабильные и регрессирующие очаги аденомиоза. В результате полученных данных можно предположить первичное возникновение аденомиоза с последующим развитием других форм эндометриоза на основании того, что большинство очагов аденомиоза были клинически стабильными либо регрессирующими, что говорит о их более длительном существовании по сравнению с другими локализациями сочетанных форм.

Верина В.В., Карчхадзе К.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ФТОРА СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ

Научный руководитель асс. Петрук А.А
Кафедра общей стоматологии

Современная стоматология располагает большим количеством материалов и методов для лечения кариеса временных и постоянных зубов. Однако следует признать, что, с научной точки зрения, на сегодняшний день нет идеального пломбировочного материала, который соответствовал бы всем требованиям стоматологии.

Основные требования к пломбировочным материалам, используемым при реставрации временных зубов: отсутствие токсичности и биосовместимость; наличие адгезии к твердым тканям зуба; укрепление оставшейся структуры зуба; простота постановки; небольшая стоимость. Возможно, наиболее этим требованиям отвечают стеклоиономерные цементы (СИЦ).

СИЦ является единственным материалом обладающим способностью к активному выделению ионов фтора. Стеклоиономерный цемент – классический кислотно-основной материал, в котором основной компонент представлен фторалюмосиликатным стеклом с высоким содержанием фтора, а кислотный компонент – полиакриловой кислотой. Фтор в составе СИЦ находится главным образом в виде фторида кальция, в меньшем количестве вводятся фториды натрия и алюминия. Диффузия фтора в окружающие ткани вызывает усиление их минерализации, уменьшает проницаемость дентина, остановку или замедление остаточного кариеса, ухудшение жизнедеятельности микроорганизмов.

Цель: В ходе исследование проследить за активностью выделения соединений фтора стеклоиономерными цементами.

Материалы и методы исследования. Материалом для проведения исследования послужили образцы СИЦ одинаковой формы, массы и площади соприкосновения с дистиллированной водой. Для получения водных вытяжек фтора, образцы помещались в 10 мл дистиллированной воды. На 1, 3 и 7 дни брались пробы по 3 мл для последующего анализа.

Метод определения содержания фтора основан на образовании окрашенного комплекса $Fe[Fe(CNS)_6]$. При наличии в растворе ионов фтора комплекс становится бесцветным. Судя по интенсивности окрашивания можно судить о количестве фтора в растворе.

Ожидаемые результаты и выводы исследования. Проведя исследование, было выявлено что все используемые образцы СИЦ, способны к выделению фтора, но в различных количествах.

Максимальное количество фтора выделяется первые трое суток, затем процесс заметно замедляется. Микропористость образцов СИЦ увеличивается в первые 3 суток, когда процесс выделения фтора протекает наиболее интенсивно. Однако на 7 сутки микропористость уменьшается вследствие восстановления кристаллической решетки за счет микро- и макроэлементов.

Винокурова А.А.

ЭКСПЕРТНЫЕ КРИТЕРИИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГИДРОМЫ

Научный руководитель асс. Самойлович М.В.
Кафедра судебной медицины

Объектом исследования является субдуральная гидрома, которая представляет собой локальное скопление цереброспинальной жидкости под твердой мозговой оболочкой, сдавливающее вещество головного мозга.

Цель работы: выявление особенностей этиологии, патогенеза субдуральной гидромы, её клинических проявлений, а также определение судебно-медицинских критериев её верификации и установления степени тяжести телесных повреждений.

Изучение субдуральных гидром является весьма актуальным вследствие редкости данной патологии и неясности возникновения гидром атравматического генеза. Однако учитывая то, что наиболее частой причиной возникновения субдуральной гидромы является черепно-мозговая травма, последствия которой являются весьма многообразными и непредсказуемыми, можно сделать вывод о том, что изучение патогенеза субдуральной гидромы как формы черепно-мозговой травмы также не перестанет быть перспективным в будущем.

В данной работе мы описываем механизмы образования, морфологическую картину и дифференциальную диагностику субдуральной гидромы, верифицируя ее с такими патологическими образованиями, как субдуральная гематома, наружная водянка, гемиатрофия головного мозга, арахноидальные кисты и различные врожденные аномалии.

Вследствие того, что субдуральные гидромы могут возникать не только в результате черепно-мозговых травм, но и являться последствием инсультов, опухолей, спинальных анестезий, регрессий субдуральных гематом, можно предположить то, что полученные нами данные об этиопатогенезе гидромы помогут судебным медикам лучше ориентироваться в данном вопросе, достоверно оценивать характер и тяжесть повреждений у пострадавших с диагнозом «субдуральная гидрома».

Материалы и методы. Проанализированы 1900 историй болезни отделения нейрохирургии УЗ «ГКБСМП» г. Минска (в том числе 26 случаев субдуральной гидромы), а также заключения эксперта УГС МСЭ по г. Минску (15 случаев).

Результаты:

1. клинические проявления скопления жидкости в субдуральном пространстве во многом зависят от сопутствующей краниоцеребральной патологии;
2. недостаточность проведенного инструментального исследования затрудняет формулирование выводов судебно-медицинского эксперта относительно происхождения, механизма образования и степени тяжести субдуральной гидромы.

Вихновская В.О

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИХЕНОИНДИКАЦИИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

Научный руководитель Прудников Г.А
Кафедра радиационной медицины и экологии

В настоящее время перед человечеством вполне реально встает вопрос об экологическом кризисе. Это связано в первую очередь с хозяйственной деятельностью человека. За последние десятилетия природа планеты неузнаваемо оскудела, ее вытесняет урбанизация, естественные ресурсы неумолимо истощаются, чистота атмосферного воздуха ухудшается. В последние годы наблюдается рост количества хронических заболеваний легких и желудочно-кишечного тракта, аллергических заболеваний, опухолей и наследственных болезней, обусловленных экологическими факторами.

Цель работы: изучение качества атмосферного воздуха в разных частях города Минска путем лихеноиндикации.

Задачи исследования: изучение количественного и видового состава лишайников, ознакомление с основами биоиндикации загрязнения окружающей среды и методикой проведения экологических исследований в условиях города.

Методика. В лихеноиндикационных исследованиях в качестве субстрата используются различные виды деревьев, которые наиболее распространены на исследуемой территории. Для оценки загрязнения атмосферы конкретной магистрали, улицы или парка описывают

лишайники, которые растут на деревьях по обеим сторонам улицы или аллеи парка на каждом десятом дереве. Город делится на квадраты, в каждом из которых подсчитывается общее число исследуемых деревьев и деревьев, покрытых лишайниками. Пробная площадка ограничивается на стволе деревянной рамкой, например, размером 10×10 см, которая разделена внутри тонкими проволочками на квадраты по 1см². Отмечают, какие виды лишайников встретились на площадке, какой процент общей площади рамки занимает каждый растущий там вид. На каждом дереве описывают минимум четыре пробные площадки: две у основания ствола (с разных сторон) и две на высоте 1,4-1,6 м. После проведения исследований на нескольких деревьях делается расчет средних баллов встречаемости о покрытии для каждого типа лишайников – накипных (Н), листоватых (Л) и кустистых (К). Зная баллы средней встречаемости и покрытия Н, Л, К, легко рассчитать показатель относительной чистоты атмосферы (ОЧА) по формуле:

$$ОЧА = \frac{Н + 2Л + 3К}{30}$$

Чем выше показатель ОЧА (ближе к единице), тем чище воздух местообитания.

Вывод. В ходе выполнения работы была обследована территория г.Минска. По результатам наблюдений наибольшая частота встречаемости лишайников наблюдалась на территории возле универсама «Корженевский», школьного стадиона и поликлиники №29. Наибольшая степень покрытия наблюдается на лыжной базе «Альпийский снег» и рынке «Курасовщина». Наиболее чистый воздух по комплексному показателю ОЧА наблюдается в точке «Альпийский снег», наименьший – в районе расположения заводов «Электрон» и «Дзержинского». Следует отметить, что чистоту воздуха в районе расположения этих заводов нельзя считать удовлетворительной, т.к. ОЧА составляет менее 50% от требуемого значения. Это особенно опасно для жителей близлежащих домов.

Таким образом, в ходе работы было доказано, что лихеноиндикация является очень удобным способом оценки качества атмосферного воздуха.

Віхноўская В.А

НАВАТВОРЫ Ў СУЧАСНЫХ ПЕРЫЯДЫЧНЫХ ВЫДАННЯХ XXI СТАГОДДЗЯ

Навуковы кіраўнік Ратынская Н.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Узяцца за даследаванне тэмы “Наватворы ў сучасных перыядычных выданнях XXI стагоддзя” мяне прымусіла немалая колькасць індывідуальна-аўтарскіх неалагізмаў на старонках беларускамоўных газет і часопісаў. На маю думку, некаторыя наватворы могуць дастойна папоўніць рэсурсы літаратурнай мовы.

Мэта даследавання: вывучэнне, прапаганда і выкарыстанне ў моўнай практыцы вартых увагі аўтарскіх неалагізмаў.

Задачы: уважлівае і сістэматычнае чытанне беларускамоўных газет і часопісаў (“Звязда”, “Роднае слова”, “Полымя”, “Маладосць”, “Беларуская мова і літаратура”); знаходжанне індывідуальна-аўтарскіх неалагізмаў, адбор слоў-наватвораў, што не трапілі ў вялікія акадэмічныя слоўнікі, складанне картатэкі, апісанне даследавання.

Метадалагічную аснову даследавання склалі падыход Каўруса А.А. і ідэі аспіранткі БДУ Зразікавай В.А.

Было адабрана і прааналізавана 30 моўных адзінак(2005 – 2006 гадоў выдання) – аказіянальных неалагізмаў.Атрымалася, што найбольш часта наватворы сустракаюцца ў маўленні наступных пісьменнікаў і публіцыстаў:М.Мятліцкі, В.Куртаніч, І.Іванова, У.Аляксандраў.Найбольш часта наватворы з’яўляліся прыметнікамі.У ходзе назіранняў

выявілася, што індывідуальна-аўтарскія неалагізмы розныя як па будове, так і па матывацыі.Напрыклад, ёсць словы з ярка выражанай матывацыяй: астудна (ад астудзіць) “сцюдзёны”: Нібы няма зімы астуднае, // якая так сняжыста абдымае .(М. Шабановіч). Аднак ёсць і тыя, што маюць больш аддаленную сувязь з утваральнымі асновамі, таму зразумець сэнс наватвора бывае даволі складана, напрыклад: хмарачос (уяўляецца нешта вельмі высокае,што можа дастаць да хмар, каб іх “пачасаць”) “скала”, “гара”, магчыма “гмах”: У завоблачнай краіне, // дзе салодкі, кажуць лёс, // між нябёсаў сініх-сініх // ёсць высокі хмарачос (Т.Грышан); лал (у гучанні слова чуецца музыка,напеў ла-ла) “танец сняжынак пад ціхую музыку ветру”: Пазаранак чыста звоніць, // кліча сонца сцюжна лал (В.Куртаніч).

Што ж дало мне знаёмства з наватворамі ў сучасных перыядычных выданнях XXI стагоддзя?

Па-першае, магчымасць убачыць індывідуальнае ўспрыманне свету рознымі мастакамі слова,публіцыстамі.

Па-другое, узбагачэнне незвычайнымі вобразнымі сродкамі маўлення: светлазорая гліна (В.Куртаніч), шуматлівыя кроны (М.Мятліцкі), астудная зіма(М.Шабовіч), ваінядышны шал (В.Куртаніч) і інш.

Па-трэцяе, няспынныя пошукі аўтарамі новых незвычайных слоў стымулююць творчую дзейнасць студэнтаў,развіваюць і ўзбагачаюць іх маўленчыя здольнасці.

Па-чацвёртае, разуменне таго, што пошукавую працу ў гэтым накірунку можна весці бясконца,уключаючы ў яе зацікаўленных студэнтаў.

Вихновская В.О

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДЫ РЕКИ ВЕДЬМА И ПРИЛЕЖАЩИХ ВОДОТОКОВ

Научный руководитель асс. Рябова Н.В.
Кафедра общей гигиены

В настоящее время проблема загрязнения водных объектов (рек, озер, морей, грунтовых вод и т.д.) является наиболее актуальной. Сегодня продолжается жесткое эксплуатирование водных объектов, безвозвратно изменяется их естественный режим сбросами и отходами. Именно поэтому водные богатства необходимо сохранять и приумножать.

Объектом учебного исследования является река Ведьма и прилегающие водотоки, а предметом исследования – это гигиеническое состояние вода р.Ведьмы. Основной целью стала оценка качества поверхностных вод р.Ведьма по органолептическим исследованиям, на основании сравнения полученных результатов с гидрохимическими показателями лабораторных исследований очистных сооружений г.Ляховичи.

Задачи:

1. Провести отбор определенного количества проб воды из разных мест р.Ведьма (г. Ляховичи) и определить интенсивность запаха, цветность, прозрачность; определить кислотность с помощью индикатора, а также температуру исследуемой воды.
2. Исследовать динамику загрязнения природных вод;
3. Сравнить и проанализировать полученные результаты с результатами лабораторных исследований сточных вод очистных сооружений г.Ляховичи и сделать соответствующие выводы.

Основными загрязнителями воздушного бассейна на территории района являются крупные животноводческие комплексы в н.п. Жеребковичи, Остров, Святица (ф/х Иное), Щербово, Зубелевичи и др. Централизованное водоснабжение 70% населения района осуществляется только из подземных источников (35 водопроводов). Качество подземных вод в Ляховичском районе соответствует санитарно – гигиеническим нормативам по содержанию железа, около 21,3% проб с превышением предельно допустимых концентраций. Начиная с 2001 го-

да отмечается динамика улучшения качества водопроводной воды по микробиологическим показателям с 6,2% нестандартных проб в 2001 году до 2,6% в 2008 году. Загрязнение поверхностных водных объектов Ляховичского района формируют стоки коммунальных очистных сооружений населенных мест, неорганизованные ливневые стоки с территорий населенных мест, полей, стоки с территорий сельскохозяйственных предприятий. Из полученных гидрологических исследований следовало, что тепловое загрязнение р. Ведьма отсутствует. Качество воды реки Ведьма оценивалось как «относительно чистая» - «умеренно загрязненная» (2-3 класс), т.к. индекс загрязненности вод составил 0,6 – 1,25. Давая качественную характеристику сточных поверхностных вод очистных сооружений за 2007-2009 гг. по гидрохимическим показателям установлено, что уровень азота аммонийного, нефтепродуктов $БПК_5$ находятся в норме, т.е. не превышают уровень ПДК.

Выводы:

1. Качество сточных вод, в основном, соответствовало нормативам сбросов в поверхностные водные объекты. В сбросах сточных вод Ляховичского КУМПП ЖКХ в 2009 г. не фиксировались превышения максимальных концентраций контролируемых веществ.
2. Среднегодовые концентрации загрязняющих веществ в период 2007-2009гг. оставались существенно ниже уровня ДК, что позволяет говорить об эффективности работы очистных сооружений.

Власевич А. В., Зинкевич А.В.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ , РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Научный руководитель Альферович Е.Н.
2-ая кафедра детских болезней

Сегодня в Беларуси насчитывается около 10 тысяч бесплодных женщин и 2 тысяч мужчин, всего из-за проблем со здоровьем не могут завести детей порядка 14 процентов супружеских пар. Шанс стать родителями дают современные медицинские технологии, и в частности, метод экстракорпорального оплодотворения. Метод ЭКО уже стал привычным и для нашей страны. В Беларуси проводится ежегодно 1500-1700 ЭКО, из них 70% выполняются в коммерческих центрах. Всего с помощью метода ЭКО в Беларуси родились 5 тысяч детей. Сегодня первенцам уже исполнилось 14 лет. Успешное развитие данной области медицины указывает на необходимость изучить особенности клинического состояния в раннем неонатальном периоде детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель работы: выявление особенностей анамнеза, течения беременности, родов, состояния здоровья новорожденных у пациенток, перенесших ЭКО.

Методика исследования: За период 2011-2012гг в родильном доме №6 у 41 матери родилось 55 детей по программе ЭКО: 2011г – 17детей, 2012г – 38детей. В соответствии с поставленной целью проведен анализ 41 истории родов женщин, у которых в результате ЭКО, произведенного в 2011–2012 гг., наступила беременность, завершившаяся родами. Матери этих детей, как правило, имеют нарушения деятельности эндокринной, иммунной и других функциональных систем организма, а также хронические инфекционные заболевания урогенитального тракта, что способствует развитию осложнений беременности и родового акта, оказывающих неблагоприятное влияние на плод.

Результаты: Было выявлено, что состояние здоровья детей, рожденных после применения ЭКО, несколько хуже по сравнению с детьми, зачатыми естественным путем. С большей частотой у них встречаются МФН, РДС, неонатальная желтуха, нарушение функции ЦНС сочетанного генеза. Также особенностью ЭКОшных детей является более частая необходи-

мость в дальнейшем лечении, поэтому из родильного дома их переводят в детские стационары.

Власенкова Е.С., Борис М.А.

ТИОТРИАЗОЛИН: СВОЙСТВА И ЭФФЕКТЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Савченко М.А.
2-я кафедра внутренних болезней

Введение. Фармакологический эффект тиотриазолина обусловлен противоишемическим, мембраностабилизирующим, антиоксидантным и иммуномодулирующим эффектом. Действие препарата реализуется за счет усиления компенсаторной активации анаэробного гликолиза и активации процессов окисления в цикле Кребса с сохранением внутриклеточного фонда АТФ. Наличие в структуре молекулы тиотриазолина тиола серы, для которой характерны окислительно-восстановительные свойства, и третичного азота, который связывает избыток ионов водорода, обусловливает активацию антиоксидантной системы. Сильные восстановительные свойства тиольной группы вызывают реакцию с активными формами кислорода и липидными радикалами. Реактивация антирадикальных ферментов — супероксиддисмутазы, каталазы и глутатионпероксидазы — предотвращает инициацию активных форм кислорода. Воздействие тиотриазолина приводит к торможению процессов окисления липидов в ишемизированных участках миокарда, уменьшению чувствительности миокарда к катехоламинам, предотвращению прогрессивного угнетения сократительной функции сердца, стабилизации и уменьшению соответственно зоны некроза и ишемии миокарда. Улучшение реологических свойств крови осуществляется за счет активации фибринолитической системы. Улучшение процессов метаболизма миокарда, повышение его сократительной способности, способствование нормализации сердечного ритма позволяет рекомендовать тиотриазолин для лечения больных с различными формами ИБС.

Цель исследования: выявить эффекты тиатриазолина у пациентов с различными вариантами кардиологической патологии, воздействие препарата на переносимость физических нагрузок, динамику боли, нарушений ритма и проводимости.

Материалы и методы. В исследование включено 550 пациентов с различными вариантами ИБС, некоронарогенными заболеваниями миокарда, ХСН. Выполнено исследование лабораторных и функциональных показателей деятельности сердечно-сосудистой системы (ССС) до начала и после окончания курса лечения тиотриазолином.

Результаты. Выявлено достоверное улучшение функциональных показателей деятельности ССС, уменьшение функционального класса стенокардии, увеличение толерантности к физической нагрузке. Переносимость терапии хорошая.

Выводы:

1. Стандартный курс лечения тиотриазолином у пациентов со стенокардией позволяет снизить функциональный класс и увеличить толерантность к физическим нагрузкам.
2. Включение тиотриазолина в комплексное лечение пациентов с ХСН приводит к уменьшению клинических проявлений заолевания.
3. Присоединение тиотриазолина к стандартной терапии пациентов с большинством кардиологических заболеваний позволило уменьшить дозы базисных препаратов (β-адреноблокаторов, и др.) при сохранении клинических эффектов.
4. Влияние тиотриазолина на функцию ССС не зависело от длительности основного заболевания.

Власенкова Е.С.

ЛОКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРИАМЦИНАЛОНА АЦЕТОНИДА ПРИ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Марченко Л.Н.
Кафедра глазных болезней

Введение. Основным хориоретинальным заболеваниям сопутствуют: локальная воспалительная реакция, развитие новообразованных сосудов и фиброзное рубцевание. Вследствие этого широкое распространение в лечении данной патологии получил триамциналон ацетонид (ТА). ТА стабилизирует гематоретинальный барьер, подавляет воспаление, обладает также антиангиогенными и антифибротическими свойствами. Для создания в зоне поражения длительной терапевтической концентрации препарата можно воспользоваться парабульбарным, интравитреальным (ИВ) и субтеноновым (СТ) введениями. Поскольку первый вариант использования ТА недостаточно эффективен, при втором имеется высокий риск развития катаракты и офтальмогипертензии, все большее распространение получает введение его в заднее субтеноновое пространство (ЗСТП).

Цель исследования заключалась в оценке влияния субтенонового введения триамциналона ацетонида на морфофункциональные показатели при хориоретинальной патологии.

Материал и методы. Проведено лечение 680 пациентов (1175 глаз) со следующими заболеваниями глазного дна: с возрастной макулярной дистрофией (ВМД) – 872 глаза, с диабетической ретинопатией (ДР) – 216 глаз, с тромбозом центральной вены сетчатки и ее ветвей (ТЦВС) – 56 глаз, с хориоретинитом (ХР) – 31 глаз. Всем пациентам до и через месяц после лечения проводились визометрия и оптическая когерентная томография (ОКТ) на томографе «Stratus OCT» Model 3000 («Carl Zeiss Meditec Inc.» Dublin, CA. USA). У пациентов определяли центральную фовеальную толщину сетчатки (ЦФТС) и изменения в объеме субретинальной и интраретинальной жидкости. Больные получали инъекцию в ЗСТП 40 мг (1.0 мл) кристаллического ТА. Вмешательства были выполнены в операционных офтальмологических отделений и кабинета долечивания УЗ 3 ГКБ в период с января 2010 по декабрь 2012 года.

Результаты. Отмечено повышение остроты зрения у пациентов всех пролеченных групп с хориоретинальной патологией, при этом оно было наиболее выраженным в глазах с ХР и ДР при сахарном диабете I типа. Далее, в порядке убывания результативности, следовали глаза с ВМД и ДР при сахарном диабете II типа. Наименее значимым было повышение визуса при ТЦВС. Однонаправленными были и изменения данных ОКТ, за исключением пациентов с ДР: зрительные функции этих больных повышались в меньшей степени, чем нормализовывалась фовеальная толщина сетчатки и абсорбировалась ретинальная жидкость.

Выводы:

1. Введение триамциналона ацетонида в заднее субтеноновое пространство пациентам с хориоретинальной патологией сопровождалось уменьшением фовеальной толщины сетчатки и повышением остроты зрения через месяц после инъекции.
2. Степень нормализации функциональных и структурных показателей была наибольшей при воспалительной этиологии заболевания и наименьшей – при окклюзии сосудов глазного дна.

Власова Е.В., Марченко А.А.

ПИЛОТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ-ДЕВУШЕК

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Власенко В.И.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Адаптация - совокупность реакций живой системы, поддерживающих её устойчивость при изменении условий окружающей среды. Под психической адаптацией понимается адаптация на уровне нервно-психических функций, в их интегральной связи являющаяся тем самым наиболее высоким уровнем адаптации.

Цель работы: провести исследование нервно-психической адаптации и тревожности у студентов девушек.

Задачи:

1) Провести анкетирование студентов-девушек БГМУ;
2) провести обработку и анализ полученных данных;
3) сравнить полученные данные со стандартами прошлого века;
4) предложить меры профилактики по увеличению нервно-психической адаптации и снижению тревожности у студентов-девушек.

Для исследования нервно-психической адаптации и тревожности в сентябре 2012 года было проведено анонимное анкетирование 109 студентов-девушек 4-х курсов БГМУ. Использованы методики «Тест нервно-психической адаптации» (И. Н. Гурвич, 1992) и «Шкала самооценки Спилбергера-Ханина» (Ю.Л. Ханин, 1978). Обследование проведено в привычное рабочее время с применением метода бланк-карандаш.

Согласно полученным данным по «Шкале самооценки» в исследуемой популяционной выборке не выявлено лиц низкотревожных. К категории умеренно тревожных отнесено только 11% опрошенных. 89% студентов-девушек имеют высокий уровень тревожности, из которых 26,6% могут быть отнесены к больным генерализованными тревожными расстройствами. Полученные данные существенно отличают изученную популяцию от нормативов прошлого века и свидетельствуют о пребывании в условиях хронического стресса абсолютного большинства испытуемых.

По данным методики «Тест нервно-психической адаптации» 24,8% опрошенных правомочно отнести категории «здоровы», «оптимальная адаптация» и «непатологическая нервно-психическая дезадаптация» и дать относительно благоприятный прогноз. 75,3% опрошенных отнесены к категориям «патологическая нервно-психическая дезадаптация» и «вероятно болезненное состояние» с соответствующим неблагоприятным прогнозом.

Полученные данные настораживают, требуют дальнейшего анализа и изучения, разработки профилактических мероприятий.

Войнило А.Н.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНСОМНИИ У СТУДЕНТОВ 1-го, 3-го и 5-го КУРСОВ БГМУ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Копытов А.В.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Цель исследования: оценить взаимоотношение различных характеристик сна и параметров психосоциального статуса у студентов 1-го, 3-го и 5-го курсов БГМУ.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено поперечное, сравнительное исследование, которое проводилось в 3 этапа. 92 студентам первого курса(17 юношей и 75 девушек) было предложено ответить на батарею психологических тестов, ориентированных на оценку различных характеристик сна, параметров психосоматического статуса и характеристик качества жизни. 87% респондентов, обследованных во время обучения на 1-м курсе, попали в катамнестическое исследование по достижении 3-го курса – 2й этап (14 юношей и 75 девушек). На 3-м этапе исследования студентам 5-го курса (15 юношей и 75 девушек) было предложено ответить на вышеуказанную батарею психологических тестов. 85% опрошенных 5-го курса участвовали в данном исследовании на 1-м курсе. Таким образом, большинство студентов из всей выборки было обследовано проспективно. После получения устного информированного согласия на участие в исследовании студентам был предложен следующий психометрический инструментарий: Питтсбургская шкала оценки инсомнии (PIRS) (факторы: недостаточно освежающий сон, сложности с засыпанием, прерывистый сон или его полное отсутствие, раннее пробуждение, стрессы, являющиеся причиной плохого сна); опросник общего здоровья (GHQ-28) (факторы: соматические симптомы, тревога и нарушение сна, социальная дисфункция и депрессивные переживания), Торонтская алекситимическая шкала (TAS) (оценка выраженности алекситимических черт, свидетельствующих о неспособности вербализировать чувственный опыт – кардинальный психологический механизм развития психосоматических расстройств); шкала оценки качества жизни, связанного со здоровьем (SF-36) (позволяет изолированно оценивать физический и психический компоненты качества жизни) [3]; вопросы социальной анкеты (антропометрические данные, условия проживания, успеваемость). Результаты исследования статистически обработаны с использованием пакета SPSS 11.5 (методики непараметрического и параметрического анализа).

Результаты исследования

1. Субъективная оценка студентами их качества сна, как позитивного от 1-го к 5-му курсу возрастает.
2. Худшее качество сна сопровождается большей выраженностью соматических симптомов, тревоги и нарушений сна, социальной дисфункцией и депрессивных переживаний и прогрессирующим ухудшением качества жизни.
3. Наиболее чувствительными характеристиками качества жизни связанного со здоровьем к проявлениям инсомнии являются: физическое функционирование, эмоциональное благополучие, интенсивность боли и физическое здоровье.

Войтюшкевич О.В., Агейчик А.В.

СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Рычагов Г.П.
Кафедра общей хирургии

Цель исследования: рассмотрение способов и анализ результатов оперативного лечения рака толстого кишечника.

Материалы и методы. За период 2006-2012 г. в хирургическом отделении проктологии 3 ГКБ было прооперировано 52 пациента по поводу рака толстого кишечника (РТК) различной локализации. Результаты ретроспективного изучения историй болезней стали основой данного исследования.

Результаты исследования. 52 пациентам был поставлен диагноз РТК. Из их числа злокачественные новообразования: слепой кишки – 4 (7,7%); восходящей ободочной – 4 (7,7%); печеночного изгиба – 2 (3,9%); поперечной ободочной – 3 (5,8%); селезеночного изгиба – 2 (3,9%); нисходящей ободочной – 5 (9,6%); сигмовидной – 11 (21,1%); ректосигмовидного соединения – 6 (11,5%); прямой кишки – 10 (19,2%); заднего прохода и анального канала – 5 (9,6%).

Лица мужского пола составили 61,5%, женского – 38,5%. Средний возраст составил 63,5 лет. Клинически РТК имел различное проявление, что было обусловлено локализацией поражения. При раке правой ½ ободочной кишки характерна: лихорадка ; токсико-анемический синдром; воспалительный синдром; опухолевый синдром; признаки кишечной непроходимости при поражении илеоцекального перехода. При поражении левой ½ ободочгой кишки и прямой кишки характерны: признаки нарушения проходимости кишечника; изменение формы кала; чередование поносов и запоров; тенезмы, сочетающиеся с патологическими выделениями; боли в животе.

Диагностика: клиника, пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия на 30 см с биопсией, ирригоскопия с двойным контрастированием, фиброколоноскопия с биопсией. Оценка распространенности процесса: рентгенография ОГК, УЗИ брюшной полости трансректальное УЗИ, КТ и МРТ, определение онокмаркеров -РЭА.

Основной метод лечения РТК - хирургический с его основополагающими принципами: удаление сегмента толстой кишки с достаточным отхождением от проксимального и дистального краев опухали, удаление регионарного лимфатического коллектора - не менее 12 л.у. По своему объему хирургические вмешательства при РТК делились на типичные, комбинированные, расширенные и сочетанные. Стандартные операции при раке ободочной кишки: правосторонняя гемиколэктомия – 7 (13,5%), левосторонняя гемиколэктомия – 9 (17,3%), резекция поперечной ободочной кишки – 8 (15,4%).

Хирургическое лечение при раке прямой кишки: брюшно-промежностная резекция прямой кишки – 7 (13,5%), брюшно-анальная резекция – 7 (13,5%), передняя резекция – 6 (11,5%),экстирпация прямой кишки – 3 (5,7%), операция типа Гартмана – 5 (9,6%).

Войшнарович А.В., Кучура Д.А.

ОСНОВНЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гузов С.А.
Кафедра патологической анатомии

Актуальность. Гиперпластические процессы эндометрия (ГЭ) являются одной из самых актуальных проблем современной гинекологии. Частота их выявления имеет тенденцию к росту, а возрастной пик поражения - к омоложению. В структуре гинекологических заболеваний ГЭ составляет от 10 до 50% , при этом наибольшее распространение отмечено у женщин пременопаузального возраста (45-55 лет). Актуальность проблемы ГЭ важна, прежде всего, с позиций профилактики рака эндометрия. В настоящее время, это особенно актуально в связи с неуклонным ростом заболеваемости раком тела матки.

Однако до настоящего времени вопрос о риске развития злокачественной трансформации гиперплазированного эндометрия остается открытым. Степень риска малигнизации различных вариантов ГЭ определяется морфологическим состоянием эндометрия, но четкие критерии, позволяющие оценить степень атипических изменений и риск перехода в рак эндометрия отсутствуют. Диагностика различных гистологических вариантов ГЭ затруднена в связи с отсутствием объективных морфологических критериев верификации различных её форм . Определенную помощь в дифференциальной диагностике ГЭ может оказать метод алгоритмизации гистологических исследований, разработанный О. К. Хмельницким. Выявление морфологических и ключевых иммуногистохимических критериев способствует созданию параметров прогнозирования онкопатологии эндометрия, а такаже профилактике онкотрансформации и рецидивирования.

Цель исследования. Установление основных патоморфологических и иммуногистохимических критериев, позволяющих формировать группы повышенного онкологического риска

у больных с патологическими процессами эндометрия для выработки тактики ведения пациента.

Материал и методы исследования. Из архивного операционного и биопсийного материала УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» были отобраны случаи гиперпластической и опухолевой патологии эндометрия. Гистологические стеклопрепараты, окрашенные гематоксилином и эозином, были пересмотрены и реклассифицированы с помощью метода световой микроскопии с использованием метода алгоритмизации О.К. Хмельницкого. Проведено исследование препаратов, подвергнутых иммуногистохимической окраске с использованием биомолекулярных маркеров: моноклональные антитела к ангтигену PTEN и PAX-2. Анамнестические данные на пациенток включали в себя возраст, наличие другой генитальной патологии, такой как миома матки, кистома яичников. Была проведена статистическая обработка полученных в ходе исследования данных.

Практическое применение. Полученные результаты позволяют выявить статистически значимые патоморфологические критерии риска малигнизации гиперпластических процессов эндометрия. Предлагаемая модель прогнозирования степени риска развития рака эндометрия позволяет проявить дифференцированный подход к противорецидивной терапии ГЭ: определение высокой степени риска развития рака эндометрия в пременопаузальном возрасте. Является абсолютным показанием к гистерэктомии, а при низкой и умеренной степени риска необходимо проведение консервативной терапии.

Волк Т.З.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НИТРАТНОГО ФАКТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Научные руководители канд. мед .наук. Дроздова Е.В., Гиндюк А.В.
Кафедра гигиены труда

Нитратное загрязнение является одной их приоритетных для Республики Беларусь проблем в сфере обеспечения населения безопасной качественной питьевой водой. Особенно возрастающее загрязнение вод нитратами создает угрозу здоровью населения, использующего в качестве источников водоснабжения шахтные колодцы, питающиеся грунтовыми водами и ненадлежащим образом обустроенные. В Республике Беларусь, несмотря на предпринимаемые меры и положительную динамику, ситуация с качеством воды по содержанию нитратов в источниках нецентрализованного водоснабжения по-прежнему остается неудовлетворительной.

Гигиенический мониторинг содержания нитратов в воде Республике Беларусь проводится путем сравнения обнаруженных их количеств с утвержденными предельно допустимыми концентрациями в соответствии с СанПиН 10-124 РБ 99. Предельно допустимая концентрация нитратов составляет 45 мг/дм^3.

Целью настоящего исследования являлось определение фактического содержания нитратов в питьевой воде, анализ заболеваемости детского населения в различных возрастных группах в зависимости от их содержания в источниках питьевого водоснабжения.

Проведены исследования качества источников питьевого водоснабжения в г.п.Смиловичи и прилегающих деревнях, проведена выкипировка данных о первичной заболеваемости из амбулаторных карт (213 шт.) и сравнительные эпидемиолого-статистические исследования частоты и структуры заболеваемости детей различного возраста по первичной обращаемости при колодезном и артезианском типах водоснабжения на участке обслуживания Смиловической городской больницы. Дети были разбиты на 3 возрастные группы: с рождения до года (группа А), с 1 года до 3 лет (группа Б), с 3 до 6 лет (группа В). В зависимости от источника водоснабжения дети подразделялись на группы с шифрами: 1 – колодезное водоснабжение, 2 – артезианское.

В шахтных колодцах 86,4% исследованных проб по содержанию нитратов не соответствовали нормативам: в 27,3% их содержание было на уровне 2-3 ПДК, в 9,1% - на уровне 5-6 ПДК.

В группе детей 1А (колодезное водоснабжение, содержание нитратов в среднем составляет 1 - 2 ПДК, возраст детей до 1 года) и 1Б (возраст от 1 до 3 лет по сравнению с группами 2А и 2Б (артезианское водоснабжение содержание нитратов в среднем 0,2 ПДК) коэффициенты заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов кожи и подкожной клетчатки, также как и нарушения вовлекающие иммунный механизм был почти в два раза выше чем в группах сравнения. Прослеживается четко выраженная тенденция снижения частоты случаев заболеваемости анемиями с увеличение возраста детей.

На основании результатов исследований для детей в возрасте до 1 года гигиенически обоснованным является содержание нитратов в питьевой воде не более 5,0 мг/л; в возрасте от 1 до 3 лет – не более 20 мг/л; а для населения более старшего возраста – не более 45 мг/л.

Волк Т.З.

К ВОПРОСУ О НОРМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ, ОЦЕНИВАЕМЫХ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

В настоящее время в комплексной оценке уровня здоровья населения важное значение придается исследованию статуса питания. Учитывая, что состояние здоровья лиц призывного возраста вносит значительный вклад в боевой ресурс Вооруженных Сил, несомненен интерес к детальной оценке функционального состояния организма, обусловленного статусом питания, в практике военно-врачебной и врачебно-летной экспертизы, особенно при первичном отборе для обучения по определенным воинским учетным специальностям.

Целью настоящего исследования явилось установление диапазонов нормальных значений некоторых антропометрических и функциональных показателей, подлежащих оценке при медицинском освидетельствовании на предмет годности к военной службе (поступлению в военное учебное заведение) у лиц мужского пола в возрасте 17-23 года.

Материал и методы. Проведена комплексная оценка основных антропометрических и функциональных параметров, характеризующих статус питания, по результатам медицинского освидетельствования 146 курсантов авиационного факультета УО «Военная академия Республики Беларусь» и кандидатов к летному обучению из числа гражданской молодежи. Также определены средние величины процентного содержания жира в организме вышеуказанного контингента свидетельствуемых по методике J.V.Durnin, J.Womersley. Средний возраст свидетельствуемых составил 18,3±0,4 года. Критерием включения служило отсутствие у свидетельствуемого хронических заболеваний (при предыдущем медицинском освидетельствовании установлен диагноз «здоров»). Статистическая обработка полученных параметров проведена с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA» V. 6, STATGRAPHICSPLUS 5.1 с применением непараметрических методов.

Результаты и их обсуждение. При анализе антропометрических данных в исследуемой группе наибольший диапазон значений был отмечен у таких показателей, как толщина кожно-жировой складки над бицепсом и трицепсом (разброс значений от Me составил 18-48% и 12-36% соответственно). При этом во всех случаях ИМТ установлен в пределах нормальных значений, а диапазон колебаний от Me составил 2-4%. Достаточно постоянным параметром оказалась и окружность груди в покое. В результате оценки полученных значений оцениваемых физиологических параметров установлено, что наибольшим колебаниям подвержены результаты проведения пробы Штанге и динамометрии левой кисти (9-20% и 5-28% относи-

тельно Me). Наименьший диапазон колебаний значений относительно Me выявлен при оценке результатов спирометрии.

Выводы.

1. По результатам проведенного исследования установлены диапазоны нормальных значений основных антропометрических и функциональных показателей, характеризующих статус питания у здоровых лиц мужского пола призывного возраста, наиболее часто оцениваемых в практике военно-врачебной и врачебно-летной экспертизы.

2. Сравнение результатов антропометрии и исследования функционального статуса конкретного свидетельствуемого при первичном отборе, а также периодических медицинских осмотрах, с предлагаемыми значениями показателей, полученными на выборке обследуемых в возрастной группе 17-23 года с установленным диагнозом «здоров», позволяет выявить парциальный дефект адаптационных резервов и разработать рекомендации по коррекции фактического питания.

Волк Т.З., Самусева Ю.А.

ГРУППЫ РИСКА СРЕДИ НОСИТЕЛЕЙ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В НАСЕЛЕНИИ ЗАВОДСКОГО РАЙОНА Г.МИНСКА

Научный руководитель ст. преп. Раевская И.А.
Кафедра эпидемиологии

Проблема инфицированности населения вирусом гепатита В (ВГВ), несмотря на предпринимаемые меры неспецифического и специфического характера, остается актуальной. Наблюдается снижение заболеваемости острой формой при росте перехода в хронические формы. Среди заболевших увеличивается доля пациентов старшего возраста. Вовлечение в эпидемический процесс женщин детородного возраста создает проблему вертикальной передачи возбудителя. С 1996г. в Республике Беларусь проводится вакцинация против гепатита В. Установлено, что уровень поствакцинальных антител зависит от возраста вакцинированных, т.е. иммунный ответ на вакцинацию против гепатита В у людей в возрасте до 30 лет достоверно выше, чем у граждан в возрасте 40 лет и старше. Кроме того, высокая изменчивость ВГВ определяет возможность появления вариантов вируса, ускользающих из-под защитного действия вакцины или обладающих лекарственной устойчивостью. Серьезная проблема создается в связи с наличием значительного количества носителей ВГВ.

Цель нашего исследования: определение групп риска носителей ВГВ среди населения Заводского района г.Минска. Определение этих групп проводилось на основании анализа первичной документации ЛПО района. Расчеты проводились при помощи программы Microsoft Excel 2007.

Население Заводского района получает поликлиническую помощь в 4 лечебно-профилактических организациях. В течение 2012 года специалистами 21 поликлиники выявлено 13 (48,2%) носителей ВГВ, в 22 поликлинике-6 (22,2%), в 17 поликлинике-5 (18,5%), в 36 поликлинике-3 (11,1%).

Среди носителей ВГВ мужчин было 13, женщин-14.

Возраст вовлеченных в эпидемический процесс варьировал: преобладали пациенты группы 30-40 лет-12 человек (44,4%) и 40-50 лет-7 жителей района (25,9%). Доля инфицированных, относящихся к другим возрастным группам, была менее выраженной: среди жителей 50-60 лет выявлено 4 пациента (14,8%), 60-70 лет-3 человека (11,1%), 20-30 лет-1 человек (3,7%).

Многосторонни профессиональные интересы носителей ВГВ: работники медицинских организаций-1 (3,7%), работающие в общепите-5 (18,5%), инженерно-технические работники 3 (11,1%), рабочие-8 (29,7%).10 человек (37,0%) на момент выявления не работали (среди них

1 пациентка находилась в декретном отпуске, 2 человека не работали в связи с установлением у них инвалидности).

Таким образом, наиболее высокий риск инфицирования ВГВ у неработающего пациента 30-40 лет, проживающего на территории обслуживания 21 центральной районной поликлиники.

Волкаў М.А., Бароўка Н.У.

ПОСТТРАЎМАТЫЧНЫ СТРЭСАВЫ СІНДРОМ У ТВОРЧАСЦІ ВАСІЛЯ БЫКАВА

Навуковы кіраўнік ст. выкл. Ратынская Н.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Посттраўматычны стрэсавы сіндром – гэта псіхалагічны стан, які ўзнікае ў выніку псіхатраўмуючых сітуацый, якія выходзяць за межы звычайнай чалавечай практыкі, а таксама пагражаюць фізічнай бяспецы суб'екта або іншых людзей. Адрозніваецца працягнутым уздзеяннем, мае латэнтны перыяд, выяўляецца за тэрмін ад шасці месяцаў да дзесяці год і больш пасля ўплыву аднаразовай псіхалагічнай траўмы альбо траўмы, якая ўзнаўляецца не аднаразова. Мэтай нашага навуковага даследвання з'яўляецца знаходжанне праяў названага вышэй сіндрома ў творах Васіля Быкава (раман "Кар'ер" , аповесць "Мёртвым не баліць" і зборнік апавяданняў "Сцяна"). Пастаўленыя задачы: - суаднесьці клінічную карціну захворвання, прыведзеную у навуковай медыцынскай літаратуры, з клінічнай карцінай галоўных герояў, якую перад чытачом разгортвае аўтар; -паказаць такім чынам студэнтам-медыкам, што мастацкая літаратура не існуе адрозна ад навуковай, і што веды, якія мы, як студэнты-медыкі, атрымліваем на практычных занятках могуць падмацоўвацца і мацней занатоўвацца ў памяці з дапамогай твораў мастацкай літаратуры;- сумясціць дыягнастычныя крытэрыі посттраўматычнага стрэсавага сіндрома, прыведзеныя ў тэксце навуковай літаратуры і знайсці герояў мастацкіх твораў Васіля Быкава з дадзеным разладжаннем псіхічнага здароўя; - данесьці да слухача (ў прыватнасці да студэнтаў-медыкаў) актуальнасць праблемы (1% насельніцтва хварэе на посттраўматычны стрэсавы сіндром), а таксама тое, што сярод іх пацыентаў могуць сустрэцца людзі, якія маюць гэты сіндром.

Для выканання пастаўленых перад намі задач мы скарысталіся крыніцамі навуковай літаратуры(асноўная з іх –"Посттраўматычны стрэсавы сіндром" (А.Л. Пушкароў, В.А. Дамарацкі), а таксама крыніцамі мастацкай літаратуры вышэйназваных твораў Васіля Быкава (раман "Кар'ер" , аповесць "Мёртвым не баліць" і зборнік апавяданняў "Сьцяна"). Шляхам тэзіснага разбору дадзенай літаратуры і падрабязнага яе вывучэння, мы знаходзілі герояў прозы Васіля Быкава, якія, з нашага пункту гледжання, хварэюць на дадзены сіндром. Акцэнтуацыяй увагі на асобных клінічных праявах сіндрому, знаходжаннем у тэксце мастацкай літаратуры асобных першасных і другасных сімптомаў мы дакладна вызначалі наяўнасць захворвання на ПТСС у выбраных герояў прозы В. Быкава. Актуальнасць узнятай намі праблемы безумоўна высокая, бо колькасць людзей, якія хварэюць на посттраўматычны стрэсавы сіндром той ці іншай ступені ў нашым грамадстве даволі значная і прыраўноўваецца да колькасці хворых на розныя клінічныя формы шызафрэніі (прыкладна 1%грамадства). Мы плануем звярнуць увагу навучэнцаў нашага ўніверсітэта на тое, што сярод іх пацыентаў таксама могуць патрапіць людзі, якія маюць захворванне такога тыпу з вострым альбо хранічным праяўленнем.

Волков А.С.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ BNP У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Громова Ю.М.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Целью нашего исследования было изучить влияние наличия различных форм фибрилляции предсердий на уровень BNP у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца, что позволит оценить прогностическую роль BNP в развитии нарушений ритма у данных категорий пациентов.

Материалы и методы исследования. Проанализирована роль BNP у 68 пациентов с ХСН ишемического генеза (37 мужчин и 31 женщина) II-III функциональных классов, в том числе имеющих персистирующую или постоянную формы фибрилляции предсердий, госпитализированных по экстренным показаниям в кардиологические отделения БСМП г. Минска в 2012 г. Средний возраст пациентов составил 67,3 года.Из исследования исключали пациентов с острым инфарктом миокарда, ТЭЛА, выраженной печеночной и почечнойнедостаточностью, уровнем гемоглобина менее 100 г/л, сепсисом, а также пациенты с ХСН IV функционального класса. В зависимости от диагностированной формы ИБС все пациенты были разделены на группы: 1. Пациенты с нестабильной стенокардией: без нарушений сердечного ритма; с персистирующей формой фибрилляции предсердий; с постоянной формой фибрилляции предсердий. 2. Пациенты с атеросклеротическим кардиосклерозом без нарушений ритма; с персистирующей формой фибрилляции предсердий; с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Уровень BNP определяли иммуноферментным методом с помощью реактивов фирмы «AlereTriage» (США) на 1-7-е сутки госпитализации, значения BNP представлены в пг/мл.

В настоящее время проводится статистическая обработка данных с использованием пакета программ Excel 2010с использованием критерия Стьюдента (различия считаются достоверными при $p< 0,05$) и коэффициента корреляции r. В качестве количественных критериев оценки тесноты связи между признаками используются следующие диапазоны значений r: при величине r до ±0,3 – связь практически отсутствует, ±0,3 - ±0,5 – слабая связь, ±0,5 - ±0,7 – умеренная (средняя) связь, ±0,7 - ±1,0 – сильная связь.

В ходе анализа предполагается подтвердить или опровергнуть следующие гипотезы:

1. Существуеткорреляционная связь между значениямиBNPи размерами левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий.
2. Наиболее высокие значения BNP отмечаются у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий.
3. Высокие значения BNP у пациентов с пароксизмом фибрилляции предсердий являются неблагоприятным прогностическим фактором в отношении возможности восстановления и удержания синусового ритма.
4. Уровень BNP может служить критерием удержания синусового ритма у пациентов с пароксизмами фибрилляции предсердий.
5. У пациентов с пароксизмальной/персистирующей формой фибрилляции предсердий на фоне ИБС необходимо мониторировать уровень BNP для возможного прогнозирования течения аритмии, что требует дальнейших исследований и определения количественных критериев оценки показателя.

Волкова Н.В.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРОИДИТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солнцева А.В.
1-я кафедра детских болезней

Цель работы: изучить гендерные и возрастные особенности тиреоидного статуса детей с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) при манифестации заболевания и на фоне заместительной гормональной терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 95 (Д/М = 80/15) амбулаторных карт детей с АИТ. В зависимости от стадии полового развития пациенты были разделены на подгруппы девочек: допубертат Д1 (I стадия, возраст 8,31 ± 1,31 лет) 31,25%, ранний пубертат Д2 (II-III стадии, возраст 11,18 ± 1,17 лет) 43,75%, поздний пубертат Д3 (IV-V стадии, возраст 14,21 ± 1,34 лет) 25% и мальчиков: допубертат М1 (I стадия, возраст 7,875 ± 0,84 лет) 40%, пубертат М2-3 (II-V стадии, возраст 12,47 ± 1,31 лет) 60%. Обработка данных проведена с помощью Exel 2010, различия достоверны при $p < 0,05$.

Результаты. Семейный анамнез по тиреоидной патологии отягощен у 36,84% детей. Жалобы при манифестации были у Д1 -40%, Д2-3 – 32,73%; М1 - 33,3%, М2-3 - 44,4%.

Среди девочек гипертрофическая форма АИТ выявлена в 87,5%, нормотрофическая 11,25%, атрофическая 1,25%. Среди мальчиков гипер- и нормотрофические формы АИТ составили 86,7 и 13,3%. При манифестации у девочек эутиреоз отмечался в 21,25%, субклинический гипотиреоз 61,25%, манифестный гипотиреоз 15%, хаситоксикоз 2,5%; у мальчиков эутиреоз выявлен в 40%, субклинический гипотиреоз 33%, манифестный гипотиреоз 26,67%. У мальчиков чаще по сравнению с девочками отмечено выраженное повышение титра антител к тиреоидной пероксидазе (>1000): в М1 у 33,3% (Д1 24%), в М2-3 в 37,5% (в Д2-3 в 24,5%).

Лечение левотироксином получали в Д1 -92%, доза препарата 1,20±0,48 мкг/кг, в М1 - 100%, доза 1,20±0,46 мкг/кг; в М2-3 - 66,67%, доза 1,07±0,16 мкг/кг, доза для Д2-3 составила 0,82±0,37 мкг/кг ($p=0,013$). Уровень Т4св на фоне лечения составил в Д1 18,15±3,25 нмоль/мл, Д2-3 17,93± 2,80 нмоль/мл; в М1 17,71±2,73 нмоль/мл, М2-3 18,86±3,12 нмоль/мл ($p>0,05$). Показатели ТТГ на фоне терапии в Д1 2,52±1,21 мЕд/л, Д2-3 2,45±1,64 мЕд/л; М1 2,02±1,09 мЕд/л, М2-3 2,80±1,12 мЕд/л ($p>0,05$).

Выводы. При АИТ в детском возрасте преобладают гипертрофические варианты вне зависимости от возраста и пола. Для манифестации АИТ у детей характерен латентный или манифестный гипотиреоз. При заместительной терапии с развитием пубертата у девочек требуются меньшие дозы левотироксина по сравнению со сверстниками.

Волковец Н.Н., Стаховская Е.И.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Рубахова Н.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: на основе ретроспективного анализа оперативных вмешательств с использованием интраоперационных гемотрасфузий определить возможные показания к аутоплазмодонорству у гинекологических больных.

Задачи:

1.Изучить клинические проявления гинекологической патологии у пациенток в дооперационном периоде.

2.Оценить основные показания к оперативному вмешательству, а также вид вмешательства и объем кровопотери

3.Определить средний объем и вид кровезамещающих препаратов в расчете на одну женщину.

4.Произвести оценку состояния тромбоцитарно-сосудистого гемостаза (уровень гемоглобина, эритроцитов, гематокрит, АЧТВ, протромбиновое время, тромбоцитарный индекс, фибриноген) гинекологических больных в послеоперационном периоде.

5.Определить возможные показания к аутоплазмодононорству и его экономическую целесообразность.

Материалы и методы. Работа выполнена с применением следующих методов: клинический, лабораторный, статистический. Критерием включения в исследования явилось наличие интраоперационного переливания компонентов крови. Основой для нашего исследования послужил анализ медицинской документации женщин, находившихся на стационарном лечении в 2011 году в учреждении здравоохранения «6 городская клиническая больница». Критерием включения в исследования явилось наличие интраоперационного переливания компонентов крови. Была изучена 31 история болезни гинекологических больных, средний возраст исследуемых составил 48,8 лет.

Выводы. Установлено, что у 91% пациенток показанием к оперативному вмешательству была миома матки больших размеров (55%), быстрый рост узлов (16%), У 9% показанием к операции явилось наличие эндомертиоидных кист яичников. Основным видом вмешательства является экстирпации матки с придатками - 64%, экстирпация матки без придатков – 23%, ампутации - 13%. Средний объем интраоперационной кровопотери составил 512,9 мл. В среднем на одну женщину приходится 696,7 мл свежезамороженной плазмы, 271,2 эритроцитарной массы. Женщины с миомой матки больших размеров, быстрым ростом опухоли, с наличием эндометриоидных кист больших размеров, с единичными миоматозными узлами больших размеров в случае консервативной миомэктомии входят в группу высокого риска по развитию кровотечения во время оперативного вмешательства, требующего плазмотрансфузии с целью возмещения факторов свертывания крови. Аутоплазмодонорство сопряжено не только с отсутствием риска посттрансфузионных реакций и осложнений, передачи гемотрансмиссивных инфекций, но и экономически целесообразно.

Волковец Н.Н.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «19 ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Научный руководитель ст. преп. Ушакевич И.Г.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

На протяжении последних пяти лет в Республике Беларусь увеличиваются показатели детской инвалидности, что связано с ухудшением состояния здоровья беременных женщин, внедрением современных медицинских технологий в неонатальную реанимацию и интенсивную терапию, развитием реконструктивных операций у детей.

Цель: выявить основные медико-социальные факторы, влияющие на ограничение жизнедеятельности ребенка и определить возможные пути их устранения.

Методы. Документальный, статистический.

Полученные результаты. При анализе медицинской документации («История развития ребенка») 38 детей-инвалидов в возрасте от 0 до 6 лет, состоящих на учете в УЗ «19 городская детская поликлиника», установлено, что в группе наблюдения 9% детей имели 1-ую степень утраты здоровья, 26% -2-ую, 51%- 3-ю, 14%-4-ую. Соотношение мальчиков и девочек – 1,9:1 (25 мальчиков и 13 девочек). Степень утраты здоровья установлена в возрасте до

одного года у 26%, в 1 год - у 45%, в 2 года - 8 %, в 3 года - 13%, в 4 года - 5%, в 5 лет - 3% пациентов. Наиболее частой причиной инвалидности явились врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 39,5% (15 детей), на втором месте среди причин - болезни нервной системы- 36,8% (14), на третьем - болезни уха – 7,9% (3), на четвертом - болезни глаза и его придаточного аппарата – 5,3% (2). Остальные причины: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, новообразования, болезни органов пищеварения, - составляют в удельном весе по 2,6% (по 1 случаю). Генеалогический анамнез отягощен у 15 детей (39,5 %), по основному заболеванию (тугоухость) – у 3 (8%). 50 % детей родились от первых родов, которым предшествовали прерванные беременности (аборт, выкидыш). Состояние 68,5% детей оценено при рождении как тяжелое. Все они в период новорожденности находились на лечении в специализированных отделениях. В полных семьях родились 89,5 % детей. 86% матерей и 84% отцов имеют профессии, требующие специального образования. Средний возраст матери на момент рождения ребенка составил 28,6±0,8 года, отца - 31,8±0,8 года. В структуре заболеваемости беременных женщин экстрагенитальная патология составила 71 %, инфекции, передаваемые половым путем, - 23,7%, угроза прерывания беременности - 28,9%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии должной прегравидарной подготовки женщин. В исследуемой группе наблюдается отсрочка рождения первого ребенка. Рекомендовано улучшить совместную деятельность детской поликлиники и женской консультации по воспитанию правильного репродуктивного поведения молодёжи, подготовке семей к ответственному родительству.

Волович Г.В., Цапко Ю.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ (СНМ) У ЖЕНЩИН

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юшко Е.И.
Кафедра урологии

Актуальность темы. Около 30- 40% женщин в возрасте старше 50 лет отмечают симптомы недержания мочи при физической нагрузке (СНМ). Заболевание приводит пациентов к социальной дезадаптации, сопряженной с гигиеническими проблемами.

Цель исследования. Проанализировать причины возникновения СНМ; сравнить эффективность основных методов оперативного лечения; оценить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения у пациенток с СНМ.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения у 61 пациентки со СНМ, лечившихся с 2011 по 2013 года в урологии 4 ГКБ г. Минска. Учитывались: жалобы, анамнез заболевания, общие анализы мочи и крови, определение типов недержания мочи, оценка прокладочного теста и ретроградной цистографии.

Результаты исследования. Возникновение заболевания у 23 пациенток можно объяснить предшествующими гинекологическими операциями: пластика передней стенки влагалища с транслокацией мочевого пузыря (13 пациенток), экстирпация матки с придатками (6 пациенток), манчестерская операция (4 пациентки). У 3 пациенток была определена 3-я степень ожирения, у 14 – 2б ст, у 17 – 2а ст, у 22 – 1 ст ожирения. У 2-х пациенток отмечалось усиление проявлений СНМ после наступления менопаузы. Три пациентки отметили, что заболевание началось после последних осложненных родов.

В выборку вошли 42 пациентки со второй степенью инконтиненции и 19 – с третьей степенью. У 18 пациенток ранее ставился цистит с императивными позывами, по поводу чего проводилось консервативное лечение. Для последующего анализа сформированы 2 группы

пациенток. У 31 пациентки первой группы выполнена операция TVT-o; у 30 пациенток второй группы - операция по методике Берча (позадилонная кольпосуспензия).

Оценка ближайших результатов: количество койко-дней в среднем после слинговой операции составило 4 дня, после открытой операции – 8-9 дней. Острая задержка мочи возникла у 3 пацинток после TVT-o и у 9 – после операции Берча. Во всех случаях удавалось восстановить мочеиспускание при помощи введения более толстого уретрального катетера. В одном случае после открытой операции наблюдалось нагноение операционной раны. В трех случаях после TVT-o операции недержание не прекратилось и этим пациенткам проведены повторные операции: передняя кольпорафия (1 наблюдение), операция Берча (1) и укрепление уретры с помощью сосудистого протеза Бард (1). В трех случаях после операции Берча эффект был не достигнут и пациенткам выполнили TVT-o операцию.

Оценка отдаленных результатов: удовлетворительный результат (отсутствие недержание, 1-2 императивных позыва в сутки без неудержания, мочеиспускание не чаще 8 раз в сутки, наличие остаточной мочи не более 100 мл, отсутствие повторных операций) был достигнут у 28 пациенток после слинговой операции и у 27 пациенток после открытой операции; неудовлетворительный результат (остается СНМ, три и более императивных позыва в сутки с или без неудержания, мочеиспускание чаще 8 раз в сутки, наличие остаточной мочи более 100 мл, проводились или необходимы повторные операции) был отмечен у трех пациенток после TVT-o операции и у трех пациенток после операции Берча.

Волотко В.М.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юдина О.А.
Кафедра патологической анатомии

Во всем мире отмечается ежегодный рост числа пациентов с протезированными клапанами сердца. Также возрастает количество нуждающихся в репротезировании клапанов в связи с их дисфункцией в виду различных причин: тромбоза, паннуса, фистулы, протезного эндокардита. Большая часть причин дисфункции протеза (протезный эндокардит, тромбоз) хорошо изучены. Однако, проблема образования паннуса все еще мало представлена в литературе и является крайне актуальной, так как по данным литературы 50-80% случаев недостаточности протезированного клапана имеют паннусную этиологию.

Цель исследования: проанализировать причины репротезирования клапанов сердца.

Для достижения поставленной цели использовались морфологический и статистический **методы**, и следующие **материалы**: протезы, эксплантированные при репротезировании, фрагменты тканей и тромботических наложений со створок митральных, аортальных и трикуспидальных клапанов.

Результаты. В период с 2009-2012гг. было проведено 34 репротезирования клапанов сердца: в 2009 – 2, 2010 – 15, 2011 – 11, 2012 – 6. Большая часть пациентов - женщины (24). Возраст репротезированных от 71 года до 37 лет, средний возраст составил 54 ± 17 лет. Чаще всего репротезирование проводилось на митральном клапане (26 случаев), реже на аортальном (7 случаев) и лишь в одном случае на трикуспидальном. Перед операцией были выставлены следующие клинические диагнозы: ХРБС (10), протезный эндокардит (6), дисфункция ранее протезированного клапана (14), тромбоз просвета протеза (7), фистула протеза (3), паннус протеза (2). Во время морфологического исследования было выявлено, что в 14 случаях мофрологическая картина соответствовала паннусу, в 21 – тромбозу клапана, 20 – протезному эндокардиту. В части случаев паннус сочетался с тромбозом (5) или протезным эндокардитом (3), предположительно клинически предшествуя этим патологиям.

При микроскопии использовались следующие критерии для постановки диагноза: паннус - соединительная ткань с концентрической или эксцентрической ориентацией волокон, небольшим количеством эндотелиальных клеток или клеток хронического воспаления (макрофаги, лимфоциты, плазматические клетки), с очагами неоангиогенеза; протезный эндокардит – в представленном материале идентифицируются колонии микроорганизмов, мицелий грибов, очаги фибринойдного некроза, кальциноза, круглоклеточной инфильтрации, наличие перифокальной гигантоклеточной реакции, гранулем различных типов; тромбоз - наличие тромбов разной степени организации.

Основываясь на результатах проведенных исследований был сделан вывод: в предоперационный период невозможно выявить истинную причину дисфункции протеза без морфологического исследования.

Волотовская М.А

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНОЙ ОТСЛОЙКИ И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Марченко Л.Н.
Кафедра глазных болезней

Введение. Воспалительные процессы увеального тракта, включая септические эндофтальмиты, травматические повреждения, аблационная болезнь глаз могут сопровождаться развитием выраженных интраокулярных пролиферативных процессов. Данные осложнения способствуют отслоению цилиарного тела (ОЦТ) от склеры. В результате происходит резкое снижение внутриглазного давления (ВГД), что вызываетсубатрофию глазного яблока с возникновением косметического и функционального дефектов. Таким образом, важное значение имеет профилактика уменьшения размеров глазного яблока за счет нормализации ВГД.

Цель исследования: оценить возможности хирургической нормализации внутриглазной гидродинамики при возникновении отслойки цилиарного тела.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 9 пациентов (7 мужчин, 2 – женщины) с отслойкой цилиарного тела, которая была вызвана в двух глазах контузионным поражением, в трех – проникающим ранением в области лимба, в двух– хроническим увеохориоретинитом и в двух глазах – постоперационным эндофтальмитом. Возраст больных колебался от 10 до 79 лет.

В схему обследования входили следующие методы обследования: определение переднезадней оси глаза (ПЗО) с помощью А-сканирования, ВГД – электротонометрически, оптическая когерентная томография (ОКТ) переднего сегмента глаза с помощью томографа Visante(CarlZeissMeditecDublin).

Предложено хирургическое лечение ОЦТ открытым способом с выпусканием супрахориоидальной жидкости и наложением двухрядных швов: первый шов – на задние губы склерального разреза и плоскую часть цилиарного тела, второй – на верхние губы склерального разреза.

Результаты и обсуждение. По данным обследования ВГД у пациентов колебалось от 4 до 8 мм.рт.ст., ПЗО варьировало от 18,2 до 21,0 мм. На ОКТ выявлялись отслойки цилиарного тела высотой от 0,5 до 3 мм, расположенные преимущественно в горизонтальной плоскости - в 3 и 9 часовом меридианах.

Всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство в проекции ОЦТ. В послеоперационном периоде было отмечено позитивное влияние данного метода лечения как на показатели ВГД, так и на клиническое состояние глаз. А именно: произошло снижение проявлений ирритации переднего сегмента глазного яблока, уменьшение перикорнеальной инъекции, что сопровождалось повышением ВГД в среднем до 10 мм.рт.ст.Одновременно установлено прилегание отслоек цилиарного тела у 8 из 9 пациентов. У одного из них ОЦТ

была ликвидирована в одной часовой проекции, но сохранилась – в противоположной. Такой результат потребовал повторного хирургического вмешательства.

Нормализация гидродинамики способствовала остановке прогрессирования субатрофии глаз, что зафиксировано по данным ПЗО, у четырех пациентов размеры глазного яблока увеличились.

Выводы:

1. Оптическая когерентная томография переднего сегмента глаза позволяет локализовать отслойку цилиарного тела с точностью до одного часового меридиана.

2. Предложенное «адресное» оперативное вмешательство обеспечивает прилегание отслойки цилиарного тела с нормализацией гидродинамики.

Волох Н.А.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Лаптев А.Н.
Кафедра фтизиопульмонологии

Актуальность. Плевральные выпоты являются наиболее частыми осложнениями различных заболеваний легких, успех в лечении которых зависит от своевременности госпитализации этих пациентов в специализированное учреждение, от своевременности выявления этиологического фактора и от активности врачей в эвакуации выпота и расправлении легкого.

Целью работы является повышение эффективности этиологической диагностики и улучшение результатов лечения больных экссудативным плевритом на основе комплексного обследования и применения видеоторакоскопии с биопсией плевры.

Методика проведения. Изучены 128 историй болезни пациентов с плевральными выпотами. При изучении анамнеза установлено, что 36 (28,1%) пациентов на момент выявления плевральных выпотов находились на стационарном лечении. По поводу туберкулеза легких лечились 16 (44,4%), пневмонии - 18 (50,0%), панкреатита - 2 (5,5%). Плевральные выпоты у этих пациентов расценивался как осложнение ранее диагностированного заболевания.

Всем пациентам в течение первой недели после госпитализации было проведено рентгенологическое обследование, которое явилось наиболее информативным методом выявления плеврита, однако возникали трудности интерпретации характера первичного заболевания. Из 92 пациентов, у которых этиология плеврального выпота была не ясна, при компьютерной томографии этиология заболевания была установлена еще у 19 (14,8%). При исследовании содержимого плевральной полости, полученного при пункции, можно было определить характер выпота, однако этиологию плеврита удалось установить только у 6 (8,2%) пациентов и это касается только пациентов с туберкулезным плевритом. У 67 (52,3%) пациентов этиологический диагноз оставался не ясным.

Видеоторакоскопия с диагностической целью была проведена у 67 и с лечебной – у 128 пациентов. По результатам исследований материала, полученного при видеоторакоскопии, туберкулезную этиологию плеврита удалось установить у 39 (58,2%) больных, у 20 (29,9%) - неспецифическое воспаление. У 8 (11,9%) больных выявлены опухолевидные образования, а при гистологическом исследовании биоптата обнаружены опухолевые клетки.

Результаты исследования. Видеоторакоскопия, произведенная в ранние сроки после развития экссудативного плеврита, позволяет у пациентов с трудно дифференцируемой клинико-рентгенологической картиной выявить этиологию плеврального выпота.

При видеоторакоскопии, примененной у 128 больных с экссудативным плевритом с лечебной целью, за счет удаления морфологического субстрата болезни удалось создать условия для расправления легкого, устранения воспаления в плевральной полости и достичь качественного улучшения результатов лечения.

Волчек М.М., Конаш О.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Орлова С.В.
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) вирусной этиологии преобладают в общей структуре инфекционной патологии, составляя 80% - 90 %.Спектр вирусов, вызывающих ОРЗ достаточно широк, но ведущая роль принадлежит вирусам гриппа и аденовирусу, который вызывает как спорадическую заболеваемость, так и эпидемические вспышки. Эффективность надзора за аденовирусной инфекцией и ее терапии зависит от раннего диагностирования инфекции с ее дифференциацией от других вирусных заболеваний со сходными симптомами, что определяет важность применения строго специфичных и высокочувствительных методов дифференциальной лабораторной диагностики.

Разработка современных диагностических подходов осуществляется по двум основным направлениям, первое из которых связано с совершенствованием иммунологических тестов детекции вирусных антигенов или антител, а другое - с выявлением специфических последовательностей вирусного генома в материалах от больных (Kinchington P.R., 2005; Kuypers J., 2006; Marinheiro J.C., 2009).

В настоящее время для проведения специфической диагностики аденовирусной инфекции применяют методы детекции ДНК аденовируса в различных вариантах полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Цель настоящей работы состояла в разработке метода ПЦР в режиме реального времени для дифференциальной диагностики аденовирусной инфекции.

Для выполнения поставленной цели были решены следующие задачи:

- выделить ДНК вируса из материала от больных на подъеме сезонной заболеваемости;
- определить целевой фрагмент генома для амплификации;
- подобрать праймеры к гексону;
- определить оптимальные условия проведения ПЦР в режиме реального времени для выявления ДНК в клиническом материале.

Для выделения ДНК забирали клинический материал (назофарингиальные смывы и кровь) от больных с клиническим диагнозом ОРЗ. Всего было собрано 23 смыва и 30 проб крови. ДНК выделяли, используя коммерческий набор «Амплисенс». Амплификацию проводили с отобранными парами праймеров и пробы к гексону, применяя подобранные оптимальные условия постановки ПЦР.

В результате проведенной работы специфическая ДНК была детектирована в 11 назофарингиальных смывах, это составило 47,8% и в 17 сыворотках крови (56,7%), что позволило дигностировать аденовирусную инфекцию у этих пациентов.

Волчек Ю.А.

ФИЗИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШУМА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель ст. преп. Недзьведь О.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Долгое время шум считали неизбежным злом цивилизации, побочным продуктом технического прогресса, бурного развития техники, автоматизации, механизации, роста транспорта. И мало кто предполагал, что он достигнет таких уровней, которые будут не безразличны

для организма человека. В основе возникновения шума (как и звука) лежат механические колебания упругих тел. Последние достигают нашего уха и вызывает вблизи него периодические колебания давления, которые воздействуют на слуховой анализатор. Звуковой, или слуховой, анализатор состоит из трех отделов: рецепторного аппарата, проводниковой системы с промежуточными подкорковыми передаточными центрами и коркового отдела, где осуществляется анализ и синтез. Для защиты людей от вредного влияния шума необходимо регламентировать его интенсивность, спектральный состав, время действия и другие параметры.

Таким образом, целью работы стало изучение физических параметров шума в помещениях УО «БГМУ» и его влияния на студентов.

Задачи исследования: с помощью шумомеров определить уровни звукового давления и уровни звука в аудиториях БГМУ (библиотека, столовая, лекционные аудитории, практикумы) во время проведения занятий и перемен; с помощью спектральных анализаторов получить спектры шума; проанализировать полученные и допустимые значения шума; сделать выводы об уровнях шумов в университете и сопоставить их с допустимыми значениями.

В ходе исследовательской работы были получены аудиозаписи из помещений УО «БГМУ» во время проведения занятий и во время перерывов. Это аудиозаписи были проанализированы в специально разработанной компьютерной программе. Для создания программы было использовано ПО LabView 2012. Анализу подлежали амплитудно-временные и амплитудно-частотные характеристики. Полученные данные сравнивались с существующими гигиеническими нормативами.

Выводы: были получены аудиограммы шумов из различных помещений университета в разное время; были проведены амплитудный и спектральный анализы полученных шумов; полученные данные сравнены с существующими нормативами.

Волчецкая М.Ю.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА АППАРАТОМ ГЕРБСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гарбацевич Н.А.
Кафедра ортодонтии

Несъемный функциональный аппарат был разработан и предложен Е. Гербстом в начале прошлого столетия. Сложность изготовления, частые поломки и дороговизна явились главной причиной того, что аппарат был незаслуженно забыт. Вновь его стал применять с 1979 года H. Pancherz. Основной мотивацией возвращения аппарата в ортодонтическую практику было плохое сотрудничество некоторых пациентов с ортодонтом.

Функциональные аппараты, как съемные, так и несъемные применяют, в основном, для лечения дистального прикуса с протрузией верхних резцов и горизонтальным типом роста челюстей. При вертикальном типе роста челюстей предлагается удаление премоляров. Однако существуют случаи, когда удаление премоляров не показано, так как это может неблагоприятно повлиять на профиль пациента с плоским лицом.

Цель работы: проанализировать результаты лечения пациентов с вертикальным типом роста челюстей и дистальным прикусом аппаратами Гербста 1-го и 2-го типов компании *Dentaurum.*

Проведено лечение 15 пациентов с дистальным прикусом аппаратом Гербста 1-го типа и 15 пациентов аппаратом Гербста 2-го типа с вертикальным типом роста челюстей в возрасте от10 до 13 лет. Сроки лечения варьировали от 1,5 до 2.5 лет, в том числе аппаратом Гербста от 6-ти месяцев до года. Более частые поломки аппаратов случались при лечении аппаратом Гербста 1-го типа, значительно реже, если лечение проводилось в комбинации с мультибондингситемой аппаратом Гербста 2-го типа. Поломки происходили реже, так как зубные дуги приобретали форму, максимально приближенную к норме в результате лечения мультибон-

дингсистемой, окклюзионная плоскость становилась плоской и жевательная нагрузка на зубы распределялась более равномерно.

Так как у аппарата Гербста, наряду с изменением положения нижней челюсти в сагиттальной плоскости, действуют силы, направленные на интрузию моляров верхней челюсти, то раскрытия прикуса не происходило, и длина лица не увеличивалась. Протрузия верхних резцов во всех случаях была устранена без уплощения лица.

Однако аппарат Гербста, несмотря на очевидные достоинства, имеет существенные недостатки. Кроме частых поломок и трудоемкой работы по их устранению, аппарат Гербста

вызывает протрузию нижних резцов. Для предупреждения этого осложнеия в аппарате 1-го типа стабилизационная дуга на нижней челюсти не должна вплотную прилегать к резцам. Как вариант, ее можно на этом участке обрезать. При лечении совместно с мультибондинг-системой аппаратом Гербста 2-го типа протрузию предотвращала эластическая цепочка, зафиксированная на клыках и резцах нижней челюсти.

Выводы:

1. Дистальный прикус у пациентов с вертикальным типом роста челюстей рекомендуется лечить аппаратом Гербста;
2. для исключения поломок дуг необходимо комбинированное лечение мультибондинг-системой с аппаратом Гербста 2-го типа;
3. для преупреждения протрузии нижих резцов рекомендуется применять не прилегающую к нижним резцам стабилизирующую дугу или эластическую цепочку,фиксированную на нижних резцах и клыках;
4. аппарат Гербста, наряду с другими несъемными функциональными аппаратами, особенно показан при плохом сотрудничестве пациента с врачом.

Волынец Х.Р., Лопачук С.С.

МЕТОД ПОЛУЧЕНИЯ КОНТАКТНОГО АНЕСТЕТИКА

Научный руководитель асс. Гольцева М.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Цель исследования: создание способа контактного обезболивания.

Задачи исследования:

- Провести обзор литературы по темам:«Технология получения липосом», «Использование липосом как транспортных частиц»;
- Найти существующие аналоги;
- Подобрать оптимальный технологический процесс для получения и дальнейшего хранения;
- Провести апробацию и проанализировать особенности реакции полученного экспериментального вещества на интактные кожные покровы.

Актуальность темы. В настоящее время обезболивание происходит путём предварительной болезненной инъекции раствора местного анестетика. Использование липосомальных растворов анестетиков:

- позволяет анестетику проникать в организм человека без боли;
- исключает возможные токсичные воздействия препарата на организм пациента;
- является менее затратным;
- позволяет вводить любые вещества.

Материалы и методы. С помощью эффекта ультразвуковой кавитации был получен стабилизированный раствор липосом с анестетиком. В качестве анестетика использовался ультракаин. В качестве гидрофобной фазы - масло растительного происхождения. В качестве гидрофильной фазы - вода. В качестве стабилизатора - сложная смесь ПАВ.

В качестве экпериментальной группы при добровольном информированном согласии было выбрано 20 волонтёров, средний возраст 22±(1-3) года. Соотношение женщин и мужчин 1:1.

На одну группу применялся полученный крем с анестетиком, на другую – вода. Вещество наносилось на кожу лица, ладонь и предплечье. Оценивали чувствительность с помощью эстезиометра Вебера, тестом «металл/пластик» и специальной прочной нитью – монофиламентом.

Проведя обзор литературы, и изучив соответствующие аналоги, был подобран метод создания крема с анестетиком и установлены условия его дальнейшего хранения. Совокупность результатов экспериментальных опытов позволяет заключить, чтоданный метод может быть использован при проведении как медицинских, так и косметологических манипуляций. Он является неинвазивным, практически безвредным. Использование предложенного анестетика не только улучшит отношение пациента к медицинским процедурам, избавив его от болезненных ощущений, но и позволит медперсоналу сосредоточиться на качестве проведения манипуляции, не доставляя дискомфорт пациенту.

Воробей М.С.

ВЫРАЩИВАНИЕ ЗУБОВ ПОСРЕДСТВОМ ТЕХНОЛОГИИ ТКАНЕВОЙ ИНЖЕНЕРИИ

Научный руководитель асс. Механик Т.Л.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Тканевая инженерия – современная инновационная технология, целью которой является конструирование и выращивание вне организма человека живых, функциональных тканей или органов для последующей имплантации пациенту с целью замены поврежденных органа или ткани

Цель исследования: рассмотреть имеющиеся в зарубежной литературе данные о возможности выращивания зубов, применяя технологии тканевой инженерии, познакомиться с этапами создания зуба из стволовых клеток, проанализировать проведенные исследования в данной области.

Для создания полноценного зуба необходимы 3 ключевые составляющие клетки, матрикс и сигнальные молекулы.

В последних успешных предклинических исследованиях американских ученых сбор клеток производили из костного мозга или тканей полости рта, затем изолировали стволовые клетки из полученного биоптата и производилось их мультиплицирование. Параллельно создавался матрикс, соответствующий по размеру и форме замещаемому зубу, осуществляющий механическую поддержку впоследствии посеянным на него клеткам. В свою очередь ростовые факторы направляли рост клеток в нужный тип, а матрикс со временем резорбировался.

Может производиться выращивание зуба сразу непосредственно в полости рта или зуб может выращиваться в лаборатории с последующей его имплантацией

Зуб, полученный методом инженерии снова «живой», обладает чувствительностью и по своим морфологическим и функциональным характеристикам не отличается от зуба, созданного природой

За биоинженерией - будущее выращивания зубов и их частей, выращивание костной ткани или любой другой ткани и органа, необходимых пациентам и пройдя длительные клинические испытания данный метод может служить альтернативой современным методикам замещения отсутствующих зубов.

Воробей О.К.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Качук М.В.
Кафедра кожных и венерических болезней

У 1/3 пациентов, страдающих псориазом, первые проявления болезни наблюдаются в 1 или 2 декаду жизни. И в начале клиническая картина может носить стертый или атипичный характер, что создает определенные трудности в постановке окончательного диагноза. Псориаз- это хроническое заболевание, которое негативно влияет как на состояние здоровья детей, так и их родителей, поэтому важно взять заболевание под контроль и восстановить качество жизни больного ребенка, используя современную эффективную терапию и оказывая специализированную поддержку. В своей работе мы уделили внимание особенностям клинического течения псориаза у детей, с целью раннего выявления заболевания, а также внедрениям современных подходов, используемых в педиатрической практики, в терапию псориаза, с целью достижения более высокого клинического эффекта и клинико-лабораторной ремиссии за более короткий срок.

Под нашим наблюдение находилось 80 детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. Из них девочек было 42(52,5 %), мальчиков 38(47,5%). В группу до 1 года входило 4 детей. Средний возраст остальных составил 13,47± 3,89 года. Длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 11 лет. Псориаз возникает в любом возрасте, но наиболее часто в 11-12 лет. Наследственная отягощенность по псориазу в 1 и 2 поколениях была отмечена у 30 человек(37,5%). Локализация и характер кожного патологического процесса имели свои отличительные особенности в зависимости от возраста пациента. Наиболее часто отмечался вульгарный псориаз(95%). Преобладание экссудативных форм с атипичной локализацией наиболее часто встречалось у детей младших возрастных групп. У подростков преобладали инфильтративно-бляшечные формы со значительно меньшей экссудацией и более частым вовлечение в патологический процесс ногтевых пластин, кожи волосистой части головы и лица. Таким образом, отмечено нарастание тяжести заболевания с возрастом, что с одной стороны, по-видимому, обусловлено физиологическими нейрогуморальными особенностями подросткового периода, с другой- нерациональным использованием лечебных мероприятий в прошлом.

Нами выделена группа пациентов, состоящая из 30 человек(37,5%) в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с диагнозом распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, дебют. Пациенты были разделены на 2 группы по 15 человек. 1ая (контрольная) группа получала базисную терапию, во 2ой(основной) группе к базисной терапии были дополнительно назначены такие препараты как кестин, тенотен и актовегин. На 5-й день лечения было отмечено прекращение подсыпания псориатических папул и их побледнение только в основной группе, уменьшение шелушения отмечалось в основной группе в 2 раза чаще, уменьшение зуда в основной группе наблюдалось у 17% детей, в контрольной- у 3%. На основании полученных нами результатов можно сделать заключение, что введение в комплекс базисной терапии псориаза у детей тенотена, кестина и актовегина позволяет ускорить стабилизацию и регресс кожного процесса, что улучшает качество жизни пациентов.

Воробей М.С.

ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТОЧНОСТИ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ИМПЛАНТАТОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шабанович А.Б.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

При проведении дентальной имплантации необходимо учитывать ортопедический принцип позиционирования имплантатов. С этой целью при планировании дентальной имплантации изготавливают различные виды хирургических шаблонов, служащих переходным звеном между хирургическим и ортопедическим этапами лечения. При использовании шаблонов хирург добивается предельно точного расположения имплантатов для последующего рационального ортопедического лечения, что позволяет выбрать оптимальную ортопедическую конструкцию.

Цель исследования: рассмотреть случаи клинического применения различных видов хирургических шаблонов при проведении дентальной имплантации с точки зрения точности позиционирования имплантатов и использования методики немедленной нагрузки с последующей разработкой протокола изготовления хирургического шаблона и его использования.

В настоящее время существуют методики изготовления хирургических шаблонов лабораторным путем и с использованием 3D компьютерного планирования с применением CAD/CAM технологий. В последнем случае получают жёсткий хирургический шаблон с направляющими, который полностью исключает изменение направления введения имплантата. С помощью конусно-лучевой компьютерной томографии и 3D-визуализации обеспечивается выбор не только имплантатов оптимальной конструкции, длины и диаметра, а также определяется их количество и будущее позиционирование с учетом объема и качества костных структур, но и осуществляется выбор супраструктур и ортопедической провизорной конструкции. При этом доктор и пациент получают следующие преимущества:

1. достигается большая точность позиционирования имплантатов
2. возрастает возможность проведения дентальной имплантации с использованием безлоскутной методики
3. минимизируется травматизм хирургического вмешательства и частота интраоперационных осложнений
4. появляется возможность изготовления временной ортопедической конструкции до проведения хирургического вмешательства с целью использования методики «немедленной нагрузки»

Таким образом, использование индивидуально изготовленных хирургических шаблонов упрощает проведение хирургической операции имплантации, делает ее менее травматичной, обеспечивает высокую точность постановки имплантатов, снижает риск возникновения интраоперационных осложнений.

Воробей А.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ α-ГИДРОКСИКИСЛОТ В ПРОЦЕДУРАХ ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА, НА ПРИМЕРЕ, ГЛИКОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ

Научный руководитель преп. Буйницкая Е.Ю.
Кафедра общей химии

Химический пилинг – одна из самых эффективных процедур по омоложению и очищению кожи в настоящее время, подразумевающая удаление с поверхности кожи отмерших клеток и

глубоких загрязнений с помощью растворов различных кислот. Популярность этой новинки объясняется тем, что она позволяет добиться омолаживающего эффекта без пластических операций, инъекций и применения дорогостоящей аппаратуры.

В дерматологии и косметологии победное шествие органических гидроксикислот, продолжающееся уже почти тридцати лет. Благодаря этому открытию и получили широкое распространение химические пилинги на основе гидроксикислот, а в дерматологии с их помощью начали лечить гиперкератоз, в том числе и фолликулярный, ихтиоз, бородавки, ксероз. Несколько позднее пришло понимание того, что действие химических пилингов с гидроксикислотами не ограничивается только эксфолиацией рогового слоя, был обнаружен стимулирующий эффект в отношении эпидермиса и дермы. Сегодня уже определенно известно, что, оказывая разнообразное влияние на кожу, они могут решать эстетические проблемы кожи различных возрастных групп.

В состав косметических и дерматологических препаратов включают различные гидроксикислоты : α-гидрокси- (AHA), β-гидрокси- (BHA), полигидроксикислоты (PHA), а также так называемые бионовые кислоты (BA).

В настоящее время популярен гликолевый пилинг среди пациентов, так как гликолевая кислота даже в высоких концентрациях не даёт такой сильной воспалительной реакции и такого длительного покраснения коже, как, например, трихлоруксусная кислота или фенол.

Целью данной работы является изучение действия гликолевой кислоты и анализ полученных результатов ходе процедур химического пилинга.

Проведя эту работу, мы выяснили, что α-гидроксикислоты обладают способностью стимулировать выработку коллагена и эластина. Наиболее действенной считается косметика с концентрацией α-гидроксикислот от 5% до 8%, и pH от 3 до 4. Они сокращают морщины, делают кожу более гладкой и мягкой, а также устраняют или осветляют пигментные пятна.

Ворончук Е.В.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель магистр., асс. Валаханович Т.Н.
Кафедра гигиены детей и подростков

В современных социально-экономических условиях здоровье детей и подростков с каждым годом ухудшается, сохраняется ежегодный рост заболеваемости, в том числе хронической. В многочисленных научных исследованиях отмечается неблагоприятная динамика состояния здоровья подрастающего поколения. Первое место в структуре хронической патологии с впервые в жизни установленным диагнозом у детей 0-17 лет в Республике Беларусь занимают болезни органов пищеварения (16%). В связи с этим становится актуальным профилактика данной социально значимой патологии.

Целью данного исследования было изучение и оценка факторов риска формирования заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей старшего школьного возраста.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе средней школы г. Минска путем анонимного анкетирования учащихся старшего школьного возраста (7-11 классы) для выявления ведущих факторов риска формирования патологии ЖКТ, а также выкопировки данных из медицинской документации о состоянии здоровья учащихся. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Microsoft.

Результаты исследования. Основными факторами, влияющими на формирование заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей старшего школьного возраста являются нерациональное питание, умственное и психическое перенапряжение, неадекватная физическая

нагрузка, чрезмерное увлечение компьютером, стрессогенная атмосфера в семье, недостаточная мотивация к ведению здорового образа жизни.

Таким образом, результаты исследования позволили установить ведущие факторы риска формирования патологии желудочно-кишечного тракта у учащихся общеобразовательных учреждений, соответственно которым обосновать приоритетные направления профилактических мероприятий: 1) активизация гигиенического обучения учащихся, их родителей и учителей; 2) более широкое внедрение и контроль эффективности за использованием здоровьесберегающих технологий в учебном процессе; 3) проведение мониторинга эмоционального статуса школьников с его последующей коррекцией; 4) широкое привлечение родителей к проведению профилактических мероприятий.

Вощило Ю.С.

МЕТОД ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИИ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель исследования: определить возможности метода оптической когерентной томографии (ОКТ) в оценке строения заднего отрезка глазного яблока человека.

Материал и методы исследования. Была проведена ОКТ заднего отрезка глазного яблока 20 пациентам, обратившимся с целью офтальмологического обследования в отделение функциональной диагностики УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова». Обследование выполнено на оптическом когерентном томографе «Stratus OCT» фирмы Zeiss с предварительной фоторегистрацией заднего отрезка глазного яблока с помощью немидриатической фундус-камеры «Visucam pronm» фирмы Zeiss.

Результаты. Из обследованных 20 пациентов у 11 человек с аномалиями рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм) выявлено нормальное строение сетчатки на всем ее протяжении. У этих пациентов определены анатомические особенности нормального зрительного нерва (глубина и конфигурация углубления (экскавации) диска зрительного нерва, толщина слоя нервных волокон сетчатки и прилежащего стекловидного тела, а также получены томограммы макулярной области, коррелирующие с фоторегистрацией нормальной макулы. В 6 из 20 случаев обнаружены аномалии развития заднего отрезка глазного яблока, из них: колобома диска зрительного нерва (2 человека), миелиновые волокна сетчатки (1 наблюдение), ямка диска зрительного нерва (2 человека), невус сосудистой оболочки (1 человек). У 2 пациентов диагностирован разрыв сетчатки в макулярной области, у 1 человека – разрыв сосудистой оболочки. Для обследования был применен протокол “Fast Macular Thickness Map”, оценка результатов проводилась как по структуре изображения сетчатки в линейном скане, так и с использованием протокола анализа “Macular Thickness Map”.

В ходе компьютерного анализа также определен общий объем макулярной зоны, толщина сетчатки в fovea и в разных отделах макулы.

Таким образом, оптическая когерентная томография является высокоинформативным методом исследования и несет в себе ряд явных преимуществ, таких как: неинвазивность; возможность создания ультратонких послойных изображений оболочек глаза с недоступным ранее высочайшим разрешением (порядка 8-10 микрон), что в 10 раз превышает разрешение других используемых в практике методов; получение пространственных изображений оболочек глазного яблока, которые не только отражают структуру тканей глаза, но и показывают функциональное состояние. Кроме того, визуализация отдельных клеточных слоев сетчатки дает возможность определять болезнь на самой ранней стадии ее развития.

Вощула Е.В., Соколовская Д.О.

THEPROBLEMSWITHWEIGHT(OVERWEIGHT ANDDYSTROPHY)

Научный руководитель Сухорукова Т.В.
Кафедра иностранных языков

Today overweight and dystrophy-are the world global problems. Why should we care about managing our weight**?** What are we doing right and wrong? How much food should we eat? Should we go on a diet? How can we lose weight safely? All thesequestions excite people.

Our work is aimedat studying these problems and reminding people that the health problems that stem from being overweight or anorexic go way beyond the ones we usually hear about, like diabetes and heart disease. Being overweight or anorexic can also affect a person's joints, breathing, sleep, mood, and energy levels. So being overweight or anorexic can impact a person's entire quality of life.

There are many people in the world who are highly conscious about how they look. Especially for girls or women their appearance matters a lot. For some people, their self-confidence depends on how people judge them by their looks, rather than their inner self. They are rather obsessed with their weight and feel as if they are fatter than acceptable. This leads to a mental illness called anorexia nervosa.The main symptom of anorexia nervosa is inability to maintain normal weight. People will follow strict diet regimes and restrict the amount of food they eat.People who develop anorexia often suffer from depression, anxiety and substance abuse. In some cases, they suffer from an obsessive - compulsive disorder that makes them follow a strict diet regime.Anorexia nervosa is suspected in people who are extremely thin. They are examined to find the real cause of their extreme weight loss. The doctor may advise certain tests and examinations to be conducted.The aim of the treatment involved is to reach the healthy body weight of the patient by making him/her eat more food and feel good about themselves and their bodies.

In our looks-obsessed society, lots of people think that being overweight is an appearance issue. But being overweight is actually a medical concern because it can seriously affect a person's health.

When people eat more calories than they burn off, their bodies store the extra calories as fat.

A couple of pounds of extra body fat are not a health risk for most people. But when people keep up a pattern of eating more calories than they burn, more and more fat builds up in their bodies.Obesity is bad news for both body and mind. Not only can it make someone feel tired and uncomfortable, carrying extra weight puts added stress on the body, especially the bones and joints of the legs. As they get older, kids and teens who are overweight are more likely to develop diabetes and heart diseaseand influenza.A healthy diet is an important part of staying healthy, too. This diet contains reduced amounts of cholesterol, fat, sugar and salt. It helps protect our body from a wide range of diseases.

Real way of preserving your health is, therefore, healthy way of life which includes keeping fit, balanced meals, and giving up unhealthy habits like smoking, drinking alcohol, and, of course, drugs. It is a well-known fact that even moderate physical activity can protect you from heart diseases and strokes, obesity, dystrophy.

Вощула Е.В.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКЕ СВОЙСТВА СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА

Научный руководитель канд. хим. наук, Фандо Г. П.
Кафедра биоорганической химии

К современным хирургическим шовным материалам предъявляются очень серьезные требования, поскольку, шовный материал в большинстве операций является единственным инородным телом, которое остается в тканях после окончания оперативного вмешательства. И закономерно, что от качества, химического состава и структуры материала зависит реакция тканей на его имплантацию. Задача создания и внедрения новых, а также совершенствования имеющихся шовных материалов остается одной из наиболее актуальных.

Цель исследования: изучить современные шовные материалы и их свойства.

Материалы и методы. Хирургические шовные материалы - это нити из различных материалов, предназначенные для лигирования (перевязки) кровеносных сосудов или аппроксимации (сшивания) повреждённых тканей. В настоящее время используют более 30 видов шовного материала. Были изучены и подвергнуты анализу: натуральные и синтетические, рассасывающиеся и нерассасывающиеся, монофиламентные и полифиламентные, которые, в свою очередь, делятся на крученые, плетеные и комплексные шовные материалы.

Результаты. В силу того, что хирургические нити органического происхождения обладают массой недостатков, на сегодняшний день многие хирурги отказываются от их применения в пользу синтетических рассасывающихся шовных материалов, которые обладают высокой прочностью, относительной инертностью и неплохими манипуляционными свойствами. Рассасывание таких нитей происходит путем неферментативного гидролиза — внутренним расщеплением полимерных цепей с участием молекул воды. Рассасывающийся хирургический материал:кетгут (полированный и хромированный), викрил, ПДС (полидиоксанон), монокрил. Так же существует условно рассасывающиеся шовные материалы. Основным представителем является шёлк (аналоги — силкам, софсилк), группа полиамидов(капронов): сутрон, этилон, нейлон и др. Эти нити рассасываются в организме в течение 2–5 лет. В свою очередь, нерассасывающиеся шовные материалы не удовлетворяют основному требованию, предъявляемому к шовным материалам — биодеградации. Они постоянно находятся в тканях и при определенных условиях, спустя даже годы, могут служить причиной воспалительных осложнений. Но их применяют при множестве хирургических ситуаций. В то же время нерассасывающиеся материалы незаменимы при протезировании, а также при шве тканей, испытывающих натяжение в течение длительного времени после операции, или плохо заживающих тканей. К нерассасывающимся шовным материалам относятся: хирургический шёлк, стальная нержавеющая проволока, нейлон, полиэстерное волокно (покрытое, непокрытое), полипропилен.

Заключение. Если когда-либо удастся создать «идеальный» шовный материал, он должен быть: универсальным, то есть состоящим из материала, применимого при любом оперативном вмешательстве, стерильным, неэлектролитным, некапиллярным, неаллергенным и неканцерогенным, лишённым ферромагнитных свойств, которыми обладают нити из нержавеющей стали, лёгким в обращении, минимально реактивным и не способствующему бактериальному росту, способным надёжно удерживать завязываемые узлы, нервущимся и нехрупким, лишённым способности сокращаться при длительных пребываниях в тканях, способным рассасываться после выполнения своей функции с минимальной реакцией со стороны тканей.

Вырвич К.В.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Доценко М.Л., канд. мед. наук, доц. Затолока П.А.
Кафедра инфекционных болезней
Кафедра оториноларингологии

Качество жизни (КЖ) – это показатель, под которым понимают степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. Для оценки качества жизни применяется метод анкетирования. Выделяют три основных типа опросников: общие, частные, специализированные. В настоящее время одним из наиболее авторитетных опросников общего типа является 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенный Бостонским институтом здоровья.

Цель исследования: определить качество жизни ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от стадии заболевания и наличия хронической оториноларингологической патологии.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 259 респондентов, относящиеся к взрослому населению (старше 18 лет), состоящих на учете в диспансерном кабинете городской клинической инфекционной больницы г. Минска. Были использованы два критерия разделения респондентов на группы. Первый критерий – распределение пациентов по стадиям ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков старше 13 лет (классификация ВОЗ, 2010 г.). По этому критерию все пациенты были дифференцированы в зависимости от стадии иммунодефицита на 4 группы. Вторым критерием был выбран факт наличия, либо отсутствие хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

Результаты. Впервые на значительном клиническом материале исследованы показатели качества жизни у 259 ВИЧ-инфицированных респондентов на разных стадиях заболевания. Из представленных данных наиболее демонстративное значение имеют показатель физического компонента здоровья **(Physical health (PH))** и показатель психологического компонента здоровья **(Mental health (MH))**. Определен средний интегральный показатель физического компонента здоровья у всех обследованных респондентов (PH=67,7).

Средний интегральный показатель физического компонента здоровья у ВИЧ-инфицированных респондентов с сопутствующей хронической воспалительной оториноларингологической патологией составил 65,3. Те пациенты, у которых ЛОР-патологии выявлено не было, продемонстрировали значительно более высокий уровень самооценки качества жизни (PH=80,5). Следовательно, можно констатировать негативное влияние хронических заболеваний уха, горла, носа на физический статус иммунокомпрометированных лиц. Однако это влияние значительно отличается в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Так на первой стадии иммунологической недостаточности интегральный показатель физического компонента здоровья незначительно отличается у лиц с наличием (PH=77,6) и отсутствием (PH=84,2) хронической воспалительной патологией ЛОР-органов. На второй стадии ВИЧ-инфекции происходит снижение уровня физического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (PH=52,4) в сравнении с группой без признаков оториноларингологических заболеваний (PH=79,3). Интервал значений составил почти 27 пунктов. На третьей стадии ВИЧ-инфекции также выявлен более низкий показатель уровня физического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (PH=66,5 против 82,1), однако здесь различие не столь существенно. Таким образом, выявлено негативное влияние на самооценку качества жизни ВИЧ-инфицированных лиц хронической воспалительной патологии ЛОР-органов - снижение уровня как физического (с PH=80,5, до PH=65,3), так и психологического компонентов здоровья (с MH=71,7, до MH=55,5).

Гавенко Б.В.

ВЛИЯНИЕ ХЛОРА И ФТОРА НА ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ЖИВОТНЫХ С КОРРЕКЦИЕЙ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЙОДИДОМ КАЛИЯ

Научные руководители д-р. мед. наук, проф. Воронич-Семченко Н.Н., Стецевъят В.Б.
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский институт»

Одним из приоритетных медико-социальных направлений здравоохранения является поиск нових путей преодоления йододефицита, который даже при легкой степени выступает пусковым механизмом нарушення эндокринной функции щитовидной железы. Не смотря на множество экспериментальных и клинических исследований, посвященных изучению йоддефицитных заболеваний, в Украине наблюдается тенденция по увеличению заболеваемости на тиреоидную патологию (Вадзюк С.Н., Юрчишин О.М., 2011). Все чаще регистрируються случаи гипотиреоидной дисфункции не только в эндемических регионах, но и на территориях с достаточным содержанием йода в окружающей среде (Кравченко В. И. , 2010; *Бруно Д. Б., 2011)*. Ограниченными являються данные о роли других макро- и микроэлементов в патогенезе эндемического зоба. В последнее время все больше внимания уделяется изучению эссенциальных микроэллементов (селена, цинка, др.) и их роли в патогенезе гипофункции щитовидной железы.

Целью данного исследования является изучение влияния хлора и фтора на тиреоидный статус животных с коррекцией гипофункции щитовидной железы. Исследования проведены на 70 половозрелых крысах (самцах) массой 150-230 г. 60 животных находились на йододефицитной диете (Martinez-Galan J.R., 1997), а 10 – на стандартном питательном рационе. Содержание, вскармливание и эвтаназия соответствовали междунардным требованиям гуманному отношению к животным. Тиреоидный статус животных оценивали за уровнем T_3, T_4, ТТГ в сыроватке крови, а также определяли индексы ТТГ/T_4, T_3/T_4. Для диагностики состояния йодного обеспечения животных в их моче определяли содержание йода. Указанные показатели изучали в условиях гипофункции щитовидной железы в условиях йододефицита (1-я экспериментальная группа, n=15), коррекции йододефицита йодидом калия (препарат „Йодид-100”, 2-я экспериментальная группа, n=15) и при одновременном введении йодида калия и хлорида натрия или фторида натрия (соответственно 3-я и 4-я экспериментальные группы, по 15 животных). Для сравнения аналогические исследования проведены на интактных животных (контрольная группа, n=10).

В результате исследования установлено, что тиреоидный статус животных в условиях йодной депривации характеризуется снижением содержания T_3, T_4 и увеличения уровня ТТГ в сыроватке крови, а также нарушением соотношения между гормонами (изменения индексов ТТГ/T_4, T_3/T_4). Подтверждает наличие йододефицита у животных снижение содержания йода в моче. Эффективным для коррекции гипотиреоидной дисфункции в условиях гипотиреоза является введение животным йодида калия, о чем свидетельствует увеличение содержания T_3 и T_4 в сыроватке крови, снижение ТТГ, увеличение йода в моче. При этом данные индекса T_3/T_4 у животных 2-ой экспериментальной группы достоверно не отличались от аналогичного показателя у интактных крыс. Положительный эффект от использования йодида калия в условиях введения животным хлорида натрия снижался, о чем свидетельствует уменьшение содержания T_3 и T_4 в сыроватке крови соответственно на 25,3 % и на 24,1 % ($p_{2-3}<0,05$), снижение индекса T_3/T_4 на 18,1 % ($p_{2-3}<0,05$) относительно аналогичных показателей 2-ой экспериментальной группы, а также снижение T_3/T_4 на 23,8 % ($p<0,05$) относительно контроля. При этом различия концентрации йода в моче у животных 2-ой и 3-й экспериментальных групп не были достоверными. Аналогичная закономерность наблюдалась у крыс 4-ой экспериментальной группы: T_3 был меньше на 16,3 % ($p_{2-4}<0,05$), T_4 – на 38,4 % ($p_{2-4}<0,05$), T_3/T_4 – 31,6 % ($p_{2-4}<0,05$) относительно животных с монотерапией йодидом калия.

Таким образом, эффективным для коррекции гипотиреоидной дисфункции является йодид калия. Уменьшает эффективность лечения поступление в организм животных хлоридов и фторидов, что надо учитывать при терапии тиреоидной патологии препаратами йода.

Гаевая Е.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТРОПОЛИТЕНА НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Петровская О.Н.
Кафедра общей гигиены

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что ежедневно огромное число жителей и гостей нашей столицы спускаются в метро – один из самых удобных и быстрых видов общественного транспорта. С открытием новых станций эта цифра только растет. Неоценима его положительная роль, позволяющая экономить время, избегая пробок, пересадок.Сегодня довольно часто ставится вопрос и о чрезмерном отрицательном влиянии метрополитена на организм человека.Об этом редко задумываются его пользователи. Некоторые ученые даже говорят о возможном скором появление надписей, похожих на те, что мы видим на сигаретах - «Езда в метро сокращает Вашу жизнь». Более того, негативному влиянию могут подвергаться как работники, так и жители близлежащих районов метро.Поэтому каждому необходимо знать, какова опасность и возможные последствия пользования подземным транспортом, а также некоторые «хитрости», позволяющие снизить вероятность возникновения негативных эффектов в будущем.

Цель исследования: оценить влияние различных факторов метрополитена на физиологическое и эмоциональное состояние людей, а также определить значимость подземного транспорта для жителей г. Минска.

Задачи:

1) составление анкеты и проведение анкетирования среди студентов БГМУ всех курсов с целью выявления частоты использования подземного транспорта и влияния метрополитена на их здоровье;

2)анализ результатов анкетирования;

3)разработка практических рекомендаций по снижению неблагоприятного воздействия негативных факторов метрополитена.

Методом анкетирования было исследовано 30 студентов разных курсов БГМУ в зимний период.

Исходя из проведенного исследования, можно сделать следующие **выводы:**

1)большинство студентов чащевыбирают подземный транспорт, чем наземный(с целью экономии времени и за счет близости станций от места жительства, работы, учебы);

2)многие из них не задумываются о негативном влиянии метрополитена на их состояние здоровья;

3)некоторые студенты отмечают ухудшение своего эмоционального состояния после или же во время поездок в метро;

4) среднее время, которое студенты проводят в метро в сутки, составляет от 0,5 до 1 часа.

По итогам исследования можно заключить, что многие пренебрегают опасностью и последствиями действия различных неблагоприятных факторов метрополитена на организм человека. Предложенные практические рекомендации в будущем помогут снизить это негативное влияние.

Гайдукевич Д.А., Москвитин Е.Н.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Глинник А.А.
2-я кафедра хирургических болезней

Цель работы: изучить выбор метода лечения механической желтухи в зависимости от этиологии и лабораторно-инструментальных данных.

Материалы и методы. В ходе данной работы было проанализировано 56 историй болезней пациентов с механической желтухой различной этиологии в период 2011-2012 гг. на базе 9 ГКБ г. Минска. Исследовались следующие лабораторно-инструментальные данные: биохимический анализ крови (билирубин общий, билирубин прямой, щелочная фосфатаза, АСТ, АЛТ, гамма-глутамилтранспептидаза), УЗИ ОБП (наличие конкремента, размер холедоха), ФГДС (поступление желчи в 12-и перстную кишку). Пациенты были разделены по возрасту и полу на несколько групп.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является методом выбора устранения желтухи, обусловленной холедохолитиазом, вколоченным камнем БДС, сужением большого дуоденального сосочка (стенозирующий папиллит). Также ЭПСТ является методом выбора для пациентов с гнойным холангитом, развившимся на фоне холангиолитиаза (холедохолитиаза) и механической желтухи и является первым этапом любых вмешательств на желчных путях. Эта процедура безопасна даже у пациентов старших возрастных групп с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Показания к выполнению метода и прогнозирование его результативности основываются на точном представлении о характере препятствия для желчеоттока (размеры конкрементов, их расположение, количество, состояние устья общего желчного протока). Если размеры конкрементов не превышают диаметра общего печеночного протока, их можно удалить с помощью этой эндоскопической манипуляции и тем самым восстановить пассаж желчи в 12-типерстную кишку.

Малая травматичность оперативных вмешательств на желчевыводящих протоках при чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХС), высокая эффективность способствовала его быстрому распространению. ЧЧХС чаще применяется при опухолевом поражения желчных протоков.

Наружное дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ применяется при холангиолитиазе и механической желтухе обусловленной опухолями печени, поджелудочной железы, желчевыводящих протоков. Наружное дренирование применяют при невозможности преодолеть сужение протока. Наружно внутреннее дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ применяется в основном при опухолях органов гепатопанкреатобилиарной области, желчеотведение осуществляется непосредственно в кишку (физиологическое).

Достоинства ЧЧХС под УЗ-контролем:

• Чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ является малотравматичным, высокоэффективным методом декомпрессии и санации желчевыводящих путей.

• Выполнение чрескожной холецистостомии расширяет возможности лечения больных механической желтухой, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств.

• Холецисто-холангиостомия под ультразвуковым контролем легко переносится тяжелобольными, в том числе в пожилом возрасте с наличием множественной сопутствующей патологией.

Результаты. Было установлено, что при наличии механической стриктуры, холедохолитиаза показана ЭПСТ, а при поражении протоков опухолевого генеза ЧЧХС.

Гайдукевич Д.А., Москвитин Е.Н.

ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Научный руководитель асс. Минайло Т.И.
Кафедра онкологии

Цель работы: изучить применение паллиативной операции при механической желтухе опухолевой этиологии.

Материалы и методы. В ходе работы было проанализировано 62 истории болезней пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии в период 2011-2012 гг. на базе 9 ГКБ г. Минска. В качестве паллиативной операции использовалась чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС). В работе были проанализированы следующие лабораторно-инструментальные данные: биохимический анализ крови (билирубин общий, билирубин прямой, щелочная фосфатаза, АСТ, АЛТ, гамма-глутамилтранспептидаза), УЗИ ОБП (наличие конкремента, размер холедоха), ФГДС (поступление желчи в 12-и перстную кишку).

Результаты. Малая травматичность оперативных вмешательств на желчевыводящих протоках при ЧЧХС, высокая эффективность способствовало его быстрому распространению. ЧЧХС чаще применяется при опухолевом поражения желчных протоков.

Наружное дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ применяется при холангиолитиазе и механической желтухе обусловленной опухолями печени, поджелудочной железы, желчевыводящих протоков. Наружное дренирование применяют при невозможности преодолеть сужение протока. Наружно внутреннее дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ применяется в основном при опухолях органов гепатопанкреатобилиарной области, желчеотведение осуществляется непосредственно в кишку (физиологическое).

Достоинства ЧЧХС под УЗ-контролем:

•Чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ является малотравматичным, высокоэффективным методом декомпрессии и санации желчевыводящих путей.

•Выполнение чрескожной холецистостомии расширяет возможности лечения больных механической желтухой, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств.

•Холецисто-холангиостомия под ультразвуковым контролем легко переносится тяжелобольными, в том числе в пожилом возрасте с наличием множественной сопутствующей патологией.

В результате проведенной операции было выявлено улучшение состояния больных, нормализация уровня показателей в биохимическом анализе крови. В 35% случаях, потребовалась повторная операция по дренированию желчевыводящих путей.

Галимова Е.Р.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Научный руководитель асс. Кононова О.Н.
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Метаболический синдром — состояние, при котором происходят глубокие нарушения обмена веществ в организме, связанные со снижением чувствительности тканей к инсулину.

Цель: выявить частоту развития метаболического синдрома в зависимости от наличия факторов риска у беременных женщин.

Материалы и методы. В исследование было включено 72 беременные женщины с различной степенью ожирения в возрасте 20 – 41 лет, среди которых было проведено анкетирование по специально разработанной анкете с целью выявления факторов риска. Так же всем

включенным в исследование женщинам была проведена оценка степени ожирения (расчет индекса массы тела (ИМТ), окружности талии до беременности (ОТ).

Результаты. Средний возраст обследованных составил 31,5±13,3 года. ИМТ 37,5±12,9 кг/м^2, ОТ до беременности составил 104,6±10,3 см, в том числе ОТ <80 см была отмечена у 0%(n=0) обследованных; 80–88 см – у 25 % (n=18) и >88 см – 75 % (n=54) обследованных. 41%(n=34).

Ожирение 1 степени у 42% (n=30) женщин, 2 степени у 32%(n=23), 3 степени у 5%(n=7). Артериальная гипертензия выявлена у 45%(n=32) в том числе 1 степени у 65%(n=21) и 2 степени у 35%(n=11).

Лекарственные средства для снижения артериального давления регулярно принимают 18%(n=12) , нерегулярно – 24%(n=16), вообще не принимают – 59%(n=44).

41%(n=34) ежедневно имели, как минимум 30 мин физической активности на работе и в свободное время.

Нарушения углеводного обмена (гестационный сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе) выявлены у 58%(n=42) обследованных женщин.

Отягощена наследственность по нарушению УВ обмена у 15%(n=11).

Только ожирение, как фактор риска, был выявлен у 32%(n=23) женщин; ожирение и артериальная гипертензия у 45%(n=32); ожирение, артериальная гипертензия и осложнённая наследственность у 7%(n=5).

Выводы. Метаболический синдром и отдельные его компоненты отягощают течение беременности. Наиболее частыми компонентами метаболического синдрома у женщин с ожирением являются: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, нарушение углеводного обмена.

Проведение анкетирования по выявлению факторов риска у женщин с ожирением при постановке на учет по беременности в женской консультации позволяет выделять группу высокого риска развития нарушений углеводного обмена, сердечно-сосудистых заболеваний для осуществления диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Галицкая С.С., Смирнова Е.С.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

В настоящее время происходит активное внедрение интервенционных методов лечения в стратегию ведения пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST с целью снижения летальности и инвалидности, предупреждения развития осложнений и улучшения прогноза у данной категории пациентов.

Цель исследования: изучить особенности течения инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST у пациентов, подвергшихся интервенционным вмешательствам.

В исследование включены 109 пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST, в возрасте от 39 до 85 лет, подвергшихся интервенционным вмешательствам. Проанализирована клиническая картина течения инфаркта миокарда, лабораторные и инструментальные характеристики в выделенной группе пациентов. В зависимости от развития неблагоприятных коронарных событий (НКС) после выполнения интервенционных вмешательств были выделены 2 подгруппы: с высоким кардиоваскулярным риском (с НКС, n=32) и с неосложненным течением ИМ (без НКС, n=77). Клиническая картина при поступлении в группе пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST и развитием НКС характеризовалась большим удельным весом лиц с III и IV классами острой сердечной недостаточности по Killip, чем в группе пациентов без НКС (34,3% (n=11) и 2,6% (n=2) соответственно, $\chi 2$=19,6, p<0,001). Не получено

значимых различий по традиционным факторам кардиоваскулярного риска в выделенных подгруппах. Проведенная по результатам электрокардиографии и эхокардиографии топическая диагностика инфаркта миокарда продемонстрировала большую частоту встречаемости поражения в переднеперегородочной, верхушечнобоковой области левого желудочка в группе пациентов с развитием НКС по сравнению с группой пациентов без НКС (56,3% (n=18) и 31,2% (n=24) соответственно, $\chi 2=11,5$, $p<0,001$). По данным эхокардиографического исследования для пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST, течение которого осложнилось развитием НКС, характерно более выраженное снижение общей сократительной способности миокарда, увеличение конечно-систолического объема левого желудочка, нарушение локальной сократимости миокарда левого желудочка. По данным коронароангиографии у пациентов с неблагоприятным течением заболевания чаще встречается тромботическая окклюзия инфаркт-связанной артерии. Выявлены более высокие значения уровней лейкоцитов в группе пациентов с НКС, чем в группе сравнения ($12,36\pm1,52\times10^9$, $10,12\pm0,54\times10^9$, соответственно; $p<0,05$), по уровню тромбоцитов ($226,89\pm14,24\times10^9$, $214,04\pm11,35\times10^9$, соответственно; $p>0,05$,) и гемоглобина достоверных различий в сравниваемых группах не установлено (149,0±7,43 г/л, 144,3±2,64 г/л, соответственно; $p>0,05$). При изучении биохимического анализа крови установлены более высокие значения плазменной концентрации МВ-фракции креатинфосфокиназы (80,0 (66,7-80,0) нг/мл, 35,3 (5,3-50,6) нг/мл, соответственно; $p<0,05$), тропонина I (23,5 (10,2-30,0) нг/мл, 4,48 (0,88-13,54) нг/мл, соответственно; $p<0,05$), мочевины (7,2 (6,0-7,7) ммоль/л, 5,9 (5,3-6,9) ммоль/л, соответственно) в группе пациентов с НКС по сравнению с контрольной группой. Кроме того, отмечено повышение уровня гликемии в группе пациентов с НКС по сравнению с группой пациентов без НКС (9,8 (7,2; 10,6) и 7,7 (6,6; 9,3) ммоль/л, соответственно; $p<0,05$).

Выводы. Неблагоприятное течение инфаркта миокарда характеризуется более тяжелой клинической картиной, особенностями локализации зоны инфаркта и поражения коронарных артерий, а также лабораторными характеристиками, что позволяет выделить группы пациентов высокого риска после выполнения интервенционных вмешательств.

Галкина Е.А., Ниделько А.А.

ИЗМЕНЕНИЕ ТОНУСА ЦЕНТРОВ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРЕМЕНЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Кубарко А.И.
Кафедра нормальной физиологии

Известно, что ведущую роль в изменении частоты сокращений сердца (ЧСС) и артериального давления (АД) крови при переходе из горизонтального в вертикальное положение играет рефлекторная реакция с механорецепторов каротидного синуса, дуги аорты и предсердий на кратковременное уменьшение притока крови из венозной системы. Изменения ЧСС и АД отражают сдвиги в балансе тонуса центров автономной нервной системы (АНС) в сторону повышения активности нейронов торако-люмбального отдела симпатической нервной системы и снижения активности нейронов ядра блуждающего нерва. Следствием преобладания тонуса симпатической нервной системы над тонусом парасимпатической является симпатическая направленность изменений ЧСС и АД, наблюдаемая у большинства здоровых молодых людей при переходе из горизонтального в вертикальное положение тела.

Однако чувствительность механорецепторов, в особенности каротидного синуса, с возрастом и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы может существенно снижаться, что ведет к нарушению рефлекторной реакции не только на изменение положения тела, но и на колебания АД крови. Считается, что существенное снижение чувствительности механорецепторов является фактором риска развития синкопальных состояний и даже внезапной смерти. В то же время, остается неизученным, какой вклад в изменение баланса тонуса АНС

вносят ее центры, расположенные на других уровнях ЦНС, в частности, нейроны парасимпатической нервной системы ядра Якубовича-Эдингера-Вестфаля среднего мозга.

Целью настоящей работы было оценить состояние тонуса различных центров АНС по данным динамики изменения размеров зрачка, ЧСС, АД крови и фотоплетизмограммы (ФПГ) в условиях изменения положения тела. Исследование проведено на 26 здоровых студентах 18-19 лет. Выявлено, что у 9 из 26 испытуемых при переходе из горизонтального в вертикальное положение тела ширина зрачка увеличивалась параллельно с увеличением ЧСС и АД крови. У 8 испытуемых ширина зрачка уменьшалась, в то время как ЧСС и АД крови возрастали и у 9 испытуемых между изменениями ширины зрачка, ЧСС и АД крови связи не выявлено. У 6 из 8 испытуемых, у которых регистрировалась ФПГ, выявлена связь между изменениями размера зрачка и амплитуды ФПГ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что лишь у одного из трех испытуемых в условиях сдвигов гемодинамики, вызванных переменой положения тела, происходит параллельное и однонаправленное изменение активности центров АНС на уровне спинного, продолговатого и среднего мозга. Одной из причин не одновременного и разнонаправленного изменения тонуса центров АНС, по-видимому, являются различия в их реакции на сигналы различной модальности. Так, нейроны ядра Якубовича-Эдингера-Вестфаля реагируют, главным образом, на сигналы об изменении освещенности сетчатки глаза, нейроны ядра блуждающего нерва - преимущественно на сигналы механорецепторов сосудов, а преганглионарные нейроны симпатической нервной системы – на сигналы супраспинальных центров нервной системы.

Галкина Е.В., Дембицкий И.О.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХПН

Научный руководитель Полюхович Ю.И.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель исследования: изучить и выявить характерные особенности и закономерности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХПН, оценить адекватность проводимой терапии с позиции кардионефропротекции.

Материалы и методы. В исследование включено 18 историй болезни умерших больных (8 женщин и 10 мужчин, медиана возраста 65 лет), имевших ХПН III – IVст. и находившихся на программном гемодиализе более 5 лет на базе УЗ «ГОКБ».

Результаты. 77,8% пациентов страдали симптоматической АГ. Из них 38,9% принимали иАПФ, 5,6% - АРА, антагонисты Са – 16,7%, комбинацию иАПФ и антагониста Са – 5,6%, комбинацию иАПФ и β-блокаторы – 22,2%. Уровень назначения иАПФ и АРА в общем составляет 72,2%.

Частота ГЛЖ, выявленная по ЭКГ составляет 88,9%.

83,3% имели нарушение ритма. У 38,9% - постоянная/пароксизмальная формы мерцания предсердий. 61,1% - БНПГ: из них 11,1% ПБЛНПГ, 44,4% НБЛНПГ и 5,6% сочетание БПНПГ и НБЛНПГ. У 5,6% AV блокада III ст.

У 55,5% (по данным ЭКГ или патологоанатомического вскрытия) имелся очаговый кардиосклероз. По данным УЗИ сердца 2 из 5 имели зоны гипокинеза. ЭКГ признаки ишемии миокарда возможно оценить только у 33,3%. У 22,2% имелись патологические изменения: у 11,1% – подъемом сегмента ST(в V4-V5 выше изолинии на 2 мм при отрицательном зубце T в III, aVF, V2-V6; и в I, II, V6 выше изолинии на 2 мм), у 11,1% - без подъема сегмента ST (депрессия ST в II, aVF, V3, V5-V6 ниже изолинии на 1,5мм при отрицательном T в V5, V6; депрессия ST в V5, V6 ниже изолинии на 1,5мм при высоких остроконечных T в II, aVF, V2-V6). При этом, 25% получали комбинацию нитратов и β-блокаторов, 25% - нитраты, 50% не получали антиишемической терапии. 100% пациентов не подвергались антиагрегантной и

антикоагулянтой терапии. При этом по данным патологоанатомического заключения признаков свежего мелкоочагового ИМ нет ни у одного из исследуемых больных.

У 69,2% имелась умеренно выраженная протеинурия. Гипопротеинемия (54±2,38 г/л) отмечалась у 62,5% за счет низкого уровня альбумина плазмы. У 76,5% пациентов имело место нормохромная анемия (Hb 85±6,4 г/л, Er2,74±1,17*10^{12}/л). У 92,3% уровень общего холестерина составлял 4,1±0,54 ммоль/л. Однако, атеросклероз имел место у 100%, вероятнее из-за повышения ТГ.

Выводы. Наиболее частым нарушением при терминальной стадии ХПН является симптоматическая артериальная гипертензия с гипертрофией левого желудочка. Блокада ножек пучка Гиса – наиболее распространенное нарушение ритма. Имело место угрожающее жизни нарушение ритма: AV блокада III степени. Касательно вопроса ишемии миокарда, в соответствии с ЭКГ признаками и данными патологоанатомического исследования, мы можем думать о долгосрочных ишемических изменениях. У большинства пациентов отмечалась гемическая гипоксия, которая способствовала ухудшению морфофункционального состояния миокарда. Среди пациентов с сиптоматической АГ и протеинурией на фоне ренальной патологии существует высокая приверженность назначения иАПФ и АРА с целью нефрокардиопротекции. Однако, данная группа препаратов должна рекомендоваться всем пациентам с учетом противопоказаний к их применению и переносимости

Гапоненко О.В., Мартынова Д.В.

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Научный руководитель асс. Мороз Е.А.
2 кафедра детских болезней

Целью настоящего исследования было изучение характера ВПС, данных обследования, позволивших впервые выявить врожденные пороки сердца у детей в условиях непрофильного стационара (ГДИКБ).

Материалы и методы. Нами проанализировано 33 истории болезни детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, лечившихся в ГДИКБ г. Минска. Дети были разделены на 3 группы: 1-я – группа с диагнозом дефект межпредсердной перегородки (22 ребенка), 2-я – группа с диагнозом открытый артериальный проток (7 детей), 3-я – группа с диагнозом дефект межжелудочковой перегородкой (7 детей).

Всем детям проводилось лабораторное исследование (исследование периферической крови), инструментальное обследование сердца (ЭКГ, ЭХО-КГ).

1. Среди впервые выявленных ВПС преобладал дефект межпредсердной перегородки (66,6% всех ВПС (22 случая)).
2. Признаки гипотрофии отмечаются у 21% больных (7 человек).
3. Изменение цвета кожных покровов: бледность отмечалась у 54,5% детей (18 человек), мраморность - у 30,3% (10 детей), цианоз носогубного треугольника присутствовал у 6 % (2 ребенка).
4. Наиболее частый признак при инструментальном обследовании сердца с помощью ЭКГ - тахикардия 51,5% (17 детей), диффузные изменения миокарда наблюдались у 39,3% (13 детей), нарушение проведения импульса - у 21,2% (17 детей), брадикардия - у 9% (3 ребенка).
5. Внутриутробные инфекции выявлены у 12% больных (4 человека).

Гафанович А.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСГАСТРАЛЬНОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО КРИТЕРИЯМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Голуб А.М.
Кафедра общей хирургии

Эндовидеохирургические операции при желчнокаменной болезни в современной хирургии являются «золотым» стандартом. Вместе с тем, стремление к дальнейшему уменьшению травматичности операции заставляет искать новые пути развития эндовидеохирургии.

Трансгастральная холецистэктомия NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, или эндоскопическая хирургия через естественные отверстия) - экспериментальная хирургическая техника, согласно которой операция по удалению желчного пузыря выполняется при помощи эндоскопа через естественное анатомическое отверстие (рот) и сопровождается разрезом в желудке, избегая тем самым любых внешних рубцов и шрамов.

Первая трансгастральная холецистэктомия была выполнена в апреле 2007 года в Европейском институте телехирургии в Страсбурге под руководством профессора J.Marescaux.

Цели исследования:

1)Изучение используемой аппаратуры и анализ основных этапов трансгастральной холецистэктомии.

2)Определение преимуществ, недостатков и осложнений возникающих на фоне трансгастральной холецитэктомии.

Материалы и методы исследования:

Сравнительная характеристика лапароскопической и трансгастральной холецистэктомии по 6 критериям (безопасность технологии, послеоперационная боль, лучший косметический результат, минимальная потеря активности пациента, послеоперационные осложнения, стоимость).

Выводы:

1)В ходе исследования было выявлено что, наиболее значимыми факторами трансгастральной холецистэктомии являются косметический результат и значительное снижение времени нетрудоспособности.

2)Отрицательным показателем трансгастральной холецистэктомии является неоправданно высокое количество послеоперационных осложнений (до 20%).

3) NOTES холецистоэктомия является наиболее сложной и наименее развитой в настоящее время технологией. Без решения вопросов стандартизации технологии и безопасности, снижения себестоимости, широкое распространение ее проблематично.

Гвоздь Е.В.

РЕСВЕРАТРОЛ - АКТИВАТОР СИРТУИНОВ И ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗРАСТНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Дубовик Б.В.
Кафедра фармакологии

Ресвератрол – фитоалексин полифенольной структуры, который посредством активации НАД зависимого семейства ферментов деацетилаз (сиртуинов) влияет на гомеостатические механизмы регуляции редокс-состояния и адаптации клеток, осуществляемые на уровне клеточного ядра, митохондрий и цитозоля. Полагают, что за счет сиртуин-опосредованного механизма реализуются многочисленные биологические эффекты как ресвератрола - противо-

воспалительный, антиангиогенный, антиоксидантный, противоопухолевый, нейрозащитный, так и других фенольных антиоксидантов растительного происхождения.

По современным данным ресвератрол, как и другие агенты, регулирующие ферменты семейства сиртуинов, являются перспективными средствами профилактики ряда социально значимых заболеваний – сахарного диабета, инфаркта миокарда, старческой деменции, ожирения и др.

В данной работе представлена аналитическая информация о химической структуре, фармакологической активности и значении ресвератрола как потенциального средства профилактики возрастных и дегенеративных болезней.

Исследования показали, что ресвератрол путём ингибирования процессов деградации цАМФ – фосфодиэстеразы способствует повышению уровня НАД+ и вызывает активацию внутриклеточных сиртунов, в частности SIRT1. Этот факт позволил по иному взглянуть на феномен «Французского парадокса» - низкий уровень ишемических болезней сердца и сердечной смертности при высоком уровне жиров в диете у потребителей красного вина. Аналогичный механизм объясняет гиполипидемические эффекты ресвератрола, осуществляемые через НАД - зависимый путь активации сиртуинов, а также его влияние на избыточную массу тела и другие процессы нарушения метаболизма.

Благодаря сиртуин–опосредованным реакциям ресвератрол способен регулировать внутриклеточные процессы на уровне ядра. На этом основаны перспективы его использования в качестве средства профилактики нейродегенеративных, сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний, продления и сохранения качества жизни в пожилом возрасте.

Geiker V.R.

EXPLANATION AND INTERPRETATION OF DREAMS

Научный руководитель ст. преп. Бабчук О.В.
Кафедра иностранных языков

This study deals with the factors, influencing sleep and dreaming.No one is sure why we dream. Early scientists and philosophers saw sleep as a passive condition where the brain was isolated from the other parts of the body. During the past century scientists had made significant progress in understanding sleep and dreaming nature. Sleep is a naturally recurring state, characterized by reduced or absent consciousness, relatively suspended sensory activityand inactivity of voluntarymuscles.

Why do we sleep? There are some important factors determining our falling asleep:

1) Circadian rhythm:when a biological clock, in this case the sleep-wake cycle, is set for 25-hour period. Circadian rhythms control the rise and fall of physiological responses such as temperature, and the start and stop of responses includingretiring for the night and waking up. This rhythm is due to some rhythmical activity of the hypothalamus.

2) Environmental arousal: when our body is in a high arousal state we have insomnia. Stress, excitement and drugs, increasing arousal, can interfere with the sleep onset as well as staying asleep.

The following factors explain what determines our falling asleep.

There are two different theories of our sleep:

1) Repair theory: according to this theory, activities during the day deplete key factors in our brain or our body replenished and repaired by sleep. There is a marked secretion of growth hormone, controlling many aspects of metabolism, physical growth and brain development. The idea that after having sleep-deprived for a long period, people tend to sleep longer while having an opportunity, also supports the repair theory.

2) Adaptive Theory: this theory states sleep to evolve because it prevented early humans and animals from wasting energy and exposing themselves to dangers of predators many centuries ago. It was necessary for their survival.

Anyway, whether we'd like to admit it or not, whether we are able to remember them or not, we are all dreaming. But what is it? Why do dreams come to us? There are different theories on the meaning of dreams, psychiatric on the one hand and neurological on the other hand.

According to Freud, we dream to satisfy unconscious desires or wishes, especially those involving sex and aggression. If we were to fulfill these wishes during day time it would create too much anxiety. Freud stated the wishes to be represented with symbols since they would otherwise be anxiety producing. Based on this theory, a therapist must interpret these symbols to help clients discover unconscious desires.

Modern theories are based on brain physiology and neurological processesresearch. But there are still a lot of unanswered questions about the sleep and dreamsreasons, their exact functions and how physiological processes are involved. How isFreud's "The Interpretation of Dreams" close to reality? How much common is between modern science and this work? We tried our best to find the proper answers to the given questions.Besides, the sphere of our curiosity was to get to know the history of writing Freud's work, the main theses of "The Interpretation of Dreams" as well as modern scientists' and doctors'opinions.

We hope that this research will help objectively look at Dr. Freud work behind myths. Probably,this material seems to be of some use in psychology and philosophyseminars.

Генералова А.А.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Кириллова Е.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования: оценить эффективность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у женщин с бесплодием на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием (ТПБ), а так же возможное влияние на эффективность ЭКО нарушений жирового обмена.

Методика проведения. Проведено ретроспективное исследование историй болезни на базе РНПЦ «Мать и дитя», в которое было включено 78 супружеских пар с жалобами на бесплодие свыше трех лет и где был исключен мужской фактор бесплодия. 38 женщин имели подтвержденный диагноз «Синдром поликистозных яичников, бесплодие, хроническая ановуляция», у 40 женщин бесплодие было обусловлено трубно-перитонеальными факторами. Обе группы являлись однородными по возрасту и телосложению. Исследовались уровни гормонов сыворотки крови (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны, тестостерон, пролактин), так же оценивались длинный и короткий протоколы ЭКО.

Полученные результаты. В группе пациенток с ТПБ на долю первичного бесплодия пришлось 35%, а вторичного – 65%, при этом в анамнезе на одну пациентку в среднем было по 1,25 беременностей. Определена структура причин ТПБ: сальпингэктомия (22%), спаечная болезнь (15%), хронический сальпингит (10%).Было выявлено, что на момент проведения ЭКО уровни гормонов в сыворотке крови среди пациенток с СПКЯ и ТПБне имели достоверного различия, что позволяло судить об эффективности коррекции гормональных нарушений при СПКЯ. Сравнительный анализ показал, что эффективность стимуляции овуляции при проведении длинного протокола в группе пациенток с СПКЯ существенно выше, чем при применении короткого протокола. При ТПБ не было необходимости в глубокойкоррекции гормонального фона женщины, а эффективность применения длинного и короткого протоколов оказалась сопоставимой, что позволяло сделать вывод о целесообразности применения в этой группе короткого протокола. В группе женщин с ТПБ беременность развивалась чаще(14 случаев) по сравнению с женщинами, у которых ЭКО проведено на фоне СПКЯ (5 случаев).

У женщин с СПКЯ синдром гиперстимуляции яичников тяжелой степени возникал чаще (7,8%), чем у женщин с ТПБ (2,8%).

Так же было выявлено, что избыточная масса тела как самостоятельный фактор ассоциирована со снижением количества овуляторных циклов и снижением эффективности стимуляции овуляции в обеих группах. Эффективность стимуляции овуляции в группе женщин с нарушением жирового обмена снижена вдвое по сравнению с женщинами с нормальным индексом массы тела, что позволяет сделать вывод о необходимости коррекции массы тела до проведения ЭКО.

Герасимов С.А., Русецкий А.Ю.

РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ОТДЕЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ СОСУДОВ

Научный руководитель асс. Тетерюков А.А.
2-я кафедра внутренних болезней

Введение. Антифосфолипидный синдром является заболеванием, занимающим особое место на стыке отдельных медицинских дисциплин: ревматологии, гематологии, акушерства и гинекологии. Его медицинская значимость обусловлена, в первую очередь, особенностями диагностики, тяжестью осложнений и серьезными медико-социальными последствиями в виде невынашивания беременности. Изучение вопросов распространенности, отдельных особенностей клинической картины, знание характеристик естественного течения заболевания способно помочь в диагностике, проведении рациональной фармакотерапии и, как следствие, в предотвращении тяжелых последствий болезни.

Цель исследования. Исследование особенностей эпидемиологии, наиболее часто применяемых схем терапии антифосфолипидного синдрома, а также тяжести осложнений на современном этапе.

Материалы и методы.

1. Опрос и объективное обследование пациентов с антифосфолипидным синдромом.
2. Анализ анамнестических, клинических и инструментальных данных пациентов с антифосфолипидным синдромом.

Результаты.

1. Установлено учащение случаев антифосфолипидного синдрома за последние 5 лет.
2. Изучены схемы терапии пациентов с антифосфолипидным синдромом.
3. Проанализированы спектр, тяжесть осложнений антифосфолипидного синдрома.

Выводы:

1. За последние 5 лет наблюдается неблагоприятная тенденция в сторону увеличения количества пациентов с антифосфолипидным синдромом.
2. Скудность и неспецифичность симптомов АФС на определенных этапах нередко приводит к задержке в постановке диагноза и выявлению заболевания на стадии развития осложнений.
3. Антифосфолипидный синдром способен вызвать тяжёлые осложнения в виде инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, острой артериальной непроходимости и другие тромбоэмболические осложнения.
4. Особую роль антифосфолипидный синдром играет в акушерстве и гинекологии: невынашивание беременности, самопроизвольные аборты, бесплодие.

Герасимчик Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ НЕСМЕРТЕЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМА ОТСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

Научный руководитель асс. Кузмицкий Н.И.
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Повреждения острыми предметами в структуре несмертельного травматизма составляет не более 10% от общего числа произведенных экспертиз оценки степени тяжести телесных повреждений. В период 2009 – 2011гг. в Управлении по Гродненской области ГСМСЭ проведено12793 экспертиз оценки степени тяжести телесных повреждений, из них в 1391 случаях орудием травмы являлись острые предметы. Выборку данного исследования составило 15% экспертиз отобранных случайным образом. Целью исследования выступает дифференциация характеристик несмертельной травмы, где в качестве орудия нападения применялись острые предметы (колющие, режущие, колюще-режущие, рубящие). Анализу подвергались следующие характеристики: пол, возраст, характер взаимоотношений пострадавшего с нападавшим, орудие нападения, локализация и число ран, наличие сопутствующих повреждений, направление ударов, концентрация этилового спирта в крови пострадавшего, количество нападавших.

По результатам проведенного эмпирического исследования можно сделать следующие выводы. Половозрастные особенности: среди пострадавших - 82% составили мужчины, среди нападавших также большая часть мужчин - 65%. Возраст жертв до 20 лет – в 5% случаев, 20-50 лет – 77,5% и более 50 – 20,5%. В состоянии алкогольного опьянения на момент травмы находилось 50% пострадавших, о состоянии алкогольного опьянения пострадавшего не было данных в 42% случаев, в 8% при определении этанола получен отрицательный результат. Характер взаимоотношений пострадавших с причинившими повреждения: в 81% случаев они были ранее знакомы или являлись родственниками, в 19% пострадавший и потерпевший ранее не были знакомы. Местом нанесения повреждений в 80% случаев являлось закрытое помещений, в 19% открытое пространство (улица, лес, поле), в 1% сведения о взаимоотношениях пострадавшего и потерпевшего отсутствовали. В случаях нанесения повреждений лицами раннее знакомыми травме предшествовало совместное распитие спиртных напитков в 25% случаев, ссора без совместного распития – 13%, в 7% упоминается нападение, в оставшихся случаях бытовой конфликт.

Раны локализовались на голове и шее спереди – 12%, голове и шее сзади - 3%, грудной клетке спереди – 16%, грудной клетке сзади - 10%, на передней поверхности живота – 18%, пояснице - 5%, правой и левой руке по 6%, паховой области – 0,5%, на ногах в 6% и сочетание различных участков тела 18%. Распределение по степени тяжести: тяжкие телесные повреждения в 33%, легкие повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья – 58%, легкие не повлекшие – в 9%. Повреждения колющими предметами диагностировались в 1%, резанные раны – 43%, колото-резанные – 56%. Количество повреждений на теле пострадавшего в 66% одна рана, две раны в 14%, три раны 10%, более трех – 10%. Направление раневых каналов – нет данных в 68%, спереди назад (включая все возможные вариации) – 23%, сзади наперед – 9%. В 84% на теле пострадавших отмечено наличие только повреждений острыми предметами, сопутствующие повреждения причиненные тупыми предметами локализовались на голове в виде ссадин, кровоподтеков и ушибленных ран в 10%, на конечностях в 1%, на туловище в 10%.

Мужской пол отрицательно коррелирует с обстоятельствами нанесения повреждений в случаях незнакомства с нападавшим ($r=-0,20$ $p\leq0,003$), равно как и со степенью тяжести ($r=0,24$ $p\leq0,001$). Увеличение степени тяжести положительно коррелирует с нахождением пострадавшего в состоянии алкогольного опьянения ($r=0,47$ $p\leq0,001$). Выражена отрицатель-

ная корреляция в случаях, когда нападавший являлся родственником и увеличением степени тяжести (r=-0,14 p≤0,014).

Н.И. Геращенко

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Научный руководитель д-р мед. наук., проф. С.А. Линник
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность: несмотря на значительные успехи нейротравматологии удельный вес больных с выраженным неврологическим дефицитом на фоне осложненной спинальной травмы продолжает оставаться высоким, при этом у 19,1 % больных (Khella, Stoner, Young 2008) развиваются трофические нарушения в различных зонах тазовой области, которые в 6,7 - 10,3 % случаев имеют полилокальный характер (Н.И. Ершов, В.С. Куфтов 2003, Д.В. Кравцов 2000 Khella, Stoner, Young 2008). Необходимо осознавать, что тканевые дефекты области таза - это потенциальные источники сепсиса.

Цель исследования: уточнить показания для выбора конкретного типа лоскута и разработать хирургический алгоритм при различных клинических вариантах хронических нейротрофических язв тазовой и вертельных областей

Материалы и методы: в ретроспективном исследовании представляющим последовательную серию наблюдений 258 больных ,(М - 72,1% n= 186, средний возраст - 54,2 , Ж - 27,9 % n= 72, средний возраст - 67,3) за период с 2007 по 2012 г. мы проводили анализ данных операционных журналов, клиническое исследование пациентов (состояние мягких тканей в области дефекта в соответствии с классификацией Agency for health care policy and research (1992), степень неврологического дефицита оценивали при помощи шкалы ASIA, качество жизни оценивали по шкале Карновского. Для реконструкции и пластики тканевых дефектов тазовой области мы применяли следующие методы несвободной кожно-мышечной пластики: верхнеягодичный лоскут (SGAPF), островковые билатеральные SGAPF, V-Y лоскуты по Диффенбаху, лоскут m. vastus lateralis, лоскут m.gracilis, лоскут m. tensor fasciae latae; несвободной кожно-фасциальной пластики: лоскут m. rectus femoris.

Результаты: в ходе исследования установлена линейная корреляция (R^2 = 0.97) между площадью, глубиной, морфологией дефекта и степенью неврологического дефицита, так у больных 1 исследуемой группы (М - 74,5 % n= 126 Ж - 25,5 % n= 43 (градация А и В по AISA) имелись обширные по площади дефекты преимущественно IV степени (85,7 %) с переходом в контактно-компрессионный остеомиелит (ККО) (74,8 %). Больные 2 группы (М - 67,4 % n= 60 Ж - 32,6 % n= 29 (градация С, D, E по AISA) мы обнаружили дефекты как III, так и IV степени неосложеннные ККО.

Выводы: 1) Площадь, глубина и морфология хронических нейротрофических язв тазовой и вертельных областей прямо зависит от величины неврологического дефицита на фоне спинальной травмы. 2) Объем и техника операции определяются площадью и локализацией дефекта, состоянием тканей донорского и реципиентного места 3) Противопролежневые системы как самостоятельная профилактическая мера малоэффективна, большое значение в профилактике хронических нейротрофических язв тазовой и вертельных областей играет своевременный качественный уход за больным в комбинации с применением противопролежневых систем.

Гиндюк А.В.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНАЛЬНОГО ТРУДОУСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ ПО СЛУХУ

Научный руководитель д-р. мед. наук, доц. Косяченко Г.Е.
Кафедра гигиены труда

В связи с негативными демографическими тенденциями в настоящее время важной задачей общества и практического здравоохранения является привлечение лиц с ограниченной трудоспособностью к трудовой деятельности в условиях специализированных производств, в том числе инвалидов вследствие нарушения слуха, что в определенной мере позволит сгладить негативные демографические процессы в стране и возрастающую потребность в рабочей силе. Проблема более широкого привлечения инвалидов к трудовой деятельности, в том числе с нарушением слуха, важна не только для нашей страны. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году более 30% всей популяции земного шара будут иметь нарушения слуха.

Трудоустройство инвалидов вследствие нарушения слуха в организациях, выбор профессии, видов работ и гигиенических условий предстоящей трудовой деятельности должны осуществляться в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

При этом решение о возможности использования труда инвалидов вследствие нарушения слуха в профессии на конкретном рабочем месте принимается на основе комплексной гигиенической оценки в соответствии с «Гигиенической классификацией условий труда».

Ведущим критерием признания параметров производственной среды безопасными для состояния слухового анализатора работающих инвалидов вследствие нарушения слуха является уровень производственного шума на рабочем месте.

Уровни производственного шума, в которых разрешается использование труда инвалидов вследствие нарушения слуха с разной степенью утраты слуховой функции, устанавливаются в соответствии с требованиями гигиенической классификации условий труда, но не выше класса 3.3. При этом необходимо учитывать, что на рабочие места с уровнем шума, соответствующим классу 3.3, могут допускаться лишь лица, имеющие полную потерю слуха (средний уровень порога слуховосприятия более 90 дБ на частотах 500-2000 Гц).

В воздухе рабочей зоны на рабочих местах инвалидов вследствие нарушения слуха вне зависимости от степени утраты слуховой функции содержание химических веществ, обладающих ототоксическим и нейротропным действием не должны превышать предельно допустимых концентраций.

Учитывая значимость зрительной информации для данной категории работников, сформулированы требования к световой среде. Только при соответствии уровней естественной и искусственной освещенности гигиеническим установленным параметрам разрешается использование труда инвалидов вследствие нарушения слуха на конкретном рабочем месте.

Реализация данных положений позволит рационально использовать трудовые ресурсы на производстве, будет способствовать сохранению здоровья работников.

Гиндюк Е.В.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Казеко Л.А.
1-я кафедра терапевтической стоматологии

На сегодняшний день заболевания слизистой оболочки рта – одна из актуальных и нерешенных проблем в стоматологии. Наибольшую сложность представляет диагностика и лечение заболеваний, характеризующихся эрозивно-язвенными поражениями. Особенности лечения пациентов с данной патологией обусловлены выраженным болевым синдромом, затруднением при общении и приеме пищи, частыми рецидивами, снижением качества жизни пациентов, склонностью очагов поражения к малигнизации. Широкий и часто бесконтрольный прием антимикробных препаратов определяют снижение чувствительности и развитие резистентности микроорганизмов к этиологическому компоненту лечения.

Цель работы: провести ретроспективный анализ состава микроорганизмов и проанализировать чувствительность микрофлоры к противомикробным препаратам при эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки рта.

Методы исследования. Проанализированы данные журналов регистрации результатов исследований микробиологической лаборатории ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии» 2009-2012 гг.

Результаты исследования. В 2009 г. микробиологическое исследование проведено у 90961 человека, в 2010 г. – у 93031, в 2011 г. – у 97529, в 2012 г. – у 81667. С эрозивно-язвенной патологией слизистой оболочки рта в 2009 г. были направлены 145 человек (1,6%), в 2010 г. – 105 (1,1%), в 2011 г. – 93 (0,5%), в 2012 г. – 367 (4,5%). Ретроспективный анализ данных микробиологических исследований показал, что при эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки рта наиболее часто идентифицировались в 2009 г Streptococcusviridians 33%, Candidaalbicans 15% и микст-инфекция 6%, в 2010 г. микст-инфекция 26%, Streptococcusviridians 15%, Candidaalbicans 14% , в 2011 г. Streptococcusviridians 26%, микст-инфекция 18,3%, Candidaalbicans 11%, в 2012 г. Candidaalbicans 24%, Микст инфекция 5,5%, Staphylococcusaureus 5%. Нормальная микрофлора зарегистрирована в 2009 г. в 14,4%, в 2010 г. – 20%, в 2011 г. – 26,7%, в 2012 г. – 60,5% исследований.

Согласно результатам исследования установлена наибольшая чувствительность Streptococcusviridians к антибиотику широкого спектра действия ванкомицину (89%). Чувствительность к доксициклину составила 67%, к гентамицину – 42%, к азитромицину – 43%, резистентность незначительная (11%). Чувствительность Candidaalbicans к противогрибковому препарату амфотерицин В составила 80%, резистентность – 20%. Зарегистрирована резистентность Candidaalbicans к флуконазолу (11%) и кетоконазолу (6,5%). Чувствительность ассоциаций микроорганизмов к антибактериальным препаратам увеличивается в ряду азитромицин (16%), ампициллин (16%), клиндамицин (32%), ванкомицин (40%), доксициклин (40%), нитрофураны (52%); резистентность к ампициллину – 56%, к азитромицину - 16%, к доксициклину - 12%, к нитрофуранам - 12%, к клиндамицину - 8%. Чувствительность Staphylococcusaureus к азитромицину 25%, доксициклину и оксациллину 62,5%, резистентность к пенициллину 100%.

Выводы. При эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки рта наиболее распространенными микроорганизмами являются Streptococcusviridians, Staphylococcusaureus, Candidaalbicans , микст-инфекция; установленные уровни чувствительности и резистентности микрофлоры к различным противомикробным препаратам определяют необходимость обязательного проведения этого исследования, что позволит значительно повысить рациональность и эффективность терапии.

Гладкова И.А.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «УТРОЖЕСТАН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Можейко Л.Ф.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цели исследования:

1. Изучить факторы, провоцирующие угрозу преждевременных родов.
2. Изучить клиническую эффективность утрожестана в комплексном лечении угрозы преждевременных родов.

Методика проведения. Проведен ретроспективный анализ 62 историй болезни женщин с угрожающими преждевременными родами со сроком беременности от 24 до 34 недель, получавших лечение на базе 1 ГКБ г. Минска в 2012 году. В ходе исследования были определены 2 группы: Основную группу составили 32 женщины, которым с целью снижения гипертонуса матки назначался утрожестан по 400 мг в сутки в комбинации с внутривенным введением спазмолитиков (спазматон, папаверин). Группу сравнения составили 30 беременных, которые получали терапию только спазмолитиками.

Полученные результаты. Средний срок беременности для женщин из 1-ой группы составил 29,7 недель, для 2-ой – 30,2 недель.

При изучении данных анамнеза и течения настоящей беременности у беременных обеих групп были выявлены различные факторы, провоцирующие угрозу преждевременных родов. Так отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 29 (46,7%) женщин. Истмико-цервикальную недостаточность - 3 (4,8%). Аномалии развития матки определялись у 4 (6,5%) беременных. Дисфункция яичников присутствовала у 7 (11,3%) женщин. У 24 (38,7%) беременных отмечались воспалительные заболевания малого таза.

Перед началом лечения 59 (95,1%) женщин отмечали тянущие боли внизу живота; при гинекологическом осмотре выявлено: укорочение и размягчение шейки матки, не характерное для срока гестации - у 29 (46,8%); матка – гипертонус у всех беременных.

На фоне проводимого лечения положительный эффект (улучшение состояния, уменьшение болей, снижение возбудимости матки) в первые сутки наблюдался у 24 (75 %) беременных из 1-ой группы, на вторые – у 6 (18,8%), на третьи – у 2 (6,2%). Во 2-ой группе положительный эффект от проводимой терапии в первые сутки отмечен у 22 (73,3%) женщин, на вторые – у 7 (23,3%), на третьи – у 1 (3,4)%.

Продолжительность пребывания в стационаре для 1-ой группы составила 9,8±1,3 дней, для 2-ой группы – 11,2±1,5 дня.

Глаз А.В., Глаз Е.В.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Лукашик С.П.
Кафедра инфекционных болезней

Целью настоящего исследования было изучение структуры, особенностей клинического течения кишечных инфекций на современном этапе, данных лабораторных и инструментальных исследований кишечных инфекций на современном этапе.

Методы. Для исследования особенностей кишечных инфекций были проанализированы 600 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в кишечно-диагностическом отделении инфекционной клинической больницы г. Минска в 2003 г. и в 2012г. Также всем пациентам, которые находились на лечении в УЗ «Минской городской

клинической больницы» проводились лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование, бактериологическое исследование кала с определением чувствительности выделенных возбудителей кишечных инфекций к различным классам антибактериальным препаратов; инструментальные исследования: снятие ЭКГ и УЗИ органов брюшной полости, ректороманоскопия.

Результат исследований. Данное исследование показало, что в структуре инфекционных заболеваний, вызываемых патогенными возбудителями в 2003 году преобладал сальмонеллёз, вызванный Salmonella enteritidis, среди гастроэнтеритов, вызванных условно-патогенной флорой - преобладали гастроэнтериты, вызванные Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella oxitoca, Enterobactor cloacae, Citrobacter freundi.

В клинической картине сальмонеллёза превалировал гастроинтестинальный вариант течения с дегидратацией 1-2 степени, с ярко выраженными симптомами интоксикации. При ректоманоскопическом исследовании определялся проктосигмоидит.

При изучении на чувствительность сальмонелл к антибактериальным препаратам отмечалась 100% чувствительность к препаратам цефалоспоринам 2 и 3 поколений, препаратам фторхинолонам.

В 2012 г. в структуре кишечных инфекций также преобладает сальмонеллёз. Однако следует отметить, что при изучении чувствительности культур выявляются умеренно резистентные штаммы к цефалоспоринам 2-3 поколений.

В структуре заболевания дизентерией в 84% выделялась Shegella flexneri. Протекала с выраженными явлениями колита, ректоскопическом диагностировали эрозивно-язвенными изменениями слизистой толстого кишечника. Все штаммы были чувствительны препаратам цефалоспоринам 2 и 3 поколений, препаратам фторхинолона.

Следует отметить резкое снижение заболеваемости дизентерией (4 случая за год). Среди выделенных культур преобладала Shigella sonnea.

Таким образом, следует констатировать изменение этиологической структуры возбудителей кишечных инфекций, и их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Глебов М.А.

О РОЛИ МОЧЕВИНЫ И L-АРГИНИН-NO СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОТОКСИНОВОЙ ЛИХОРАДКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Висмонт Ф.И.
Кафедра патологической физиологии

Известно, что от функциональной активности печени во многом зависит выраженность эндотоксинемии, а также уровень мочевины в крови, имеющей важное значение в процессах жизнедеятельности организма в норме и патологии. В то же время значимость мочевины в процессах теплообмена и регуляции активности L-аргинин-NO системы при эндотоксиновой лихорадке остается мало изученной.

Цель исследования: выяснение роли мочевины и L-аргинин-NO системы в патогенезе эндотоксиновой лихорадки.

Материалы и методы исследования. Опыты выполнены на взрослых наркотизированных белых крысах массой 160-200 г (n=27) и кроликах самцах массой 2,5-3 кг (n=12). Для создания экспериментальной модели эндотоксиновой лихорадки использовали бактериальный липополисахарид (ЛПС) – эндотоксин *E.coli* (Serotype 0111:B4, «Sigma», США). В работе применялись современные физиологические и биохимические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Внутрибрюшинное введение ЛПС крысам в дозе 5 мкг/кг приводило к медленному нарастанию температуры тела и к слабовыраженной гипертермии. Ректальная температура повышалась на 1,3 ºС ($p<0,05$, n=12) и 1,2 ºС ($p<0,05$, n=12) через 120 и 180 мин после введения препарата и достигала значения 38,8±0,10 ºС и

38,7±0,12 ºС. Уровень мочевины в крови у крыс через 120 и 180 мин после введения ЛПС повышался (по сравнению с контролем – введение физ. раствора) на 30,6% ($p<0,05$, $n=8$) и 40,7% ($p<0,05$, $n=7$) и составлял 5,1±0,60 и 5,9±0,57 мМол/л.

Введение в кровоток кроликам или внутрибрюшинно крысам 30%-ного раствора мочевины не оказывало влияния на температуру тела. В опытах на кроликах показано, что введение в кровоток мочевины (0,3 г/кг) на высоте подъема температуры тела при эндотоксиновой лихорадке (через 60 и 90 мин от момента инъекции ЛПС) приводит к понижению температуры тела и ослаблению лихорадки. Так, через 15 и 30 мин после введения мочевины ректальная температура на пике лихорадки (60 мин) снижалась по сравнению с контролем на 0,9±0,08 ºС ($p<0,05$) и 0,8±0,10 ºС ($p<0,05$). Внутривенное введение кроликам L-аргинина моногидрохлорида (50 мг/кг), спустя 60 мин после инъекции ЛПС, вызывало снижение ректальной температуры на высоте лихорадки (через 15 и 30 мин после введения L-аргинина моногидрохлорида) на 0,7 °С и 0,8 °С ($p<0,05$, $n=6$).

В экспериментах на крысах установлено, что действие ЛПС (5 мкг/кг) в условиях предварительного введения в организм лабораторных животных ингибитора NO-синтазы – метилового эфира N^G-нитро-L-аргинина в дозе 25 мг/кг сопровождается менее значимым повышением температуры тела. Установлено, что предварительное (за 30 мин до инъекции ЛПС) введение в организм животных ингибитора синтеза NO не только ослабляет лихорадочную реакцию на действие эндотоксина, но и препятствует активации детоксикационной функции печени в этих условиях.

Таким образом, можно заключить, что мочевина крови и L-аргинин-NO система вовлечены в формирование терморегуляторных реакций организма на действие бактериального эндотоксина. Есть основания полагать что, утечка L-аргинина в цикл мочевины и усиленное его использование в процессах мочевинообразования имеют важное значение в механизмах эндогенного антипиреза и развития компенсаторно-адаптивных перестроек в метаболизме организма при эндотоксиновой лихорадке.

Гмырина И.А., Курсевич Е.С.

PSYCHOLOGICAL INFLUENCE IN ADVERTISING

Научный руководитель ст. преп. Проволоцкая Т.А.
Кафедра иностранных языков

Our work is devoted to studying psychological aspects of advertising. The study is focused on emphasizing the importance of using knowledge of human nature in advertisement. If this knowledge is used correctly and masterly it becomes possible to influence people’s emotions and decision-making process effectively.

Advertisement is widely used all over the world. It has been used as long as money and trade have existed. Advertising is directed to give us information about new products, to make us love them, want them and buy them. Sometimes it also makes us buy some products that we don’t even need.

To achieve this goal advertisers use numerous mind tricks which influence our decisions. In fact we don’t even understand being controlled, these tricks are not that simple, they work invisibly using the most common features of human nature. Of course we’re all unique and individual, but still there are some rules that work for almost every human being. We take into consideration the most significant of them:

1. People love to buy
2. People are always looking for something
3. People look for value
4. People make decisions emotionally
5. People justify decisions with facts

6. People are naturally egocentric
7. Most people follow the crowd

Knowledge of human psychology is a basis for different advertising mind tricks that make us buy more and more things. There is a great amount of these tricks being used but we would like to attract attention to the most well-known and frequently used ones:

1. Exclusivity
2. Comparison
3. Pleasure sensation
4. Scarcity
5. Social proof
6. Colours

We come to the conclusion that psychology is basically fundamental part of marketing. Only professionals can persuade people to buy products they don't even want to buy, and knowledge of human nature helps to do it masterly. Psychology helps to find a key to every heart's door. From this point of view advertising becomes a kind of art.

Говор М.М.

ЛЕКАРСТВО СЛОВА ИЛИ ЯД СКВЕРНОСЛОВИЯ

Научный руководитель асс. Синкевич Е.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема сквернословия в настоящее время очень актуальна. В Толковом словаре русского языка Ушакова сквернословие определяется как «речь, наполненная неприличными выражениями, непристойными словами, брань». Сегодня, к сожалению, подобная речь слышна везде: на улице, в транспорте, в кино, на телевидении, в семье и даже в школе. Бранные слова вошли в обыденную речь многих людей, и, что вызывает наибольшую тревогу, общество начинает воспринимать их как норму. Но особенно острой проблема сквернословия становится в среде подростков. Печален тот факт, что эти слова стали неотъемлемым атрибутом в общении молодежи между собой, а также и с другими людьми.

Учеными доказано, что бранные слова негативно отражаются на здоровье человека, изменяя его сознание.

Цель данной работы: изучить отношение студентов к проблеме нецензурной речи, причины употребления ими бранных слов, способы борьбы со сквернословием среди подростков, а также влияние сквернословия на здоровье студенческой молодёжи.

Задачи и методы исследования: изучение и анализ литературных и информационных источников, добровольное анкетирование, а также анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности студентов за 2012 год. Объект исследования – студенты 3 курса лечебного факультета УО «Гродненский государственный медицинский университет» (50 человек).

Результаты. Установлено, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди студентов за 2012 год составила в случаях- 31,99, в днях- 136,34 на 100 учащихся.

В структуре заболеваемости преобладали болезни верхних дыхательных путей, острые респираторные вирусные инфекции, что свидетельствует о снижении иммунитета.

Рассмотрим ответ на вопрос «Используете ли Вы в своей речи бранные слова, и как часто?». Установлено, что: 48% респондентов употребляют такого рода выражения эпизодически, 27%- редко и только 6%-не употребляют. Однако, почти для 20% студентов высших учебных заведений использование в лексике бранных слов является нормой, причем, 7% опрошенных употребляют нецензурные слова в своей речи постоянно, а 12% - часто.

Ответы на вопрос: «В каких ситуациях это происходит?» распределились следующим образом: вариант «случайно, не замечаю этого» выбрали 41% студентов, «выражаю свои эмо-

ции» - 39%, «хочу оскорбить собеседника» - 10% респондентов, «это придает мне значимости» - 4% .

Далее студентам был задан вопрос «Стоит ли бороться с употреблением нецензурных слов?». Установлено, что 58% респондентов считают, что «борьба необходима в любом случае», 33% думают, что «можно попробовать», а 9% - уверены, что «это бесполезно».

Выводы. Использование ненормативной лексики – это проблема, решению которой необходимо уделять больше внимания в студенческой среде. Причем, начинать проводить данную работу следует с раннего возраста, что свидетельствует о необходимости повышения роли семьи и школы, а также средств массовой информации и общественных организаций.

Голенища И.А.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Стельмах И.А.
Кафедра цитологии, гистологии, эмбриологии

Болезнь Альцгеймера (БА) является в настоящее время одной из самых распространённых болезней центральной нервной системы. Актуальность данной темы обусловлена высоким и растущим уровнем заболеваемости населения. БА поражает примерно 10% людей старше 65 лет и более 45% тех, кто старше 85 лет. Заболевание длится 5-15 лет, сопровождается прогрессирующей потерей памяти и неминуемо ведёт к смерти больного. В настоящее время полностью не выяснены причины возникновения заболевания, нет лекарственных препаратов, позволяющих предотвратить и излечить БА.

Доказано, что БА связана с нарушением гисто-физиологии нейронов головного мозга. Объяснение возможных причин болезни по данным литературы изложено в форме трёх основных гипотез.

Согласно старейшей "холинергической гипотезе", на которой основано большинство существующих методов терапии, БА развивается при снижении синтеза нейромедиатора ацетилхолина и дегенерации нейронов базального ядра Мейнерта с нарушением синаптических контактов во многих областях коры головного мозга.

Согласно "амилоидной гипотезе", базовой причиной заболевания являются отложения бета-амилоида в цитоплазме нейронов и в артериолах. При этом выявляются недостаточность процессов митохондриального окисления, повышение количества свободных радикалов, снижение активности лизосомальных гидролаз в цитоплазме нейронов. Амилоидное отложение, содержащее бета-амилоидный белок, состоит из ядра, протеогликанов, апопротеина Е, альфа-1-антихимотрипсина и других белков. Ядро амилоидной бляшки, окружено остатками дегенеративных нейронов и макрофагами. Молекулярными исследованиями доказано, что белок амилоидного предшественника локализован на 21 хромосоме

Согласно третей гипотезе, каскад нарушений морфологии нейронов запускается отклонениями в структуре Тау-белка, который состоит из гиперфосфорилированного Тау-белка. При БА Тау-белок начинает объединятся между собой, образуя нейрофибриллярные клубки внутри нервных клеток. При этом возникает дезинтеграция микротрубочек, микрофиламентов и коллапс транспортной системы внутри нейрона. Эти приводит к нарушению синаптической передачи сигналов, а затем к гибели самих нейронов. Был клонирован Тау-ген, который локализован на 17 хромосоме.

Вывод. По совокупности морфологических, генетических и биохимических данных исследователями была сформулирована единая гипотеза амилоидного каскада, в которой первичная роль возникновения генетически гетерогенной болезни Альцгеймера отводилась отложению в цитоплазме нейронов нерастворимого амилоида, запускающего процесс нарушения структуры микротрубочек, нейродегенерации и гибели клеток головного мозга.

Голубева Ю.В.

РОДЫ НА ДОМУ: СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель канд. мед.наук, асс. Вербицкая М.С.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: исследовать причины, социальный статус, течение беременности, исходы беременности и родов у женщин, рожавших на дому.

Актуальность. Роды на дому актуальная проблема современности, но сегодня все чаще женщин отказывается от этого. По данным статистики роды на дому это “волнообразный” процесс, который в настоящее время имеет тенденцию к снижению. В Республике Беларусь в 2011 году было 9 родов на дому, 2012 – 12 родов. Что составило меньше 0,01% от общего числа родов в городе Минске.

Методы исследования. В работе был проведен ретроспективный анализ 21 истории родов на дому и историй новорожденных, которые поступили в 3 городской роддом за период 2011 – 2012 года(исследуемая группа). Так же была исследована контрольная группа, которую составили 30 историй родов в стационаре и истории новорожденных. Метод исследования контрольной группы- статистический. Было проведено сравнение и сформулированы выводы.

Содержание: в ходе работы изучены социальный статус женщин, причины родов на дому, проанализирована экстрагенитальнаяи генитальная заболеваемость, изучено течение беременности и родов пациенток в исследуемых группах, оценено состояние новорожденных. Выявлено, что к родом на дому женщины не всегда прибегают добровольно, только 24% исследуемых женщин целенаправленно выбрали этот метод родоразрешения. Уноворожденных детей основной группы выявлено большее количество заболеваний, в сравнении с новорожденными контрольной группой.

Выводы:

1. Роды на дому чаще происходили у повторнородящихженщин (41,6%) в возрасте 31-35 лет, что составило 40%, в учреждениях родовспоможения чаще рожали первородящие 76,6% женщиныв 21-25 лет (36,6%). Высшее образование в исследуемой группе имели женщины в 86,6% , в контрольной – 63,4% .Причины родов на дому: 57,3% - поздний приезд скорой медицинской помощи, 42,7% - желание роженицы и ее семьи.

2. При изучении генитальных и экстрагенитальных заболеваний у женщин в исследуемых группах, достоверных различий не выявлено.

3. В течение родов у 42,8 % женщин основной группы выявлены различные осложнения, в то время, как в контрольной группе – 16.6%. Наиболее частыми осложнениями родов в 1 группе явились: большая кровопотеря – 31,2%, пренатальная травма -18,3%.

4. Большинство новорожденных в контрольной группеимели II а группу здоровья 73,3% ,в то время как среди родившихся на дому в группу II а было отнесено только 38,0% детей.

Голубева А.П., Кузьмин Д.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлович Т.П.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Актуальность. По мере роста объёма человеческих знаний растёт потребность в углублении и концентрации этого знания и ускорении его оборота. Фактически каждая из наук занимается решением этих проблем. Современную медицину невозможно представить себе без использования точных и надежных методов анализа и прогнозирования. Статистика предла-

гает медицине целую систему статистических методов и обеспечивает её результатами анализов количественных закономерностей. Эту информацию можно считать наиболее ценной, поскольку именно она позволяет исследователю решать задачи прогноза, управления и оптимизации результата.

Цель: Изучить сущность и значимость статистических методов, используемых в медицине.

Материалы и методы. Анализ отечественной и зарубежной научной литературы, связанной с использованием статистических методов в медицине.

Результаты. Существует несколько статистических методов оценки медицинских показателей.Одним из первых этапов статистического анализа является определение объекта исследования, чаще всего выборочной совокупности. Одним из методов проведения исследования является случай-контроль – чаще всего ретроспективное исследование, в котором по архивным данным или опросу его участников формируют группы с определенным заболеванием и без него, а затем оценивают частоту воздействия предполагаемого фактора или причины заболевания. Такие исследования чаще выдвигают научные гипотезы, а не проверяют их. Когортный метод - исследование, в котором выделенная группа участников наблюдается в течение определенного времени. Сначала выделяют когорту, а затем осуществляют наблюдение и сбор данных у членов данной группы. Такие исследования выдвигают и подтверждают гипотезы, они являются наиболее информативными и значимыми из всех исследований. Золотым стандартом в медицине при отборе пациентов в группу является способ рандомизации. Рандомизация, или случайный отбор, используется для создания простых случайных выборок. При этом основываются на предположении, что каждый член популяции с равной вероятностью может попасть в выборку.

Для того, чтобы найти ответы в литературе на определенные, часто довольно узкие клинические вопросы, проводят систематические обзоры - научные исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты ряда исследований. Разновидностью систематического обзора является мета-анализ, в котором для объединения и обобщения результатов нескольких исследований применяются статистические методы.

Выводы. В клинической медицине статистика служит одним из основных средств, необходимых для получения научно обоснованных выводов, на основании которых можно прогнозировать и оптимизировать результат деятельности и принимать грамотное управленческое решение.

Голубева А.П., Кузьмин Д.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ БГМУ И БГУКИ ПУТЁМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Научный руководитель асс.Поболь-Солонко О.Л.
Кафедра глазных болезней

Актуальность. В настоящее время существует множество источников получения информации (телевидение, интернет, печатные издания), которые активно используются молодым поколением, главным образом школьниками и студентами. Помимо этого, популяризация компьютерных игр и социальных сетей привела к менее активному образу жизни молодежи. Таким образом, это оказывает отрицательное влияние как на общее состояние здоровья организма, так и на отдельные системы, в частности, на зрение.

Однако в различных учебных заведениях специфика учебного процесса и объем изучаемого материала различаются. Поэтому мы решили провести сравнительный анализ зрения студентов БГМУ, где необходимо уделять большое количество времени чтению научной литературы, и БГУКИ, где студенты занимаются в основном творческой деятельностью.

Цель: провести сравнительную оценку зрения студентов БГМУ и БГУКИ путём анкетирования.

Материалы и методы. Проанкетированы 50 студентов 4 курса Белорусского государственного университета культуры и искусств (БГУКИ) и 50 студентов 4 курса лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ). Каждому студенту была предложена разработанная нами анкета, включающая вопросы о субъективной оценке зрения и факторах, способствующих ухудшению или улучшению зрения.

Результаты. На основании анализа анкет было выявлено, что 42% студентов БГМУ и 68% студентов БГУКИ оценивают своё зрение как отличное и хорошее, при этом 72% студентов-медиков отмечают снижение зрения за время обучения в университете, в то время как 50% студентов БГУКИ не отмечают ухудшения зрения (4% считают, что зрение улучшилось).78% студентов-медиков уделяют более 1 часа в сутки для чтения литературы, используя при этом как источник для чтения книгу и компьютер в равной степени (49% и 51% соответственно). При этом 70% студентов БГУКИ уделяют чтению литературы менее 1 часа, используя в основном компьютер (77%). Следует отметить, что студенты БГМУ и БГУКИ проводят одинаковое количество свободноговремени за компьютером и/или просмотром телевизора, а именно 2-5 часов в сутки (52%).

Оценивая режим дня студентов, мы выявили, что 24% студентов БГМУ и 8% студентов БГУКИ уделяют сну менее 6 часов в сутки. Отмечают усталость глаз в конце рабочего дня 84% студентов-медиков и 56% студентов БГУКИ. При этом зарядку для глаз делают 46% студентов-медиков и 20% студентов БГУКИ. Отмечают нарушение зрения у родителей 68% студентов БГМУ и 60% студентов БГУКИ и у братьев/сестёр – по 30%.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1. У большинства студентов БГМУ по сравнению со студентами БГУКИ за время обучения в университете отмечается снижение зрения в связи с чтением большого количества литературы и нерациональным режимом дня.
2. Несмотря на специфику обучения студенты обоих ВУЗов уделяют одинаковое количество свободного времени интернету и просмотру телевизора.

Голяк Ю.В.

ВЕНОЗНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА

Научный руководитель канд.мед.наук, доц. Бовтюк Н.Я.
Кафедра общей хирургии

Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) продолжает оставаться одной из центральных клинических проблем, которые приходится решать врачам. Термин венозной тромбоэмболии включает в себя тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии и ее ветвей (ТЭЛА). Иллюстрацией того, насколько актуальна эта клиническая проблема, являются статистические данные, опубликованные в США, где ежегодно диагностируются с той или иной формой венозной тромбоэмболии более 100 человек на 100 тыс. населения. Подлинная же цифра заболеваемости намного выше. Существенное количество случаев остается не диагностированными. Доказательством тому служат результаты вскрытий, показывающие наличие ВТЭ. По статистике, ВТЭ является причиной 10% смертей в стационаре. Риск развития ТЭЛА при наличии тромбов в поверхностных венах требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: изучение факторов риска развития ТГВ и тромбофлебитов подкожных вен (ТПВ) и факторов влияющих на категории риска ТЭЛА при ТГВ и ТПВ.

Материалы и методы. Основу работы составили 80 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении (ХО) УЗ « 3 ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска в 2012 году.

Для анализа применены Рекомендации Европейской Согласительной Конференции по предотвращение тромбоэмболии в хирургии (1992 г.).

Результаты и обсуждения. Основную группу составили больные с наличием тромбоза глубоких вен 49 (55,1%), контрольную группу – 31(34,8%) пациент с тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей. Проведен анализ факторов риска у 9 умерших на протяжении 2012г. в ХО от ТЭЛА пациентов у которых отсутствовал ТГВ и ТПВ.

В основной группе мужчин было 26 (53,1%), женщин – 23 (46,9%), в возрасте от 35 до 89 лет. Из них трудоспособных мужчин - 12 (48,0%), женщин – 6 (25,0%). Тромбоз глубоких вен на уровне илеофеморального сегмента выявлен у 13(26,5%),среди них мужчины составили 6 (46,2%), женщины – 7(53,8%);на уровне бедренно-подколенного сегмента у 36 (73,5%) человек, среди них мужчины - 19(52,8%), женщины – 17 (47,2%) случаев. К группе высокого риска отнесено 21 (42,9%) человек, из них мужчин - 11 (52,4%), женщин – 10 (47,6%); к группе среднего риска - 24 (48,9%), из них мужчин - 11 (45,8%), женщин – 13 (54,2%); к группе низкого риска - 4 (9,5%), все мужчины. В основной группе умерло 3 (3,8%) пациента, у всех диагностирована ТЭЛА. Это пациенты с высоким риском эмболических осложнений имевшие тромбоз глубоких вен на уровне бедренно – подколенного сегмента. Из них 2 мужчин и 1 женщина, средний возраст умерших 67 лет. У них имелись дополнительные факторы риска: длительные оперативные вмешательства продолжительностью более 4 часов и длительный постельный режим, тяжелая сопутствующая патология (злокачественные опухоли, сердечно–сосудистая недос-таточность).

В контрольной группе мужчин было 16 (51,6%), женщин – 15 (48,4%), в возрасте от 28 до 82 лет, трудоспособных мужчин - 11 (68,6%), женщин – 8 (53,0%). К группе высокого риска отнесено 8 (25,8%), из них мужчин - 3 (37,5%), женщин – 5 (62,5%), среднего риска - 19 (61,2%), из них мужчин - 11 (57,9%), женщин – 9 (42,1%), низкого риска - 4 (13,0%), из них мужчин - 3 (75,0%), женщин - 1 (25,0%). Восходящий тромбофлебит выявлен у 8 (25,8%) пациентов, из них к группе высокого риска отнесены 6 (75,0%), среднего риска – 2 (25,0%) человека.

У 9 пациентов без ТГВ и ТПВ умерших вследствие ТЭЛА изучены основные факторы риска, повлиявшие на летальный исход, это - длительный постельный режим, продолжительные оперативные вмешательства, наличие тяжелой сопутствующей патологии.

Выводы. Факторы риска не равнозначно влияют на категории риска ВТЭ при ТГВ и ТПК. ТЭЛА развивается у пациентов с высокой категорией риска при ТГВ на уровне бедренно – подколенного сегмента.

Голяк К.Е.

МЕДИЦИНА В ГОЛЛАНДСКОЙ ЖИВОПИСИ

Научный руководитель преп. Бурсевич В.В.
Кафедра философии и политологии

В наш век бурного развития искусства, казалось бы, трудно удивить человека чем-то новым. А новое каждый день неумолимо и шумно вторгается в нашу жизнь. Искусство появилось гораздо раньше многих культурных феноменов и поначалу вбирало в себя все формы человеческого познания. Социальная значимость искусства обусловлена, прежде всего, тем, что оно оказывает колоссальное влияние на мировоззрение людей, а, следовательно, и на их психологию. Наука может сдвинуть с места горы, однако она не может сделать хоть чуточку добрее человеческое сердце, а вот истинному творцу (писателю, музыканту, художнику) это под силу.

На полотнах голландской живописи XVII века чаще всего мы видим коллективный портрет. Уже тот факт, что врачи могли заказывать парадные портреты известным и даже знаменитым художникам, говорит о возросшем общественном весе представителей тогдашней ме-

дицины, подъеме их социального статуса и материального обеспечения. Заказывать картины, где изображались ведущие хирурги цеха, было модно, престижно и, по-видимому, экономически выгоднее: заказ оплачивался всей гильдией, а не одним человеком. Такой портрет часто служил чисто практическим целям, говоря современным языком, рекламным.

Следует учитывать, что к середине XVII века уже довольно широко развилась практика анатомирования человеческого тела. Но если для медиков и хирургов анатомия в какой-то степени уже становилась частью ремесла, то для обывателей она оставалась на грани то ли благородного волшебства, то ли богохульного колдовства и чернокнижничества. Может быть, именно поэтому возникла мода на анатомические «театры». Сюжетно такие картины строились достаточно просто. В центре помещался скелет, препарируемый труп или его часть, рядом с ним глава гильдии, а окружали его помощники и ассистенты. Примеры тому – «Анатомический театр ван дер Неера» и «Анатомический театр ван Блейсвика» художника Т.ван де Витта. Сюжетно к подобным же работам относится известная картина знаменитого Рембрандта ван Рейна «Урок анатомии доктора Тульпа», написанной по заказу хирургической гильдии Амстердама.

Однако много о социальном статусе врача нам рассказывает и индивидуальный портрет. Заказывать портреты у знаменитых или модных художников могли только богатые люди. В основном - это дипломированные доктора и профессора. Их портреты - это подражание парадным портретам аристократии: те же величественные позы, но вместо парадных костюмов, наград - ученые мантии и медицинские символы. На портретах голландского врача Яна Сваммердама работы Рембрандта - это анатомический рисунок, немецкого хирурга Хилдануса – череп, а на портрете английского врача У.Гарвея находится изображение свечи и девиз "Светя другим, сгораю сам ".

Искусство очень чутко реагирует на изменения в социальной реальности. Прогресс лечебного дела, поступательное движение его от средневекового невежества и предрассудков к подлинно научной медицине хорошо прослеживается в искусстве начала Нового времени. В наибольшей степени все эти процессы получили развитие в Голландии, которая в XVII веке играет роль передового культурного центра. Поэтому XVII век называют «золотым веком голландской живописи».

Гончарик И.Н.

РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Корхова Н.В.
Кафедра ортодонтии

Как и при любом методе лечения в медицине, при проведении ортодонтического лечения возможно развитие различных осложнений, в частности резорбции корней зубов.

Цель данной работы: изучить причины, механизм и особенности течения резорбции корней зубов как осложнения ортодонтического лечения, тактики ведения таких пациентов на основании изучения научных литературных данных.

Резорбция корня зуба, как серьезная ятрогенная проблема, в ортодонтии известна давно. При перемещении зубов процессы резорбции и синтеза костной ткани сменяют друг друга и преимущественно наблюдаются в пришеечной области и в области верхушки корня зуба, где формируются зоны сдавления и натяжения. В зоне сдавления наблюдается асептический некроз периодонтальной связки с формированием бесклеточного гиалина, а в прилегающей альвеолярной кости прослеживается остеокластная резорбция. В зоне натяжения прослеживается аппозиционный рост костной ткани. Когда концентрация сил в области верхушки корня превышает репаративные способности периапикальных тканей, динамическое равно-

весие между процессами резорбции-синтеза нарушается, и начинают преобладать резорбтивные процессы.

Часто такое состояние трудно предсказать, диагностировать и лечить. Резорбция корней зубов возникает у 16,5% подростков и 40% взрослых пациентов. У взрослых корневая резорбция встречается чаще, чем у детей, а у мужчин реже, чем у женщин.

Факторы возникновения резорбции корней зубов различны. К биологическим факторам относят генетическую предрасположенность, наличие системной патологии, возраст, вредные привычки, характер питания, врожденные нарушения положения и формы коронки и корня зуба, нарушение иннервации, воспалительные процессы, травмы, плотность костной ткани. К механическим факторам относят вид и величину ортодонтических и окклюзионных сил, степень перемещения зуба. Комбинированные (биологические и механические) факторы – продолжительность ортодонтического лечения, рецидив зубочелюстных аномалий и т.п. При отсутствии признаков резорбции корня через 6-8 месяцев после начала ортодонтического лечения риск ее развития минимален.

Наиболее часто в ходе ортодонтического лечения подвергаются корневой резорбции центральные нижние резцы (95%), центральные верхние (90%) и боковые верхние резцы (87%).

Развитие резорбции корня обычно прекращается по окончании ортодонтического лечения, т.е. после прекращения силового воздействия. Долгосрочный прогноз состояния зубов с резорбцией корней мало изучен, но отмечено удовлетворительное функционирование зубов в случаях, когда степень резорбции их корней составляет до 1/3 длины корня. Значительная резорбция корня представляет угрозу для зуба, что связано с высоким риском подвижности зуба.

В работе рассматриваются два собственных клинических случая с резорбцией корней зубов. Пациенты находятся на заключительных этапах лечения брекет-системой. В обоих случаях процесс рассасывания корней локализуется в области резцов: в первом случае – верхней челюсти, во втором – нижней челюсти. Определена степень резорбции корней зубов: в первом случае – 4 (высокая степень резорбции – свыше 50%), во втором случае – 2 (незначительная резорбция до 25%). На основании изученных научных данных установлены причины возникновения резорбции корней, выработана тактика ведения обследованных пациентов.

Гончарук Р.Н., Мизуло В.Г.

ВКЛАД ПЬЕРА И МАРИИ КЮРИ В РАЗВИТИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель асс. Губарь Л.М.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Изучение Марией и Пьером Кюри более ста лет назад явления радиоактивности внесло огромный вклад в развитие лучевой терапии и радионуклидной диагностики. Лучевая терапия до сих пор является одним из эффективных методов лечения злокачественных новообразований. Среди трех основных методов лечения злокачественных новообразований (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) лучевая терапия занимает первое место по частоте и широте спектра применения. Прогресс в области лечения онкологических заболеваний в последние десятилетия во многом связан с успехами лучевой терапии. Так, в Европе из 10 млн человек, живущих в настоящее время после перенесенного онкологического заболевания, лучевую терапию получили более 50%. В экономически развитых странах лучевая терапия ежегодно используется у 60-70% онкологических больных и на каждую 1000 жителей приходится 40 радионуклидных исследований в год.

Цель: провести анализ значимости открытий учёных Пьера и Марии Кюри для радионуклидной диагностики и лучевой терапии

Методы. Анализ научно-методической литературы по вопросу открытия радиоактивности.

Результаты. Открытие в 1895 г. рентгеновских лучей послужило толчком к поиску других ионизирующих излучений. В 1896г. А.Беккерель открыл «урановые лучи». Этим явлением заинтересовалась Мария Кюри, которая и ввела в обиход термин «радиоактивность». В 1898г. Мария и Пьер Кюри выделили из урановой руды радий и одними из первых столкнулись с биологическим действием радиоактивного излучения: воздействие на ткани живого организма. Как и А.Беккерель, супруги Кюри получили ожоги от радия, который они вначале случайно, а затем специально помещали на отдельные участки тела. В 1901г. они не только описали патологическое влияние радия на кожу, но и высказали предположение об использовании радия для лечения опухолей. Радиотерапия применялась до 1951г. Брахитерапия - контактная лучевая терапия, кюри-терапия - вид лучевой терапии, когда источник излучения вводится внутрь поражённого органа, названа по имени учёных Пьера и Марии Кюри.

Явление радиоактивности лежит в основе радионуклидной диагностики, которая является методом радиоактивной индикации. Радионуклидная диагностика основана на регистрации γ-квантов, испускаемых радионуклидами, введенными внутрь организма в составе радиофармпрепаратов (РФП), которые имеют свойство накапливаться в различных органах и тканях. В плане радиационной безопасности важнейшей характеристикой РФП является его период полураспада. В 1903 году Пьер Кюри открыл количественный закон снижения радиоактивности, введя понятие периода полураспада (период полураспада – время, в течение которого активность нуклида уменьшается наполовину). В радионуклидной диагностике применяют короткоживущие радионуклиды, период полураспада которых измеряется часами ^{99m}Tc(6 часов) и ультракороткие ^{18}F(110 мин.), а в лучевой терапии в основном долгоживущие с периодом полураспада в несколько лет ^{60}Co(5,27 лет), месяцев ^{192}Ir(74,4 дней).

Выводы. Значимость применения открытий Пьера и Марии Кюри в медицине и до настоящего времени трудно переоценить: диагностика и лечение с помощью радионуклидов спасает жизни многим пациентам. Человечество последовательно овладевает технологиями, где действующим началом выступают различные источники радиации, но не изучая первооткрывателей, невозможно достичь новых успехов.

Гончарук В.В., Новицкий В.Г.

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОЛЕЛЯХ АРИТМИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Вдовиченко В.П.
Кафедра фармакологии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

У противоаритмических средств особенно узка граница между эффективностью и токсичностью. Большинство из них потенциально способны усугублять нарушения ритма (так называемый проаритмогенный эффект), что может приводить к развитию желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков.

Цель исследования: изучить активность и острую токсичность традиционных противоаритмических лекарственных средств (ЛС) на аконитиновой и хлоридкальциевой экспериментальных моделях аритмии у белых крыс.

Материалы и методы. Исследовали: хинидин, прокаинамид, лидокаин, верапамил. ЛС вводили беспородным белым крысам обоего пола в различных дозах внутривенно.

В качестве моделей изучения противоаритмического действия использовались экспериментальная предсердно-желудочковая тахиаритмия, вызванная введением раствора аконитина гидробромида (по Sherf D., 1929), а также желудочковая тахиаритмия, вызванная введением 10% раствора хлорида кальция (по Malinow M.,1955).

О противоаритмическом действии соединений судили по способности предотвращать наступление аритмии, способности удлинять латентный период уже начавшейся аритмии, способности сокращать длительность аритмии. Противоаритмическую активность ЛС оценивали, исходя из сравнения противоаритмических индексов (ПИ): отношение летальной дозы (LD_{50}) к эффективной дозе (ED_{50}).

Результаты.

Таблица 1 – Сравнение показателей острой токсичности и противоаритмической активности исследуемых антиаритмиков на экспериментальных моделях аритмии

ВЕЩЕСТВО	LD_{50} (мг/кг)	АКОНИТИНОВАЯ АРИТМИЯ		ХЛОРИДКАЛЬЦИЕВАЯ АРИТМИЯ	
		ED_{50} (мг/кг)	ПИ	ED_{50} (мг/кг)	ПИ
Хинидин	115	24	4,8	16	7,1
Прокаинамид	267	35	7,9	32	8,3
Лидокаин	153	0	0	12	12,7
Верапамил	44	0	0	1,4	31,4

Лидокаин и верапамил не активны на аконитиновой модели аритмии, однако на хлоридкальциевой аритмии они гораздо эффективнее хинидина и прокаинамида.

Хинидин и прокаинамид (IA класс) более эффективны при предсердно-желудочковых аритмиях (т.е. аконитиновой модели).

Все ЛС активны в отношении аритмии, вызываемой хлоридом кальция, однако лидокаин (IB класс) и верапамил (IV класс) показали бóльшую активность при желудочковой аритмии.

Есть сведения, что препараты с ПИ < 10 следует применять с особой осторожностью. Хинидин и прокаинамид имеют ПИ < 10 на двух моделях аритмии. Следует отметить, что хинидин имеет самый низкий ПИ среди всех исследуемых ЛС на обеих моделях аритмии.

Также установлено, что ни одно ЛС не обладало профилактическим действием в отношении возникновения аконитиновой модели аритмии.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что аконитиновая модель аритмии коррелирует со свойствами антиаритмиков IA класса, а хлоридкальциевая – со свойствами антиаритмиков IB и IV классов.

Горбачёв В.В.

ПЕРВИЧНАЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТОЛПЕРИЗОНА ГИДРОХЛОРИДА

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Соболь Ю.А., Гиндюк А.В.
Кафедра гигиены труда

В настоящее время в нашей стране идет интенсивное развитие фармацевтической промышленности.

Вопросы лечения заболеваний, сопровождающихся патологическим повышением тонуса поперечно-полосатой мускулатуры: при спинно-мозговых и церебральных параличах с повышением тонуса, спазмами, спинальным автоматизмом, при контрактурах конечностей, вызванных спазмами спинного мозга, парезах и параплегиях, рассеянном склерозе и других заболеваниях, при которых имеются дистония, ригидность, спазмы, остаются актуальными.

Белорусские разработчики представили для решения этих проблем свой препарат – толперизона гидрохлорид (Tolperison hydrochloride), 2, 4'-диметил-3-пиперидинопропиофенола моногидрохлорид.

Но для начала клинического применения нового препарата в обязательном порядке необходимо провести первичную токсикологическую оценку. Для этого нами были произведены исследования с использованием токсикологических и статистических методов.

Результаты проведенных исследований позволили установить следующие параметры токсикометрии толперизона гидрохлорида: $DL_{50\ крысы\ в/ж}$ – 1960,0 (1700,0 – 2800,0) мг/кг; $DL_{50\ мыши\ в/ж}$ – 382 (300,0 – 480,0) мг/кг; $DL_{50\ крысы\ в/бр}$ – 81,2 (62,0 – 108,0) мг/кг; $DL_{50\ мыши\ в/бр}$ – 62,0 (180,0 – 240,0) мг/кг. Таким образом, толперизона гидрохлорид по величине среднесмертельной дозы при введении в желудок относится к III классу опасности (вещества умеренно опасные) по ГОСТ 12.1.007-76.

Раздражающее действие на слизистые оболочки изучено в опытах на кроликах-альбиносах. 20% водный раствор толперизона гидрохлорида в условиях однократного воздействия на слизистые оболочки глаз оказывает слабовыраженное раздражающее действие и относится к 1 классу по выраженности ирритативного действия.

Местно-раздражающие и кожно-резорбтивные свойства толперизона гидрохлорида изучены в однократных и повторных опытах. Результаты экспериментов показали отсутствие способности препарата оказывать раздражающее действие при однократном нанесении. В результате повторных опытов выявлено наличие у препарата умеренного раздражающего действия на кожные покровы. Изменения биохимических показателей и относительных коэффициентов массы почек, печени и селезенки свидетельствуют о наличии кожно-резорбтивного действия без проявления клинических симптомов интоксикации.

В условиях повторного внутрижелудочного введения в массивных дозах препарат не способен к формированию токсических эффектов, приводящих к нарушению жизнедеятельности отдельных органов, систем и организма в целом, что свидетельствует о слабой кумулятивной активности толперизона гидрохлорида.

Толперизона гидрохлорид при внутрикожном введении белым мышам в стандартной дозе вызывает развитие умеренно выраженной гиперчувствительности и относится к 3 классу аллергенной опасности.

На основании результатов проведенных исследований было обосновано, что толперизона гидрохлорид относится ко 2 классу опасности.

Горбачёва Н.Н.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ВИТРЕОМАКУЛЯРНАЯ АДГЕЗИЯ(ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ)

Научный руководитель канд. мед.наук, асс. Далидович А.А.
Кафедра глазных болезней

Введение. Гелеобразная субстанция СТсвязана посредством белкового матрикса, состоящего из коллагена, ламинина, фибронектина и других белков, с сетчатой оболочкой. Особенно прочна эта связь в области экватора, диска зрительного нерва и макулы. В процессе старения структура белков СТ претерпевает изменения,постепенно приводящие к его разжижению и последующему отслоению от сетчатки. Данный процесс называется задней отслойкой СТ и протекает обычно без осложнений. В случаях,когда между сетчаткой и СТ имеются прочные связи,часть задней гиалоидной мембраны остается прикрепленной в области желтого пятна и препятствует полному отслоению СТ. Такое состояние известно под названием витреомакулярной адгезии(ВМА).Соответственно формированию ВМА оказываетсятракционноевоздействие на внутреннюю поверхность сетчатки,приводящее, в итоге, к нарушению структурной и функциональной целостности макулы. Наиболее общими проявлениями данного феномена являются витреомакулярнаятракция, эпиретинальныйглиоз и макулярное отверстие. Спонтанное разрешение данного состояния происходит исключительно редко, чаще

процесс носит прогрессирующий характер и сопровождается значительным снижением зрительной функции и ухудшением качества жизни пациентов.

Цель исследования заключалась в оценке результатов консервативного и хирургического лечения пациентов с фибропластическим синдромом и макулярным отверстием.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 пациентов (29 глаз) с фибропластическим синдромом и 10 пациентов (11 глаз) с макулярным отверстием. Средний возраст больных составил 64,5 лет. Всем пациентам проведено комплексное обследование с выполнением оптической когерентной томографии глазного дна и фоторегистрацией макулярной области. Всем пациентам назначалось консервативное лечение, которое заключалось в введении в субтеноновое пространство кеналога (40 мг)и проспидина (1, 0 мл) , а субконъюнктивально – бевацизумаба 2,5 мг. У двух пациентов с фибропластическим синдромом и у двух пациентов с макулярным отверстием были выполнены оперативные вмешательства с целью удаления глиальной ткани и ликвидации дефекта в желтом пятне.

Результаты. Консервативное лечение позволило остановить снижение зрительных функций в 21 глазу с фибропластическим синдромом и в 6 глазах – с макулярным отверстием. Это сопровождалось отсутствием отрицательной динамики в показателях оптической когерентной томографии и состоянии макулы при фоторегистрации.

Хирургическое лечение не привело к повышению остроты зрения пациентов.

Выводы:

1. Консервативное лечение фибропластического синдрома и макулярного отверстия способствует стабилизации зрительных функций.
2. Хирургическое лечение этих состояний должно проводиться по строгим показаниям без гарантии повышения зрительных функций.

Гордей Е.П.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ГОРТАНИ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Буцель А.Ч.
Кафедра болезней уха, горла и носа.

Актуальность. Большинство пациентов с раком гортани поступают в лечебные учреждения в далеко зашедшей стадии заболевания. В связи с этим появилась необходимость интенсивно изучать роль различных факторов в развитии злокачественных новообразований. На наш взгляд, это направление является весьма перспективным для реализации задач по раннему выявлению рака гортани, своевременному его лечению и первичной профилактики заболеваний гортани.

Целью настоящей работы было изучение экзогенных факторов риска рака гортани.

Материалы и методы исследования. В МГКОД собран анамнез у 110 пациентов (107 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 47 до 82 лет (медиана возраста − 62 года) с установленным диагнозом – рак гортани.

Результаты исследования. На основании проведенного мониторинга было установлено, что данной патологией чаще всего страдают мужчины в возрасте старше 47 лет. 89% опрошенных (98 человек) являются курильщиками со стажем курения более 20 лет и интенсивностью 15 и более сигарет в день. 35 человек бросили курить после установления диагноза. В отношении употребления алкоголя судить довольно сложно, в связи со скептическим отношением пациентов к количеству и частоте употребляемой алкогольной продукции. При изучении профессиональной экспозиции оказалось, что 31,8% (35 человек) имели контакт с отработавшими газами дизельных двигателей (шоферы крупногабаритных машин, трактористы). Большое число среди заболевших составили слесари (25,5 %, 28 человек) электросварщики (9 %, 10 человек), строительные рабочие (7,3%, 8 человек), которые имели контакт с канцерогенными металлами (хром, никель), минеральными маслами, асбестом. У части

больных пенсионного возраста, сменивших много мест работы, основную профессию установить не удалось. Пятеро из опрошенных пациентов (4,5%) страдали папилломатозом гортани, что в их случае и стало причиной развития злокачественного новообразования гортани. К факторам риска развития злокачественных новообразований гортани можно также отнести хронические часто рецидивирующие ларингиты. У 8 пациентов рак гортани развился на фоне данной патологии, но не без влияния других факторов, о которых говорилось выше.

Согласно литературным данным в качестве фактора риска может выступать и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), однако в моем исследовании данных за этот фактор обнаружить не удалось.

Выводы. По результатам работы можно сделать выводы о влиянии на развитие рака гортани следующих факторов риска: курение(89%), мужской пол (97,2%), возраст старше 47 лет, профессиональная вредность (73,6%), хронические ларингиты и папилломатоз гортани(4,5%).

Гордионок Д.М., Ширкина А.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед.наук, асс. Лурье Т.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Цель: исследование особенностей функционального состояния системы гемостаза у молодых пациентов в остром периоде ишемических инсультов (ИИ).

Основные задачи:

-Изучить особенности функционирования системы гемостаза у больных в остром и раннем восстановительном периодах ИИ в зависимости от ведущего патогенетического механизма их развития.

-Выявить и оценить прогностическую значимость некоторых факторов риска (ФР) развития инфаркта мозга (ИМ) и их комбинацию у лиц молодого возраста.

-Разработать оптимальный алгоритм исследований состояния системы гемостаза в динамике ИИ у лиц молодого и зрелого возраста.

-Изучить и сопоставить этиологические факторы ИИ у больных молодого и зрелого возраста.

-Провести оценку морфофункционального состояния тромбоцитов у лиц молодого и зрелого возраста при ИИ.

Нами исследованы пациенты находящиеся на лечении в отделении ОПСМ 9ГКБ г.Минска в возрасте от 18-59 лет. Пациенты разделены на две группы. Первая - в возрасте до 45 лет. Вторая группа - от 45 до 59 лет. Критерии включения в исследование: молодой возраст и наличие ИМ. Критерии исключения: АГ III, выраженный атеросклероз, мерцательная аритмия, сахарный диабет, алкогольный анамнез. Всем пациентам были назначены следующие анализы: ОАК, БАК (ТГ, ХС, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, apoA1, apoB, Lp(a), вск-ч СРБ, РФ), исследование на Д-димеры, коагулограмма, агрегатограмма, определение АТ III, vWF:Ag, АРС, АФС, МРО, гомоцистеин, anti-dsДНК, ANA, ANCA.

Выводы:

- Острый период ИМ характеризуется повышенным содержанием маркеров гиперкоагуляции и нарушением атромбогенных функций эндотелия.

- Некоторые ФР встречаются редко. Однако они являются значимыми и их необходимо учитывать при возникновении инсульта в молодом возрасте.

- Результаты исследования показали существующие различия в ФР у пациентов с МИ молодого и зрелого возраста. Наличие D-димера в крови; АФС и наличие молекулярных гене-

тических тромбофилий, дефицита АТ с большим основанием следует считать ФР ИМ в возрасте до 45 лет. Доля вышеперечисленных факторов среди лиц молодого возраста невелика, но процент риска ИИ при наличии хотя бы одного из факторов весьма значим.

- Диагностический комплекс при ИМ у молодых больных должен включать: ОАК (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты), БАК (ТГ, ХС, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, apoA1, apoB, Lp(a), вск-ч СРБ, РФ), исследование на Д-димеры, коагулограмма, агрегатограмма, определение АТ III, vWF:Ag, АРС, АФС, МРО, гомоцистеина, anti-dsДНК, ANA, ANCA.

- Углубленное изучение гемостаза с оценкой морфофункционального состояния тромбоцитов необходимо для выработки тактики ведения пациентов с ИМ в молодом возрасте.

Горошкевич Д.В., Аксентьева Я.С.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ.

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Зюзенков М.В.
Кафедра поликлинической терапии

Наиболее эффективным методом лечения аритмий при дисфункции синусового узла является электрокардиостимуляция (ЭКС).

Цель исследования: изучение особенностей ремоделирования сердца у пациентов с имплантированным ЭКС в связи с дисфункцией синусового узла.

Материалы и методы. На базе кардиологического центра Советского района г.Минска обследовано 77 пациентов в возрасте от 18 до 87 лет (средний возраст 74±12,6 лет), из них мужчин 35 (45,5%) и женщин 42 (54,5%). В соответствии с режимом ЭКС выделено две группы: 1-я – 50 пациентов с однокамерной желудочковой стимуляцией в режиме VVI, 2-я – 27 пациентов с двухкамерной желудочковой стимуляцией в режиме DDD(R).

Проанализированы общепринятые ЭхоКГ-показатели до и после имплантации ЭКС в среднем через 12 месяцев и 2-3 года. Для определения типа гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) дополнительно рассчитывали относительную толщину стенки левого желудочка (ОТС) по формуле ЗСЛЖ+МЖП/ КДР и оценивали геометрическую модель ЛЖ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MS EXCEL.

Результаты. Изначально нормальная геометрия миокарда ЛЖ выявлена у 2 (4%) пациентов 1-ой группы и 3 (11%) 2-ой группы, у остальных пациентов – различные типы гипертрофии с преобладанием частоты концентрической: соответственно ОТС 0,495 отн. ед., ИММЛЖ 155 г/м2 и 0,405 отн.ед., ИММЛЖ 139 г/м2 ($p<0,05$). Отмечалось увеличение УО, КДО и КСО по сравнению с аналогичными показателями во 2-ой группе ($p<0,05$). Среднее значение других морфометрических показателей сердца между группами существенно не различались ($p>0,05$).

К трем годам постоянной кардиостимуляции отмечались следующие изменения: 1-я группа - эксцентрическая гипертрофия – 54% (увеличилась в 1,38 раз по сравнению с достимуляторным периодом и увеличилась в 2,6 раза по сравнению с первым годом), концентрическая гипертрофия - 31% исследуемых (уменьшилась в 1,47 раза и в 2,3 раза соответственно), нормальная геометрия сердца – 15% (увеличилась в 1,38 раза и в 2,15 раза); 2-я группа - эксцентрическая гипертрофия наблюдалась у 25% (уменьшилась в 1,56 раза в 1,2 раза), концентрическая гипертрофия – 37,5% (уменьшилась в 1,2 раза и в 1,33 раза), нормальная геометрия сердца – 25% (увеличилась в 2,3 раза и в 1,25 раза), концентрическое ремоделирование – у 12,5% (увеличилось по сравнению с дооперационным периодам в 3 раза).

Выявленные особенности ремоделирования сердца сопровождались изменением некоторых морфометрических показателей. В частности, на фоне постоянной ЭКС в режиме VVI увеличились размеры ЛП (4,2; 4,4; 4,85см., $p<0,05$), КСР, КДР, КДО, ИММЛЖ, отмечена тенденция к снижению ФВ, в то время как во 2-ой группе наблюдалась недостоверное

уменьшение размеров ЛП (с 4,4 до 3,9 см, p>0,05), КСР, КДО, ИММЛЖ и увеличение ФВ (с 62% до 69%, p>0,05) к 2-3 году постоянной кардиостимуляции.

Таким образом, выявленные особенности ремоделирования сердца при дисфункции синусового узла в зависимости от методики постоянной ЭКС свидетельствуют о более благоприятной структурно-функциональной перестройке миокарда левого желудочка при двухкамерной желудочковой кардиостимуляции в режиме DDD(R), чем однокамерной.

Горошко В.И.

ОБ УЧАСТИИ МОЧЕВИНЫ В ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Висмонт Ф.И.
Кафедра патологической физиологии

Введение. В настоящее время накопилось достаточное количество фактов, свидетельствующих о значении мочевины в процессах жизнедеятельности в норме и при патологии, в частности, в процессах терморезистентности и адаптации животных к холоду. В то же время данные о значимости мочевины в терморегуляции при лихорадке отсутствует.

Целью работы было выяснение значимости мочевины в процессах теплообмена при бактериальной эндотоксинемии.

Материалы и методы исследования. Опыты выполнены на взрослых ненаркотизированных белых крысах и кроликах обоего пола. Для создания модели лихорадки использовали бактериальный липополисахарид (ЛПС) – эндотоксин E.Coli (серия 0111:B4 Sigma, США). Температуру кожи, как и ректальную измеряли с помощью электротермометра ТПЭМ-1. Содержание мочевины определяли колориметрически по цветной реакции с диацетилмонооксимом. Все полученные цифровые данные обработаны общепринятыми методами вариационной биологической статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что внутрибрюшинное введение крысам (n=12) ЛПС (5,0 мкг/кг) приводит к медленному нарастанию температуры тела и слабо выраженной гипертермии. Температура тела повышалась на 1,3ºС, 1,2ºС, 1,6ºС, 1,3ºС и 0,6ºС (p<0,001) через 120, 180, 240, 300 и 330 мин. после инъекции эндотоксина и составляла 38,8±0,10; 38,7±0,12; 39,1±0,10; 38,8±0,13 и 38,1±0,12ºС, соответственно. Введение в кровоток ЛПС кроликам (n=9) приводило к повышению температуры тела на 0,6ºС (p<0,05), 1,3ºС (p<0,05) и 1,6ºС (p<0,05) через 30, 60 и 120 мин. после введения бактериального эндотоксина.

Выявлено, что действие ЛПС в организме у крыс, через 120, 180, 240, 300 и 330 мин после внутрибрюшинного введения экзопирогена сопровождается повышением, соответственно на 26,0% (n=8), 30,7% (n=8), 44,7% (n=7), 51,4% (n=7) и 39,8% (n=7) (p<0,05) у опытных животных по сравнению с контролем (введение физ.раствора) концентрации мочевины в плазме крови. Внутривенное введение эндотоксина кроликам приводило к повышению в плазме крови концентрации мочевины у животных на 39,8% (p<0,05) через 60 мин и на 77,8% (p<0,05) через 120 мин. после инъекции соответственно.

Введение в кровоток кроликам мочевины (Carl Rott GmbH+Co.KG, Германия) в дозе 0,3 г/кг на высоте подъема температуры тела при эндотоксиновой лихорадке (через 60 и 90 мин от момента инъекции ЛПС) приводило к ослаблению лихорадки. Так, через 15 и 30 мин после введения мочевины, на высоте лихорадки (60 мин) ректальная температура снижалась по сравнению с контролем на 0,9±0,08ºС (p<0,05) и 0,8±0,10ºС (p<0,05). Внутрибрюшинное введение мочевины в дозе 3,0 г/кг за 30 мин до инъекции ЛПС полностью устраняло у крыс развитие лихорадочной реакции.

Таким образом, учитывая, что действие эндотоксина в организме приводит к повышению температуры тела и уровня мочевины в крови, а мочевина, введенная в кровоток у кроликов и внутрибрюшинно у крыс, понижает температуру тела у животных в условиях эндотокси-

новой лихорадки, есть основание заключить, что уровень мочевины в крови у крыс и кроликов имеет важное значение в механизмах поддержания температурного гомеостаза в условиях действия в организме бактериального эндотоксина. По-видимому, повышение уровня мочевины в крови является одним из факторов эндогенного антипиреза.

Горустович А.Г.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ИХ ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ И ФЕНОТИПАМИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Рудой А.С.
Кафедра военно-полевой терапии

Цель исследования: определить характер взаимосвязи кардиогемодинамических параметров (КГП) и вегетативного обеспечения и установить, оказывают ли на их влияние фенотипические характеристики наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) у лиц молодого возраста, а также выявить закономерности изменения КГП в динамике.

Материал и методы: проведено клинико-инструментальное обследование 184 мужчин в возрасте от 18 до 26 лет с классифицированными и неклассифицированными диспластическими синдромами и фенотипами (ДФ). Все обследованные пациенты с ДФ разделены на группы с учетом предполагаемого молекулярно-генетического дефекта СТ: 1-я группа - пациенты с повышенной диспластической стигматизацией (n=59); 2-я А – с первичным ПМК и гипермобильным фенотипом (ГМФ) (n=22); 2-я Б - с марфаноподобным и неклассифицируемым ДФ (n=20). Группу контроля (n=83) составили пациенты с 1-2 фенами ННСТ. Анализ показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) проводился на аппаратно-программном комплексе ВНС-спектр (фирма «Нейро-Софт», Иваново). ЭхоКГ проводили по общепринятой методике на ультразвуковом диагностическом аппарате «Toshiba SSH 140A» (Япония) в М- и В-режимах, а также в режиме Допплера.

Результаты исследования: При анализе вариаций (ANOVA) по Краскелу-Уолису установлено достоверное (p=0,0052) увеличение пиковой скорости волны Е у пациентов с ДСиФ (1-я-87±16; 2-я А-96±14; 2-я Б-94±16 см/с) в сравнении с контролем (83±17). В группах с ДСиФ также отмечено достоверное увеличение последней с наибольшим значением у лиц с ГМФ, максимальные значения у которых выходят за референтные значения нормы (79±26 см/с), что свидетельствует об дисфункциональных процессах в миокарде, которые по нашему мнению могут быть связаны с нарушением структуры белков экстрацеллюлярного матрикса, например, с уже доказанным дефицитом внеклеточного матричного белка тенаскина-Х (tenascin-X). При проведении корреляционного анализа показателей ВРС в базальных условиях и ЭхоКГ установлена отрицательная связь средней силы (Spearman R>- 0.25, p<0,05) низкочастотных колебаний сердечного ритма (LF), отражающих симпатическую активность, с продолжительностью фаз изоволюметрического сокращения и расслабления, пиковой скорости волны Е и др.

Оценка результатов контрольного ЭхоКГ (через три года от первого), проведенного 38 пациентам, показала, что у 9 (23,7%) по истечении этого времени появились эхокардиографические признаки ПМК. Корреляционный анализ результатов повторного ЭхоКГ позволил установить связь между определенными ДСиФ и КПГ (при первом исследовании) и развитием нарушений внутрисердечной гемодинамики и диастолической дисфункции у пациентов с фенотипическим характеристиками ННСТ.

Выводы: 1. Установлена взаимосвязь параметров ЭхоКГ и ВРС у лиц с ННСТ, свидетельствующая об изменениях КГП у лиц ННСТ на фоне преобладания активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. 2. Считаем целесообразными дальнейшие исследо-

вания в данной области с целью установления ранних предикторов прогредиентности течения дисфункциональных изменений КГП (например, при стресс-ЭхоКГ), что особенно важно при решении экспертных вопросов и определении адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста.

Гребенёва Т.С., Пешко Е.А.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ

Научный руководитель канд. мед. наук Кучук Э.Н.
Кафедра патологической физиологии

Введение. Респираторный дистресс - синдром взрослых (РДСВ) – острая форма дыхательной недостаточности, возникающая при воздействии разнообразных экзогенных и эндогенных факторов, характеризующаяся некардиогенным отёком лёгких, нарушениями внешнего дыхания и гипоксией, резистентной к оксигенотерапии, сопровождающейся высокой летальностью. Аналогичное состояние развивалось не только у больных после тяжёлой травмы, но и с сепсисом, аспирацией желудочного содержимого и при других критических состояниях. Респираторный дистресс - синдром достаточно часто сочетается с поражением других жизненно важных функций (кровообращение, дыхание, выделение и др.), что повышает риск летальности вследствие развития полиорганной недостаточности. В США наблюдается около 190 000 случаев РДСВ в год. Ранее смертность от РДСВ была намного выше, но в настоящее время, в связи с появлением дыхательных респираторов высокого класса, позволяющих обеспечивать адекватный газообмен до купирования симптомов основного заболевания, приведшего к РДСВ, смертность снизилась до 35-40%, однако по-прежнему остаётся на высоком уровне, что обеспечивает актуальность проблемы и требует разработки новых методик ранней диагностики и профилактики развития РДСВ.

Цель: на основе анализа литературных данных выяснить особенности развития респираторного дистресс – синдрома взрослых и установить клинические соответствия литературным данным.

Материалы и методы. Анализ современных литературных данных, а также сведений из историй болезни пациентов, умерших от заболеваний, осложнённых респираторным дистресс - синдромом.

Основные результаты работы. При изучении историй болезней пациентов выявлено, что в качестве этиологического фактора в развитии РДСВ чаще выступают острые респираторные заболевания лёгких, инфекционно-токсический шок, уремия, сепсис; в основе РДСВ лежит диффузное токсическое воспаление лёгких. В этом процессе выделяют 3 фазы: экссудативная, пролиферативная и фибротическая. В экссудативную фазу в ответ на воспаление выделяются цитокины, которые активируют альвеолярные макрофаги и циркулирующие нейтрофилы. В свою очередь, активированные нейтрофилы прикрепляются к эндотелию легочных капилляров и высвобождают содержимое своих цитоплазматических гранул. Это приводит к повреждению эндотелия капилляров и эпителия альвеол, нарушая альвеолярно-капиллярный барьер. В результате экссудат проникает в легочную паренхиму и альвеолярное воздушное пространство, что приводит к нарушению газообмена и возникновению гипоксии, что является центральным звеном в развитии такого осложнения некоторых заболеваний, как респираторный дистресс - синдром. При анализе историй болезни выявлены изменения показателей кислотно-основного состояния (PaO_2, $PaCO_2$ и pH) и насыщения крови кислородом (сатурация). Полученные данные согласуются с современными литературными сведениями.

Выводы. Таким образом, при респираторном дистресс - синдроме взрослых развивается диффузное токсическое интерстициальное воспаление лёгких с последующим нарастанием

гипоксии, что сопровождается изменениями показателей сатурации кислорода и кислотно - основного состояния еще до появления рентгенологической картины отёка лёгких и приводит к быстрому прогрессированию этой патологии и неблагоприятному исходу.

Гресь Н.В.

ЭЛЕМЕНТНЫЙ СПЕКТР ДЕНТИКЛЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Полонейчик Н.М.
Кафедра общей стоматологии

Дентикли определяют как доброкачественные образования, располагающиеся в полости зуба и постоянно увеличивающиеся в размерах. Согласно классификации стоматологических болезней МКБ-С 10 (1995), дентикли являются самостоятельными нозологическими формами и включены в рубрику К 04.2 «Дегенерация пульпы». Выделяют истинные и ложные дентикли, различие между которыми не химическое, а морфологическое.

Цель исследования: оценить диагностические возможности атомно-эмиссионной спектроскопии при изучении элементного спектра дентикля.

Материал и методы. Группа наблюдения включила 11 пациентов женского пола в возрасте 35-48 лет, у которых при стоматологическом обследовании в процессе лечения были удалены дентикли. Спектральный химический анализ минерального компонента дентикля после предварительной пробоподготовки выполнен методом атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой на приборе ICPE-9000 (Shimadzu, Япония). Чувствительность прибора обеспечивает определение большинства элементов (до 70) на уровне 1-10 ppm и ниже при диапазоне линейности 5-6 порядков.

Результаты исследований. Согласно литературным данным, минеральная фракция дентиклей представлена в основном аморфизированными кристаллами франколита, гидроксиапатитами, хлорапатитами, фторапатитами. Полученный в нашем исследовании спектр дентикля представили 29 химических элементов (таблица). Основными компонентами дентикля являются кальций и фосфор. На минимально детектируемом уровне обнаружены B, Ba, Be, Co, Cr, Li.

Таблица. Элементный спектр дентикля (M±m, ppm)

Элемент	M±m	Элемент	M±m	Элемент	M±m
Ca	$18,6\cdot10^4\pm2,8\cdot10^4$	Li	1,33±0,19	Si	61,05±33,20
P	$3,9\cdot10^4\pm2,1\cdot10^4$	Mn	0,74±0,09	Sn	59,77±10,07
S	$0,46\cdot10^4\pm0,03\cdot10^4$	Ti	5,34±0,22	Al	306,03±24,97
Mg	$0,99\cdot10^4\pm0,8\cdot10^4$	V	5,64±0,31	Sb	50,02±3,09
Na	$0,69\cdot10^4\pm0,1\cdot10^4$	Mo	11,02±1,43	Sr	73,81±20,23
K	310,86±13,86	Ag	29,01±5,09	Bi	80,63±8,92
Zn	231,91±40,58	Cu	59,41±14,29	Pb	63,06±6,80
Se	166,59±30,15	Fe	9,40±1,99	Cd	5,47±1,04

Среди дискутируемых мнений по поводу природы дентиклей и механизмов их образования обсуждается положение, что солевая дистрофия ткани пульпы развивается при общих обменных нарушениях в организме. В современной стоматологической литературе существуют две точки зрения на патогенетические механизмы образования дентиклей. С одной стороны, этот процесс рассматривают как местный, вызванный минерализацией измененной органической матрицы. Согласно второй гипотезе, дентикли формируются при нарушении минералообразующей функции организма: в их основе лежит формирование органоминеральных конгломератов, идентичных по своему строению как в дентиклях, так и в других подобных структурах (например, слюнных, зубных и почечных камнях).

Заключение. Представленные результаты в определенной мере соответствуют тем концепциям образования дентиклей, которые ориентируются на наличие связи местного патологического процесса в пульпе зуба с нарушениями минералообразующей функции всего организма.

Грибова Е.С.

ПРИМЕНЕНИЕ «КОЛЛАПАНА» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Научный руководитель асс. Е.В. Максимович
Кафедра хирургической стоматологии

Радикулярные кисты челюстных костей составляют 7 - 12% от всех заболеваний челюстно-лицевой области, 78-96% всего количества кист в амбулаторной хирургической стоматологии, операции по поводу радикулярных кист челюстей занимают второе место после удаления зуба среди амбулаторных вмешательств (М.М. Соловьев и соавт.,2004). Основным методом оперативного лечения радикулярных кист челюстей остается цистэктомия без замещения костного дефекта, либо с его замещением остеопластическим материалом. При стандартном оперативном вмешательстве имеет место сокращение кровяного сгустка, что может приводить к инфицированию костной полости, заполнение костного дефекта челюстных костей биокомпозиционными материалами направлено на предотвращение таких осложнений, улучшение регенерации костной ткани в области дефекта, восстановление формы и функции челюстных костей. КоллапАн - биоактивный костнопластический материал на основе гидроксиапатита, коллагена и антибиотика, применяется в стоматологии для восстановления костной ткани, профилактики и лечения гнойных осложнений. Антимикробная активность Коллапана сохраняется до 20 суток, в течение которых происходит равномерное выделение лекарства в полости.

Цель наших исследований - оценить эффективность применения остеопластического материала «КоллапАн» для замещения костного дефекта после операции цистэктомии.

Объекты и методы исследования. Пациенты УЗ «5 клиническая поликлиника г. Минска», которым проводилась операция цистэктомии с резекцией верхушки корня зуба по поводу радикулярных кист. 1 группе пациентов (10 человек) проводилась цистэктомия с резекцией верхушки корня зуба без замещения костного дефекта биокомпозиционным материалом, костная полость заполнялась кровяным сгустком. Данная группа служила контролем. 2 группе пациентов (10 человек) проводилась цистэктомия с резекцией верхушки корня зуба с замещением костного дефекта КоллапАном в виде пластин и гранул. Пациенты наблюдались в послеоперационном периоде до снятия швов на 7сутки, через 3 месяца после проведенного лечения (проводилась рентгенография). Все пациенты были в возрасте от 20 до 40 лет, без сопутствующей патологии.

Результаты. Пациентам 1 группы назначались антибактериальные препараты в комплексной терапии в послеоперационном периоде, пациентам 2 группы антибактериальные препараты не назначались, так как применялся КоллапАн, имеющий в своем составе анти-

биотик линкомицин. Послеоперационные воспалительные осложнения не наблюдались ни в 1, ни во 2 группе. В послеоперационном периоде у пациентов 2 группы отсутствовал выраженный отек, болезненность сохранялась не более 1-2 дней, пациенты не принимали анальгетики свыше 1-2 раз в течении первых 2 суток, повышения температуры тела не наблюдались. Случаев отторжения КоллапАна у пациентов 2 группы не наблюдалось. У пациентов 2 группы через 3 месяца на дентальной рентгенограмме костная ткань дефекта не отличалась от строения костной ткани челюсти. В 1 группе у пациентов наблюдался выраженный послеоперационный отек мягких тканей, больные отмечали необходимость приема обезболивающих препаратов 3-4 раза в сутки в течении 4 дней.

Вывод. Заполнение послеоперационного костного дефекта биокомпозиционным материалом КоллапАном является методом профилактики послеоперационных осложнений. Отсутствие воспалительной реакции на введение препарата со стороны слизистой оболочки полости рта свидетельствует о низкой антигенности препарата и высокой степени его биоинтеграции в ткани реципиента.

Григорович А.Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Каштальян О.А.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Недостаточность митрального клапана является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Тяжелая митральная регургитация приводит к ремоделированию камер сердца и увеличивает риск развития внезапной сердечной смерти. Точное определение степени тяжести митральной регургитации имеет клиническое значение для своевременной хирургической коррекции приобретенного порока сердца.

Цель исследования: оценить различные способы определения митральной регургитации (МР) у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы исследования. Обследованы 32 пациента с недостаточностью митрального клапана (НМК) на фоне первичного пролапса митрального клапана (ПМК). Ультразвуковое трансторакальное исследование сердца проводилось на аппарате «Siemens G-60» датчиком с частотой 3,75 МГц в режимах М, В с использованием постоянно-волнового, непрерывно-волнового и цветового допплеров. Методика исследования соответствовала рекомендациям Комитета Американского общества эхокардиографии по номенклатуре и стандартам, согласно рекомендациям AHA/ACC (Bonow R.O. et al., 2006). Для этого использовали следующие качественные показатели: диаметр перешейка струи регургитации (vena contracta), обьем регургитации и площадь отверстия регургитации, рассчитанные по площади проксимальной равноскоростной поверхности (PISA). В режиме цветного допплеровского сканирования определяли степень митральной регургитации с учетом объема проксимальной струи регургитации и глубины проникновения в левое предсердие (мм). Специфичной для ПМК является митральня регургитация, возникающая в конце систолы, высокоскоростная и эксцентричная. Регистрация митральной недостаточности и определения степени ее выраженности методом цветного сканирования по чувствительности приближается к рентгеноконтрастной вентрикулографии.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами лописательной статистики с использованием MS EXCEL XP, STATISTICA для Windows (версия 6,0). Полученные данные (основной массив) не подчинялись закону нормального распределения (тест Шапиро-Уилка) и поэтому анализировались методами непараметрической статистики. Для анализа показателей двух независимых выборок использовали U критерий Манна-Уитни. Достоверными считали различия между сравниваемыми рядами с уровнем достоверности

95% (p<0,05). Результаты представлены в виде Me (25%;75%), где Me – медиана, (25%;75%) – верхняя и нижняя квартили.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были разделены на две подгруппы: 1 подгруппа (n=12) – пациенты с дилатацией левого предсердия (ЛП), 2 подгруппа (n=20) – пациенты с нормальными размерами ЛП. У пациентов1-й подгруппы отмечены процессы ремоделирования левого желудочка: достоверное увеличение конечно-диастолический объем до 136,8 (132; 141) мл и конечно-систолический объем до 52 (49; 55) мл по сравнению с таковыми во 2-й подгруппе – соответственно 122 (118; 129) и 43 (41; 45) мл. Величина фракции выброса была в пределах нормы.

Выводы. У пациентов с нормальными размерами левого предсердия для определения степени регургитации можно использовать как показатели объема проксимальной струи регургитации, так и глубины проникновения в левое предсердие (мм). У пациентов с дилатацией ЛП более точным является способ определения объема проксимальной струи регургитации, т.к. определение митральной регургитации по глубине проникновения в левое предсердие занижает степень митральной регургитации.

Григорук А.И., Карпучок А.В.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МОЗГА ПРИ ПЕРВИЧНОМ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Лурье Т.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Антифосфолипидный синдром (АФС) — клинико-иммунологический симптомокомплекс, включающий рецидивирующие тромбозы, привычное невынашивание беременности, различные поражения нервной системы, тромбоцитопению, кожные изменения. В основе развития клиники АФС лежит невоспалительный аутоиммунный процесс, характеризующийся выработкой антител к фосфолипидам — универсальным компонентам важнейших структур организма — клеточных мембран и митохондрий, которые участвуют в формировании цитолеммы тромбоцитов, эритроцитов, эндотелия сосудов, клеток нервной ткани. Выделяют первичный и вторичный АФС. Первичный АФС — идиопатически возникающая патологическая выработка антифосфолипидных антител, сопровождающаяся развитием клиники АФС. Вторичный АФС — выработка антифосфолипидных антител и развитие клиники АФС на фоне других известных системных, аутоиммунных, гематологических, инфекционных, онкологических заболеваний; применении ряда лекарственных препаратов. Основными неврологическими клиническими проявлениями АФС являются тромботические инфаркты, транзиторные ишемические атаки, мультиинфарктная деменция, острая ишемическая энцефалопатия, эмболический инсульт, венозные церебральные тромбозы, психозы, когнитивные нарушения, псевдорассеянный склероз, транзиторная глобальная амнезия, мигрень и мигренозный инсульт, эпилепсия, хорея, гемибаллизм, мозжечковая атаксия, спинальные синдромы. Наиболее частым неврологическим проявлением АФС является острое нарушение мозгового кровообращения у лиц молодого возраста, протекающее в виде инфаркта мозга.

Цель: рассмотреть особенности механизма развития, клиники, диагностики инфаркта мозга, обусловленного первичным АФС.

Задачи: рассмотреть первичный АФС в качестве причины развития инфаркта мозга; осветить механизм и особенности развития инфаркта мозга при первичном АФС, обозначить принципы дифференциальной диагностики инфаркта мозга при первичном АФС с инфарктом мозга другой этиологии.

Выводы. Инфаркт мозга при первичном АФС, как правило, обусловлен тромбозом артерий мозга in situ вследствие гиперкоагуляционного состояния, индуцированного выработкой антител к фосфолипидам. Инфаркты при АФС имеют ряд характерных особенностей, к кото-

рым относятся: более частое развитие у женщин; предшествующие инфаркту транзиторные ишемические атаки; связь с поражением небольших интрацеребральных артерий и артериол; быстрое регрессирование очаговых неврологических симптомов, что обусловлено преимущественно средними или небольшими размерами инфарктов мозга; некоторые нарушения мозгового кровообращения протекают асимптомно и являются случайной находкой при МРТ; склонность к рецидивам при отсутствии вторичной профилактики непрямыми антикоагулянтами и аспирином, рецидивирующие инсульты приводят к развитию мультиинфарктной деменции. С клинической точки зрения для диагностики инфаркта мозга, обусловленного АФС, важна комплексная оценка анамнестических, клинических и лабораторных данных, что позволит правильно поставить диагноз и своевременно назначить патогенетическую терапию.

Грицкевич А.В., Шварко Д.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ПО МИЛЛИГАН-МОРГАНУ И ЛОНГО

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Рычагов Г.П.
Кафедра общей хирургии

Цель исследования: изучить оценку оперативного лечения хронического геморроя по методу Миллиган-Моргана и Лонго.

Материалы и методы. Нами проведена оценка результатов оперативного лечения хронического геморроя 3-4 степени у 48 пациентов, прооперированных в 3 ГКБ за период 2011-12 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы согласно методу лечения.

Первую группу составили 24 пациента, которым была выполнена операция геморроидэктомия по Миллиган- Моргану. Сущность ее заключается в иссечении внутренних увеличенных геморроидальных узлов с прошиванием и лигированием ножки иссеченного геморроидального узла на 3,7 и 11 часах условного циферблата с ушиванием раны узловыми или непрерывными ручными кетгутовыми швами. Среди прооперированных было 10 (42%) женщин и 14 (58%) мужчин. Возраст пациентов колебался от 31 до 63 лет, средний возраст составил 47,8 ± 8,6 года. Средняя продолжительность лечения в стационаре составил 9,5 ± 2,2 койко-дня.

Вторую группу составили 24 пациента, оперированные по методу Лонго. Суть операции заключается в иссечении участка слизистой и подслизистого слоя с помощью специального циркулярного степлера, расположенного выше зубчатой линии. При этом края образовавшейся раны соединяются конец в конец специальными титановыми скрепками. В результате этого происходило уменьшение кровенаполнения геморроидальных узлов, укорочение связки Паркса с подтягиванием их кверху и новой зоной фиксацией. Женщин прооперировано было 12 (50%) и мужчин – 12 (50%), в возрасте от 37 до 74 лет, средний возраст 56,1 ± 10,9 лет. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 9,9 ± 3,4 койко-дня.

У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. После выписки из стационара всем больным были даны рекомендации, в том числе в течение 1 месяца наблюдаться в поликлинике по месту жительства.

Результаты и обсуждения. Для оценки результатов была составлена анкета, на вопросы которой пациенты отвечали по телефону.

В первой группе все больные отмечают хорошие и удовлетворительные результаты. В отдаленном периоде 2 (8,3%) мужчин и 7 (29,2%) женщин (всего 9 (37,5%) человек из 24 опрошенных), появились субъективные жалобы проктологического характера, причем у 2 из них при обследовании выявлен геморрой 1-2 степени в стадии ремиссии.

Во второй группе 24 (100%) пациента, оперированные по методу Лонго, при опросе во всех случаях не предъявляли жалоб, которые были у них до поступления в больницу.

Выводы:

- хирургическое лечение хронического геморроя по методу Лонго с последующим использованием в послеоперационном периоде гигиенического ухода, ректальных свечей и мазей, обладающих биостимулирующим действием (метилурацил, облепиха и др.) позволило достичь 100% исчезновения клиники данного заболевания;
- у пациентов, оперированных по Миллиган-Моргану спустя год у 37,5% больных отмечен рецидив болей и других проявлений, характерных для геморроя.

Грищенко О.К.

АНАЛИЗ ВТОРИЧНОЙ СТРУКРУТУРЫ М2- И М3-ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ

Научный руководитель д-р .биол. наук., проф. Барковский Е.В., канд. биол. наук., асс. Хрусталёв В.В.
Кафедра общей химии

Актуальность работы обусловлена тем, что механизм секвестрации (удаления из мембраны) холинорецепторов до конца не изучен. Известно, что этот процесс запускается после связывания рецепторов с лигандами. Согласно экспериментальным данным трансмембранные альфа-спирали способны к переходу в бета-структурное состояние.

Цель работы: определить, являются ли устойчивыми элементы вторичной структуры М2 и М3 холинорецепторов вокруг сайтов связывания ацетилхолина и атропина.

Предсказание вторичной структуры М2- и М3-холинорецепторов было проведено с помощью алгоритма “SSPT” (www.barkovsky.hotmail.ru). Данный алгоритм содержит две вероятностные шкалы: в одной из них учитываются свойства аминокислотных остатков (6АА), в другой – характер чередования гидрофобных и гидрофильных аминокислот в пентапептидах (WO). Моделирование взаимодействия М2 и М3 холинорецепторов с лигандами (агонистом – ацетилхолином и антагонистом – атропином) провели с помощью Molecular Docking Server (www.dockingserver.com).

Всего в М2 рецепторе бета-структура составляет 32,76% (по данным предсказания методом «6АА») и 33,79% (по методу «WO»); по М3 – 40, 48% и 39,83% соответственно. М2-холинорецептор, так же как и М3-холинорецептор, состоит из семи трансмембранных спиралей. Для того, чтобы провзаимодействовать с рецептором, лиганд должен попасть в полость канала, образованного семью спиралями. Среднее для альфа-спирали из М2 рецептора содержание аминокислотных остатков, которые предсказываются как бета-структурные обоими методами составило 63%, методом «АА» - 64%, методом «WO» 65%; для альфа-спирали из М3-рецептора – обоими методами 69%, методом «АА» – 69%, методом «WO» – 69%.

В зависимости от лиганда в данном процессе принимают участие разные аминокислоты:

- для М2: ацетилхолин связывают 103 Asp, 104 Tyr, 107 Ser, 426 Tyr, 429 Cys (83% бета-структуры по методу «6АА», 33% – «WO»); атропин – 103 Asp, 104 Tyr, 107 Ser, 108 Asn, 111 Val, 155 Trp, 195 Phe, 400 Trp, 403 Tyr, 404 Asn, 426 Tyr, 429 Cys, 430 Tyr, 430 Tyr (62% по «6АА» и «WO»);
- для М3: ацетилхолин – 147 Asp, 151 Ser, 503 Trp, 506 Tyr, 507 Asn, 529 Tyr, 532 Cys, 533 Tyr (75% – «6АА», 50% – «WO»); атропин – 147 Asp, 148 Tyr, 151 Ser, 231 Thr, 235 Ala, 238 Ala, 239 Phe, 503 Trp, 506 Tyr, 507 Asn, 529 Tyr, 532 Cys (50% – «6АА», 58% – «WO»).

Выводы. Согласно полученным данным лиганды взаимодействуют со структурно неустойчивыми участками белка – трансмембранными альфа-спиралями, которые состоят из аминокислот, склонных к образованию бета-структуры, чередующихся в характерном для бета-тяжей порядке. Присоединение лиганда может инициировать переход альфа-спиралей рецептора в бета-структуру, что, в свою очередь, может способствовать перемещению рецептора с поверхности клетки в её полость (секвестрации).

Гродь А.Э.,Садовский Д.Н.

ПОИСК НОВЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОЛОДОВОЙ КОНСЕРВАЦИИ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ: ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА ПРИ ЗАБОРЕ ПОЧЕК

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Калачик О.В., канд. мед. наук, доц. Корик В.Е.
Кафедра трансплантологии органов и тканей БелМАПО
Кафедра военно-полевой хирургии

Цель: изучить и оптимизировать температурный режим при проведении холодовой консервации почек, эксплантированных у умершего донора.

Материалы и методы исследования. В качестве консервирующего раствора для холодовой перфузии и консервации почек был использован раствор «Кустодиол», производства компании (Dr. F. Köhler Chemie, Германия).

В исследуемую группу включен 21 умерший донор.У 5 из них при заборе почек использовалось более 10 литров консервирующего раствора - группа №1, а у остальных(16 доноров) более 5 литров консервирующего раствора – группа №2(контрольная).

Исследование температурного режима проводилось на основных этапах забора органов. В частности, изучалась температура консерванта в упаковке перед началом холодового флашинга (перфузией), в афферентной («артериальной»)магистрали закрытого перфузионного контура, температура эффлюента в почечной вене и в эфферентной («венозной»)магистрали контура на последней минуте флашинга. Термометрия выполнялась в изучаемых средах с помощью термометра контактного цифрового ТК-5.06, производства Техноас(Россия).

У реципиентов почек, получивших почки от доноров из обеих групп ретроспективно изучены значения креатинина сыворотки крови через 1 месяц после трансплантации.

Результаты: разность температуры консервирующего раствора перед флашингом и эффлюента в почечной вене составила в среднем +7,98 ±2,170 С.

С целью оптимизации температурного режима в обоих группах было применено дополнительное охлаждение приносящей магистрали контура, что способствовало снижению температуры как консервирующего раствора, так и эффлюента в среднем на 1,8±0,48 0С на всех этапах исследования.

При изучении показателей креатинина через 1 месяц после трансплантации у реципиентов получивших почки от доноров 1-й группы и 2-й группы, достоверных различий не выявлено:108 мкмоль/л (94;128) и 100мкмоль/л (70;106), Р(Манна-Уитни)-0,29, соответственно.

Выводы. Температура эффлюента из почечной вены (и как следствие глубина охлаждения почечной паренхимы) на прямую зависела от объема используемого консервирующего раствора. Однако большие объемы перфузии и более глубокое охлаждение почек не способствует улучшению их функции, по сравнению с контрольной группой. Дополнительное охлаждение приносящей магистрали снижает температуру кустодиола, так и эффлюента в среднем на 1,8±0,48 0С, что особенно важно при использовании малых объемов раствора для перфузии.

Грошев Е.Ю.

ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕТВЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Научный руководитель проф. Походенько-Чудакова И.О.
Кафедра хирургической стоматологии

Введение. Неврит лицевого нерва представляет собой одну из наиболее частых форм поражения периферических отделов нервной системы. Заболевания и повреждения лицевого нерва, по данным ВОЗ, занимают второе место по частоте среди патологии периферической нервной системы (заболеваемость варьирует в пределах 20-25 пациентов на 100000 населения) (Р.М. Сорокин, 2003; О.Г. Морозова и соавт., 2008). Последние годы ознаменованы неуклонным ростом числа травматических повреждений n. facialis, что объясняется возрастающим числом новообразований, в том числе и опухолей околоушных слюнных желез операции, по поводу которых часто осложняются повреждениями ветвей VII пары черепно-мозговых нервов (В.И. Чиссов и соавт., 2002). В источниках специальной информации имеются данные о том, что не менее чем в 15% наблюдений выздоровление у пациентов с указанной патологией является неполным, или не наступает совсем. Учитывая, то, что уровень поражения, характер травмирующего агента, срок обращения пациента за специализированной помощью после травматизации нерва имеет важное значение для определения составных компонентов комплексной реабилитации лиц данной категории, то разработка системы прогнозирования течения травматического повреждения периферических ветвей лицевого нерва, с учётом упомянутых факторов является целесообразной и оправданной.

Цель работы: разработать систему прогнозирования течения травматического повреждения периферических ветвей лицевого нерва, и оценить её информативность.

Объекты и методы. Обработаны и сопоставлены данные динамического наблюдения и лечения 84 пациентов с травматическим повреждением периферических ветвей n. facialis. Из них 7 пациентов – составили самостоятельное клиническое наблюдения и 77 – данные архивного материала. Система прогнозирования течения травматического повреждения периферических ветвей лицевого нерва разработана на основании диагностической шкалы Хауса-Бракмана (О.Г. Морозова и соавт., 2008) и новой классификации травматических невритов лицевого нерва (И.О. Походенько-Чудакова, 2009). Информативность оценивали на основании фактов совпадения результатов прогноза с реальной клинической ситуацией при изучении непосредственных и отдалённых результатах лечения в группах пациентов с применением традиционных схем реабилитации и лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием рефлексотерапии. Полученные данные по информативности были обработаны статистически при помощи пакета прикладных таблиц «Statistica 7.0» и «Excel».

Результаты. Проведённая оценка разработанной системы прогнозирования течения травматического повреждения периферических ветвей лицевого нерва, свидетельствовала о её высокой информативности. Совпадение данных прогноза с реальной клинической ситуацией в группе пациентов наблюдаемых в клинике составило 100%. В группе пациентов, динамику и результаты лечения которых оценивали на основании данных архивного материала – 89,6%. Воспроизводимость предложенной систему прогнозирования течения травматического повреждения периферических ветвей n. facialis равнялась в группе клинических наблюдений 100%, в группе архивных наблюдений – 97,4% ($p<0,05$).

Заключение. Полученные результаты дают основание сделать вывод о высокой надёжности и информативности предложенной системы прогнозирования течения травматического повреждения периферических ветвей лицевого нерва, а также рекомендовать её к более широкому использованию в практическом здравоохранении.

Грудинский С.С.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлов О.Б.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Цель исследования: изучить преимущества эпидуральной анестезии в родах.

Методика проведения. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток, которым была применена эпидуральная анестезия в родах на базе Оршанского перинатального центра II уровня в 2009-2011 гг.

В ходе исследования были определены 2 группы пациенток:

1. Роженицы, которым в родах была применена эпидуральная анестезия – 243 пациентки.
2. Контрольную группу составили женщины, которым эпидуральная анестезия не проводилась – 243 пациентки.

Полученные результаты. В результате анализа историй родов было установлено, что чаще эпидуральная анестезия применялась в 2011г. – 6,7% от всего количества родов.

Эпидуральная анестезия применялась при раскрытии шейки матки от 2-х до 9-и см. Установлено, что по времени начала проведения эпидуральной анестезии роженицы первой группы распределились следующим образом: при раскрытии до 2-х см – 28 случаев (11,5%); до 3-4 см –162 случая (66,7%); до 5-6 см – 49 случаев (20,2%); до 7-и см – 4 случая (1,6 %).

Длительность эпидуральной анестезии составила от 2-х до 9-и часов: до 2-х часов – 29 пациенток (12%); от 2-х до 7-и часов – 194 пациентки (79,8%); более 7-и часов – 20 пациенток (8,2%).

Также в обеих группах были исследованы исходы родов. Разрывов шейки и влагалища в первой группе наблюдалось на 13,2% меньше. Гистерэктомий и массивных кровотечений не было в обеих группах. Кровотечения в третьем периоде родов во второй группе встречались значительно чаще – в 2,6 раза. Случаев перинатальной смертности, травматизма и асфиксии тяжелой степени у новорожденных в обеих группах не отмечалось. Случаев рождения детей в асфиксии легкой степени в первой группе в 8,5 раза меньше, чем во второй. Эффект от проводимой терапии в первой группе в 1,5 раза выше, отсюда значительно выше и показатель родов, закончившихся самостоятельно – на 7,4%.

В результате исследования были выявлены следующие осложнения эпидуральной анестезии: токсическое действие местного анестетика – 1 случай, боль в спине после пункции – 2 случая; головная боль – 8 случаев.

Бойко М.С., Губанович Д.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Манкевич Р.Н.
Кафедра детских инфекционных болезней

Актуальность изучения острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей обусловлена широким их распространением, ростом заболеваемости в последние годы, а также недостаточной эффективностью этиотропной терапии.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность лечения азитромицином инвазивных ОКИ у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 20 детей с инвазивными ОКИ в возрасте 1- 24 месяцев (средний возраст – 5,85 ± 1,4 месяца), находившихся на лечении в 2012 году в УЗ

«Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска, из них 12 мальчиков и 8 девочек. Все пациенты в качестве этиотропной терапии получали азитромицин в терапевтических дозах в течение 5 дней. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC.

Результаты. У 45 % обследованных пациентов с клинической картиной колита (гемоколита) была установлена стафилококковая этиология заболевания (Staphylococcus aureus), у 20 % - сальмонеллезная (Salmonella enteritidis), и у 7 человек (35%) этиологический фактор выявить не удалось. Все дети имели среднетяжелые формы инвазивных ОКИ.

До назначения антибактериальной терапии у 35% пациентов наблюдалось повышение температуры выше 37 °С, рвота – в 5 % случаев, боли в животе – в 5 % случаев. У всех обследованных детей отмечался жидкий стул с наличием примесей в виде слизи и прожилок крови. Азитромицин назначался в среднем на 6,1± 0,9 день заболевания.

На фоне приема азитромицина длительность лихорадки у обследованных пациентов составила в среднем 1,4 ± 0,4 дня. Со вторых суток приема лекарственного средства у всех пациентов наблюдалось улучшение стула (средняя длительность колитического синдрома – 2,4 ± 0,5 дня). При этом имело место достоверное уменьшение кратности стула в течение суток во время приема азитромицина (с 3,85 ± 0,4 раз в сутки в начале терапии до 2,05 ± 0,3 раз в сутки после окончания терапии, p = 0,002).

Таким образом, применение азитромицина в лечении инвазивных ОКИ у детей раннего возраста способствует быстрой инволюции патологической симптоматики.

Гук О.В.

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ УЗ «ГОРОДСКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» С 2005 ПО 2012 ГОДЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юдина О.А., асс. Анфиногенова Е.А.
Кафедра патологической анатомии

Вопросы демографической безопасности являются приоритетными в политике государства и направлены на создание благоприятных условий для повышения уровня рождаемости в стране. В связи с этим усилия, направленные на лечение первичного бесплодия, развивающегося при склерокистозе яичников, путем клиновидной резекции последних, являются патогенетически обоснованными, если данный клинический диагноз подтверждается морфологической картиной.

Цель исследования: проанализировать в динамике структуру операционного материала клиновидной резекции яичников у пациенток репродуктивного возраста. Провести анализ соответствия клинического диагноза «Склерокистоз яичников» с морфологическими изменениями в биоптатах яичников и определить возможности наступления беременности у данных пациенток за период с 2005 по 2012 годы.

Методы исследования. Гистологический и статистический.

Полученные результаты: при проведении морфологического исследования частично резецированной ткани яичников были выявлены следующие морфологические признаки, совокупность которых позволяет подтвердить клинический диагноз «склерокистоз яичников, первичное бесплодие»: утолщение белочной оболочки, уменьшение количества примордиальных фолликулов, кистозная атрезия фолликулов, фолликулярные кисты. При динамическом анализе периодов 2005 - 2008гг. и 2010 - 2012 гг., установлен рост частоты выявления утолщения белочной оболочки на 36%; снижение процентного соотношения морфологического критерия «уменьшение количества примордиальных фолликулов» с 53% до 19%. Морфологические критерии «кистозная атрезия фолликулов» и «фолликулярные кисты» по

частоте выявляемости изменились незначительно (58% и 46% случаев, 38% и 39% случаев соответственно). Однако, наряду с критериями, подтверждающими клинический диагноз «склерокистоз яичников», в ряде биоптатов были обнаружены морфологические признаки, исключающие диагноз первичного бесплодия, связанного с поражением яичников, но не исключающие другие причины вторичного бесплодия: нормальное количество примордиальных фолликулов (47% и 81% за периоды с 2005 по 2008 годы и с 2010 по 2012 годы соответственно); созревание фолликулов (18% и 9% случаев) с формированием желтого и белого тела (0% и 33% случаев). При этом другие морфологические критерии «склерокистоза яичников» отсутствовали или были представлены не полностью.

Выводы. Структура биоптатов яичников, резецированных по поводу их склерокистоза, не однородна. Предполагаемый диагноз «Склерокистоз яичников» исключен после гистологического исследования в 72% случаев за период с 2005 по 2008 годы и в 46,4% случаев за период с 2010 по 2012 годы, в связи с наличием факторов, определяющих возможность наступления беременности. Имеет место положительная тенденция в сторону снижения этого показателя, но он остается еще достаточно высоким. Признаков патологии не имели 3% резектантов яичников за период с 2005 по 2008 годы и 7,2% резектантов яичников за период с 2010 по 2012 годы, что свидетельствует об увеличении этого показателя.

Гурбангылыжов А.Р.

ВЫЯВЛЕНИЕ СОСУДИСТЫХ СОНОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ МАЛИГНИЗАЦИИ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ И НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович С.А.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность проводимого исследования обусловлена тем, что опухоли яичников среди онкологических заболеваний женских половых органов занимают второе по частоте место после рака матки, а смертность от рака яичников находится на первом месте среди всех опухолей женских гениталий. По данным Международного агентства по изучению рака ежегодно в мире регистрируется более 165000 новых случаев рака яичников (РЯ). В Республике Беларусь показатель заболеваемости раком яичников достиг в 2002 г. 16.8 на 100000 населения. Грозность новообразований яичников заключается в том, что их сложно выявлять и дифференцировать с прочими, в том числе и доброкачественными заболеваниями яичников. Рак яичников I- II стадии диагностируется всего лишь в 34-36% случаев. Почетное место в диагностике новообразований яичников принадлежит допплерографическим исследованиям. Особое значение при диагностике РЯ имеет индекс периферического сосудистого сопротивления (ПСС) и пульсационный индекс (ПИ). Целью работы является: выявление сосудистых ультразвуковых маркеров злокачественно роста. Объектом исследования выбраны пациенты с морфологически верифицированным РЯ. Исследуемую группу составили 75 человек. Материалы и методы исследования: исследование проводилось на эхосканере Medison SA8000 конвексным датчиком 3,5МГц, а при выявлении поражённых лимфатических узлов – микроваскулярным датчиком 10,0-12,0 МГц. Важным критерием злокачественности процесса в лимфатических узлах является их изменения в сторону прогрессирования различного типа неопроцессов заключающихся в том, что под влиянием ангиогенных факторов, вырабатываемых клетками опухоли, происходят изменения в стенках сосудов, преимущественно капиллярного типа, которые аномальны по форме, хаотично расположены и имеют дефицит мышечной ткани. Для выяснения специфичности изменений, протекающих в лимфоузлах, нами были исследованы и количественные изменения кривых скоростей кровотока. Характер кровотока оценивался по выявлению зон васкуляризации, их локализации (в капсуле образования, в перегородках, в опухолевом компоненте) и сонографической характеристики (одно-

родный, турбулентный или «мозаичный»). В результате проведенного исследования были зарегистрированы следующие закономерности показателей кривых скоростей кровотока: систоло-диастолическое соотношение колебалось от 0,3 до 25,0; индекс резистентности колебался в диапазоне 0,4-0,6; максимальное отклонение было 1,0, а минимальное равнялось 0,01; пульсационный индекс колебался от 0,1 до 7,7; минимальное отклонение равнялось нулю. Наиболее важным показателем является систоло-диастолическое соотношение, поскольку указывает на наличие артерио-венозных шунтов, характерных для злокачественных новообразований, а так же показатели индекса резистентности, патогномоничного для неоваскуляризации опухоли. В результате проведенного исследования выявлены качественные и количественные показатели злокачественных новообразований, доказана возможность контроля проводимой терапии путём цветного допплеровского картировании. При метастатическом поражении лимфатического узла происходит изменение его формы, размеров, эхогенности и структуры. Описанный феномен лежит в основе использования ультразвука для диагностики метастатического поражения лимфатических узлов. Выводы: наши исследования доказали, что основными критериями дифференциации для доброкачественных опухолей яичников характерны низкая скорость и высокая резистентность артеряльного кровотока, а для злокачествнных роста высокая скорость и низкая резистентность.

Гуринович Е.А.

О САЙТАХ СВЯЗЫВАНИЯ ИОНОВ МЕДИ БЕЛКАМИ *HOMO SAPIENS* И *ESHERICHIA COLI*

Научный руководитель канд. биол. наук Хрусталёв В.В.
Кафедра общей химии

Ни один процесс, ни одно явление в любой сфере жизни не может быть описанным и изученным всесторонне без представлений о том, что является первопричиной и источником наблюдаемого. Для современной медицины первопричины всех процессов в организме человека (как в норме, так и при патологии) могут быть найдены непосредственно на уровне биополимеров. Поэтому неслучайно исследованиям в области молекулярной биохимии придают всё большее значение: они вносят значительный вклад в прогресс биологической отрасли науки, поскольку позволяют взглянуть с новой точки зрения на известные проблемы.

Цель данного исследования: изучить и выявить закономерности формирования белковых сайтов связывания ионов меди как на уровне первичной (связывающие аминокислотные остатки и их микроокружение), так и на уровне вторичной структуры (наличие определенных элементов вторичной структуры вокруг сайта связывания в интересующем участке белка), а также с учётом полученных данных предположить возможные причины патогенеза некоторых заболеваний, связанных с нарушением обмена меди в организме.

Используя ресурсы PDB (Protein Data Bank), были найдены описания структур всех наиболее изученных на теперешний день медьсодержащих белков различных организмов. После извлечения информации о структурах белков, были составлены выборки данных о первичном и вторичном уровнях организации участков полипептидной цепи вокруг непосредственных сайтов связывания с ионом Cu^{2+}.

Для Homo sapiens, так и для Escherichia coli наиболее частой аминокислотой, непосредственно связывающейся с медью, является гистидин – 55% и 51%, соответственно. Реже в связывании Cu^{2+} участвуют цистеин (7%), серин (6%), аспарагиновая кислота (8%), глутаминовая кислота (7%) (для Homo sapiens); метионин (10%), аспарагиновая кислота (19%), глутаминовая кислота (4%), лизин (4%), цистеин (4%) (для Escherichia coli). Касаемо вторичной структуры, был отмечен весьма интересный факт: связывающая аминокислота находится на стыке между β-нитью и неструктурированным фрагментом цепи (от N-конца к C-концу).

Гурьян Д.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Василевич А.П.
1-я кафедра хирургических болезней

Введение. В связи с активным внедрением в практическую медицину современных методов диагностики (УЗИ, КТ и МРТ) количество выявляемых новообразований надпочечников значительно возросло. На сегодняшний день лечение гормонально-активных новообразований надпочечников является одной из самых сложных и актульных проблем современной хирургии, так как при сравнительно небольших размерах большинство этих опухолей приводят к серьезным нарушениям в системе гомеостаза, развитию стойкой артериальной гипертензии и тяжелым сосудистым осложнениям в бассейнах сердечных, мозговых и почечных артерий. Единственным радикальным методом лечения является удаление пораженного надпочечника вместе с опухолью. Открытая адреналэктомия считалась методом выбора в лечение опухолей надпочечников в течение почти 80 лет. Этот метод травматичен, в 14% случаев осложняется нагноением ран, в 13%-реактивными плевритами, преимущественно у пациентов с синдромом Иценко-Кушинга и стероидным диабетом.

Цель: Изучение результатов эндовидеохирургической адреналэктомии у пациентов с гормонально-активными опухолями надпочечников.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт и морфологии удаленных материалов у 30 пациентов, которым выполнялась ретроперитонеоскопическая адреналэктомия (РА). Учитывались длительность операции, объем кровопотери, сроки АБ-терапии, нормализации температуры тела и показателей крови, выраженность и длительность болевого с-ма, осложнения, день выписки со дня операции. Контрольную группу составили 30 пациентов, которым удаление опухолей проводили открытым методом. По возрасту и полу, хар-ру патологии обе группы были сопоставимы.

Результаты. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 50,2±12,3, контрольной группы-40,3±14,6.Женщин было 18(60%), мужчин-12(40%). У 17 пациентов опухоль распологалась в левом надпочечник, у 12 – в правом, у 1 пациета опухоль поразила оба надпочечника. Первичный гиперальдостеронизм отмечался в 17 наблюдениях, феохромацитома-в 10 (1 злокачественная), синдром Иценко-Кушинга-в 3 наблюдениях. АБ-терапия при РА сводилась к однократному введению за 6-12 часов до операции, при ОА в течение 5-7 дней. Среднее операционное время было длительнее в случае РА-161,5±67,4 мин против 74,4±15,64мин при ОА. При РА кровопотеря была незначительна(до 100-150мл) и только в 1 случае она превысила 300мл из-за кровотечения из опухоли при клипированной центральной вене, что потребовало конверсии. Для обезболивания пациентов в исследуемой группе требовалось применение только НПВС(кеторол) в течение 2-3 дней, в контрольной группе требовались наркотические анальгетики в течение 1-2 дней и 3-4 дня НПВС. Существенных изменений в ОАК у пациентов после РА не наблюдалось, незначительное поышение t было в 6 случаях в течение 2-ух дней, после ОА у 12 пациентов в ОАК были изменения воспалительного хар-ра. Кол-во койко-дней меньше в случае РА-6,6±1,2 против 10,8±2,3дней при ОА.

Заключение. Данное исследование показало, что РА имеет ряд преимуществ перед традиционным подходом: малая травматичность, благоприятное течение п/о периода, быстрая реабилитация пациента и сокращение сроков пребывания в стационаре на 4-5 суток.

Гута А.К.

ПРОБЛЕМА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК (КУРЕНИЯ, ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ) СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Научный руководитель канд. хим. наук, доц. Борщенская Т.И.
Кафедра общей гигиены

Актуальность темы обусловлена популярностью курения, потребления алкоголя, а зачастую и наркотических средств среди молодежи, что представляет серьезную угрозу стабильности и развитию общества, здоровью и благополучию нации. Это связано с тем, что в массовом сознании молодежи, в частности студенческой, часто формируется стереотип о допустимости и безопасности потребления психоактивных веществ (ПАВ).

Цель исследования:

- изучение отношения студенческой молодежи медицинских университетов Беларуси к потреблению ПАВ,
- проведение сравнительного анализа распространенности потребления ПАВ среди студентов западных медицинских университетов (Польша, г.Белосток),
- анализ причин, способствующих развитию опасного для здоровья поведения.

Материалы и методы исследования:

- аналитический (анализ современных литературных источников по данной тематике);
- анкетирования и статистический (в рамках международной программы по исследованию зависимости от психоактивных веществ среди студенческой молодежи проведено анкетирование студентов 2-3 курса медико-профилактического факультета Белорусского государственного медицинского университета по унифицированной программе ПАВ-10. Анонимная анкета включала 49 вопросов, касающихся употребления алкоголя, курения, приема наркотических средств, индивидуального отношения и некоторых психологических особенностей личности анкетируемых. А также данные о возрасте, поле, образовании родителей, условии проживания.

Результаты исследования. Проведен сравнительный анализ с данными по распространенности курения, употребления алкоголя, наркотиков среди студентов Гродненского государственного университета и Медицинского университета г.Белостока (Польша).

Выявлено значительное увеличение распространенности потребления психоактивных веществ среди польских респондентов по сравнению с белорусскими.

Отмечено, что наиболее частыми проявлениями здоровье разрушающего поведения среди студентов медицинских университетов являются потребление алкоголя и курение.

Установлено, что большинство респондентов понимают и признают негативные последствия потребления ПАВ. Однако, тот факт, что среди студентов медицинских вузов, призванных пропагандировать здоровый образ жизни, процент курящих и употребляющих алкоголь довольно высок, свидетельствует о необходимости усиления внимания к данной проблеме.

Отмечена решающая роль семьи в формировании отношения молодежи к наркотическим веществам (59,6%), примерно одинаковое влияние оказывают друзья (33,3%) и книги (29,8%), меньше влияют школа (14%), телевидение, газеты (14%), кино, видео (17,5%). По мнению студентов, причинами начала употребления наркотиков являются: желание выделиться среди сверстников, уйти от жизненных проблем, удовлетворение любопытства, влияние друзей и знакомых, желание повысить настроение или самооценку, получить приятные ощущения и уйти от скуки.

Гутковская Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Научный руководитель канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

В настоящее время в практике врачебно-летной экспертизы (ВЛЭ) приобретает особое значение не просто констатация факта наличия или отсутствия отклонений в состоянии здоровья свидетельствуемых, но и детальная оценка функциональных резервов организма летчика, позволяющих сохранить работоспособность на высоком уровне при воздействии высотных и динамических факторов полета и выполнить любое полетное задание.

В связи с вышесказанным, одной из важнейших специальных методик исследования в практике ВЛЭ является барокамерное исследование, позволяющее оценить степень адаптации к одному из главных высотных факторов полета, лимитирующих работоспособность членов экипажа – гипобарической гипоксии.

Установлено, что только 0,1% здоровых людей не могут перенести гипоксическую гипоксию, соответствующую высоте 5000 м, поэтому выявленные во время барокамерного обследования отклонения имеют принципиальное экспертное значение.

Объект исследования: свидетельствуемые из числа летно-подъемного состава, проходящие плановое барокамерное исследование на переносимость умеренных степеней гипоксии и перепадов барометрического давления.

Предмет исследования: данные ЭКГ свидетельствуемых в покое, в условиях высотной гипоксии и после барокамерного исследования.

Цель работы: установить особенности электрической активности сердца в условиях гипоксии.

Методы исследования. Проведен анализ результатов 1746 ЭКГ-исследований (ССС) у 291 обследуемого в возрасте 24 [20; 32] года при барокамерных исследованиях на переносимость умеренных степеней гипоксии (УСГ), проведенных по стандартной методике. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием пакета прикладных статистических программ «STATISTICA» (V.6).

Результаты исследования. По результатам проведенного анализа выявлено 5 типов кривых динамики ЧСС: ранняя стабилизация ЧСС с тенденцией к брадикардии к концу исследования (15,3%), М-образный тип (6,8%), тенденция к выраженной тахисистолии в течение всего исследования (13,7%), параболический тип кривой (48,0%), стабилизация ЧСС к концу исследования (16,2%).

При оценке данных непрерывного мониторирования ЭКГ во время барокамерного исследования у 68,2% обследуемых без установленной хронической патологии ССС выявлены различные нарушения ритма. При этом преобладали единичные моно- и политопные экстрасистолы.

Выводы.

1. Установленная по результатам ЭКГ и холтеровского мониторирования высокая частота преходящих нарушений ритма сердца у свидетельствуемых без хронической патологии ССС при воздействии УСГ во время барокамерного исследования диктует необходимость пересмотра экспертных подходов.

2. Достоверных различий нарушений ритма и проводимости сердца у свидетельствуемых с хронической патологией ССС, сопровождающейся единичной экстрасистолией в обычных условиях и при воздействии УСГ не выявлено.

3. Отмечена корреляция средней силы между типами кривой реагирования ЧСС на гипоксию и функциями высшей нервной деятельности – памяти и внимания (по результатам выполнения обследуемыми во время «площадки» корректурной пробы Бурдона или теста 10 слов).

Гуцко С.Н., Константинов В.М.

СКРЕПЛЕННЫЕ ПЕПТИДЫ – НОВЫЙ КЛАСС ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Научный руководитель Известнова Л.А.
Кафедра фармакологии

В 2008 году на всей планете рак унес 7,6 млн. жизней – такие данные приводит в своем информационном бюллетене за февраль 2012 года ВОЗ. Это около 13% всех умерших. Онкозаболевания уступают первенство только ишемической болезни сердца и инсульту.

Многие годы проводятся исследования в области онкологии, идет поиск новых направлений в борьбе с раком. Развитие молекулярной биологии открыло новые возможности лечения больных с онкологией. Были разработаны новейшие препараты, находящиеся на стадии исследований, которые могут в будущем стать новым лекарством против рака.

Основным принципом действия лекарственных средств, используемых при лечении онкологических больных, является остановка или замедление роста быстро растущих и часто делящихся клеток. Важным моментом в создании новых средств используемых в терапии рака, является их специфическое влияние только на размножение и рост именно раковых клеток.

В нашем организме уже заложены свои пептидные структуры с низкой молекулярной массой. Они защищают организм, принимают участие в процессе регенерации клеток и тканей. Со временем их активность меняется, обменные процессы искажаются. Введение пептидных биорегуляторов нормализует клеточный метаболизм, восстанавливает работу систем организма, позволяет эффективно лечить различные заболевания.

Пептидные биорегуляторы существуют в двух видах: выделенные из различных органов и тканей животных, и их синтетические аналоги. Все пептиды имеют свою узкую специализацию: для каждого органа и ткани подходит только свой пептид.

Учёные разработали искусственную молекулу – «сшитый пептид» или скрепленный пептид. Скрепленные пептиды наделены уникальными и полезными свойствами, которые помогут решить критические проблемы. «Сшитый пептид», способен подавлять эффект сигнального пути Wnt, ведущий к развитию онкологических заболеваний.

В экспериментах на мышах, пораженных опухолью, установлено, что использование синтетического пептида способно остановить рост раковой опухоли. У облученных мышей, которым вводили пептиды, число злокачественных опухолей снижалось в 10 раз.

Новый пептидный препарат подражает структуре природной молекулы BCL9, в случае раковых клеток играющей роль передатчика сигнала в пути Wnt. Благодаря схожести пептид блокирует возможность передачи сигнала, подавляя онкогенный сигнал внутри раковых клеток, не позволяя взаимодействовать BCL9 и β-катенину – ключевым протеинам в онкогенном сигнальном пути Wnt.

Единственное условие: лекарство работает только для опухолей, развивающихся с участием фактора Notch: белок служащий рецептором для сигнального пути, который определяет судьбу дифференцирующихся клеток. Уменьшение активности Notch приводит к выбору клетками не свойственного им пути развития и формированию неполноценных клеток. На другие транскрипционные факторы его действие не распространяется.

Считается, что новый класс терапевтических средств, называемых «сшитыми пептидами», способен резко расширить число достигаемых внутриклеточных мишеней. Эти белки несут в своей структуре химическую сшивку (или «мостик»), которая поддерживает в неизменности трёхмерную структуру альфа-спирали, что резко увеличивает вероятность взаимодействия с мишенью, а также высокую стабильность образовавшегося комплекса. Ученые надеются разработать общую терапию по аналогии с обнаруженным эффектом.

Гучик И.С.

ПРИМЕНЕНИЕ УФО КРОВИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ

Научные руководители асс. Лунёва Л.А., асс. Писарик С.Ф.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Фурункулы и карбункулы составляют 30% от общего числа гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. Принимая во внимание высокое число пациентов с данной патологией, частоту возникновения тяжелых осложнений и тенденцию к хроническому течению следует считать актуальной задачей разработки новых эффективных методов лечения фурункулов и карбункулов. В нашей работе представлены данные о клинической эффективности и влиянии УФО крови на рецидивирование данных воспалительных процессов. Нами было обследовано 46 пациентов, которые были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 30 больных, которые наряду с местной и комплексной противовоспалительной терапией получали три сеанса реинфузии облученной ультрафиолетовыми лучами крови на базе отделения экстракорпоральных методов детоксикации УЗ «9 ГКБ». Во 2-ую группу вошли 16 пациентов, которые получали стандартную терапию. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторные исследования на базах УЗ «11 ГКБ», УЗ «2 ЦРП» и УЗ «30 ОП» г. Минска до и после окончания курса лечения. На фоне проведения УФО крови удовлетворительный клинический эффект отмечался через 12 – 28 часов. Все пациенты 1-ой группы констатировали улучшение общего состояния. Объективно наблюдалось снижение гиперемии и коллатерального отека мягких тканей. При лабораторных исследованиях на 2 – 3 сутки имело место улучшение гемодинамических показателей: повышение количества гемоглобина (в среднем на 7 – 9 г/л), нормализовалось количество эритроцитов (в среднем до 4,05 х 10^{12}/л), лейкоцитов (в среднем до 6,5 х 10^{9}/л) и СОЭ. Порционное содержание кислорода в крови повышалось до 9%, снижалось количество С-реактивного белка и мочевины в плазме крови. Динамическое наблюдение за больными 1, 2 групп проводилось в течение 1,5 лет. У пациентов 2-ой группы частота рецидивов заболевания составила 54%, а у больных, получавших УФО крови, в 15% случаев ремиссия длилась более 8 месяцев, а в 4% случаев - более года. Выводы: Реинфузия облученной ультрафиолетовыми лучами крови в комплексной терапии больных с рецидивирующими формами фурункулов и карбункулов показало абсолютное отсутствие местных и общих побочных эффектов. УФО крови благоприятно влияет на клиническое течение данных воспалительных процессов и продлевает ремиссию.

Гуща И.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ТОКСИНАМИ ГРИБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

По данным Республиканского центра лечения острых отравлений в Республике Беларусь отравления растительными и животными ядами составляют в разные годы 2,4-17%; при этом следует отметить, что во многом столь широкий диапазон колебаний обусловлен именно различным урожаем грибов, а также отсутствием возможности идентификации отравлений бледной поганкой. Ежегодное количество больных, поступающих в Республиканский токсикологический центр с диагнозом «острое отравление грибами», составляет от 0,2 до 6,1% всей госпитализации.

Объектом исследования явились случаи неблагоприятного исхода при острых отравлениях грибами, произрастающими на территории Республики Беларусь.

Цель работы: расширить знания о патоморфологических особенностях танатогенеза при острых отравлениях грибами.

Методы исследования. Проведена ретроспективная оценка 28 протоколов судебно-медицинских экспертиз, а также 46 гистологических препаратов внутренних органов умерших от острого отравления грибами в различных стационарах г. Минска в период с 1987 по 2011 гг. методом сплошной выборки.

Результаты исследования. Установлено, что в качестве этиологического фактора в структуре неблагоприятных исходов острых отравлений грибами выступают бледная поганка (57%) и сыроежки (10,7%). Основной причиной неблагоприятных исходов при острых отравлениях грибами является полиорганная недостаточность, имевшая место в 71,4% случаев. Определены основные патоморфологические особенности танатогенеза при острых отравлениях грибами.

Специфические негативные эффекты токсинов грибов по принципу «избирательной токсичности» на печень и почки, наряду с циркуляторными и гипоксическими расстройствами, провоцируют возникновение и прогрессирование гепаторенального синдрома, отмеченного в настоящем исследовании в структуре ПОН в 89,3% и непосредственно определившего неблагоприятный исход интоксикации в 39,3% наблюдений.

Важнейшим звеном танатогенеза острых отравлений грибами является прогрессирование синдрома острого легочного повреждения, клинически проявляющегося респираторным дистресс-синдромом взрослых. По результатам проведенного анализа установлена высокая частота морфологических признаков паренхиматозной формы дыхательных расстройств: в 28,6% случаев выявлен интерстициальный, в 35,7% - альвеолярный и в 10,7% - гемодинамический отек легких. Также отмечена высокая частота встречаемости пневмонии (53,6%) в 3,6% определившей неблагоприятный исход.

Установленные по результатам исследования клинические и морфологические признаки недостаточности 4-х и более систем у 28,6% умерших подтверждают главенствующую роль «синдрома взаимного отягощения» в танатогенезе острых отравлений грибами.

Давыдова А.А.

АНАТОМИЯ АНДРЕАСА ВЕЗАЛИЯ

Научный руководитель преп. Ляшкевич Е.В.
Кафедра латинского языка

В данной работе мы поставили перед собой цель проследить жизненный путь А. Везалия, оценить его вклад в развитие анатомии и медицинской терминологии, более глубоко изучить становление анатомии как науки.

Жизненный путь Везалия – попытка решить великую задачу: правильно описать расположение, формы и функции органов человеческого тела. Найдя много неточностей в трудах Галена, Везалий решил провести масштабные исследования. Везалий указал ряд ошибок, касающихся строения руки, тазового пояса, грудной кости и др., но, прежде всего, строения сердца. Описав клапаны сердца, Везалий создал основные предпосылки для открытия легочного кровообращения. В 1543г. появился знаменитый трактат в семи книгах «О строении человеческого тела» (De Humani Corpori Fabrica).

Отец анатомии Везалий внес огромный вклад в анатомическую терминологию на латинском языке. Взяв за основу наименования, введенные Авлом Корнелием Цельсом (I в. до н.э.), Везалий придал анатомической терминологии единообразие, выбросил большинство средневековых варваризмов и свел до минимума грецизмы. Это имело и отрицательную сторону, т.к. некоторые краткие наименования Везалий заменил многословными латинскими терминами-описаниями. Это в ряде случаев спровоцировало возврат терминологии к грецизмам и варваризмам.

Великий труд Везалия о строении человеческого тела отразил культурный подъем человечества в эпоху Возрождения. «Познай самого себя» (Nosce te ipsum) - в этом, собственного говоря, и состояла суть анатомии, и книга Везалия весьма способствовала процессу познания.

Давыдова Д.Н.

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Акулич Н.С.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: изучить состояние эндометрия у женщин в постменопаузе по результатам гистологического ответа в сравнении с результатами ультразвукового исследования и клиническими данными.

Методика проведения исследования: на базе УЗ «1я ГКБ» за 2009-2010 годы проведен ретроспективный анализ 193 историй болезни женщин в постменопаузе с патологией эндометрия по результатам ультразвукового исследования.

Результаты: При гистологическом исследовании соскоба из полости матки диагноз гиперплазии не был подтвержден у 105 женщин (54,4%), из них 61 женщина (58,1%) не предъявляла жалоб¸ 44 (41,9%) предъявляли жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Возраст женщин у 40,1% был более 70 лет. По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) толщина эндометрия у 34,4% составила до 6 мм, у 33,3% от 7 до 10 мм, 11,4% от 11 до 15 мм, 4,8% более 16 мм. У 24,8% по результатам гистологического исследования после РДВ были выявлены атрофические изменения эндометрия.

Гиперплазия эндометрия гистологически была подтверждена у 65 женщин (33,6%), из них не предъявляли жалоб 40 женщин (61,5%) и 25 (38,5%) предъявляли жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Возраст женщин в 52,4% случаев располагался в диапазоне 55-64 года. По результатам УЗИ толщина эндометрия у 16,9% пациенток была до 6 мм, 30,7% - от 7 до 10 мм, у 20% от 11 до 15 мм, 15,4% более 16 мм. У 63,1% по результатам гистологического исследования были обнаружены железисто-фиброзные полипы эндометрия.

У 23 пациенток (12%) был выявлен рак эндометрия, из них 39% были в возрасте 60-64 лет, 17,4% - 65-69 лет, 13,1% - 55-59 лет, 13,1% - 70-74 года. Все 23 пациентки жаловались на мажущие кровянистые выделения из половых путей. По результатам УЗИ толщина эндометрия у 11,1% женщин была до 6 мм, 17,4% - от 7 до 10 мм, 30,5% от 11 до 15 мм, 26,1% более 16 мм.

Всего с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей поступило 92 (47,7%) пациентки, из них у 44 (22,8%) патологии не было выявлено, у 25 (12,9%) – гистологически была выявлена гиперплазия эндометрия, у 23 (11,9%) – рак эндометрия.

Выводы:

1. Среди пациенток, поступивших с диагнозом гиперплазия эндометрия, в 54,4% случаев диагноз гистологически не подтвердился, в 11,9% был выявлен рак.

2. Среди пациенток, с не подтвердившимся диагнозом, 40,1% составили женщины в возрасте более 70 лет, возраст же пациенток с подтвержденной гиперплазией эндометрия в 52,4% случаев был от 55 до 64 лет, в 39% случаев рак был выявлен в возрасте 60-64 года.

3. В 53,3% случаев неподтвержденной гиперплазии толщина эндометрия по результатам УЗИ располагалась в диапазоне от 2 до 8 мм, в 43% случаев подтвержденной гиперплазии толщина эндометрия располагалась в диапазоне от 8 до 12 мм, в 48% случаев рака эндометрия толщина эндометрия располагалась в диапазоне 13-19 мм.

Давыдчик Э.В., Решецкая Т.В

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА

Научный руководитель к.м.н., доц. Никонова Л.В.
1-я кафедра внутренних болезней
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Эндотелий представляет собой метаболически активную ткань, синтезирующую и секретирующу различные биологически активные вещества. В литературе имеются данные, что при болезни Грейвса или диффузно-токсическом зобе (ДТЗ) увеличен уровень некоторых выделяемых эндотелием протеинов, включая фактор Виллебранда (vWF), фибронектин, ингибитор - PAI-1 (plasminogen activator inhibitor-1), ингибитор тканевого пути свертывания (TFPI). У больных ДТЗ имеет место также повышение уровня растворимых адгезивных молекул ICAM-1, VCAM-1, E -, L - и P-селектинов, а также эндотелина - 1, тромбомодулина. Влияние тиреоидных гормонов на систему коагуляции – фибринолиза в значительной степени обусловлено взаимодействием гормонов и их рецепторов.

Целью исследования явилось изучение функции эндотелия у пациентов с болезнью Грейвса.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 24 пациента с ДТЗ, средний возраст 31,2. Все пациенты были разделены на 2 подгруппы (А и Б). Подгруппу А составили 10 пациентов (курящие), Б - 14 пациентов(не курящие). Контрольную группу составили 14 здоровых человек, без вредных привычек,средний возраст - 22,4 года. Критериями включения пациентов являлись наличие ДТЗ без сопутствующих заболеваний. Исследование эндотелий-зависимой вазодилатации проводили путём пробы с реактивной гиперемией. Функциональное состояние эндотелия оценивалось изменением максимальной скорости кровотока (Δ dz/dt) методом реовазографии на аппарате « Импекард-М». Также в наше исследование входило определение индекса эластичности (ИЭ) по вышеперечисленной методике. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью метода непараметрической статистики программой STATISTICA версия 6,0**.**

Результаты исследования. Согласно данным, представленным в таблице 1, при сравнении контрольной группы и подгрупп А и Б выявлено достоверное снижение Δ dz/dt

($p<0,05$) у пациентов с ДТЗ. Анализ показателей Δ dz/dt подгрупп А и В установил достоверное снижение Δ dz/dt в подгруппе А ($p<0,05$). Медиана ИЭ подгруппы А достоверно ниже чем подгруппы Б ($p<0,05$).

Таблица 1 - Показатели функции эндотелия у пациентов с ДТЗ

Показатель	подгруппа А (n =10)	подгруппа Б (n =14)	Контрольная группа (n =14)
Медиана Δ dz/dt,%	-1,75	26,7	38,65
Медиана ИЭ,%	33,85	31,2	64,9

Примечание: p – достоверность различия показателей при $p < 0,05$

Выводы:

1. Показатель скорости кровотока у пациентов с болезнью Грейвса достоверно снижен по сравнению с контрольной группой.
2. Курение при болезни Грейвса достоверно снижает показатели кровотока и ИЭ.

Давыдчик Э.В., Решецкая Т.В.

КОРРЕКЦИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПУТЁМ НАЗНАЧЕНИЯ БИГУАНИДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Никонова Л.В.

1-я кафедра внутренних болезней
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Сахарный диабет (СД) относится к наиболее распространенным хроническим заболеваниям, а также является серьезной проблемой здравоохранения, учитывая снижение качества жизни, раннюю инвалидизацию, высокую летальность за счет хронических осложнений диабета.

Важнейшими принципами лечения больных СД 2 типа являются компенсация нарушенного обмена веществ. Согласно консенсусу Американской диабетической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению СД препарат класса бигуанидов - метформин - является одним из наиболее широко используемых лекарственных средств для лечения СД 2-го типа.

Цель исследования: оценить влияние бигуанидов на углеводный обмен (УО) у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы. Нами обследованы 35 человек с СД 2 типа. Все пациенты находились на комбинированной сахароснижающей терапии. В начале исследования определяли индекс массы тела (ИМТ), глюкозу капиллярной крови натощак, гликированный гемоглобин (НвА1С). Повторно обследование проводили через 3 месяца. Все пациенты были разделены на 3 подгруппы. 1 - 14 пациентов с избыточной массой тела (для компенсации УО использовали глибенкламид в суточной дозе 20 мг. 2 - 11 человек с ожирением 1 ст., на комбинированной терапии (метформин/глибенкламид в суточной дозе 1000/20 мг). 3 - 10 пациентов с ожирением 2 ст., на инсулинотерапии. В 1 подгруппе к проводимой терапии был добавлен метформин в дозе 500 мг 2 р/д. Во 2 - доза метформина увеличена до 2000 мг. В 3 - к инсулинотерапии присоединили метформин в дозе 1000 мг в сутки.

Результаты и обсуждение. Согласно данным представленным в таблице 1 в 3 подгруппах имеется тенденция к снижению веса ($p<0,1$), уровня НвА1с ($p<0,1$), показатели глюкозы крови достоверно снижены ($p<0,05$) при назначении метформина у пациентов 1 и 3 подгрупп, а у пациентов 2 подгруппы имели тенденцию к снижению ($p<0,5$).

Таблица 1- Показатели углеводного обмена до и после лечения бигуанидами у пациентов с СД 2 типа

Показатель	подгруппа 1 (n = 14)		подгруппа 2(n=11)		подгруппа 3(n=10)	
Медиана	до коррекции	после коррекции	до коррекции	после коррекции	до коррекции	После коррекции
ИМТ, кг/см²	27	26,6	32	31	37,5	36,2
глюкозы крови,ммоль/л	10,1	6,6	9,7	7,2	10,3	6,25
НвА1с,%	9,7	8,0	9,5	7,4	10,1	8,3

Выводы:

1.Назначение бигуанидов в комбинированной терапии СД 2 типа способствует нормализации УО.

2. Назначение бигуанидов наряду с модификацией образа жизни у пациентов СД 2 типа способствует снижению ИМТ.

Данович Ю., Кубашичева Ф.

ЭНДОСКОПИЯ. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Научный руководитель ст. преп. Людчик Н.Н.
Кафедра белорусского и русского языков

Эндоскопия (endon - внутри и skopeo - смотрю, исследую)- метод исследования внутренних органов с помощью специальных приборов - эндоскопов.

В развитии эндоскопии выделяются следующие этапы:

- Ригидный (1795–1932)
- Полугибкий (1932–1958)
- Волоконно-оптический (1958–1981)
- Цифровой (1981–2003)
- Телемедицинских технологий

Современная эндоскопия имеет следующие виды:

- Конфокальная лазерная эндомикроскопия
- Автофлюоресцентная эндоскопия
- Интестиноскопия
- Капсульная эндоскопия
- Эндоскопическая ультрасонография
- Эндолапароскопия

Современные методы эндоскопии активно внедряются в практику и существенно повышают эффективность лечения.

Двораковский И.С.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЕТНО-ПОДЪЁМНОГО СОСТАВА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И ПРИЧИН ЛЕТНОЙ ДИСКВАЛИФИКАЦИИ

Научный руководитель ст. преп. Белоногов И.А.
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Современные условия военной службы, сопряженные с большими физическими нагрузками и психическим напряжением, предъявляют повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих и его сохранению. Данная научная работы посвящена проблеме сохранения и укрепления здоровья летно-подъёмного состава Вооруженных сил Республики Беларусь (далее - ВС РБ), сохранению их летного долголетия, от профессионализма и здоровья которых зависит обороноспособность нашего государства и его суверенитет.

Цель исследования: сбор и анализ данных о состоянии здоровья и структуре заболеваемости летно-подъёмного состава ВС РБ по данным результатов ежегодного углубленного медицинского обследования в период с 1994 по 2008 год.

Данные, полученные из врачебно-летных комиссий медицинских центров ВС РБ, о 1595 военнослужащих подверглись анализу путем разделения исследуемых на группы для определения структуры заболеваемости, определении патологических форм заболеваний и оценки состояния здоровья военных летчиков. Критериями разделения на группы были выбраны возраст и срок службы в ВС РБ, виды нозологических форм заболеваний. Результаты исследования обрабатывались на персональной электронно-вычислительной машине с применением прикладных статистических программ.

По результатам исследования были получены данные:

1) Структурированные сведения о состоянии здоровья летно-подъёмного состава и структуре заболеваемости личного состава за период с 1994г. по 2008г. по отдельным нозологическим формам.

2) Удельный вес отдельных видов патологии в структуре заболеваемости и распределение их в возрастной структуре личного состава.

3) Данные о «группах риска» личного состава разделенных по возрасту с тенденцией у них возможности и предпосылок к развитию различных видов патологии.

4) Определение причин летной дисквалификации с уточнением нозологической формы заболевания и возрастной группы военнослужащего.

5) Определенны наиболее частые нозологические формы заболеваний, приводящие к летной дисквалификации, в структуре которых на первом месте преобладают дегенеративные дистрофические заболевания позвоночника и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, на втором месте - болезни системы кровообращения и заболевания нервной системы, на третьем – заболевания внутренних органов различной этиологии и другие хирургические заболевания.

Дворoковская Н.В.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОЕ ДИСФОРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО И ОБРАЗ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА.

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Скугаревский О.А.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Предменструальное дисфорическое расстройство (ПДР) – это повторяющееся состояние, возникающее во время лютеиновой фазы менструального цикла, сопровождающееся физическими, психологическими, поведенческими изменениями, которые вносят выраженный дискомфорт в повседневную жизнь и межличностные отношения в жизни женщины. Распространенность ПДР составляет 3-8%.

К сожалению, ПДР не всегда квалифицируется, как проявление аффективной патологии, требующее соответствующего лечения, а чаще расценивается как неправильное поведение, связанное со ссорами или проблемами на учебе или работе.

Образ собственного тела (ОСТ) – это понятие, которое включает восприятие человеком собственного тела, чувственную окраску этого восприятия и то, как, по его мнению, оценивают его окружающие.

Цель: оценить характер взаимосвязи между ПДР и нарушением ОСТ с учетом распространенности ПДР среди студенток БГМУ.

Материалы и методы. В работе использовались: 1) Опросник ПДР, полученный в результате адаптирования критериев ПДР (DSM-IV). Определение степени выраженности изменений производилось по шкале Лайкерта от 0 до 7 баллов. 2) Опросник «образ собственного тела» (ОСТ). Опросник позволяет оценить степень удовлетворенности / неудовлетворенности образом собственного тела у опрошенных на основании анализа когнитивных и поведенческих его компонентов. 3) Опросник общего здоровья (GHQ-28). Предназначен для диагностики психологического благополучия, эмоциональной стабильности.

В анонимном выборочном исследовании участвовало 70 студенток БГМУ в возрасте от 18 до 23 лет. Дизайн исследования: открытое, сравнительное, кросс-секционное.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS.

Результаты и выводы.

В результате исследования был определен характер взаимосвязи между ПДР и ОСТ, оценена распространенность ПДР среди студенток БГМУ.

Дегтерова О.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

Научный руководитель канд. мед. наук,доц. Смирнова Т.А.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: выявить особенности течения заболевания и ведения пациенток с миомой матки при сопутствующем ожирении.

Материалы и методы исследования. По специально разработанной анкете проведён анализ 48 историй болезни пациенток с миомой матки при сопутствующем ожирении за период с 2011 по 2012г.

Результаты исследования. Распределение пациенток по степени ожирения было следующим: I степень у 67% пациенток, II степень – у 27%, III степень - у 6%. Средний возраст женщин составил 49,7 лет. Длительность пребывания в стационаре-8,14 дней. Были выявлены следующие диагнозы: миома матки малых размеров-23%, миома матки больших размеров-27%, множественная миома матки-6%, множественная миома матки больших размеров-44%.Средняя длительность заболевания составила 5,3 года. Осложнения заболевания встречались у 35% пациенток, из них у 76% они были представлены анемией лёгкой степени тяжести и у 24%-средней степени тяжести. Наряду с основным заболеванием также встречалась следующая гинекологическая патология: РДШМ-43,7%, хронический цервицит-29%,опущение стенок влагалища-19%, гиперплазия эндометрия-19%,полипы эндометрия-8,3%,хронический аднексит-17%, кисты яичников-17% , эндометриоз шейки матки-4%, внутренний эндометриоз -4%.В среднем у пациенток размеры матки были увеличены до 11,25 недель беременности. При этом у женщин с I степенью ожирения до10,34 недель, со II степенью до 12,2 недель, с III степенью до11 недель. Оперативное лечение проведено 96% пациенток, 4%-РДВ, кульдоцентез. Были применены следующие виды оперативных вмешательств : экстирпация матки с придатками-50%,экстирпация матки без придатков-3%,надвлагалищная ампутация матки с придатками-27%, надвлагалищная ампутация матки без придатков -11%,консервативная миомэктомия + реконструктивная операция-9%. Виды оперативного доступа : лапаротомия по Пфаннештилю - 65%, лапаротомия по Джоэль-Коэну-24%,нижнесрединная лапаротомия-11%.Послеоперационный период осложнился у 8% пациенток. Осложнения были представлены: гематома подкожной клетчатки рубца у 1 пациентки, диастаз краёв послеоперационной раны у 1 пациентки, инфильтрация ткани области раны у 1 пациентки, серома послеоперационного рубца у 1 пациентки.

Выводы. В группе обследуемых лиц преобладали женщины страдающие II степенью ожирения и множественной миомой матки больших размеров. В сопутствующей гинекологической патологии преобладали хронический цервицит, опущение стенок влагалища ,гиперплазия эндометрия. Осложнения заболевания чаще были представлены анемией лёгкой степени тяжести. Оперативное лечение проведено 96% пациенток ,преобладающим видом оперативных вмешательств являлась экстирпация матки с придатками с лапаротомией по Пфаннештилю. Послеоперационный период осложнился у 8% пациенток(гематома подкожной клетчатки, диастаз краёв раны, инфильтрация ткани, серома).

Дегтерова О.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОЗА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У УМЕРШИХ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ПРИЧИН В 1987 И 2012 ГОДАХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Раевнева Т.Г.
Кафедра внутренних болезней

Цель: определить распространенность заболеваний печени среди населения г.Минска с 1987 года по данным актов судебно-медицинских экспертиз.

Материал и методы. Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер. Выборка была сплошной, поперечной и включало 2 точки: 1987 и 2012 годы. Проанализированы результаты судебно-медицинских актов: 1354 за 1987 год и 300 за 2012. Изучалось наличие фиброза и цирроза печени по данным морфологического исследования, наличие этанола в крови в концентрации более 3‰. Выполнен сравнительный анализ частоты явлений с помощью пакета STATISTICA 6.

Результаты. В 1987 году по данным морфологического исследования патология печени обнаружена в 61 случае из 1354 актов (4,5%). В 2012 году патология печени обнаружена в 92 случаях из 300 актов (36%). При сравнении частоты явления выявлено, что достоверно чаще патология печени по данным морфологического исследования отмечена в 2012, чем в 1987 году ($p<0,05$).

В 1988 году по данным актов судебно – медицинских экспертиз концентрация этанола в крови более 3‰ констатирована в 96 случаях из 1471 (6,5%). В 2012 концентрация этанола в крови более 3‰ обнаружена в 102 случаях из 1453 (7,1%). Достоверных различий в частоте явления в 1988 и 2012 году не выявлено ($p>0,05$).

Возраст менее 40 лет среди умерших с концентрацией этанола в крови более 3‰ отмечен в 15 случаях из 96 (15,6%). в 1988 году и в 20 случаях из 102 ((19%). в 2012. Достоверных различий в частоте явления в 1988 и 2012 году не выявлено ($p>0,05$).

Заключение. Таким образом, по данным морфологического исследования отмечен значительный рост частоты фиброза и цирроза печени среди умерших от различных причин в 1987 и 2012 году. В то же время частота высокого содержания этанола в крови у умерших в эти годы достоверно не различалась. Разнонаправленные тренды изучаемых явлений указывают на другие возможные причины роста числа заболеваний печени: инфицированность гепатотропными вирусами, наследственно обусловленные заболевания, качество употребляемого алкоголя и др.

Дегтярёва Ю.А, Лиходиевский А.Д.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА

Научный руководитель асс. Принькова Т.Ю.
Кафедра биологической химии

Актуальность темы. Инсулиноподобные факторы роста (ИФР), обладая не только метаболическим, но и митогенным действием, могут играть важную роль в патогенезе злокачественных новообразований. Изучение и понимание отдельных звеньев данного механизма даёт основание надеяться на применение в будущем целенаправленных терапевтических схем лечения онкологических заболеваний.

Цель работы: Изучение роли инсулиноподобных факторов роста в организме человека и молекулярных механизмов их участия в развитии злокачественных новообразований.

Задачи:

1. Изучить метаболизм инсулиноподобных факторов роста в организме человека

2. Выяснить механизмы регуляции уровня инсулиноподобных факторов роста в организме человека.

3.Рассмотреть ИФР в качестве патогенетических факторов развития онкологических заболеваний.

Инсулиноподобные факторы роста 1 и 2 типа – митогенные пептиды, высокогомологичные друг другу и инсулину. Основным фактором, регулирующим продукцию ИФР-1, является гормон роста. Он усиливает продукцию ИФР-1 в клетках различных органов и тканей. Положительное влияние на уровень ИФР-1 оказывают также и другие гормоны (инсулин, андрогены, эстрогены и тиреоидные гормоны). Находясь в плазме крови, ИФР-1 циркулирует в основном в комплексе с белком, связывающим этот инсулиноподобный фактор и кислотно-лабильной субъединицей (ALS). Рецепторы к ИФР уже готовые димеры 1-TMS рецепторов. Действуя через инсулин-рецепторные субстраты (IRS1 или IRS2), ИФР активируют МАПКиназный путь или протеинкиназу В. В том и в другом случае это приводит к активации факторов транскрипции в ядре и пролиферации клетки. Таким образом действуя различными путями (аутокринно, паракринно, интракринно и эндокринно), ИФР-1 может опосредовать рост, антиапоптотические ответы и метастазирование злокачественных клеток.Благодаря активным исследованиям ИФР в последние годы, установлена зависимость между высоким уровнем ИФР-1 и риском развития злокачественных опухолей. Эта зависимость иллюстрируется в настоящей работе на основе имеющихся литературных данных по раку предстательной железы и прямой кишки.

Дедик С.Ю.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Летковская Т.А.
Кафедра патологической анатомии

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) представляет собой разрастание эпителия и фибромускулярной стромы переходной и периуретральной зон. Распространенность ДГПЖ среди мужчин очень велика (около трети мужчин после 50 лет). Основные клинические проявления данного заболевания (частые позывы к мочеиспусканию, трудности в начале мочеиспускания, неполное опустошение мочевого пузыря) обусловлены механическим препятствием пассажу мочи, что ведет за собой нарушение сократительной способности мочевого пузыря с последующей гипертрофией гладкомышечных клеток его стенки.

Патогенез ДГПЖ не до конца ясен. Установлено, что основными факторами риска развития ДГПЖ являются изменения гормонального баланса, нарушение тонких механизмов регулирования пролиферации и апоптоза клеток железы в процессе старения организма.

ДГПЖ не является предшественником рака предстательной железы (РПЖ), однако довольно большой процент рака выявляется случайно при исследовании операционного материала. Вероятность случайного обнаружения РПЖ при выполнении аденомэктомии и трансуретральной резекции (ТУР) у больных с ДГПЖ колеблется в пределах от 3,2 до 14,3 % (К.А. Ильин, А.Г. Франк и др., 2005), что зависит от возраста больного, методики морфологического исследования и опыта морфолога.

Целью работы является установление частоты обнаружения РПЖ у пациентов, оперированных по поводу ДГПЖ, по данным заключений врачей патологоанатомов городского клинического патологоанатомического бюро г. Минска.

Материалом послужили данные морфологического заключения по препаратам предстательной железы 220 пациентов с клиническим диагнозом «Доброкачественная гиперплазия

предстательной железы», прооперированных в 2011 г. в 4 городской клинической больнице г. Минска.

Пациенты распределились по возрасту следующим образом - от 50 до 59 лет – 36 пациентов; от 60 до 64 лет − 68; от 65 до 70 лет − 76; от 70 до 79 лет − 29; 80 лет и старше – 11 пациентов. Аденомэктомия проведена 100 (45.45%) пациентам, ТУР – 120 пациентам (54.55)%. РПЖ выявлен в одном случае при аденомэктомии (1.00%), в шести случаях при ТУР (5.00%).

Таким образом, процент выявляемости РПЖ довольно низок (~ 3.18 %). Возможно, это связано с более ранней диагностикой РПЖ, благодаря внедрению скрининга с проведением мультифокальной биопсии под контролем УЗИ и гистологической верификацией диагноза. Вместе с тем, наличие у части пациентов в исследованном материале фокусов атипической мелкоацинарной пролиферации указывает на необходимость более тщательного анализа подобных случаев, возможно, с проведением иммуногистохимии, что будет выполнено в ходе нашей дальнейшей работы.

Дедкова Л.Ю.

ФАКТОРЫ РИСКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ЕЕ ВРЕДНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Копытов А.В.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Цель исследования: провести анализ факторов приводящих к формированию компьютерной зависимости среди подростков для разработки методики своевременного выявления лиц данного контингента и повышения эффективности мероприятий по ранней профилактике.

Задачи:

1) Изучить распространенность компьютерной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста.

2) Проанализировать у лиц подросткового и молодого возраста, имеющих компьютерную зависимость, личностные особенности, предрасполагающие к формированию компьютерной зависимости.

3) Исследовать когнитивные, эмоциональныеи поведенческиестратегии, которые используются компьютер-зависимыми лицами , чтобы справиться с запросами обыденной жизни.

Впервые были изучены личностные особенности у лиц подросткового и молодого возраста, имеющих компьютерную зависимость. На научной основе были исследованы когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, в наибольшей степени способствующие формированию компьютерной зависимости у лиц подросткового и молодого возраста.

На базе полученных данных были сделаны следующие **выводы:**

1. Распространенность компьютерной зависимости среди лиц подросткового и молодого возраста составила: 19,3 % опрошенных имеют компьютерную зависимость; 42,3 % находятся в группе риска; 38, 4 % - не имеют зависимости.

2.Компьютерная зависимость приводит к искаженному восприятию собственной личности и искажению восприятия объективной реальности, что обязательно приводит к социально-трудовой дезадаптации, препятствует формированию дифференцированных и адекватных представлений о себе;

3. При возникновении компьютерной зависимости происходит перенос полюса коммуникативной активности из реальных условий социума в сеть, что неизбежно ведет к аутизации больного, который начинает хуже распознавать реальные человеческие эмоции;

4. Компьютерная зависимость может делать подростка более агрессивным, что откладывает отпечаток на их взаимоотношения с социумом.

Дейко Т.В.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Марченко Л.Н.
Кафедра глазных болезней

Введение. В клиническую офтальмологическую практику на смену синдрому «сухого» глаза в 2007 году пришел новый классификационный термин – болезнь поверхности глаза (БПГ). Его появление связано с прогрессирующим распространением экзогенного синдрома «сухого» глаза, вызванного воздействием современных гаджетов и консервантов, входящих, как компонент, в большинство глазных капель, предназначенных для лечения как острой, так и хронической глазной патологии; установлением причин развития эндогенного синдрома «сухого» глаза. Это позволило выделить клинические проявления морфофункциональной хронической недостаточности слезной пленки и сопутствующих изменений окружающих ее тканей в единую нозологию – болезнь поверхности глаза. Многофакторный характер заболевания определяет сложности диагностики и лечения данной патологии.

Цель исследования заключалась в оценке результативности комплексного диагностического и лечебного алгоритмов при болезни поверхности глаза.

Материал исследования. Под наблюдением находилось семь пациентов (14 глаз) с хронической БПГ. Возраст их колебался от 59 до 73 лет. В группу входили четыре женщины и один мужчина. Длительность заболевания варьировала от двух до семи лет. Все пациенты получали курсы локального лечения заместителями слезной жидкости и кортикостероидами. У двух больных имелась первичная глаукома, по поводу которой назначались инстилляции гипотензивных препаратов. Для уточнения причин развития БПГ был разработан опросник из 18 пунктов, который учитывал все установленные этиопатогенетические факторы возникновения заболевания. Помимо этого, был составлен второй опросник для выяснения анамнеза лечения БПГ. Он включал ознакомление не только с терапевтическими подходами проводившегося ранее лечения, но и эффективность каждого из примененных препаратов.

Результаты. Основным проявлением болезни поверхности глаза была дисфункция мейбомиевых желез с сопутствующими изменениями слезной пленки. Далее следовала ятрогенная составляющая в БПГ – применение инстилляционных средств, содержащих консерванты. Помимо двух пациентов с первичной глаукомой, получавших аналоги простагландинов, локальные ингибиторы карбоангидразы и бета-блокаторы с консервантами, в группу входили еще трое больных, которые в течение нескольких лет использовали витаминные капли, также содержащие консерванты. Только их отмена и назначение гипотензивных препаратов без консервантов привели к улучшению состояния поверхности глаза и век.

Выводы:

1. При использовании в диагностике хронической болезни поверхности глаза разработанного систематизированного опросника удалось установить не менее двух причин возникновения заболевания у каждого обследованного пациента.
2. Уточнение предшествующего обследованию глазного терапевтического анамнеза позволило определить ятрогенную составляющую в прогрессировании хронической болезни поверхности глаза.
3. Коррекция назначений с исключением или ограничением применения офтальмологических препаратов, содержащих консерванты, сопровождались улучшением состояния век, конъюнктивы, эпителия роговицы и повышением стабильности слезной пленки.

Демешкевич Д.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ В РОДАХ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Коршикова Р.Л.
Кафедра акушерства и гинекологии

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – состояние, при котором плацента отслаивается от стенки матки во время беременности или в родах до рождения ребенка. Эта патология относится к тяжелым формам осложнений беременности и родов и сопровождается высокой материнской и перинатальной смертностью. По данным литературы встречается в 0,5-1% случаях. Выделяют центральную и краевую отслойку плаценты. Она может быть полной или частичной. Клиническая картина будет определяться видом и степенью отслойки плаценты. Отслойка плаценты на 1/3 приводит к гибели плода.

В литературе выделяют много предраспологающих факторов, которые приводят к преждевременной отслойке. Одним из самых многочисленных является поздний гестоз, он встречался у 17 % обследованных женщин . Предрасполагающим фактором является также отягощенный акушерский анамнез (где вакуум аспирации в прошлом подверглись 19% женщин) и преждевременные роды , которые встречались в 29% случаев в сроке 32-36 недель и в 8% случаев в сроке 28-32 недели.

Изучение особенностей течения и исходов в родах при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является актуальной темой.

Цель работы: выявить особенности течения и исходов в родах при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Задачи:

1.Определить степень тяжести ребенка и матери после родов.

2.Выявить особенности течения беременности при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ историй родов. Анализ проводился на базе 1 ГКБ. В ходе анализа было обследовано 24 женщины, все были родоразрешены с помощью кесарева сечения. Средний возраст женщин составил 30,8 лет.

Результаты. После родов состояние детей : 1) крайне тяжелое состояние-8%;2) очень тяжелое состояние – 42%; 3) тяжелое состояние – 21%; 4) средней степени тяжести -29%. Из 24 родившихся детей 10 были переведены на ИВЛ на пятой минуте. Из всех обследуемых было 37% недоношенных беременностей. Ни у одной из обследуемых не развилась матка Кувелера, также не было выполнено ни одной экстирпации матки.

Выводы:

1.ПОНРП относится к тяжелой акушерской патологии, оказывающей негативное влияние на мать и плод. До 50% новорожденных рождаются в асфиксии тяжелой степени.

2.ПОНРП встречается до 37% случаев при недоношенной беременности.

3. Тяжесть состояния как матери, так и ребенка, определяется степенью отслойки, исходным состоянием матери, сроком гестации.

4.Своевременная диагностика данной патологии и адекватное оказание медицинской помощи позволяет избежать случаев перинатальной смертности, а также развития матки Кувелера.

Демидчик В.Ю.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКАИКА С-КЛЕТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Островская Т.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

С-клетки или кальцитониноциты составляют 0,1% всех клеток щитовидной железы. Эти клетки имеют нейроэктодермальное происхождение, относятся к APUD-системе. Выселение их малодифференцированных предшественников из нервного гребня происходит на 5-ой неделе внутриутробного развития. Затем они мигрируют через эпителий IV глоточного кармана и на 7-8 неделе инкорпорируются в зачаток щитовидной железы, дифференцируясь в С-клетки. Небольшая часть предшественников С-клеток мигрирует в околощитовидные железы и тимус. С-клетки крупнее тироцитов, располагаются одиночно в составе фолликулов. Реже – мелкими группами между фолликулами.

Основной гормон С-клеток – кальцитонин, оказывает гипокальциемическое действие. Стимулом к секреции кальцитонина служит повышение уровня кальция в крови. С-клетки обладают рецепторами, чувствительными к небольшим изменениям внеклеточной концентрации этого иона. При длительной гиперкальциемии отмечается увеличение объема клеток с одновременной их гиперплазией с образование крупных агрегатов.

Кроме кальцитонина с-клетки млекопитающих и человека синтезируют и выделяют другие пептидные гормоны – соматостатин, катакальцин, вещество Р, гастрин-релизинг пептид, нейромединU, холецистокинин. Предполагают, чир пептидные гормоны. Как и биологические амины, оказывают аутокринное влияние на функцию с-клеток и паракринное действие на тироциты и сосудистое русло органа.

Цель работы: гистологическая и морфометрическая характеристика с-клеток щитовидной железы в норме и при гиперплазии.

Работа проведена на материале морфологической лаборатории Минского городского клинического онкологического диспансера. Изучены гистологические и морфометрические характеристики (площадь, логарифм площади, периметр, фактор формы и ЯЦО) С-клеток в норме и при гиперплазии.

Гиперплазия кальцитониноцитов характеризуется увеличением числа клеток без структурных изменений в них. Неограниченную пролиферацию С-клеток без контролирующего апоптоза связывают с мутациейRET-гена. Терминальной стадией подобной гиперплазии является медуллярный рак щитовидной железы. Ежегодно в Республике Беларусь регистрируется около 50 случаев подобного заболевания.

Дзюбан А.В.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель работы: изучение возможностей мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Методика проведения: Исследования проводились на базе УЗ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им А.Н. Александрова». МСКТ выполнена 22 пациентам (12 женщин и 10 мужчин) с подозрением на ТЭЛА в возрасте 32 – 75 лет. МСКТ проводилось на 40-срезовом спиральном компьютерном томографе «Somatom Definition AS» фирмы Siemens.

Контрастный препарат Omnipaque (Nycomed) с концентрацией 300 – 350 мг/мл объёмом 100мл вводили болюсно при помощи автоматического инъектора со скоростью 4 – 5 мл/с.

Результаты исследования. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии выявлена у 7 пациентов. Наиболее часто, в 66% случаях, патология была выявлена в правом легком с локализацией в верхушечном сегменте нижней доли и язычковых сегментах средней доли.

На аксиальных срезах при МСКТ в легочной ткани в кортикальных отделах визуализировались участки уплотнения легочной ткани, обусловленные инфарктами, треугольной, полигональной формы, широким основанием прилежащие к плевре и связанные с сосудом. Измененный участок легочной ткани, как правило, был однородной структуры, высокой плотности. Просветы бронхов в нём не видны. У 4 пациентов выявлены множественные участки изменённой легочной ткани.

Тромбоэмболия ствола и главных ветвей легочной артерии (выявлена у 13 пациентов), сопровождалась расширением ствола и ветвей на 3 мм и более. При МСКТ-ангиопульмонографии в легочной артерии и её ветвях на фоне контраста дифференцировались дефекты наполнения, занимающие центральное или пристеночное положение, частично или полностью обтурирующий просвет сосуда.

Таким образом, МСКТ – малоинвазивная методика исследования, обладающая высокой информативностью, точностью, позволяет выявить признаки ТЭЛА мелких и крупных ветвей легочной артерии, определить локализацию, распространённость поражения.

Длужневская В.И.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПЛАВАНИЕМ НА ИХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бобровничий В.И.
2-я кафедра детских болезней

В структуре общей заболеваемости детей болезни органов дыхания стабильно занимают лидирующее положение, составляя от 60% до 71%. Распространенность респираторной патологии в последние годы не снижается, а обнаруживает тенденцию к повышению. Одним из методов укрепления здоровья детей является закаливание плаванием, начиная с 3-недельного возраста

Цель исследования: изучить влияние плавания детей на первом году жизни на их заболеваемость респираторной патологией в возрасте до 5 лет.

Материалы и методы исследования. Данные были получены путем изучения и выкопировки информации из учетно-отчетных медицинских документов (журнала учета посещений бассейна, историй развития ребенка). Исследование проводилось на базе УЗ «3-я городская детская клиническая поликлиника г. Минска».

Результаты. Проанализированы истории развития 80 детей 2006-2008 года рождения. Из них 40 детей, посещавших бассейн с 3-недельного возраста, вошли в опытную группу. Группа контроля - 40 детей, которые плаванием не занимались. Выборка детей обеих групп проводилась по следующим критериям: все они имели не отягощенный акушерский, генетический и социальный анамнез, родились доношенными и находились на грудном вскармливании. В результате анализа полученных данных было установлено, что в опытной группе частота заболеваний респираторной системы ниже и преобладают более легкие формы. Это свидетельствует о благоприятном влиянии закаливания детей плаванием в грудном возрасте на здоровье в первые 5 лет их жизни и повышении сопротивляемости детского организма неблагоприятным условиям среды.

Дмитрович Е.И.

СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель асс. Осипович С.А.
1-ая кафедра детских болезней

В структуре патологии органов мочевой системы у детей и подростков микробно-воспалительные заболевания занимают одно из первых мест (70-80%). В Республике Беларусь рост последних достигает 19,8 ‰. Инфекционный фактор является ведущим в этиологии острого, хронического пиелонефрита (ОП и ХП) и инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). По данным мировой литературы ведущими возбудителями инфекций мочевой системы (ИМС) являются: E.coli (80%), Proteus(45%), Klebsiella(2-18%).

Цель работы: изучить микробиологический пейзаж пиелонефрита и рецидивирующих ИМВП у детей, получавших лечение в 2012-13 гг.; сравнить результаты со структурой уропатогенов, выделенных в 2008 году; определить чувствительность возбудителей к антибактериальным препаратам на современном этапе.

Материалы и методы. Сплошным методом проведен ретроспективный анализ 1252 историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении УЗ «2 ГДКБ» г. Минска в 2008 и 2012-13 гг. с диагнозами: ОП – 212 (38,8%) и 317 (45%), ХП – 157 (28,7) и 172 (24,4%) и ИМВП – 178 (32,5%) и 216(30,6%) соответственно.

По результатам проведенного исследования можно отметить достоверное увеличение детей, госпитализированных с диагнозом ИМС, в 2012 году на 28,8% по сравнению с 2008 годом ($p < 0,05$). Определенное значение в развитии заболевания имеет пол ребенка. Среди всех заболевших детей ОП, ХП и ИМВП до 88,9% (2008г.) и до 83% (в 2012г.) составляют девочки, хотя и отмечено увеличение количества заболевших мальчиков на 6,9% (ОП 12,4% - 2008, 24,7% - 2012). По данным исследования выявлено достоверное снижение процента высеваемости микроорганизмов из мочи (28,2%) по сравнению с 2008 годом (37,1%) ($p<0,05$). В этиологии ОП и ИМВП возросла роль грампозитивной кокковой флоры (Enterococcus и Staphylococcus spp.) ($p<0,05$), хотя и лидирует по-прежнему среди уропатогенов E.coli (ОП – 46,2%, ХП – 55%, ИНМП – 52,3%). Результаты исследования показали, что ИМС в подавляющем большинстве случаев вызывается одним видом микроорганизма. В то же время микробные ассоциации выявились при хроническом течении пиелонефрита (в 2008г. – 17%, 2012 – 13%). В лечении ИМС препаратами первой линии являются защищенные пенициллины (чувствительность для E.coli -11,7%, Staphylococcus – 29,2%, Enterococcus -7,6%) и цефалоспорины 2,3 поколений (60-68%, 80%, 4-8% соответсвенно), второй линии - аминоглигозиды (93,1%, 96%, 71,2%) и резервные АБ - карбапенемы, фторхинолоны и цефалоспорины 4, полимиксины (90-100%).

Дмитрук А.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГАЛИТОЗА С КУРЕНИЕМ

Научный руководитель асс. Руденкова Н.П.
1-я кафедра терапевтической стоматологии

Проблема галитоза имеет медицинский и психологический аспекты: во-первых, наличие галитоза может быть индикатором патологии различных органов и систем организма человека; во-вторых, галитоз и страх галитоза оказывают огромное негативное влияние на социальную жизнь личности. Благополучие человека в современном обществе во многом определяется его имиджем и межличностными связями, в связи с чем галитоз

рассматривается как социальное увечье, являющееся причиной общественной изоляции (самоизоляции), препятствием в построении карьеры, семьи и т. д.

Оценки специалистов о распространенности этого заболевания разнятся: одни приводят цифру 80%, другие чуть скромнее — 60% или около того, а более всего распространено мнение, что половина населения Земли страдает этим заболеванием, причем многие о нем и не догадываются.Примерные оценки распространенности галитоза в развитых странах колеблются от 30 до 65 %: 72 % бизнесменов Японии, регулярно посещающих стоматолога, недовольны запахом изо рта; 40 % дантистов США имеют более шести пациентов с галитозом в неделю.

Несмотря на высокую и растущую значимость проблемы, уровень знаний о галитозе недостаточно высок не только среди пациентов, но и среди стоматологов, так как научная база для эффективной профилактики, диагностики и лечения галитоза только создается. В последние годы исследования галитоза курирует международная организация InternationalSocietyforBreathOdourResearch (ISBOR), объединяющая специалистов в различных областях знаний — от молекулярной биологии до социологии.

Большинство авторов определяют курение как одну из возможных причин возникновения галитоза и курение сигарет называют самой распространенной зависимостью во всем мире.

Цель: изучить распространенность галитоза среди курящих людей, определить возможные причины возникновения этой проблемы и выявить возможную взаимосвязь между длительностью, частотой курения и возникновением неприятного запаха изо рта.

Материал и методы. Проведено анкетирование среди населения в возрасте 20-30 лет по вопросам осведомленности населения по проблеме галитоза, их субъективного восприятия своего запаха изо рта, наличия у них возможных причин возникновения галитоза (хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, горла и носа, наличия вредных привычек – курения, частоты и длительности курения).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди опрошенной группы населения люди, считающие, что у них есть проблема галитоза курят 96%, при этом 2-3 сигареты выкуривают 4%, 5-10 сигарет – 37%, 15-20 сигарет – 44%, более 1 пачки – 15%, при этом длительность курения составила: до 1 года – у 18%, до 5 лет – у 44,4%, более 5 лет – 37,6%. При этом другие возможные причины экстраоральногогалитоза наблюдались в 74% случаев для хронических заболеваний желудочно—ишечного тракта и 52% для хронических заболеваний горла или носа. Для сравнения: среди группы людей, считающих, что у них нет проблемы галитоза курят 76%, при этом 2-3 сигареты выкуривают 37,5%, 5-10 сигарет – 43,6%, 15-20 сигарет – 12,5%, более 1 пачки – 6,4%, при этом длительность курения составила: до 1 года – у 25%, до 5 лет – у 68,8%, более 5 лет – 6,2%.

Таким образом, порезультатом опроса мы видим, что среди людей, которые считают, что у них есть галитоз выше распространенность курения (96% и 76%), более длительный стаж курения и больше частота курения (количество сигарет, выкуриваемых за день).

Следовательно, можно сделать вывод о том, что существует прямая связь между табакокурением и возникновением галитоза.

Довнар Д.Н.

DEBUNKING STEREOTYPES

Научный руководитель ст. преп. Костюшкина О.М.
Кафедра иностранных языков

We are living in a world with a diversity of cultures, and technology can provide a means for getting people connected with each other. They build social networks and true images about other people's life which might be affected wrongly by the media. Consequently, violence, racism and culture shock can be reduced when communication is targeted fruitfully.

Almost all people all over the world are highly affected in different degrees by stereotypes. Stereotypes make a direct or indirect impact on one's perception of the world and on their response to other people as well. However, stereotypes have always been a sensitive and controversial issue that people avoid talking about and fear to discuss.

The main aim of our work is to analyze what people and students from other countries knew, know and would like to know about our country, what stereotypes about Belarus they have ever known.

As native citizens of Belarus, we usually think that every person in the world knows about our country as much as we do. But in most cases it is not true. People may have wrong opinions and impressions about this or that country. There is no doubt that it is not pleasant and sometimes offensive when we learn some wrong or even negative information about us.

We carried out a survey among the students of the Medical Faculty for International Students of the Belarusian State Medical University.

They have been suggested a questionnaire consisting of four questions:

1. What country are you from?
2. What was your knowledge about our country before entering the University?
3. How did your opinion change while living in our country for some years?
4. What is your attitude to Belarus nowadays?

Based on the findings of the survey we can say that countries are very friendly in their attitude to Belarus. The main stereotype about Belarus is our food made from potato. Almost half of the students mentioned the hospitability and diligence of our people. Some of the respondents mentioned the names of Belarusian sportsmen V.Azarenko, D.Domracheva, A.Grishin and M.Mirny as their commonest associations with the country.

Another important thing is that language is not a barrier for socializing and friendship between people from different countries, especially for doctors. We all live in different countries and we all have our own national languages, traditions, culture and life but people all over the world are united by one global problem which is our health. There is no matter from which country the doctors are, what their social and economic status is – their main aim is to understand each other and unite together to help people, to prevent and finally conquer the terrible diseases of the mankind. Taking into consideration the fact that nowadays the major part of medical research and discoveries are performed by the doctors all over the world in collaboration, the elimination of misunderstanding which is one of the objectives of this work is, in our view, one of the topical problems of current medicine.

Домарёнок Е.П., Конончук И.В.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩИЕ ПОД МАСКОЙ ИБС У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, И ПРОФИЛАКТИКА ИБС У НИХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Новикова Р.А.
1-я кафедра внутренних болезней

В Республике Беларусь в течение последних пятнадцати лет отмечается постоянный рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, в 2011 г. общая заболеваемость составила 30 486,3 на 100 тыс. населения, доля ИБС – 41%.

Обращает на себя внимание проблема ИБС у лиц молодого возраста, поскольку данное явление имеет особенно неблагоприятные демографические и экономические последствия. В то же время, врач может столкнуться с определенными трудностями, когда другие заболевания протекают под маской ИБС у молодых людей. Такие случаи требуют тщательного, комплексного и целенаправленного клинического обследования для постановки диагноза.

Цели исследования: выявить распространенность факторов риска ИБС среди лиц молодого возраста; установить возможные трудности и причины ошибок в диагностике ИБС у

молодых людей; определить, проведение каких исследований имеет наибольшую информативность и значимость для подтверждения или исключения диагноза ИБС.

Методика. В исследование были включены 50 пациентов в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст составил 35 лет), находящихся на лечении в кардиологических отделениях 10 ГКБ и 6ГКБ г. Минска, которым при поступлении был поставлен диагноз ИБС. Среди них 14% женщин и 86% мужчин. У всех пациентов проводилось определение факторов риска ИБС, комплексная оценка анамнеза заболевания, жалоб, а также результатов всех выполненных лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты. Диагноз ИБС у 16 пациентов (32% исследуемых) не подтвердился. Заключительный клинический диагноз содержал другую нозологическую форму (язва желудка – 1, тиреотоксикоз – 1, антифосфолипидный синдром – 1, ПМК – 1, дилятационная кардиомиопатия – 1, повреждение миокарда алиментарно-токсического генеза – 2, дисметаболическая кардиомиопатия – 2, миокардит – 3, миокардиодистрофия – 4). Возможными причинами трудностей в диагностике могли явиться: наличие у пациентов атипичных болей, наличие многих факторов риска, особенности поражения: нарушения функционального характера, спазмы, не давшие выраженных изменений со стороны сердца, выявляемых при обычных методах исследования.

Наиболее информативные методы диагностики, позволившие подтвердить или исключить диагноз ИБС: ЭКГ, ЭхоКГ, определение липидного спектра – выполнялись у 100% пациентов, сцинтиграфия миокарда – у 20%, коронарография – у 22%. Факторы риска выявлены в различном сочетании как у пациентов с подтвержденным диагнозом ИБС, так и у тех, у которых диагноз ИБС не подтвердился, однако отмечено сочетание наиболее грозных факторов (курение, злоупотребление алкоголем, АГ, избыточный вес, изменения липидного спектра) у пациентов с тяжелыми формами ИБС (ИМ).

Выводы:

- у всех пациентов, обращающихся и поступающих с болями в области сердца, необходимо тщательное клиническое обследование с целью уточнения диагноза и целенаправленного лечения;
- у пациентов с жалобами на боль в области сердца даже при отсутствии данных за ИБС в конечном итоге необходимо вести первичную профилактику ИБС;
- пациентам с жалобами кардиального характера необходимо динамическое обследование через 5 – 6 месяцев.

Дорошенко И.Т.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОГО КРОВЯНОГО РОСТКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Баранаева Е.А.
2-я кафедра детских болезней

Цель работы: выявить изменения и тенденции, отмечающиеся в эритропоэзе у детей преддошкольного возраста.

Задачи: сформировать выборку из детей дошкольников, собрав данные, выполненных лабораторных исследований анализов крови, взятыми на фоне полного благополучия в возрасте 1 года и 3 лет, во время профилактических осмотров; составить усредненные значения по каждому показателю «красной» крови; сформировать контрольные данные этих показателей в 1 и 3 года; сравнить имеющиеся различия в показателях в этих возрастах, а так же различия имеющиеся по полу.

Объект и место исследования. 53 мальчика и 54 девочки, родившиеся в 2007 и 2008 году и находящиеся с рождения под наблюдение 17 ГДКП.

Количество эритроцитов в год(4,69±0,021*10^{12}/л) и 3 года(4,78±0,020*10^{12}/л), у тех же детей доказательно различается (p≥0,95). Показатели у мальчиков(4,76±0,031) и у девочек(4,62±0,025) на году также различаются(p≥0,95), когда на 3 году жизни данные получились одинаковыми 4,78±0,029 и 4,78±0,027 соответственно.

В количестве гемоглобина(HGB) можно увидеть схожие тенденции – его содержание в 3 года(127±11,1 г/л) превалирует над содержанием в год(121,8±24,13 г/л). Если же рассматривать HGB с точки зрения критериев анемии, то оставив критерием легкой степени HGB≤110 г/л, а ≤120 г/л - латентным дефицитом железа, мы получим, что у 12,1% детей на 1 году жизни при отсутствии острой патологии можно поставить анемию легкой степени и угрозу по анемии у 26,2%. При чем к 3 годам из состояния анемии и латентного дефицита выйдет 56,1% детей этой группы, а останется либо попадет новых 43,9%.

Гематокрит(HCT) 34,0%±1,8% в год и 36,4%±1,2% в 3 года. Низкие значения HCT(≤31%), отмечаются у 11% детей в год и только у 1% в три года. Различие в поле не наблюдалось.

В исследовании среднего объема эритроцитов(MCV) в год(72,7±3,5 мкм^3) и 3 года(76,0±5,19 мкм^3). Отмечается склонность к микроцитозу(<80 мкм^3) у детей раннего возраста. Было обнаружено, что около 95,3% детей на 1 году жизни склонны к этому явлению и 74,8% на 3 году. Даже если вычесть детей с дефицитом железа, больше половины останутся с микроцитозом не связанным с содержанием железа. В показателе среднего объема эритроцитов видно не большое превалирование у девочек в год(73,8±4,0 мкм^3) и три(76,4±4,2 мкм^3) к мальчикам 71,6±5,4 мкм^3 и 75,6±5,3 мкм^3 соответственно.

От объема эритроцитов косвенно зависят два сходных показателя: среднее содержание гемоглобина в эритроците(MCH), цветовой показатель(ЦП). ЦП полученный в исследовании равен 0,781±0,0006 и 0,798±0,0004 в год и 3 года соответственно, что показывает гипохромию эритроцитов. MCH так же отмечается гипохромия в год(26,0±0,6) и 3 года(26,5±1,2). Превалирование в обоих показателях и возрастах как и в общем объеме эритроцитов отмечается у девочек ЦП(0,799±0,001) и MCH(26,6±0,6) в год и ЦП(0,833±0,0002) и MCH(26,8±0,8) в 3 года, против мальчиков ЦП(0,763±0,001) и MCH(25,4±1,0) в год и ЦП(0,761±0,0002) и MCH(26,7±0,5) в 3 года.

В пределы нормы MCHC попадают полученные данные в год(357,1±73,4 г/л) и три года (349,2±92,2 г/л). Концентрация гемоглобина превалирует у мальчиков(352,0±107,9) на 3 году жизни над девочками(346,4±148,2) и наоборот меньше(353,9±100,2) на 1 году жизни, чем у девочек(360,3±101,9).

Доценко К.Э., Кухта Е.А.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ХАРАКТЕР И ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Аветисов А.Р.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Актуальность. По современным представлениям БА является примером экологически обусловленной болезни, характер и течение которой во многом определяется состоянием окружающей среды. Факторы внешней среды рассматриваются как триггерные, которые могут вызывать клинические проявления у больных людей. Эффект триггеров реализуется по неспецифическим механизмам. Так как триггерные факторы действуют на преформированные бронхи, то они влияют на течение болезни - частоту приступных периодов. Больные БА обладают высокой чувствительностью к погодно-климатическим условиям, что подтверждается как экспериментальными, так и клинико-эпидемиологическими исследованиями. Несмотря на полученные некоторыми авторами высокие корреляционные связи между обострениями БА и отдельными элементами погоды, до сих пор не построено строгих моделей, описывающих процесс.

Цель: построение математических моделей, описывающих течение БА в зависимости от погодно-климатических условий и уровня антропогенных атмосферных загрязнителей, и оценка их эффективности.

Материал и методы. Для оценки влияния триггерных факторов на течение БА в городском центре по Гидрометеорологии получены данные о погодно-климатических показателях в период 1991-1993гг. Ежедневно оценивались погодные показатели атмосферы, количеством более 50.

По данным “Карты вызова скорой медицинской помощи” за период 1991-1993гг. отбирали больных с диагнозом “бронхиальная астма”. Указанный временной период относится к времени, когда адекватное лечение БА отсутствовало и можно исключить влияние лекарственных средств на обострение БА. Было сформировано 4 исходных базы данных общим объемом 20Мб. Математический анализ проводили с использованием прикладных пакетов Statgraphics 3.0.

Результаты. Для выявления сезонных тенденций была проведена компьютерная обработка динамических рядов обострений БА, что позволило исключить влияние случайных факторов: в 1991-1993гг. коэффициент сезонности составил 13 - 16%. Следовательно, по данным обращаемости больных БА за экстренной медицинской помощью не представляется возможным говорить о сезонности обострений БА.

Погодные показатели были объединены по признаку близких физических свойств: температурный, влажности, давления, ветра, искусственные. При пошаговом регрессионном анализе в модели последовательно включаются: фактор давления (R^2=62%); давления и влажности (R^2=81%); давления, влажности и температуры (R^2=87%), что свидетельствует об эффективности моделей. Построены математические модели, позволяющие прогнозировать обострение БА в зависимости от состояния погодных условий.

Доценко К.Э.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРОКСИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРОВ ЗОНЫ НЕКРОЗА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Переверзев В.А.
Кафедра нормальной физиологии

Актуальность. На экспериментальной модели инфаркта миокарда (ИМ) показано, что вдыхание гипербарического кислорода под давлением 0,12-0,2 МПа (1,2-2 АТА) позволяет уменьшить зону необратимых изменений миокарда и уменьшить выраженность патологического ремоделирования миокарда. Тем не менее, клинические данные не столь однозначны. Одной из причин расхождения экспериментальных и клинических данных могут быть токсические эффекты гипербарического кислорода, особенно в условиях «реперфузионного повреждения». Классической моделью экспериментального инфаркта миокарда является хирургическая перевязка левой коронарной артерии в асептических условиях.

Цель: изучение влияния однократного сеанса гипербарической оксигенации (ГБО) на распространенность зон ишемии и некроза миокарда в условиях полной необратимой окклюзии коронарной артерии, а также «низко-» и «высокодозового» режимов ГБО (избыточное давление 0,02 МПа (0,2 АТА) и 0,1 МПа (1 АТА), соответственно).

Материал и методы. Исследования проведены на 60 беспородных крысах массой 200–250г. Экспериментальный инфаркт миокарда воспроизводили путем перевязки левой коронарной артерии. Оценены зоны: риска (прижизненная окраска Evans Blue), включавшей зону некроза (окраска ТТС) и зону ишемии ($S_{зона\ риска} - S_{зона\ некроза}$). Сеанс ГБО (длительностью 60 минут) проводили в гипербарической барокамере, через 1,5 ч от начала окклюзии сосуда, при избыточном давлении 0,02 МПа и 0,1 МПа. Группы животных: №1, n=7, естественное течение ИМ; №2, n=7, ГБО при избыточном давлении 0,02 МПа; №3, n=6, ГБО при избыточ-

ном давлении 0,1 МПа. Статистическую обработку проводили с помощью программы STATISTICA 6.0 методами непараметрической статистики.

Результаты. При оценке зон некроза и ишемии при естественном течении ИМ (группа 1) соотношение зон ишемия:некроз составило 1.7:1. При применении гипероксии при избыточном давлении 0,1 МПа зона ишемии уменьшилась в пользу зоны некроза (соотношение ишемия:некроз - 0,6:1). При применении ГБО при избыточном давлении кислорода 0,02 МПа произошло увеличение объема ишемизированной ткани за счет снижения объема некротизированной (соотношение ишемия:некроз - 2:1), что означает увеличение объема ишемизированной ткани миокарда, способной к восстановлению. Худшие результаты, полученные при применении "высоких" доз гиперосксии (0,2 МПа) могут быть объяснены кислородзависимой активацией перекисного окисления липидов. Процент (%) зон ишемии и некроза от зоны риска представлен в таблице.

Группа	ЗР/ЛЖ	% зоны ишемии	% зоны некроза	ОЗИ/ЗН
1, без ГБО, n=7	0,32	62,2 (35,3 - 62,9)	37,8 (37,1 - 64,7)	1,7:1
2, ГБО 0,02 МПа, n=7	0,27	66,7 [1] (58,7 - 72,8)	33,4 [1] (27,2 - 41,3)	2:1 [1]
3, ГБО 0,1 МПа, n=6	0,29	37,2 [1,2] (30,3-42,7)	62,83 [1,2] (57,3-69,7)	0,6:1 [1,2]

Примечания: ОЗИ/ЗН - Отношение зоны ишемии к зоне некроза [1]- $p < 0,05$ по сравнению с группой №1; [2]- $p < 0,05$ по сравнению с группой №2.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности «низкодозового» режима ГБО при необратимой обструкции коронарной артерии.

Доценко К.Э.

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. КолбА.В.
Кафедра биологической химии

Актуальность. Холестерин является одной из ключевых молекул метаболизма, которая обладает выраженным структурно-регуляторным потенциалом. Многообразие метаболических процессов, в которых участвует холестерин, обусловливает его влияние на различные системы, в том числе и на иммунную.

Учитывая наличиепротиворечивых точек зрения на роль холестерина в иммунных процессах, актуальным представляется оценкауровня общего холестерина у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от стадии заболевания, уровня вирусной нагрузки, количества CD4+ лимфоцитов на различных этапах высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

Цель: оценка связи уровня холестерина крови с уровнем вирусной нагрузки, стадией заболевания ВИЧ-инфекцией и другими показателями.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт 178 пациентов, находящихся на диспансерном учёте по поводу ВИЧ-инфекции в консультационно-диагностическом отделении УЗ «Городская клиническая инфекционная больница». Из них 59 получали ВААРТ в течение 12 месяцев, 46 – более 12 месяцев, 73 наблюдались без ВААРТ. У всех пациентов производилось измерение уровней общего холестерина, вирусной нагрузки, содержания CD4+ лимфоцитов до начала ВААРТ и через каждые 3 месяца после ее начала.

Статистический анализ содержания общего холестерина и CD4+ лимфоцитов проводился с использованием критерия Стьюдента, уровень вирусной нагрузки– с применением критериев Манна-Уитни и Вилкоксона. Парные корреляции вычислялись с использованием коэффициента Спирмена. Результаты исследования считали достоверными, а различия между показателями значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95,0% ($p<0,05$). Обработка полученных данных проводилась с использованием статистических пакетов MSExcel и IBM SPSS Statistics 20.

Результаты. Был оценен уровень вирусной нагрузки до начала терапии и через 12 месяцев применения ВААРТ, изменение уровня общего холестерина до начала терапии и на фоне приёма ВААРТ, а также изменение этих показателей в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.

Выводы.

1. Отмечается достоверное увеличение уровня общего холестерина при достоверном снижении уровня вирусной нагрузки на фоне 12 месяцев этиотропной терапии.
2. Отмечается наличие отрицательной корреляционной связи между уровнем вирусной нагрузки и уровнем общего холестерина.
3. У пациентов с 1-2 стадиями течения ВИЧ-инфекции (согласно классификации ВОЗ) отмечается более высокий уровень общего холестерина, CD4+ лимфоцитов и более низкий уровень вирусной нагрузки, чем у пациентов с 3-4 стадиями течения ВИЧ-инфекции (согласно классификации ВОЗ).
4. У пациентов, как получающих, так и не получающих этиотропную терапию, уровень общего холестерина выше при меньшем уровне вирусной нагрузки.

Дралова В.В., Марукович В.В

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ КОКЛЮШЕ

Научный руководитель доц. Кудин А.П.
Кафедра детских инфекционных болезней

Цель: исследовать эффективность применения ингаляционных глюкокортикостероидов при лечении коклюша.

Методы исследования. Ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в ГДИКБ за период 2011-2012гг. с клиническим диагнозом коклюш.

Полученные результаты. Мы изучили 33 медицинские карты стационарных больных с диагнозом коклюш, из них 14 пациентам был назначен ингаляционный глюкокортикостероид (фликсотид). У них период спазматического кашля длился 11,5±1,4 дней, начало эффекта от лечения (уменьшение количества приступов спазматического кашля) наблюдалось через 4,8±0,7дней, а исчезновение спазматического кашля – 11,7±1,1 дней от дня назначения препарата.

У пациентов, не получающих ингаляционные глюкокортикостероиды, период спазматического кашля длился 12,1±1,2 дня, начало эффекта от лечения наблюдалось через 7,2±1,1 дней, а полное исчезновение спазматического кашля через 12,7±1,2 дня.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что при назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (фликсотида) у пациентов с коклюшем уменьшение количества приступов спазматического кашля наблюдается раньше (через 4,8±0,7 дней),в отличие от пациентов,не получающих данных препаратов,у которых эффект наблюдается через 7,2±1,1дня.

Дубик М.В.

АПТЕКИ-МУЗЕИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мушкина О.В.
Кафедра организации фармации

Летопись становления аптечного дела в Беларуси воссоздана в музеях-аптеках, которые были открыты в последнее время в различных городах нашей страны.

Целью данной работы явилось изучение истории становления и развития аптек-музеев Республики Беларусь. Их развитие, оснащение, оборудование и экспонаты в таких городах как Гродно, Минск, Пинск и Барановичи.

Путем интервьюирования и личного изучения документов в библиотеках, архивах и аптеках-музеях удалось собрать обширный материал. В минувшие столетия аптекари считались чуть ли не волшебниками, а лекарства готовились из натуральных компонентов, среди которых растения, минералы, раковины моллюсков, кровь и желчь животных, насекомые. Для бедных и зажиточных граждан существовали отдельные реестры лекарственных средств. Цены на них существенно отличались. Так, мыло для крестьян изготавливалось из собачьего жира, а состоятельным господам предлагались средства личной гигиены из пальмового или оливкового масла.

Стимулом к организации музеев аптечного дела послужила прошедшая в Гродно в 1987 году и приуроченная к 300-летию открытия аптеки в этом городе научно-практическая конференция “История фармации и аптечного дела”. Иезуиты построили здание аптеки в 1709 году, где она и просуществовала, несмотря на смену владельцев, все время до 1950-го.

Участники научной конференции высказали мнение о том, что здание одной из первых в Беларуси аптек (первая открылась в Пинске в 1561 году) без сомнения является ценным объектом для проведения реставрации и открытия в нем музея аптечного дела. С 1988 года оно было объявлено памятником истории республиканского значения, однако по-прежнему использовалось не по назначению. Только в 1996-м проведены работы по реставрации здания, которое в соответствии с решением Гродненского горисполкома было передано научно-производственному кооперативу «Биотест» для создания в нем аптеки-музея.

Трудовой коллектив за счет собственных средств отремонтировал здание, провел огромную научно-изыскательскую работу, а также приобрел значительное количество редчайших экспонатов. В результате активной работы на площадях аптеки, в отдельном помещении, примыкающем к торговому залу, в том же 1996 году удалось создать музей истории аптечного дела. В экспозиции представлено более 1000 экспонатов аптечной посуды, книг, документов, медицинских приборов и инструментов.

Первая аптека в Минске была открыта в 1659 году. В 1748 году король Речи Посполитой Сигизмунд Август III своей грамотой от 28 ноября разрешил аптекарю и члену Минского магистрата Яну Давиду Шейбе открыть в Минске аптеку «для поратования людей духовного светского стану в том городе живущих, так и всего воеводства Минского». Однако только недавно в минской аптеке №88 по улице Сторожевской, 3, расположенной на Троицкой горе открыта аптека-музей.

Только летом 2012 года в Барановичах после капремонта открыта 21-я аптека и экспозиция об истории развития аптечного дела. Расположилась она в двухэтажном здании, которое в конце 20-х годов XX века построил провизор фармации Станислав Лаевский под влиянием польско-полесского зодчества в стиле «модерн».

Восстановление старейших на территории Республики Беларусь аптек в виде музеев есть дань не только фармации Беларуси, но и проявление уважения к предкам, а также гордости за славную историю родного края.

Дубина Ю.В., Веренич А.М.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ, ПРИЗНАКИ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ РТУТЬЮ

Научный руководитель полковник м/с запаса, ст. преп. Войт В.П.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Цель работы: помощью литературных данных изучить источники ртути, которые могут поступить в организм человека, основные симптомы при отравлении и принципы антидотной терапии.

Актуальность темы. Из всех видов бытовых и промышленных химических загрязнений отравление ртутью – одна из наиболее актуальных опасностей. Органическая и неорганическая ртуть, широко используемая в домашнем хозяйстве, медицине, сельском хозяйстве и в промышленности, нередко становится причиной острых и хронических отравлений у людей. Увеличение частоты отравлений во всем мире связано с загрязнением биосферы отходами производств, использующих ртуть, а также с широким применением пестицидов. Отравления возникают при употреблении муки, приготовленной из обработанных солями ртути зерен, гороха, а также фруктов, зараженной рыбы, мяса. Отравления могут быть вызваны и применением лекарственных препаратов: хлорид ртути – входит в состав некоторых кремов для кожи в качестве антисептика, амидохлорид ртути - содержится в белой ртутной мази. Ртутное мочегонное хлормеродрин используется при рентгенографическом сканировании почек и мозга.

Ртуть в составе лекарственных препаратов или химических соединений может поступать в организм через кожу, легкие и желудочно-кишечный тракт. Высокие концентрации в плазме крови обнаруживаются при вдыхании паров ртути. Из желудочно-кишечного тракта хорошо всасываются соли ртути. Через неповрежденную кожу всасывание весьма незначительно (однако при длительном использовании ртутной мази возможно хроническое отравление). В крови ртуть частично связывается с белками и форменными элементами крови, из нее попадает в различные органы и ткани. При этом органические соединения ртути, благодаря высокой липидорастворимости, легко проникают через гисто-гематические барьеры, в том числе через гемато-энцефалический барьер в мозг, через плаценту в организм плода. Неорганические соединения поступают в организм медленнее и быстрее выводятся. Соединения ртути депонируются в печени, почках, ЦНС, сердце, кишечнике, в щитовидной железе. Наиболее долго ртуть задерживается в ЦНС и в печени. Клиническая картина острого отравления зависит от вида ртути, пути его поступления в организм и от количества всосавшейся ртути. При приеме препаратов ртути внутрь возникают тяжелые желудочно-кишечные расстройства. Если отравление произошло парами ртути (ингаляционный путь), на первый план выходят симптомы поражения верхних дыхательных путей, бронхов. Хроническое отравление ртутью проявляется такими клиническими состояниями, как акродиния и болезнь Минамата.

Лечение направлено на обезвреживание ртути и ускорение ее выведения из организма. К антидотным средствам относятся унитиол, таурин, метионин, сукцимер.

Дубровин П.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕМБРАННЫХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТОВ ДОНОРСКОЙ И АУТОЛОГИЧНОЙ КРОВИ С ПОЗИЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТРАНСФУЗИИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Научный руководитель асс. Ялонецкий И.З.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Актуальность проблемы. Переливание компонентов донорской крови в больших объемах приводит к значительному возрастанию частоты таких гемотрансфузионных осложнений как фибрильные негемолитические реакции, посттрансфузионная реакция трансплантат против хозяина, трансфузионная острая легочная недостаточность, аллергические трансфузионные реакции и др. Другой негативной стороной массивных трансфузий донорской крови является введение в сосудистое русло большого количества микроагрегатов и сгустков фибрина, что ведет к выраженному нарушению микроциркуляции. Несмотря на проводимые исследования, инфекционная безопасноть донорской крови по ряду инфекций не может быть обеспечена. Эти и другие факторы нередко приводят к развитию тяжелых осложнений, связанных с нарушением свертывающей системы крови, которые являются одной из основных причин послеоперационной летальности при эндопротезировании тазобедренного сустава, особенно у больных пожилого и старческого возраста. В последние годы при данных операциях предпринимаются попытки заменить переливание компонентов донорской крови аутогемотрансфузией или реинфузией дренажной крови, собранной в раннем послеоперационном периоде. В связи с вышеизложенным представляет большой научный и практический интерес дальнейшее изучение различных аспектов комплексного применения аутогемотрансфузи, реинфузии дренажной крови и переливания донорской крови при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Цель исследования: Сравнение мембранных свойств эритроцитов донорской крови и аутологичной крови, как маркеров их качества с позиции интраоперационной трансфузии.

Материалы и методы. Мы обследовали 14 проб донорской крови (от 6 до 12 дней хранения) и 14 проб аутокрови пациентов, забранных у них перед плановым эндопротезированием тазобедренного сустава. Для определения мембранных свойст эритроцитов мы определяли деформируемость эритроцитов методом З.Д. Федорова с соавт. (1986), по которому определялся индекс деформируемости эритроцитов; осмотическая стойкость эритроцитов определяется методом Л.С. Бондарева с соавт. (1990) с использованием спектрофотометра SF 46.

Результаты. Индекс деформируемости эритроцитов донорской крови составил 29,7±1,8 против 21,32±0,46 в пробах аутологичной крови ($U=0,00$; $p<0,0500$), что указывает на более функциональное состояние аутологичной крови. Осмотическая резистентность эритроцитов донорской крови, так же, уступала аутологичным. Полученные результаты наглядно показывают преимущество свежезаготовленной аутокрови перед донорской эритроцитарной массой.

Дурмедова Лачин

МОДЕЛЬ: БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ

Научный руководитель канд.филолог.наук, доц. Кожухова Н.Е.
Кафедра белорусского и русского языков

Считается, что анорексия – это болезнь девочек-подростков, стремящихся походить на своих кумиров, актрис и моделей с телеэкрана. На самом деле анорексия наблюдается при-

мерно у 1% женщин и у 0,2% мужчин. Если женщины, как правило, при этой болезни обращаются в первую очередь к гинекологу (из-за нарушения менструальной функции), то мужчины – к сексопатологу (с жалобами на утрату полового влечения и потенции).

Причиной анорексии может быть опухоль мозга, нарушающая баланс гормонов гипоталамуса или гипофиза, но в основном анорексию объясняют причинами психическими: подростковыми депрессиями, связанными с проблемой идентификации личности, с тревожным состоянием, даже с безответной любовью. Также анорексия может проявляться при депрессивных расстройствах и шизофрении.

Упорное стремление к похуданию сочетается с паническим страхом увеличения массы тела – собственного истощения больной человек не замечает. Он любыми средствами избавляет организм от пищи, вызывает рвоту, принимает слабительные средства, начинает питаться отдельно, прячет еду или перекладывает в чужую тарелку, отдает животным. На фоне голодания появляется стремление перекармливать других членов семьи, особенно младших братьев и сестер; приготовление пищи превращается в сложный ритуал.

Масса тела у аноректика снижается на 20% и более... От недостатка питания развиваются такие явления, как атрофия мышц – больной становится похож на скелет, обтянутый кожей; выпадают волосы и зубы, вымывается кальций из костей, перестает работать кишечник, могут начаться судороги. У женщин прекращаются менструации. В целом последствиями анорексии являются тяжелые органические повреждения всех внутренних органов – ведь если вовремя не начать лечение, клетки организма просто отомрут.

Если масса тела больного снизилась более чем на 30% за полгода, человеку необходима срочная госпитализация.

На сегодняшний день медицинская статистика такова: выздоравливают 40% больных, у 30% состояние улучшается, в 24% случаев болезнь принимает хроническую форму. 6% больных погибают вследствие истощения или самоубийства.

Какова бы ни была причина данной болезни, человек, страдающий ею, нуждается в помощи – и близких, и врачей.

Дустова Н.К.

ПОЛИДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ СТАРЕНИИ

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан
Научный руководитель канд.мед.наук Жарылкасынова Г.Ж.
Кафедра подготовки врачей общей практики

Цель научной работы: Определить частоту встречаемости различных форм анемий, обусловленных дефицитом различных гемопоэтических факторов у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В работе обследовали 325 лиц пожилого возраста (возраст обследованных 60-74 лет) и 65 лиц старческого возраста (возраст обследованных 80-86 лет), из этого количества обследованных пожилых лиц - обследовали 205 женщин и 120 мужчин, лиц старческого возраста - 37 женщин и 28 мужчин, постоянно проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан. В изучении гемопоэтических микроэлементов у лиц пожилого и старческого возраста обследовали 50 условно здоровых лиц в возрасте от 62 до 74 лет, постоянно проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан и 50 здоровых лиц молодого возраста. Методы анализа общего гемоглобина гемиглобинцианидным методом, анализировали гемопоэтические микроэлементы-железо батофенантролиновым методом, кроме того, анализировали такие информативные показатели, отражающие обмен железа, как трансферрин сыворотки иммунохимическим методом с одновременным расчетом процента насыщения трансферрина железом, проводили также анализ ферритина сыворотки иммуноферментным методом. Результаты исследования обрабатывали методами вариацион-

ной статистики с определением достоверности сравниваемых величин анализируемых показателей.

Результаты. Результаты изучения частоты встречаемости различных форм анемии, выявляемых у обследованных нами лиц пожилого и старческого возраста, как среди мужчин, так и среди женщин. Среди обследованных лиц пожилого возраста-женщин наибольший процент выявленных анемий составляет сочетанная форма витамин B_{12}- и фолиеводефицитная анемия- 39.5%, среди обследованных мужчин- железодефицитная анемия (ЖДА) - 33.3%. Среди обследованных женщин пожилого возраста ЖДА составляет 36.6%, а у обследованных мужчин пожилого возраста сочетанная форма витамин B_{12}- и фолиеводефицитная анемия составляет 30.8%, т.е. выявленные частоты указанных форм анемий и у обследованных мужчин и женщин сопоставимы. Весьма характерным является обнаруженный феномен выявления полидефицитной анемии у обследованных и мужчин и женщин пожилого возраста, т.е. сочетанной формы анемии, обусловленной дефицитом как железа, витаминов и белка. У обследованных женщин пожилого возраста такая форма анемии выявлена в 5.4% случаев, у обследованных мужчин пожилого возраста в 7.5% случаев. Среди обследованных женщин старческого возраста наибольшее распространение имеет классическая железодефицитная анемия- 48.6%, данная форма анемии превалирует и у обследованных мужчин старческого возраста-35.7%. Сочетанная форма анемии, обусловленная дефицитом витаминов (B_{12} и фолиевой кислоты) у обследованных женщин старческого возраста составляет- 35.1%, у обследованных мужчин старческого возраста- 32.1%. Также как и у обследованных лиц пожилого возраста полидефицитная анемия выявлена нами и у обследованных лиц старческого возраста, как мужчин, так и женщин. Так у обследованных женщин полидефицитная анемия, обусловленная сочетанным дефицитом железа, витаминов и белка, выявляется в 8.1% случаев и у обследованных мужчин в 25% случаев.

Выводы. Таким образом, в старости характерным является формирование сочетанных нутритивных дефицитов, дефицитов витаминов и белка, которые определяют выявляемость так называемой полидефицитной анемии, которая манифестирует своими особенностями клинического патоморфоза, требует специфических диагностических подходов, соответственно подходов к терапии и профилактике такой формы анемии.

Евтушенко С.В.

НЕИНВАЗИВНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОРИТ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Грачев С.С.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Гемодинамический мониторинг является одной из основных составных частей современного мониторинга в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Динамический контроль за этими показателями оказывает существенную помощь врачу в процессе лечения пациентов в тяжелом состоянии. Методы определения показателей центральной гемодинамики условно можно подразделить на инвазивные и неинвазивные. К инвазивным методам относят распространенные и, считается, самые точные методы препульмональной (с использованием катетеризации легочной артерии) и транспульмональной (катетеризация бедренной артерии) термодилюции. К неинвазивным можно отнести методику доплерографии с различными ее вариантами и расчетные методы. В последнее время возрастает практический интерес к неинвазивным способам мониторинга из-за меньшего количества возможных осложнений как инфекционной, так и неинфекционной природы. Именно этим фактом обусловлена актуальность данного исследования.

Цель работы: оптимизация возможности определения и мониторинга основных показателей центральной гемодинамики у пациентов отделения реанимации путем сравнительного

анализа методик определения данных показателей расчетным методом и неинвазивным ультразвуковым методом.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели был использован аппарат USCOM (Австралия), предназначенный для определения сердечного выброса методом ультразвуковой доплерографии. Искомый показатель рассчитывался на основании измерения скорости кровотока в легочной артерии. Для расчетного метода использовались общеизвестные формулы: формула Старра (определение ударного объема), Мостеллера (определение площади поверхности тела), Савицкого (расчет общего периферического сопротивления сосудов) и другие. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением программного обеспечения «Statistica 6.0» для Windows. В данном исследовании приняли участие 21 пациент (12 женщин, 9 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет) отделения реанимации. Пациенты находились на лечении в ОРИТ по различным показаниям. Каждому участнику исследования показатели его центральной гемодинамики были определены двумя упомянутыми способами, а затем проанализированы компьютерной программой. На основании полученных данных формулировались выводы и заключение.

Результаты. По результатам проведенного исследования были установлены статистически значимые различия в показателях центральной гемодинамики определенные расчётным методом и методом неинвазивного измерения. Такие основные гемодинамические константы, как ударный объем (УО), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ) и ударный индекс (УИ), измеренные аппаратным методом, были на 30-40% ниже по сравнению с рассчитанными по общепринятым формулам показателями. Таким образом, нами получен отрицательный результат и требуются дополнительные исследования для окончательного решения об эффективности и целесообразности использования ультразвукового измерения показателей центральной гемодинамики в отделениях ИТР.

Емельяненко А.В.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Научный руководитель доктор мед. наук, проф. Рычагов П.Г.
Кафедра общей хирургии

Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) относится к числу наиболее распространённых гастроэнтерологических заболеваний (до 30% среди взрослого населения).

Актуальность работы. Недостаточная изученность этиологии, патогенеза, причин и механизма развития; неполнота отражения значений функциональных нарушений толстой кишки в происхождении дивертикулов, патоморфологичекие особенности и не до конца изученная роль объективных методов исследования при осложненных формах дивертикулярной болезни, необходимость разработки единой диагностической и лечебной программы, обоснованного комплекса профилактических мероприятий для предупреждения осложнений.

Материалы и методы. Было изучено 148 пациентов с дивертикулярной болезнью всех возрастных категорий. Из них с осложнёнными формами заболевания (115 человек): кишечное кровотечение 66,9% (99 чел.), перфорация дивертикула 3,4% (5 чел.), дивертикулит 6,08% (9 чел.), кишечный свищ 1,4% (2 чел.). Было прооперированно всего 20 человек (14,2%), остальные получали консервативное лечение.

По результатам исследования частота встречаемости ДБТК с возрастом увеличивается, наиболее подвержены лица старше 70 лет (56,8 %).

Отмечается увеличение доли следующих сопутствующих заболеваний: ИБС (48,6 %), артериальная гипертензия (40,5 %), гастрит (4,7%), сахарный диабет (4,7%), грыжи (2,7%), геморрой (1,35 %).

Методом выбора в диагностике дивертикулёза является ирригоскопия, которая даёт наилучшие результаты в тех случаях, когда проводится с использованием методики двойного контрастирования.

Таким образом:

1. Распространённость ДБТК в популяции возрастает с каждым годом, преимущественно это лица женского пола старше 70 лет (43,2%);
2. Высокое количество пациентов с осложнённой формой заболевания (77,7%);
3. Наиболее частое осложнение ДБТК - кишечное кровотечение (66,9%);
4. Отмечается увеличение ряда сопутствующих заболеваний, из которых на первом месте ИБС.

Емельяненко А.В.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВО ВРЕМЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО РАССЛАБЛЕНИЯ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Научный руководитель д-р мед. наук Рудой А.С.
Кафедра военно-полевой терапии

С внедрением в клиническую практику допплер-ЭхоКГ и проведением функциональных проб существенно расширились возможности ранней неинвазивной диагностики дисфункциональных процессов в миокарде. Многие исследования последних лет придают значительную роль в развитии диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) доказательству патологической диастолической жесткости (diastolic stiffness). Вместе с тем существуют доказательства ферментативной стимуляции предсуществующей при наследственных нарушениях соединительной ткани (ННСТ) десмоплазии (неправильной ориентации) коллагена, увеличению жесткости миокарда.

Цель исследования: оценить характер и степень влияния фенотипических характеристик ННСТ в виде классифицированных и неклассифицированных диспластических синдромов и фенотипов (ДСиФ) и аномально расположенных хорд (АРХ) как проявления малых аномалий развития сердца (МАС) на особенности кардиогемодинамических параметров (КГП), в частности на диастолическое расслабление у лиц молодого возраста.

Материал и методы, Проведено клинико-инструментальное обследование 184 мужчин в возрасте от 18 до 26 лет ДСиФ. Алгоритм распознавания ДсиФ разработан на основании Национальных российских рекомендаций по диагностике ННСТ. Все обследованные пациенты разделены на группы с учетом наличия/отсутствия фенотипических признаков ННСТ и АРХ в полости ЛЖ по результатам ЭхоКГ, проведенного по общепринятой методике в сочетании с диастолическим стресс-тестом и пробой Вальсальвы на ультразвуковом диагностическом аппарате «Toshiba SSH 140A» (Япония) в М- и В-режимах, а также в режиме Допплера.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с фоновыми ННСТ значимо ($p<0,05$) снижается время замедления раннего диастолического наполнения трансмитрального потока (DT) до 165 мс в сравнении с группой пациентов с 1-2 фенами ННСТ (174 мс), что, однако, не выходит за пределы нормальных популяционных значений (184±24 мс). В то же время больший интерес вызывает сравнение КГП у лиц наличием/отсутствием АРХ (см. табл. 1).

Таблица 1 – Сравнение КПГ у пациентов с АРХ

показатель/группа	число наблюдений	АРХ «+» (n=93)	число наблюдений	АРХ «-» (n=91)	Mann-Whitney U test (p)
E, см/с	93	90±17	91	84±15	0,013956

E/A	93	1,93±0,47	91	1,74±0,44	0,009333
IVRT, мс	92	58±12	91	76±9	0,000059
Индекс ЭхоКГ	75	0,32±0,076	56	0,4±0,125	0,001546

Выводы: 1. Изменения КГП у лиц с изолированными АРХ - равно как и в сочетании с ДСиФ – свидетельствуют о нарушении активной релаксации миокарда и ограничении предсердного диастолического резерва с формированием неполноценной (укороченной диастолы). 2. Таким образом, гемодинамическое обеспечение организма у лиц с АРХ осуществляется в неблагоприятных условиях снижения преднагрузки при увеличении постнагрузки и постепенно, но неуклонно прогрессирующим развитием ДДЛЖ как проявление сердечной недостаточности с нормальной фракцией выброса, что требует особого учета при установлении состояния адаптационных резервов организма – особенно в условиях повышенных нагрузок на организм военнослужащих.

Емельянчик И.Ю.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИКУСА С НЕКОТОРЫМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ГОЛОВЫ И ЛИЦА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Корхова Н.В.
Кафедра ортодонтии

Цель исследования: изучить взаимосвязь прикуса с некоторыми антропометрическими параметрами головы и лица.

Нами обследовано 103 учащиеся школ и гимназий в возрасте 14-16 лет. В ходе работы использовались клинический (постановка ортодонтического диагноза по схеме Ф.Я. Хорошилкиной) и антропометрический (определение головного, носового и лицевого индексов, индекса отношения максимальной высоты к максимальной ширине головы) методы исследования. Определение антропометрических показателей проводилось по методике К. Дитриха.

В результате проведенного исследования было установлено, что у преобладающей массы обследованных лиц (73%) имелось нейтральное соотношение зубных рядов, на втором месте по частоте встречаемости – дистальный прикус (16%), и реже всего выявлялась мезиальная окклюзия (11%).

При определении лицевого индекса выявлено, что подавляющее большинство обследованных (67%) относились к мезопросопикам (средняя ширина лица), среди них преобладали лица с нейтральным прикусом (72%). Юрипросопики (широкое лицо) встречались в 18,5% случаев, для них характерен мезиальный прикус (42%). К лептопросопикам (узкое лицо) относилось 14,5% обследованных, в данной группе превалировали лица с нейтральныхм соотношением челюстей (60%).

Определяя носовой индекс, выявили, что большинство (53%) обследованных относились к мезоринам, лепторины и платирины встречались гораздо реже – 26% и 21% случаев соответственно. При прикуса у лиц с узким длинным носом (лепторинов) у 44% обследованных была диагностирована дистальная окклюзия. Среди платиринов (лиц с широким коротким носом) преобладал мезиальный прикус (36% случаев). У лиц со средними размерами носа (мезоринов) доминировало (87%) нейтральное соотношение челюстей.

Изучая соотношение ширины и длины черепа (головной индекс), выявили, что большинство обследованных (72%) имели мезоцефальный тип черепа, а долихоцефальный и брахицефальный типы встречались гораздо реже – в 15% и 13% случаев соотвественно. У лиц с мезоцефальным типом черепа преобладал (68%) нейтральный прикус. Среди брахиоцефалов хотя и гораздо в меньшем количестве 43% случаев доминировал также нейтральный прикус.

У лиц с долихоцефальным типом черепа в 53% случаев была установлено также нейтральное соотношение челюстей.

Изучение индекса соотношения максимальной высоты к максимальной ширине головы выявило следующее разделение обследованных на среднеголовых, низкоголовых и высокоголовых – 81%, 11% и 8% соответственно. У среднеголовых прослеживалось явное преобладание нейтрального прикуса (64%). Среди высокоголовых ещё в большем количестве, чем у среднеголовых, лидировал (75%) также нейтральный прикус. У низкоголовых преобладала дистальная окклюзия.

Таким образом, среди обследованных девушек в возрасте 14-16 лет большинство имели мезоцефальный тип черепа, относились к мезопросопикам (средняя ширина лица) и мезоринам (средние размеры носа), а также характеризовались средним вариантом соотношения максимальной высоты к максимальной ширине головы. Для данной категории девушек характерно нейтральное соотношение челюстей.

Емельянчик И.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА ВЕНТИЛЯЦИИ У ДЕВУШЕК-ШКОЛЬНИЦ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Глебов А.Н.
Кафедра патологической физиологии

Из литературных источников известно, что представители некоторых соматотипов характеризуются склонностью к формированию определенной патологии и особенностям ее протекания. В то же время имеет место недостаточная разработка вопросов, связанных с выявлением конституционально обусловленных особенностей дыхательной системы.

Цель исследования: проведение анализа дыхательного коэффициента вентиляции у девушек-школьниц различных типов конституции.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена при помощи антропометрического метода обследования 103 девушек-добровольцев, в возрасте 14-16 лет, которые являлись учащимися школ и гимназий. Показатели функции внешнего дыхания определяли при помощи полианализатора ПА-5-01. Испытуемый дышал в прибор через загубник, обработанный спиртом. Носовое дыхание исключали, используя зажим для носа. Для расчета должных величин, испытуемого регистрировали, вводя в прибор его данные: пол, рост и возраст. После выбора методики «МОД» на экране прибора появлялись соответствующие показатели: дыхательный объём (ДО), время вдоха (Твд), время выдоха (Твыд), дыхательный коэффициент вентиляции (ДКВ). ДКВ рассчитывался как отношение Твыд к Твд. Определение соматотипов осуществлялось по методике Н.А. Усоевой. При этом, нами измерялись семь антропометрических параметров: длина тела, ширина плеч, поперечный размер грудной клетки, переднезадний размер грудной клетки, ширина таза, обхват запястья и обхват лодыжек. С целью внутригруппового разделения на соматотипы использованы стандартные квадратические отклонения от средних. Разделительным порогом считали границы интервала $\pm 1\delta$. Для выделения крайних соматотипов (астеников и гиперстеников) использованы отношения суммы трёх поперечных размеров – ширины плеч, грудной клетки и таза к длине тела, выраженное в процентах. Девушек с показателями меньше $M - \delta$ относили к астеническому (преобладание продольных размеров), больше $M + \delta$ к гиперстеническому (преобладание поперечных размеров) типам. Оставшиеся лица средней группы отнесены к нормостеническому типу.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено доминирование нормостенического типа конституции, который составил 69% от количества обследованных, гиперстеники – 17% и астеники – 14%. Самые высокие исходные показатели ДО наблюдались у гиперстеников, они приближались к верхней границе нормы и

составляли 0,57 л, у нормостеников и астеников эти параметры были несколько ниже и составили соответственно 0,36 л и 0,51 л. Время вдоха при спокойном дыхании самое продолжительное было у астеников – 2,18 с, у гиперстеников – 1,84 с и у нормостеников – 1,65 с. Время выдоха было наибольшее у гиперстеников – 2,47 с, у астеников – 2,33 с, у нормостеников – 1,86 с. Максимальное значение ДКВ также было зафиксировано у гиперстеников – 1,34, у нормостеников и астеников оно было меньше и составило соответственно 1,13 и 1,07.

Таким образом, в структуре дыхательного цикла экспирация более выражена у гиперстеников, чем у нормостеников и астеников. Это, по-видимому, обусловлено тем, что у гиперстеников просвет бронхов шире и, следовательно, объём мёртвого пространства у них выше, поэтому альвеолярная вентиляция ниже, что снижает их резервные возможности при физической нагрузке на длительные дистанции.

Емильян О.К.

БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Пискун Т.А
1-я кафедра детских болезней

В последние годы благодаря широкому применению УЗИ и скрининговым исследованиям изменилось представление о клинической картине желчекаменной болезни (ЖКБ), накоплены определенные сведения о клиническом течении билиарного сладжа (БС), отмечается «омоложение» ЖКБ. Выделяют следующие варианты БС: эхонеоднородная желчь со сгустками, взвесь гиперэхогенных частиц, замазкообразная желчь. По литературным данным у каждого пятого ребенка с БС в дальнейшем формируются камни в желчном пузыре. Поэтому наиболее целесообразной является диагностика заболевания на стадии БС.

Цель работы: дать клиническую характеристику пациентов с БС и проанализировать возможные причины его возникновения.

Материал и методы: были проанализированы истории болезни 24 пациентов с БС находившихся на госпитализации в УЗ ГДИКБ в 2012-2013 году.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов с БС преобладали девочки-17(71%). В основном это были дети до 6 лет 16 (67%): в возрасте до 1 года было 4 детей (17%), от 1 года до 3-х лет -7 пациентов (29%), от 3 до 6 лет - 5 пациентов (21%). В возрасте с 6 до 12 лет было 3 детей (12%), с 12 до 18 - 5 детей (21%).

Диагнозы, по поводу которых пациенты были госпитализированы в ГДИКБ, представлены следующим образом: 9(38%) - ОРИ (фарингит, тонзиллит, трахеит, отит), 5 (21%) - инфекционный мононуклеоз, 3 (12,5%) - ОКИ, 2 (8%) - ИМС, 2(8%) – пневмония. В остальных 3 (12,5%) случаях диагностированы геморрагический васкулит, ЦМВ-инфекция, иерсиниоз.

Показаниями для назначения УЗИ органов брюшной полости (ОБП) были: боли в животе (околопупочная область) у 11(46%) пациентов, повышение уровня трансаминаз (АСТ, АЛТ) в 7 случаях (29%) и у 6 пациентов сочетание этих симптомов (25%). У 5 (21%) пациентов (с инфекционным мононуклеозом) при осмотре была выявлена гепатомегалия, что также послужило поводом для дообследования..В среднем уровень АСТ у обследованных пациентов составил 68 ед. (от 20 до 300), уровень АЛТ колебался от 14 до 314 ед, в среднем 63. При УЗИ ОБП были выявлены следующие варианты БС: эхонеоднородная желчь со сгустками найдена у 10 пациентов (42%), взвесь гиперэхогенных частиц - у 12 (50%), и у 2 (8%) пациентов диагностирован вариант БС в виде замазкообразной желчи. Цефтриаксон в средней дозе 70 мг/кг (40 мг/кг- 100 мг/кг) получал 21 пациент (87,5%). 1 пациент получал цефиксим в дозе 8 мг/кг, 1 - амокиклав в дозе 50мг/кг по амоксициллину. Средняя продолжительность антибактериальной терапии составила 7 дней (минимум – 1 день, максимум – 14 дней).

Выводы. Таким образом, по нашим данным БС наиболее часто диагностируется у детей первых 6 лет жизни, чаще встречается у девочек (2/1), вероятным фактором риска является

антибактериальная терапия (цефтриаксоном) в средней дозе 70 мг/кг/сут. Клинические проявления БС неспецифичны, настораживающим фактором может служить болевой синдром и повышение уровня трансаминаз, не являющееся проявлением основного заболевания. Эхоскопически чаще выявляются взвесь гиперэхогенных частиц (50%) и эхонеоднородная желчь со сгустками (42%).

Ермак А.Н., Кузьмин Д.С.

МЕНИНГИТ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ: ОСОБЕННОСТИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель асс. Емельянова Н.А.
Кафедра фтизиопульмонологии

Актуальность. Менингит – воспаление оболочек головного и спинного мозга, сопровождающееся интоксикационным, общемозговым и менингеальным синдромами. Менингит вызывают различные агенты (чаще бактерии и вирусы, реже грибы и протисты). Одной из самых сложных в диагностике формой менингита является туберкулёзный менингит. Ошибки в диагностике данного заболевания часто являются следствием атипичного течения болезни. Даже в развитых странах смертность от туберкулёзного менингита остаётся высокой и колеблется от 15 до 32 %.

Цель: изучение особенностей течения туберкулёзного менингита у пациентов, находившихся на лечении в «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2007-2012 гг.

Задачи: 1.Определить социальный статус пациентов, больных менингитом туберкулёзной этиологии; 2.Оценить факторы риска развития менингита у пациентов; 3.Изучить изменения показателей ликвора у пациентов с туберкулёзным менингитом.

Материалы и методы исследования. Проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в период с 1 января 2007 года по 31 декабря 2012 года. Анализировались все случаи заболевания туберкулёзным менингитом.

Результаты. За период 2007-2012 гг. было выявлено 22 случая туберкулёзного менингита у пациентов, находившихся на лечении в клинике «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии». Летальный исход наблюдался у 12 человек (55%).

Анализируя возрастно-половой состав пациентов, больных туберкулезным менингитом, нами было выявлено, что детей до 18 лет было 5 человек (23%), 14 случаев среди работоспособного населения (63%) и 3 случая среди пациентов пенсионного возраста (14%). Следует также отметить, что среди пациентов работоспособного возраста всего лишь 1 человек имел постоянное место работы, а 13 человек (58 %) на момент поступления в стационар вели асоциальный образ жизни. Более половины всех пациентов с туберкулезным менингитом были мужского пола (14 человек), а у женщин заболевание встречалось реже (у 8 человек). Изучая анамнез пациентов нами было выявлено, что у 7 человек (32%) не удалось выявить изменения в других органах и системах. Иммунодефицитное состояние имелось у 5 пациентов, причем трое из них были ВИЧ-инфицированными. В 2 случаях менингоэнцефалит был выявлен у детей. У 9 пациентов, с нашей точки зрения, менингоэнцефалит развивался вследствие гиподиагностики существуещего менингита.

При изучении данных биохимического исследования ликвора пациентов с туберкулезным менингитом следует отметить вариабельность всех показателей (белок, глюкоза, цитоз). Нами были выявлены случаи атипичных для туберкулёзного менингита анализов ликвора. Например, содержание глюкозы в анализах 4 пациентов было в пределах нормы (2,2-3,8 ммоль/л), а у 3 пациентов – выше нормы. Количество белка в 3 случаях было в пределах нормы (0,15-0,45 г/л) и в 2 случаях – ниже нормы. Цитоз в пределах нормы был выявлен в 2

случаях. Только в 3 анализах ликвора (14%) были выявлены микобактерии туберкулеза. Фибриновая плёнка была обнаружена в анализах лишь 3 пациентов.

Выводы. 1. Туберкулёзный менингит возникает в основном у трудоспособных людей, ведущих асоциальный образ жизни. 2. Наблюдается высокий процент случаев туберкулёзного менингита как первичного процесса без туберкулёзного поражения других органов. 3. Исследование биохимических показателей ликвора нельзя считать высокоинформативным методом диагностики туберкулёзного менингита.

Ермак А.Н.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ФАКТОРОВ РИСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлов О.Б.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания, в частности ишемическая болезнь сердца, являются на сегодняшний день наиболее частой причиной смерти в нашей стране. Острый коронарный синдром представляет собой обострение стабильного течения ишемической болезни сердца и клинически проявляется формированием инфаркта миокарда, развитием нестабильной стенокардии или внезапной смерти. Введение термина острый коронарный синдром обусловлено необходимостью принятия быстрого решения о целесообразности проведения реперфузионной (тромболитической или интервенционной) терапии до окончательного установления диагноза (приложение 2 к приказу МЗ РБ от 09.01.12 №155).

Цель: изучение историй болезни пациентов, находившихся на лечении в реанимационно-анестезиологическом отделении «УЗ Столбцовская ЦРБ» за 2012 год.

Задачи: 1. Определить форму ИБС у пациентов. 2. Определить сроки доставки пациентов в стационар. 3. Оценить факторы риска развития ИБС у пациентов.

Материалы и методы исследования. Проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов находившихся на лечении в реанимационно-анестезиологическом отделении «УЗ Столбцовская ЦРБ» в период с 1 января 2012 года по 31 декабря 2012 года. Анализировались все случаи возникновения острого коронарного синдрома.

Результаты. За 2012 год было выявлено 43 случая острого коронарного синдрома у пациентов, находившихся на лечении в реанимационно-анестезиологическом отделении «УЗ Столбцовская ЦРБ». При дальнейшем анализе было выявлено 3 случая впервые выявленной стенокардии (7%), 7 случаев нестабильной стенокардии (16%), и 33 случая инфаркта миокарда (77%). У 23 пациентов диагносцирован крупноочаговый инфаркт миокарда (70%), а у 10 – мелкоочаговый (30%). У одного пациента выявлен повторный инфаркт миокарда. Летальный исход наблюдался у 7 человек (16%).

Анализируя скорость доставки пациентов в стационар было выявлено, что 26 человек было госпитализировано в период не превышающий 6 часов (60%), 9 пациентов поступили в течении 24 часов (21%), еще 8 человек поступили в стационар в период, превышающий 24 часа (19%).

При изучении факторов риска в исследуемой выборке обнаружилось: мужчин с данным диагнозом госпитализировано 29 (77%), женщин – 8 (23%). Средний возраст мужчин составляет 57 лет, женщин – 63 года. Избыточная масса тела была выявлена у 17 человек (40%). Курение как фактор риска ИБС обнаружилось в анамнезе 14 человек (33%). Следует отметить, что у всех пациентов в анамнезе присутствует артериальная гипертензия, а у 2 острый коронарный синдром сопровождался гипертоническим кризом (5%). У 6 человек в анамнезе обнаружился сахарный диабет (16%).

Выводы. 1. У 23% пациентов с острым коронарным синдромом удалось избежать развития инфаркта миокарда. 2. Скорость доставки пациентов в стационар позволяет проводить

тромболитическую терапию лишь в 70% случаев. 3. Группой риска по острому коронарному синдрому являются мужчины старше 57 лет, ведущие малоактивный образ жизни.

Ермакович Т.В., Сазонова М.М.

ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ДЕТСКИМИ ЗУБНЫМИ ПАСТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ РАЗЛИЧНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ДОБАВКИ, НА НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Кленовская М.И,
канд. мед. наук Минченя О.В.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель исследования: сравнительный анализ динамики некоторых показателей ротовой жидкости (кислотность, буферная емкость по кислоте, минерализующий потенциал слюны) у детей дошкольного возраста до и после однократной чистки зубов детскими фторид- и кальций-содержащими зубными пастами.

Материалы и методы. В исследовании, которое проводилось на базе ДДУ № 511 г. Минска приняли участие 26 дошкольников, средний возраст которых составил 5,8 года. Обследуемые были разделены на 2 группы по 13 человек. Дошкольники 1-й группы после завтрака чистили зубы детской фторид-содержащей (500ppm, соединение фторид натрия), 2-й группы – кальций-содержащей (активное соединение глицерофосфат кальция) зубной пастой.

Пробы ротовой жидкости у детей забирали до завтрака (натощак), после завтрака, сразу после чистки зубов и через 30 минут после чистки. Определение pH ротовой жидкости проводили потенциометрическим методом с помощью цифрового ионометра "pH-150M" и системы, состоящей из измерительного и вспомогательного электродов; буферную емкость определяли по методу В. К. Леонтьева (1974); для оценки минерализующего потенциала слюны использовали методику, предложенную П. А. Леусом (1977) с учетом изменений, внесенных Х. М. Сайфуллиной, А. Р. Поздеевым (1991).

Результаты. Прием пищи дошкольниками привел к снижению кислотности ротовой жидкости на 5%, буферной емкости по кислоте на 25% и минерализующего потенциала слюны на 93%.

Проведение гигиенических мероприятий с использованием минерализующих зубных паст способствовало восстановлению изучаемых показателей ротовой жидкости.

Сразу после чистки зубов фторид и кальций-содержащей зубными пастами pH ротовой жидкости повысился на 12,5% и 65%, минерализующий потенциал слюны на 44,5% и 21% соответственно. Через 30 минут после чистки зубов фторид-содержащей пастой было отмечено восстановление кислотности, буферной емкости и минерализующей активности слюны до исходных значений. Применение кальций-содержащей пасты привело через 30 минут после чистки к повышению показателей выше начальных на 20-25%.

Таким образом, чистка зубов детскими зубными пастами, содержащими минерализующие добавки, оказывает положительное влияние на некоторые параметры ротовой жидкости: щелочной сдвиг pH, восстановление буферной емкости и минерализующего потенциала слюны.

Ермакович Т.В., Макар Н.В.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛЕКСА «ЭНДОДОНТ-ПЕРИОДОНТ»

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Соломевич А.С.
3-я кафедра терапевтической стоматологии

Цель исследования: провести сравнительную оценку результатов дополнительных методов определения чувствительности твердых тканей зуба, пульпы и периодонта у пациентов с различными заболеваниями маргинального периодонта в возрасте 20-44 года.

Задачи исследования: оценить стоматологическй статус ротовой полости; изучить электровозбудимость пульпы, чувствительность твердых тканей зуба и периодонта у пациентов с хроническим маргинальным гингивитом легкой степени тяжести и с хроническим простым периодонтитом легкой степени тяжести. Изучить влияние дозированного вакуума на электровозбудимость пульпы зубов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 3-й кафедры терапевтической стоматологии БГМУ. В исследовании приняли участие 23 человека, которые были определены в 2 группы (1-я – пациенты с хроническим маргинальным гингивитом легкой степени тяжести в возрасте 20-24, 2-я – пациенты с хроническим простым периодонтитом легкой степени тяжести в возрасте 35-44 года). Для оценки статуса полости рта пользовались следующими индексами: КПУЗ, OHI-S (Green, Vermillion, 1964); GI (Loe, Silness, 1963), комплексный индекс дифференцированной чувствительности зуба (Л. Н. Дедова, 2004), индекс чувствительности периодонта (Л. Н. Дедова, 2004); индекс рецессии десны. Электровозбудимость пульпы изучали с использованием прибора “Pulptester PT-1”. Состояние сосудов периодонта определяли с помощью вакуумной пробы на стойкость капилляров десны (В. И. Кулаженко, 1960) и индекса периферического кровообращения (Л. Н. Дедова, 1981). Влияние дозированного вакуума оценивали на основании изменений показателей электровозбудимости пульпы.

Результаты. Среднее значение индекса КПУЗ в 1-й группе соответствует средней интенсивности кариеса зубов, во 2-й группе - высокой; среднее значение OHI-S соответствует удовлетворительной гигиене полости рта в 1-й группе, неудовлетворительной – во 2-й группе; значение GI – легкой степени тяжести воспаления в обеих группах. С прогрессированием воспалительных заболеваний периодонта было отмечено изменение электровозбудимости пульпы, чувствительности твердых тканей зуба и тканей периодонта (как снижение, так и увеличение), в т. ч. при действии дозированного вакуума, и ухудшение показателей микроциркуляции тканей периодонта.

Ерман Е.Ю.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ УМСТВЕННОГО УТОМЛЕНИЯ ЛЕТЧИКОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДИНАМИКЕ ВЫСШИХ ИНТЕГРАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Специфические условия летной деятельности обусловливают определенные психофизиологические требования к летному составу, важнейшими из которых являются высокий уровень оперативной памяти и оперативного мышления, а также высокая скорость переработки информации.

Известны различные методики диагностики степени умственного утомления летчиков: анализ времени сложной сенсомоторной реакции на аппаратном комплексе «Физиолог М», применение корректурных проб с оценкой уровня показателя внимания, и скорости переработки информации. Вместе с тем, в доступной литературе отсутствуют сведения о применении методик оценки оперативной памяти и переключения внимания на пред-, меж- и послеполетном медицинских осмотрах с целью определения влияния летной нагрузки и характера полетных заданий на степень утомления пилотов.

Объект исследования. 46 пилотов-спортсменов, пилотов-любителей, летающих по спортивным программам, а также курсантов II-IV курсов авиационного факультета учреждения

образования «Военная академия Республики Беларусь», осуществляющих учебно-тренировочные полеты, в возрасте 18-32 года (средний возраст составил 22,4±1,3 года).

Предмет исследования. Высшие интегративные функции центральной нервной системы (ЦНС): оперативная память, скорость переработки информации.

Цель работы: оценить динамику высших интегративных функций ЦНС под влиянием летной деятельности с помощью предложенных методик.

Методы исследования. Проведен статистический анализ результатов 414 тестов предложенной нами комбинированной методике оценки оперативной памяти с переключением внимания, а также 92 тестов по модифицированной методике «кольца Ландольта» с применением пакета прикладных программ «STATISTICA», V.6.

Результаты исследования. Среднее количество найденных сумм/разностей (ПНС/Р) на предполетном медицинском осмотре составило 35,4±0,6; при проведении тестирования в межполетный период и после полетов – в 1,1 ($z=8,69$; $p<0,001$) и 1,16 ($z=9,65$; $p<0,001$) раза соответственно. После летной смены суммарное количество ПНС/Р менее 30 составило 38,4%, превысив вышеуказанный показатель, характеризующий функциональное состояние ЦНС, в межполетном периоде в 1,36 раза ($p<0,001$). На послеполетном медицинском осмотре общее количество ПНС/Р менее 25 составило 8,7%, превысив данный показатель, выявленный на пред- и межполетных медицинских осмотрах, в 4,0 и 1,5 раза соответственно. При этом у данного контингента обследуемых отмечалась тенденция ($p>0,05$) к артериальной гипотензии, тахикардии, гипергидроз, сонливость.

К концу летной смены достоверно возрастало время, затраченное на выполнение теста по модифицированной методике «кольца Ландольта» ($z=,19$; $p=0,028$), а также скорость переработки зрительной информации (S, $z=1,96$; $p=0,049$). При оценке «кривых истощаемости» отмечено более выраженное снижение концентрации внимания и количества просматриваемых знаков за 30-секундные интервалы к концу летной смены.

Вывод. Установленная высокая отрицательная корреляция состояния оперативной памяти и переключения внимания с общим налетом за летную смену и количеством ошибок, допущенных при пилотировании ($\rho=-0,84$ и -0.76 соответственно), а также достоверные различия скорости переработки информации в начале и конце летной смены позволяют рекомендовать предложенные тесты в качестве объективных методик контроля за степенью умственного утомления летчиков при осуществлении профессиональной деятельности.

Ефимчик А.В.

ЭТИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПРОВИЗОРА И ЕГО АНАЛИЗ

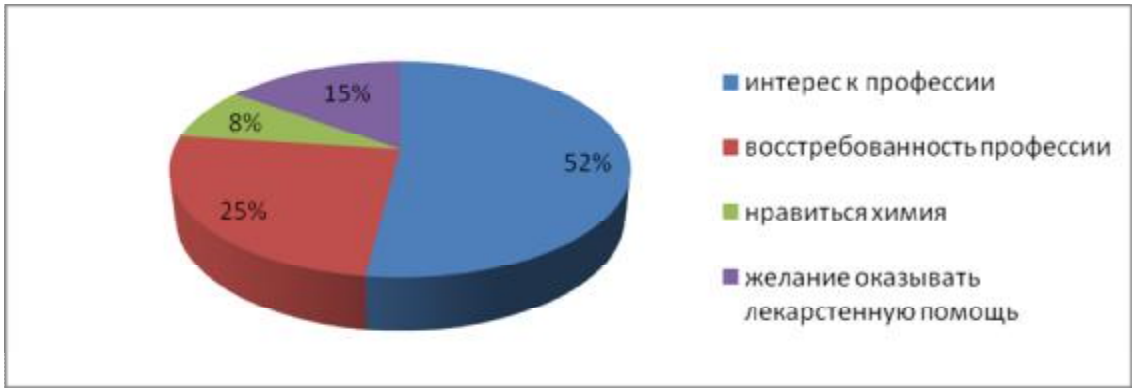
Научный руководитель д-р фарм. наук, проф. Эльяшевич Е.Г.
Кафедра организации фармации

Цель исследования: определить правильность выбора профессии провизора, изучить мнение студентов фармацевтического факультета БГМУ о проблемах, связанных с изготовлением лекарственных средств, их испытанием на животных и др.

Методы исследования. Использован метод анкетирования.

Анкета включала 20 вопросов. Опрошено 87 студентов фармацевтического факультета.

Результаты исследования. Будущие провизоры заботятся о своем здоровье, следуют здоровому образу жизни и демонстрируют культуру поведения в быту и в обществе: 100% опрошенных указали, что не курят, отношение к алкоголю у 53 (61%) респондентов также отрицательное. Несколько вопросов предлагаемой анкеты позволили выявить отношение студентов к их будущей профессии, причины их выбора фармацевтического факультета.



Также студенты осознанно делали выбор в пользу профессии провизора (78 человек – 90%), понимая её преимущества перед другими специальностями (50 человек – 58%), о чем говорят следующие результаты: 15 человек обосновали большой восприимчивостью к чужой беде, 7 человек указали, что бояться крови, не желает быть врачом 9 студентов, самый «популярный» ответ – перспективность профессии провизора (22 человека) и меньше ответственности, чем у врачей в продолжительности лечения больного (24 опрошенных Большинство респондентов (61%) «проголосовали» за открытие аптек, в которых будут реализовываться и готовые лекарства, и экстемпоральные лекарственные средства: у каждого человека есть свои особенности, учитывая их, провизоры должны грамотно и строго индивидуально оказывать лекарственную помощь. 34 человека считают необходимым наличие аптек, отпускающих лекарственные препараты в готовом виде, чтобы не создавать «очередь» и не тратить лишнее время на ожидание приготовления необходимого лекарства.

Выводы. Анализ анкет свидетельствует, что провизор – студент фармацевтического факультета БГМУ – человек, который следит за своим здоровьем, уважительно относится к пожилым людям, любит животных. Он отзывчив и внимателен к окружающим, осознанно подходит к выбору будущей профессии, понимая не только престижность, востребованность и благородность фармацевтической специальности, но и ответственность будущего провизора за здоровье людей.

В ходе исследовательской работы по анкетированию студентов I и II курсов БГМУ нами определено соответствие личности (характера, взглядов, увлечений и т.д.) выбранной профессии; отношение студентов к решению актуальных проблем (опыты над животными); необходимость наличия аптек, готовящих лекарства экстемподально и аптек ГЛФ (готовых лекарственных форм); этический портрет провизора.

Ефременко А.А., Конон Е.С.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ОПЕКИ РОДИТЕЛЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мельникова Е.И.
Кафедра стоматологии детского возраста

Целью исследования: оценка уровня гигиенических знаний о профилактике стоматологических заболеваний детей, оставшихся без опеки родителей.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование 63 учащихся школы-интерната №5г. Минска. В анкету включены 12 вопросов, касающихся осознания важности иметь здоровые зубы, знаний по уходу за полостью рта, использованию дополнительных средств гигиены, факторах риска развития кариеса зубов.

Результаты исследования. По данным анкетирования было установлено, что 82,5±4,78% детей считают здоровую улыбку важным фактором при общении с окружающими, а 11,1±3,9% детей этот факт ставили под сомнение. Важность здоровой улыбки при общении с

окружающими 3,2±2,2% детей отрицали. Большинство (88,9±3,9%) детей осознают, что гигиена полости рта необходима для предотвращения развития кариеса зубов. Зубы чистят 2 раза в день утром перед едой и вечером перед сном 57,1±6,2% школьников. Редко (от случая к случаю) ухаживают за зубами 4,3±2,5% анкетируемых детей. На вопрос о длительности чистки зубов 49,2±6,2% детей ответили, что чистят зубы 3-4 минуты, при этом, 9,6±3,7% детей на эту гигиеническую процедуру затрачивают менее 1 минуты. Анализ ответов на вопрос о сроках замены зубной щетки более половины опрошенных школьников (69,8±6,6%) меняют зубную щетку 1 раз в 3 месяца, а 12,7±4,1% - 1 раз в 6 месяцев. Для 17,5±4,7% детей критерием замены зубной щетки является износ щетинок. Для оценки применения для гигиены полости рта дополнительных средств гигиены в анкету были включены вопросы о использовании зубной нити и жевательной резинки. Анализ анкетирования показал, что лишь 25,4±5,4% детей пользуются зубной нитью для ухода за зубами. Более половины детей (63,5±6,8%) не используют зубную нить, а 11,1±3,9% вообще не слышали о таком дополнительном средстве гигиены. Жевательную резинку с целью очищения зубов используют 23,8±5,3%, для придания свежести полости рта - 36,5±6,0% детей, а 7,9±3,3% вообще не жуют жевательных резинок. Большинство детей (54,0±6,2%) жуют жевательную резинку до тех пор, пока не исчезнет ее вкус. Абсолютное большинство детей согласилось с тем, что сладкое вызывает заболевания зубов, однако 30,2±5,7% употребляют сладости каждый день в качестве перекусов. О важности молочных продуктов для здоровья зубов знают 41,3±6,2% детей, 28,6±5,6% считают, что для того чтобы зубы были здоровыми необходимо есть овощи и фрукты, а 15,9±4,6% важнейшую роль отводят морепродуктам.

Таким образом, несмотря на осознание детьми, оставшимися без опеки родителей, важности здоровья зубов в личной и общественной жизни, уровень их гигиенических знаний о профилактике стоматологических заболеваний недостаточен, что требует организации регулярного санитарного просвещения и обучения.

Жагунь О.А., Жишкевич А.М.

РЕГУЛЯТОРНЫЕ Т-ЛИМФОЦИТЫ У НЕКУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Научный руководитель асс. Кадушкин А.Г.
Кафедра биологической химии

При хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) воспалительный процесс поражает проксимальные и периферические отделы дыхательных путей, легочную паренхиму и стенку легочных сосудов, что постепенно ограничивает скорость воздушного потока. Долгое время ведущим фактором риска развития ХОБЛ признавалось курение. Однако результаты обследований населения в разных странах, проведенных в последнее десятилетие, показали, что до 68,6 % пациентов, страдающих ХОБЛ, никогда не курили.

Одной из главных проблем ХОБЛ являются трудности лечения. Ее терапия на современном этапе носит большей частью симптоматический характер и не позволяет замедлить прогрессирование заболевания. Поэтому продолжают изучаться механизмы развития ХОБЛ. Полагают, что в патогенезе этого заболевания важную роль выполняют Т-лимфоциты. Особое место среди них занимают регуляторные Т-лимфоциты (Treg). В нормальных условиях они осуществляют своеобразный надзор за другими Т-клетками, регулируя их функцию. Поэтому выяснение закономерностей количественных изменений Treg при ХОБЛ приобретает патогенетическое значение.

Цель исследования: оценка особенностей количественного изменения регуляторных Т-клеток (Treg) с рецепторным фенотипом $CD4^{+}CD25^{+}CD127^{-}$ в общей популяции лимфоцитов крови у курящих и некурящих пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 21 некурящий пациент с ХОБЛ, 20 курящих пациентов с ХОБЛ, 20 некурящих здоровых людей и 21 здоровый курильщик. Для определения Treg использовали панель антител CD4-FITC/CD25-PC5/CD127-PE. Анализ популяций лимфоцитов проводили на проточном цитометре Cytomics FC500.

Результаты. Доля Treg была выше у некурящих пациентов с ХОБЛ по сравнению с некурящими людьми без ХОБЛ. У курящих пациентов с ХОБЛ также был увеличен процент этих клеток по сравнению со здоровыми курящими и некурящими людьми. Относительное количество Treg было повышено у курящих пациентов с ХОБЛ по сравнению с некурящими пациентами с ХОБЛ. Это свидетельствует о том, что у курящих пациентов с ХОБЛ курение усиливает повышение количества Treg, вызванное заболеванием. Установлена отрицательная корреляционная связь средней силы между относительным количеством Treg и процентом Т-лимфоцитов, а также между процентом Treg и долей лимфоцитов, обладающих корецептором CD8. Результаты исследования свидетельствуют о роли Treg в развитии ХОБЛ.

Жарикова А.О., Згирская Т.В.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Байко С.В.
1-ая кафедра детских болезней

Актуальность. Среди приобретенных заболеваний почек у детей гломерулонефрит (ГН) является одним из самых распространенных диффузных воспалительных заболеваний почек. Заболевание может развиться в любом возрасте. У многих пациентов острый процесс имеет рецидивирующий характер с переходом в хронический, а у некоторых приводит даже к развитию хронической почечной недостаточности.

Цель исследования. Сравнить распространенность и эффективность патогенетической терапии хронических вариантов гломерулонефритов (ГН) за период 2010-2012г. Оценить эффективность различных схем иммуносупрессивных препаратов у пациентов с тяжелыми вариантами хронических форм ГН по данным Республиканского центра детской нефрологии и почечной заместительной терапии.

Методы исследования. Использовался сплошной, ретроспективный метод исследования. Проведен анализ 5012 историй болезней детей, получавших лечение в нефрологическом отделении УЗ «2-я городская детская клиническая больница» г. Минска за 2010-2012г.

547 (10,9%) из 5012 госпитализаций детей были связаны с диагнозом гломерулонефрит.

144 ребенка (2,8 % от госпитализированных) имели тяжелые варианты ГН, требующие назначения патогенетической терапии цитостатиками.

Результаты. Наиболее частым морфологическим вариантом ГН у детей за период времени 2010-2011 год, требовавший использования цитостатических препаратов - гломерулонефрит с минимальными изменениями – 13 (19,4%), в 2012 году - мезангиопролиферативный гломерулонефрит - 19 (24,6%).

В 2010-2011г чаще всего у детей использовалась 2-х компонентная патогенетическая терапия, которая включала преднизолон + лейкеран у 7, преднизолон + циклоспорин А у 5. У 23 (34,3%) из 67 детей удалось добиться полной клинико-лабораторной ремиссии заболевания, у 17 (25,3%) – частичной и 27 (40,4%) отсутствовал эффект.

В 2012 году наиболее частая схема патогенетической терапии: преднизолон + циклоспорин А у 13 человек, преднизолон + лейкеран у 9. У 32 (41%) из 78 детей удалось добиться полной клинико-лабораторной ремиссии заболевания, у 27 (34,6%) - частичной и 19 (24,4%) не ответили на терапию, что еще раз подтверждает тяжесть данного заболевания и неблагоприятный исход в случае резистентности к терапии.

Таким образом, наше исследование подтверждает необходимость дальнейшего поиска оптимальных схем иммуносупрессивной терапии тяжелых вариантов ГН у детей.

Жданко Е., Бабашева Г.Д.

МОРФОГЕНЕЗ БРЮШНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ЧЕЛОВЕКА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭМБРИОГЕНЕЗА

Научный руководитель асс. Шестакович Е.Н.
Кафедра нормальной анатомии

В настоящее время заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одну из ведущих позиций среди болезней человека. Согласно данным литературы, у половины взрослого населения наблюдаются отдельные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Полагают, что главным патогенетическим фактором, который приводит к развитию ГЭРБ, является нарушение функции брюшного отдела пищевода и рядом расположенных органов (желудок, диафрагма).

Цель работы: изучение особенностей морфогенеза брюшной части пищевода человека во внутриутробном периоде развития, являющегося основным элементом замыкательного аппарата, препятствующего гастроэзофагеальным рефлюксам.

Материалом и методы. Для исследования использовались серии поперечных, сагиттальных и фронтальных срезов 12 зародышей человека от 7 до 55 мм теменно-копчиковой длины (ТКД), что соответствует 4 – 10 неделе внутриутробного развития, из эмбриологической коллекции кафедры нормальной анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет». Зародыши предварительно фиксированы в 10% растворе нейтрального формалина с последующей окраской азотнокислым серебром по методике Бильшовский-Буке, часть эмбрионов окрашена гематоксилином и эозином, а также по Ван-Гизон. Микроскопическое исследование проводилось с использованием микроскопа FMD-B10 (ZEISS), аппаратно – программного комплекса "Bioscan – AT". Определение возраста зародышей в неделях осуществлялось по таблице А. П. Амвросьева, 1970. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программы Statistica 6.0. Проверка гипотез о равенстве двух средних проводилась с помощью t-критерия Стьюдента (измерения считали достоверными при значении $p \leq 0,05$).

Результаты.

1) В ходе морфогенеза брюшной отдел пищевода проходит ряд последовательных стадий развития:

a) стадия закладки (4 - 5 неделя эмбриогенеза, 7 – 10 мм ТКД) - брюшной отдел пищевода развивается из среднего отдела первичной кишки; стенка представлена слоем энтодермальных клеток, окруженных малодифференцированными мезенхимными клетками;

b) стадия начала гистогенеза (5 неделя внутриутробного развития, 11 – 12 мм ТКД) - характеризуется началом процесса дифференцировки слоев стенки;

c) стадия физиологической атрезии (с 5 по 6 неделю эмбриогенеза, 11 – 14 мм ТКД) - просвет пищевода закрыт эпителиальной «пробкой» за счет интенсивного процесса пролиферации эпителиальной выстилки;

d) стадия начала реканализации (6 - 7 неделя эмбриогенеза, 14 – 21 мм ТКД) - в толще эпителиальной «пробки» брюшного отдела пищевода обнаруживаются единичные тонкостенные полости;

e) стадия завершения реканализации (9 неделя эмбриогенеза, 32 -41 мм ТКД) - эпителиальная «пробка» в просвете отсутствует;

f) стадия завершения гистогенеза (9 - 10 неделя внутриутробного развития, 32 – 55 мм ТКД) – стенка отчетливо дифференцирована на слои, подобные постнатальному периоду развития.

2) Эпителиальная выстилка брюшного отдела пищевода к 10 неделе внутриутробного периода развития представлена мерцательным эпителием и продолжает дальнейшую дифференцировку.

Жданович А.С.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРА (БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА)

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель работы: определить информативность различных лучевых методов (рентгенологических, ультразвуковых методов и магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфии) в диагностике болезни Легга-Кальве-Пертеса.

Методика проведения. Рентгенография, компъютерная рентгеновская томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, сцинтиграфия тазобедренного сустава. Ретроспективный анализ данных обследования 17 пациентов в возросте от 5 до 16 лет.

Результаты. Были определены следующие признаки изменений в тазобедренном суставе: развитие синовита с увеличением с увеличением суставной капсулы у 17 пациентов по данным УЗИ и МРТ; «разрыхление» подлежащей ростковой зоны у 3 пациентов по данным УЗИ; снижение высоты эпифиза у 9 пациентов по данным рентгенографии и МРТ; некротический дефект в головке бедренной кости у 6 пациентов по данным рентгенографии и МРТ; утолщение хрящевого покрова эпифиза в 2 случаях по данным УЗИ; фрагментация деформированной головки бедренной кости у 9 пациентов по данным рентгенографии, УЗИ, МРТ; укорочение и утолщение шейки бедренной кости у 4 пациентов по данным рентгенографии и МРТ; гиперфиксация радиофарм. препарата (РФП) у 4 пациентов (из четырех проведенных исследований).

Таким образом, наиболее часто встречаемыми признаками болезни Легга-Кальве-Пертеса по данным лучевых методов являются синовит тазобедренного сустава(по данным МРТ и УЗИ), гиперфиксация РФП со стороны поражения, снижение высоты эпифиза (по данным рентгенографии и МРТ), фрагментация деформированной головки бедренной кости (по данным рентгенографии, УЗИ и МРТ).

Жельвис О.И.

КАРБОКСИАНГИОГРАФИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НА ПРИМЕРЕ КАРБОКСИПОРТОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ TIPS)

Научный руководитель доц., канд. мед. наук Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель исследования – повышение качества визуализации сосудистого русла на примере системы воротной вены.

Объектом данного исследования являются пациенты рентгенэндоваскулярного отделения УЗ «9-я ГКБ», которым была выполнена операция TIPS.

Методика проведения: для контрастирования воротной вены, диагностический катетер F5 должен находиться в положении заклинивания в ветвях правой печеночной вены. При введении 30-40 мл медицинского CO2 в ветвь печеночной вены газ диффундирует через печеноч-

ные синусоиды в воротную вену и достигается удовлетворительное контрастирование портальной системы.

С мая 2011 г. по февраль 2013 г. в УЗ «9-я ГКБ» г. Минска было выполнено 26 операций TIPS. Мужчин было 15, женщин 11, возраст 23-66 лет.

По результатам исследования в предоперационном периоде неинвазивные методы исследования применялись у 21 пациента, 5 пациентов не было обследовано из-за тяжести состояния. Из неинвазивных методов УЗИ-ангиография выполнена 21 пациенту, КТ-ангиография – 16 пациентам. Всем пациентам в ходе операции выполнялась карбоксипортография.

Средняя длительность операции TIPS составила 3,5±0,7 часов (2,5-5). Выживаемость после TIPS составила 88,5%.

Операция выполнена успешно с 1 раза 24 пациентам, 1 пациенту со второго раза, 1 пациенту с 3-го раза.В последующем выполнена трансплантация печени 4 пациентам.

Умерло 3 пациента: на 8 и 17 сутки после TIPS от прогрессирования печеночной недостаточности; и на 27 сутки - от рецидива кровотечения из ВРВП. Осложнения развились у 1 пациента: гемобилия вследствие интраоперационного повреждения желчного протока, остановлена консервативно.

Выводы:

- каждый из методов визуализации имеет свои преимущества и недостатки; при определении комплекса предоперационного и интраоперационного обследования необходим индивидуальный подход;
- неинвазивные методы визуализации имеют скорее скрининговый характер, не дают четкой визуализации и в ряде случаев не могут быть использованы из-за тяжести состояния и наличия противопоказаний;
- карбоксипортография – единственный способ адекватной верификации воротной вены во время операции TIPS; использование карбоксипортографии дает четкий ориентир для проведении пункции воротной вены, как следствие снижает риск потенциальных осложнений, сокращает время проведения операции и время интраоперационного облучения;
-благодаря специфическим свойствам CO2 имеет ряд преимуществ перед стандартными йодсодержащими контрастными веществами и в некоторых случаях может стать реальной альтернативой стандартным контрастным веществам;
- учитывая коренное отличие физических свойств CO2 от стандартных йодсодержащих контрастных веществ для безопасного и эффективного применения его в клинической практике и определения дальнейшей клинической значимости необходимо дальнейшее накопление материала.

Жельвис О.И.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАЦИИ TIPS В БЕЛАРУСИ – ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Баешко А.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Цель работы: оценить ближайшие результаты операции TIPS.

Объект исследования. Пациенты рентгенэндоваскулярного отделения УЗ «9-я ГКБ», которым была выполнена операция TIPS.

Методика проведения операции:

Операция проводится под общей анестезией. После пункции внутренней яремной вены в ее просвет вводится катетер и направляется через верхнюю полую вену, правое предсердие и нижнюю полую вену в печеночную вену (правую). Через катетер вводится игла, затем пунктируется паренхима печени и осуществляется доступ из начального отдела печеночной вены в правую ветвь воротной вены. Внутрипеченочный канал по ходу иглы расширяется баллонкатетером, формируя сообщение между портальным и системным кровотоком. Далее в па-

ренхиму печени устанавливается гибкий металлический стент. В зависимости от диаметра установленного стента различное количество портальной крови может сбрасываться в системный кровоток, обуславливая декомпрессию системы воротной вены.

Материалы и методы. С мая 2011 г. по февраль 2013 г. в УЗ «9-я ГКБ» г. Минска было выполнено 26 операций TIPS. Мужчин было 15, женщин 11, возраст 23-66 лет.

Анастомоз выполнен: между правой печеночной веной и правой ветвью воротной вены(n=21), средней печеночной веной и правой ветвью воротной вены (n=2), левой печеночной веной и левой ветвью воротной вены(n=3).

10 пациентам был имплантирован стент-графт VIATORE фирмы GORE (США), 16 – саморасправляющийся нитиноловый стент JAGUAR фирмы BALTON (Польша). Профилактика печеночной энцефалопатии выполнялась – в течении первых послеоперационных суток внутривенной инфузией гепа-мерца, далее длительным приемом лактулозы.

Результаты. Средняя длительность операции TIPS составила 3,5±0,7 часов (2,5-5). Выживаемость после TIPS составила 88,5%.

Операция выполнена успешно с 1 раза 24 пациентам, 1 пациенту со второго раза, 1 пациенту с 3-го раза. В последующем выполнена трансплантация печени 4 пациентам.

Исход операции: благоприятный (n=23), неблагоприятный (n=3).

Летальный исход у 3 пациентов: на 8 и 17 сутки после TIPS от прогрессирования печеночной недостаточности; и на 27 сутки - от рецидива кровотечения из ВРВП. Осложнения развились у 1 пациента: гемобилия вследствие интраоперационного повреждения желчного протока, остановлена консервативно.

Среди причин летального исхода превалировали печеночная недостаточность, гепаторенальный синдром и кровотечение из варикозных вен пищевода/желудка.

Жемчужников Д.В.

ЛИНИИ БЛАШКО ИЛИ ПОЛОСАТЫЕ ЛЮДИ

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель: используя данные литературных источников, изучить природу появления видимых линий Блашко на теле человека.

Актуальность работы. Распространенность врожденных невусов у младенцев белой расы достигает 2%. Изучение линий Блашко является необходимым, так как они часто являются предшественниками меланомы. До конца не изученный феномен входит в десяток самых страшных и странных болезней.

Линии Блашко впервые описаны в 1901 году немецким дерматологом Альфредом Блашко. Он изучал различные патологические состояния кожи и пришел к выводу, что рисунок на многих пациентах крайне схож: на спине линии Блашко имеют V-образную форму, на груди и боках S-образную, на голове — волнистую, на руках и ногах — линейную. Рисунок линий не соотносится с какой либо другой системой организма. Линии нельзя сопоставить с ходом нервов, артерий, мышц. Нет связи у них и с эндокринной системой. Линии Блашко заложены в ДНК и в норме не видимы. По одной из версий, в процессе дифференцировки меланобластов на 10-25 недели внутриутробного развития человека происходят нарушения в миграции их клеточных потоков, что приводит к визуализации линий. Тогда эти образования обнаруживаются либо при рождении, являясь врожденными невусами, либо в любой период постнатального развития. По другой версии, появление этих линий представляет собой «план» миграции клеток, который становится виден в результате мутации некоторых клеток на ранних этапах дифференцировки. Тогда эти клетки с отличным от остальных геномом становятся родоначальницами таких же клеток. В процессе дифференцировки они располагаются по линиям. Нормальные, обычные клетки и клетки с измененной ДНК по-разному способны

реагировать на стрессовые ситуации. В таких случаях возможно появление участков кожи с разной степенью пигментации. Причем эти участки будут чередоваться полосами. Проявление наследственных или приобретенных заболеваний часто увеличивает степень проявления этих линий. В исключительных случаях линии Блашко не сопровождаются какими-либо заболеваниями, а всего лишь являются проявлением такого феномена, как химеризм – состояние, при котором в одном организме сосуществуют генетически различные клетки. Такое явление возникает, например, при слиянии двух зигот. Разные участки тела будут иметь разный геном, следовательно, и цвет кожи.

Вывод. Изучение линий Блашко, возникающих при геномных нарушениях, имеет большое значение при постановке таких диагнозов, как невус, мозаицизм, лишай, химеризм. Изучение этой темы позволит понять возникновение линий Блашко на теле человека, так как они являются предшественниками серьезных заболеваний кожи.

Жемчужников Д.В.

NO КАК СИГНАЛЬНАЯ МОЛЕКУЛА

Научный руководитель канд мед. наук, доц. Харламова А.Н.
Кафедра нормальной физиологии

Оксид азота заставляет пересмотреть наше традиционное представление о клеточной сигнализации, привнеся в этот раздел биологии и медицины новые, ранее неизвестные сведения. Все дело в том, что газ, ранее считавшийся токсичным загрязнителем атмосферы, оказывает огромное влияние на физиологию человека. Оказалось, что маленькая молекула NO является эндотелиальным фактором релаксации сосудов (Нобелевская премия 1998 г.). Оксид азота образуется в элементах нервной, кровеносной, мышечной, иммунной, костной и других системах, оказывая разнообразное влияние на физиологическое состояние клеток. Более того, действие монооксида азота зависит от типа фермента, его синтезировавшего. Существуют ферменты, вырабатывающие небольшое количество NO на короткий период в ответ на стимуляцию рецепторов и ферменты, производящие значительные количества оксида азота на длительный срок только после индукции их бактериальными эндотоксинами. Характерной особенностью NO является способность быстро (за 5 секунд) диффундировать через мембрану синтезировавшей его клетки в межклеточное пространство и без участия рецепторов проникать в клетки-мишени. Внутри клетки он активирует одни и ингибирует другие ферменты, участвуя в регуляции клеточных функций и фактически действуя как локальная сигнальная молекула.

Актуальность работы. Широкий спектр биологического действия NO был открыт не так давно, поэтому многие аспекты этого действия неизвестны. Особая роль у NO в процессе апоптоза. Оксид азота предопределяет выбор клетки в вопросе «жить или не жить», запуская процесс апоптоза либо ингибируя его. Несмотря на множественные источники, описывающие оба из этих направлений, дихотомия действия NO остается нерешенной.

Вывод. Действие оксида азота можно разделить на защитное, регуляторное и отрицательное. В то время, как одни клетки организма, такие, как Т-киллеры, используют NO в защитных целях, другие, например, эндотелиальные, используют его как вазодилататор. Нарушение синтеза NO эндотелием приводит к вазоконстрикции и тромбозу. Оксид азота способен инициировать образование кровеносных сосудов. В случае инфаркта миокарда оксид азота играет положительную роль, так как индуцирует новый сосудистый рост, но при раковых заболеваниях тот же самый процесс вызывает развитие опухолей, способствуя питанию и росту раковых клеток. С другой стороны, вследствие этого улучшается доставка оксида азота в опухолевые клетки. Повреждение ДНК под действием NO является одной из причин развития апоптоза, что подтверждается экспериментально в опытах при введении раствора, насыщенного NO. Это явление ответственно за повышение чувствительности клеток к алкили-

рующим агентам и ионизирующему излучению, что используется в антираковой терапии. Нарушение синтеза NO в клетках может приводить непосредственно, либо через нарушение апоптоза к таким заболеваниям органов и тканей, как резистентность к инсулину, сахарная болезнь у взрослых, проблемы с давлением и синдром хронической усталости, болезнь Альцгеймера и Паркинсона.

Жигамонт Т. А., Листванович Е. В

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ (МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ) У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ КРОВИ (ПО ИЗОАНТИГЕНАМ АВ0)

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Васильев А.В.
Кафедра инфекционных болезней
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Большое количество факторов оказывают влияние на течение инфекционных заболеваний, один из ведущих - генетический фактор.

Цель исследования: изучить отличие течения гнойных менингитов (менингоэнцефалитов) у больных в зависимости от групповой принадлежности крови по системе АВ0.

Материал и методы. Материалом исследования стали истории 125 больных гнойными менингитами (менингоэнцефалитами), которые находились на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице. Истории болезни подвергнуты ранговому корреляционному анализу.

Результаты и их обсуждение. По этиологическим, половым, возрастным параметрам, по срокам поступления в стационар больные с различной групповой принадлежностью не имели достоверных различий. Особенностями течения гнойных нейроинфекций у лиц носителей I(0) группы крови явилось: тенденция к тромбоцитопении (Sperman Rank- -0,23;p<0,05), более медленная санация ликвора по показателям содержания нейтрофилов при контрольном исследовании на 10 день (Sperman Rank- +0,28;p<0,05) и при выписке (Sperman Rank- +0,3;p<0,05), а также по содержанию белка в ликворе. Соответственно продолжительность лечения больных с I группой крови была наибольшей (Sperman Rank- +0,22;p<0,05). У лиц носителей II(A) группы крови оказались менее выраженными симптомы интоксикации: Реже отмечалась лихорадка (Sperman Rank- -0,19;p<0,05), показатель ЛИИ был более низким (Sperman Rank- -0,22;p<0,05), быстрее происходило снижение СОЭ (Sperman Rank- -0,3;p<0,01). Наиболее «благополучно» гнойные нейроинфекции протекали у лиц носителей III(B) группы крови. Вовлечение в процесс паренхимы головного мозга в этой группе было реже (Sperman Rank- -0,29;p<0,001), как и вовлечение в процесс легких (Sperman Rank- -0,22;p<0,05). Признаки системного воспалительного ответа отмечались у этой группы больных редко (Sperman Rank- -0,27;p<0,01). Несмотря на то, что показатели плеоцитоза при поступлении в стационар в этой группе были едва ли не самые высокие (Sperman Rank- +0,13;p<0,1),- санация ликвора наступала быстрее и по показателям плеоцитоза при контрольных исследованиях (Sperman Rank- -0,24;p<0,05), и по содержанию нейтрофилов в ликворе (Sperman Rank- -0,29;p<0,05), и по содержанию белка (Sperman Rank- -0,38;p<0,001). У носителей IV(AB) группы крови достоверно подтвержденных особенностей течения заболевания не выявлено. В результате достоверной связи групповой принадлежности крови с исходом заболевания не получено.

Выводы. Практический врач может использовать полученные данные для прогнозирования течения гнойного менингита (менингоэнцефалита) уже на раннем этапе болезни.

Жидков А.С.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук Трухан А.П.
Кафедра военно-полевой хирургии

Введение. Стихийные бедствия, катастрофы и аварии приводят к поражениям, вызванным механическим фактором. Среди этих поражений наиболее сложную и тяжёлую категорию травм составляет синдром длительного сдавления (СДС), который с трудом поддаётся лечению даже в условиях современной медицины.

Синдром длительного сдавления представляет собой своеобразную тяжёлую травму, обусловленную длительной компрессией мягких тканей и отличающуюся сложностью патогенеза, трудностью лечения и высокой летальностью. Встречаемость СДС у пострадавших, извлеченных из-под завалов, достигает 40%. При этом в локализации повреждений преобладают повреждения конечностей – 81%. Летальность при СДС является одной из самых высоких в хирургии, достигая 85-90%.

В настоящее время в Республике Беларусь не ведётся значимых исследований по озвученной проблематике. В виду этого необходимо углубить фундаментальные знания по вопросу СДС, в том числе и с помощью лабораторного моделирования.

Цель исследования: определить изменения в органах и тканях при различной силе сдавления при моделировании СДС.

Материалы и методы. Исследования проводились на лабораторных животных (морские свинки) в соответствие с требованиям Европейской конвенции о защите позвоночных животных; СДС моделировался с помощью разработанного прибора моделируемой компрессии ПРК-1.

Результаты. В ходе работы и изучения гистологических материалов было установлено, что небольшая сила компрессии (10 кг/см^2) в течение суток не приводит к развитию изменений во внутренних органах, соответствующих СДС. Большая сила компрессии (75 кг/см^2) приводит к гибели животных от травматического шока во время компрессионного периода. Оптимальной признана нагрузка 25 кг/см^2 (для СДС легкой степени – в течение 3 часов, средней степени – 6 часов, тяжелой степени – 9 часов), при применении которой гистологически были выявлены классические изменения в органах и тканях, описанные для СДС в литературе.

Выводы. Степень выраженности изменения в органах и тканях напрямую зависит от силы компрессии и её продожительности.

Жикунова А.В.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА И АРТРОЗА АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Плечелопаточный периартрит (ПЛП) - одно из наиболее частых и наиболее неопределенных заболеваний с точки зрения этиопатогенеза, с которым постоянно приходится иметь дело практическим врачам самых различных специальностей. Ведущим симптомом у больных ПЛП является нарастающая, мучительная боль в плечевом суставе, приводящая к прогрессирующему нарушению его функции.

Основная причина, по которой возникает плечелопаточный периартрит – перенесенные в прошлом травмы (ушибы), нерациональные нагрузки на плечо, изменение гормонального фона, обменные нарушения. Во многих случаях плечелопаточный периартрит возникает на фоне шейного остеохондроза позвоночника. Нередко периартрит возникает вследствие эндокринных заболеваний, таких как сахарный диабет и болезни щитовидной железы, а также болезней сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.

Развитие периартрита представляет собой сочетание двух процессов – воспалительного и дегенеративного.

Проявления ПЛП часто сочетаются с признаками артроза акромиально-ключичного сочленения, основными симптомами которого являются сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, краевые разрастания и деформация суставных поверхностей. В области верхнего или нижнего края суставной щели могут быть обнаружены небольшие кальцинаты в мягких тканях. Часто артроз акромиально-ключичного сочленения сопровождается синовиитом.

Объект исследования. 30 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет. Из них 18 женщин и 12 мужчин.

Цель исследования: определить частоту встречаемости и клинические проявления артроза акромиально-ключичного сочленения при плечелопаточном периартрите.

Методы исследования. Ультразвуковое исследование, рентгенография.

Результаты исследования. Из 30 пациентов правосторонний плечелопаточный периартрит встречался у 16 человек, левосторонний - у 10, двусторонний - у 4.

Все больные предъявляли жалобы на боли в области плечевого сустава различной интенсивности и ограничение объема движений в нем.

В зависимости от сочетания различных диагностических критериев, были выделены следующие клинические варианты заболевания: ПЛП в сочетании с шейным остеохондрозом (15 пациентов), ПЛП, как самостоятельное заболевание (4 пациента), подакромиальный бурсит (2 пациента), тендинит сухожилий ротаторной манжетки (2 пациента), ПЛП в сочетании с артрозом акромиально-ключичного сочленения (7 пациентов).

Жиляева Ю.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЖЕНЕРИЧЕСКИХ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Михин В.П.
ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет

В основе патогенеза ишемической болезни сердца (ИБС) лежит атеросклеротическое поражение коронарных сосудов, обуславливающее повышение жесткости и снижение эластичности сосудистой стенки.

Цель исследования: оценить влияние дженерических аторвастатина (Торвакарда , Zentiva a.s., Чехия) и симвастатина (Симвакарда, Zentiva a.s., Чехия) в составе комплексной терапии на показатели ЖСС у больных хронической ИБС в сочетании с умеренной гиперхолестеринемией.

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента, в возрасте 53-65 лет, с диагнозом: ИБС: Стабильная стенокардия напряжения II-III ФК. ХСН I-IIA стадии в сочетании с гиперхолестеринемией, ранее не принимавшие статины. Все пациенты были разделены на 4 группы по уровню холестерина (ХС) и дозе принимаемого препарата. Пациенты с уровнем ХС 5,2 - 6,5 ммоль/л, получали Торвакард 10 мг/сут (20 человек), либо Симвакард 10 мг/сут (20 человек). Пациенты с уровнем ХС > 6,5 - 8,0 ммоль/л принимали Торвакард 20 мг/сут (32 пациента), либо Симвакард 20 мг/сут (20 человек). Критерии рандомизации: ХС, возраст. Фоновая терапия включала: бета-блокаторы (конкор 2,5-5 мг/сут); блокаторы кальциевых каналов (амло-

дипин – 2,5-5 мг/сут); ингибиторы АПФ (периндаприл – 10 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил – 75 мг/сут), в 24 случаях изосорбид-мононитрат 20-40 мг/сут. Состояние жесткости сосудистой стенки определяли методом объемной сфигмографии («VaSera-1000» – «Fukuda Denshi», Япония). Оценивали: CAVI (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс), отражающий жесткость сосудистой стенки; ABI (лодыжечно-плечевой индекс), определяющий атерогенную степень стеноза сосудов нижних конечностей; AI (индекс аугментации), характеризующий растяжимость сосудистой стенки; PEP (время напряжения), ET (время изгнания) и PEP/ET, отражающие сократительную функцию левого желудочка.

Результаты. До начала исследования средние исходные значения CAVI в группах пациентов, принимавших Торвакард 10-20 мг/сут., составили 8,3 и 8,05, соответственно, в группах пациентов, принимавших симвастатин 10-20 мг/сут. – 8,0 и 8,1, соответственно. Прием Торвакарда 10 мг/сут к концу 1мес. лечения привел к снижению CAVI на 5,4%, PEP увеличилось на 5%, показатели R-AI не изменялись; к концу 3 мес. CAVI снизился на 9,6%, R-AI на 5,9%; PEP увеличилось на 13,5%. Прием Торвакарда 20 мг/сут привел к снижению CAVI на 3,7 %, увеличению PEP на 5,3%, R-AI не изменился к концу 1мес. лечения; к концу 3 мес. CAVI снизился на 7,4%, R-AI на 4,5 %; PEP увеличилось на 10,2%. Прием Симвакарда 10 мг/сут привел к увеличению PEP на 5% к концу 3 мес.; Симвакард 20 мг/сут увеличил PEP на 6,8% к концу 1мес., к концу 3 мес. на 9,1%. Показатели CAVI, R-AI не изменялись. За весь период лечения Торвакардом, либо Симвакардом в двух дозовых режимах изменения показателей ABI, ET не выявлено.

Выводы. В ходе исследования установлено, что Торвакард и Симвакард обладают не равнозначной способностью влиять на параметры ЖСС: ни Торвакард, ни Симвакард не оказали влияния на ABI и ET; Торвакард способствовал снижению показателей CAVI и R-AI, в отличие от Симвакарда, который в свою очередь влиял только на значения PEP, однако в меньшей степени, чем Торвакард. Увеличение PEP говорит об улучшении пропульсивной способности ЛЖ. В итоге, Торвакард и Симвакард способствуют улучшению эластических свойств сосудистой стенки, что доказывает их новые плейотропные свойства.

Жонибеков Ж.Ж.

РОЛЬ ЭКОЛОГО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БУХАРСКОГО РЕГИОНА В РАЗВИТИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.
Кафедра подготовки врачей общей практики
Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Жарылкасынова Г.Ж.

Цель: анализ развития бронхолегочной патологии в зависимости от эколого-климатических факторов в Бухарской области.

Результаты и обсуждение. Количество водяного пара содержащего в воздухе зависит от температуры воздуха. Чем выше температура, тем больше влаги содержат воздух. Разность между максимальным и данным насыщением носит название дефицит влажности. Анализ дефицита влажности воздуха показал, что в 2002 году он составлял 13,5%, в то время как в 2004 году он увеличился на 28,3%. При изучении загрязненности воздуха было исследовано, что пыль в 2002 г. составляла - 0,3 мг/м^3, а в 2004 г. - 0,55 мг/м^3 , при ПДК (предельно допустимый коэффициент) - 0,15 мг/м^3, повышение которого связана с высыханием Аральского моря и увеличение ветров. Наиболее распространенными повреждающими факторами является сернистый ангидрид, окислы азота и другие вещества. Оксид серы II - в 2002 г. - 0,02 мг/м^3, в 2004 г. - 0,045 мг/м^3 (ПДК - 0,05). Оксид азота II - в 2002 г. - 0,03 мг/м^3, в 2004 г. - 0,06 мг/м^3, аммиак - в 2002 г. - 0,06 мг/м^3, в 2004 г. - 0,07 мг/м^3 (ПДК - 0,04 мг/м^3) повышение которых возможно связано с нахождением по близости азотной промышленности в Навоийской области. При анализе бронхолегочных заболеваний

исследованы патологии, которые могут развиться вследствии загрязненности воздуха (бронхиальная астма, хронические обструктивные заболевания легких). Бронхиальная астма в 2002 г составляла - 133,1 (на 100тысяч населения), а в 2004 возросла до 162,3. Хронические обструктивные заболевания легких на 2002г. составляло 366,4 и повысилось в 2004 г. до 402,4 (на 100 тысяч населения).

Выводы. Данное исследование показало, что развития заболеваний легочной системы во многом зависит от чистоты воздуха, а чистота воздуха от самого человека.

Таким образом, окружающая среда играет важную роль среди факторов, определяющих здоровье населения. Её влияние может быть оптимальным, когда создаются условия для улучшения и укрепления здоровья. Качество окружающей среды может оказаться отличающимся оптимума, но в пределах компенсируемых организмом отклонений, и тогда имеется возможность сохранить здоровье, преодолеть опасность заболевания. Наконец, состояние окружающей среды может выходить за пределы приспособительных адаптационных возможностей организма, в результате чего возникает угроза неблагоприятных сдвигов в состоянии здоровья, вплоть до развития заболеваний.

Жук О.И.

ЛЕГИТИМНОСТЬ ВЛАСТИ ВЛАДИМИРА ПУТИНА В РОССИИ

Научный руководитель канд. ист. наук, доцент Шабельцев С.В.
Кафедра философии и политологии БГМУ

4 марта 2012 года прошли выборы президента России. При явке в 65,34% избирателей Владимир Путин был избран на третий срок, получив около 63,6% голосов. Отрыв от следующего кандидата составил 46,42% бюллетеней. Таким образом, выборы состоялись всего за один тур. За Владимира Путина в сумме проголосовало 45 миллионов избирателей. По данным ЦИК России, на выборах на территории России зафиксировано 2 492 нарушения. Тем не менее было объявлено, что серьёзных нарушений в ходе голосования зафиксировано не было и выборы признаны состоявшимися.

В российском обществе существуют сомнения в честности прошедших выборов. Первые демонстрации прошли ещё в декабре 2012 года, то есть накануне выборов. Тогда своё неуважение к действующему премьер-министру высказали тысячи недовольных. Непосредственно после выборов состоялся так называемый «Марш Миллионов». По данным оппозиции, в акции протеста приняли участие около 300 тысяч человек. Иностранное издание Corriere della Sera называет приблизительную цифру в 50 тысяч человек. Точное число демонстрантов, что естественно, неизвестно. Данные рознятся в зависимости от источников. Аналогичные «марши» оппозиции проводятся с тех пор неоднократно. Недовольство результатами выборов высказывают и известные правозащитники Людмила Алексеева, Владимир Буковский и другие. Наиболее известным в широких кругах стал Алексей Навальный, прославившийся своими высказываниями в интернете.

Цель работы: определить тип легитимности власти В. Путина в России.

Задачи: установить соответствие власти В. Путина традиционному и харизматическому типам господства; выявить черты соответствия власти В. Путина бюрократическому типу господства.

В ходе работы использовались общелогические методы (анализ, синтез, сравнение), а также некоторые социологические методы. В работе использована классификация типов легитимности по Максу Веберу: традиционный, рациональный и харизматический.

Результаты и выводы. Власть Владимира Путина в России не соответствует ни одному из предложенных М. Вебером типов господства, так как современное российское общество не является традиционным; харизмой, позволяющей овладеть эмоциями толпы В. Путин не обладает. Кроме того, выявленные несоответствия на выборах не позволяют утверждать об

их законности. Поэтому можно считать, что классификация М. Вебера несколько устарела и не соответствует современным политическим реалиям.

Жук О.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИНТЕЗУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ БИОИЗОСТЕРИЗМА

Научный руководитель канд. мед. наук, проф. Романовский И.В.
Кафедра биоорганической химии

На данный момент органической химии известно около 27 миллионов веществ. Это число постоянно увеличивается, ежедневно синтезируются новые органические молекулы, постепенно изучаются их свойства. Только один процент из них проходит клинические испытания и используется в качестве лекарственного средства.

Исторически сформировались традиционные методы синтеза и последующего отбора (испытания на проявляемую биологическую активность) лекарственных препаратов. С развитием техники в конце XX – начале XXI веков появились методики создания лекарственных средств, базирующиеся на предсказании их биологической активности на основании химической структуры. Эти методики коренным образом изменили подходы к процессам синтеза и отбора биологически активных веществ. Основная задача нашего исследования – охарактеризовать традиционные и новые методы разработки и синтеза лекарственных препаратов, определить роль биоизостеризма в современной фармацевтической химии, сравнить биологическую активность изостеров различных соединений.

В современной органической химии, особенно при производстве лекарственных препаратов, активно используются биоизостерические замены, позволяющие модифицировать вещество в соответствии с желаемой физиологической активностью. Изостеры – молекулы или ионы, содержащие одинаковое число атомов, а также имеющие одинаковое количество и расположение электронов. Тогда биоизостеры – изостерические соединения, обладающие тем же типом биологической активности. При этом активность может быть и антагонистической. Важным является именно то, что биоизостеры взаимодействуют с определённой «молекулярной мишенью» в клетке. Изостеры подразделяются на две категории: классические и неклассические. Классические изостеры соответствуют всем параметрам определения изостеров. Неклассические изостеры обладают лишь некоторыми чертами классических изостеров.

В ходе исследования проведен анализ литературы по теме исследования, в результате чего была охарактеризована роль биоизостеризма в синтезе современных лекарственных препаратов, проанализированы современные, основанные на молекулярном моделировании, и комбинаторные методы синтеза лекарственных препаратов, приведено сравнение различных изостеров.

Жукова И.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Голуб А.М.
Кафедра общей хирургии

Проблема ожирения является одной из самых актуальных проблем современности. По данным ВОЗ, избыточную массу тела к концу 20-го века имеют 30% жителей планеты, т.е. около 1.7 млрд. человек. По предварительным данным в РБ избыточным весом страдает око-

ло 53% населения, с диагнозом «ожирение» на медицинском учёте состоят свыше 8.5 тыс. человек.

Цель исследования: провести анализ эффективности отдельных методов хирургической бариатрии в лечение морбидного ожирения на основании оценки динамики снижения массы тела, клинико-лабораторных данных, изменения показателей качества жизни.

Материалы и методы. Основную группу наблюдения составили 280 пациента с морбидным ожирением, находившиеся на лечении в Минском городском центре герниологии и бариатрической хирургии на базе отделения общей хирургии Учреждения здравоохранения «4-я клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска (под руководством Дороха Н.Н.) с 2009 года по настоящее время. Абсолютное большинство пациентов составили женщины– 86,4%. Возраст больных варьировал от 22 лет до 65 года. У всех наших пациентов ИМТ превышал значение 45. У больных отмечены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, ИБС, артроз, сахарный диабет и т.д. 70 пациентам (25%), подвергшимся хирургическому лечению, выполнены гастрошунтирующие операции. 70 пациентам (25%) произведено открытое нерегулируемое бандажирование желудка с формированием маленького резервуара (20 мл) в кардиальной зоне. 28 пациентам (10%) выполнена илеошунтирующая операция в качестве первого этапа лечения ожирения. У 112 (40%) больных выполнены симультанные операции.

Результаты. У всех оперированных больных отмечалось относительно гладкое течение раннего послеоперационного периода. У 42 пациентов (15%) зарегистрированы осложнения. У 28 из них (10 %) отмечены местные осложнения со стороны послеоперационной раны (инфильтрат и серома) и у 14 больных (5%) – тромбофлебит поверхностных вен и нижних конечностей. Прослежены отдалённые результаты хирургического лечения больных в сроки от 1 года до 5 лет. Наиболее прогрессивное снижение массы тела происходит после хирургического лечения в течение первого года после операции. Весьма благоприятное влияние оказывало хирургическое лечение на снижения артериального давления. А так же определённые сдвиги происходили со стороны биохимического комплекса крови. Уже в первый год после хирургической коррекции ожирения у всех пациентов достоверно возросли показатели качества жизни. Таким образом, начальная оценка непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения морбидного ожирения позволяет говорить о достаточной эффективности этих методик. Их применение позволяет не только быстро нормализовать ростовесовые соотношения пациента, но привести к выраженному метаболическому эффекту со снижением риска развития сердечно-сосудистых осложнений и существенному повышению качества жизни.

Жуковец В.А.

АМПУТАЦИИ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СДС

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Кузьмин Ю.В.
Кафедра военно-полевой хирургии

Цель работы: показать роль реконструктивных операций на сосудах при выполнении ампутаций конечностей и выборе их уровня при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 43 пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы, которые находились на лечении в УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко» в период с 2008 по 2011 год. Из них было 20 женщин и 23 мужчины. Возраст пациентов был от 40 до 80 лет. Средний возраст составил 60±10 лет. У большинства пациентов имелись сопутствующие заболевания: атеросклероз, перенесенный инфаркт миокарда, хроническая сосудистая недостаточность, ИБС, АГ.

В период лечения пациентам было выполнено: ампутаций – 65,1% (28 больных), реконструктивных операций на сосудах – 25,6% (11 пациентов), других операций (некрэктомия, дренирование флегмон стопы, аутодермопластика) – 37,2% (16 больных).

Некоторым пациентам производилась различная комбинация оперативных вмешательств: ампутация + некрэктомия – 8 пациентов, ампутация + аутодермопластика – 2, дренирование флегмоны + ампутация – 2, только некрэктомия – 4 больных.

Результаты и обсуждения. Клиническая картина СДС у исследуемых пациентов проявлялась через трофические язвы различной локализации, глубины и размеров – 6 больных; флегмонами стопы – 2; некрозом в области стопы и голени 10 больных; гангреной пальцев стопы - 13, гангреной стопы 1 пациент, гангреной стопы и голени 2 больных. В некоторых случаях наблюдались комбинации патологических процессов: флегмона + некроз и язва + некроз – 3 и 6 больных соответственно.

Высокие ампутации выполнялись без проведения реконструктивных операций на сосудах, т.к. больные поступали в тяжелом состоянии и операции проводились по жизненным показаниям. В 17,9% случаев (5 больных) – на уровне бедра (средняя треть), в 10,7% случаев (3 больных) – на уровне голени (верхняя треть). В 71,4% случаев (20 пациентов) ампутация была выполнена на уровне стопы. Это были больные, у которых по данным УЗИ и ангиографического исследования не было условий для реконструкции. Процент осложнений, повлекших за собой реампутации, с увеличением уровня ампутации составил 32,1% (9 пациентов). Все эти осложнения возникали при ампутациях на уровне стопы. Так у 4 человек, при ампутации всей стопы, уровень поднялся до верхней трети голени, а у 5 человек, при ампутации пальцев – до резекции всей стопы.

У 25,6% т.е. у 11 пациентов, которым были показаны ампутации различных уровней, но состояние больного и состояние артериального сосудистого русла позволяло выполнить реконструкцию, произведены реконструктивные операции в зависимости от уровня поражения артерий: в 54,5 % случаев (6 пациентов) обошлось без ампутаций, у 36,4% (4 пациента) – были ампутации на уровне стопы с сохранением ее опорной функции и только у 1 пациента, что составило 9,1 % - выполнена ампутации на уровне бедра, т.к. в послеоперационном периоде развился тромбоз шунта, а тромбэктомия и попытка выполнить ререконструкцию результатов не дали.

Выводы. Реконструктивные операции на сосудах при нейроишемической форме СДС в 54,5% случаев позволяют избежать ампутации конечности. Ампутации на уровне стопы, без проведения реконструктивных операций на сосудах, приводят к осложнениям в 32,1% случаев, т.е. у каждого 3-его больного, что требует проведения реампутаций конечности вплоть до высоких ампутаций.

Жумабекова К., Усипова Н., Пирматова Н.

НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕНЫХ СРЕДСТВ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ г.АЛМАТЫ)

Научные руководители: д-р мед. наук., проф. Пичхадзе Г.М., канд. мед. наук., доцент кафедры фармакологии Сатбаева Э.М.

Цель: провести анализ назначений лекарственых средств пожилым больным с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Методы исследований. Исследование проводилось на базе поликлиники № 8 (в рамках научно-технической программы «Разработка модели (программы) антистарения в обеспечении активного долголетия лиц пожилого возраста Казахстана» 007 «Прикладные научные исследования МЗ РК», подпрограмма 100 от 10.04.2011г). Методом случайной выборки отобрано 200 больных в возрасте старше 40 лет. Пациенты были распределены по

возрастным категориям с десятилетним шагом. Проведен анализ амбулаторных карт пациентов и их анкетирование с помощью специально разработанных анкет-опросников.

Результаты исследования. Наиболе часто АГ встречается в возрастной группе 60-69 и 70-79 лет. При анализе сопутствующих заболеваний выявлено, что их количество увеличивается с возрастом, достигая максимума после в 70-79 лет. Анализ применения лекарственных средств пациентами показал, что среднее количество препаратов, принимаемых за сутки в среднем (в таблетках) встречается в группах 60-69 лет и 70-79 лет, составляя 5,1 и 5,7 таблеток соответственно. При этом, максимальное количество принимаемых за сутки препаратов составило 14 и 13 препаратов в группах 60-69 и 70-79 лет соответственно. Наибольшее количество препаратов принмаемых на один прием в средним отмечается у лиц в возрасте 70-79лет, составляя 4,5 в среднем, при этом максимальное количество принимаемых на один прием препаратов составило 13 таблеток в этой же возрастной группе.

При проведении анализа побочных эффектов выявлено, что наиболее высокий уровень отмечается в возрастной группе 70-79 (24,2%) и в группе старше 80 лет (26 %). Данный факт является закономерным в связи с наиболее выраженным полиморбидным состоянием в этих возрастных категориях, что и было подтверждено в нашем исследовании.

При изучении показателей комплаенса выявлено, что наиболее информированными в отношении приема препаратов являются пациенты в возрасте 50-59 лет (44%), меньше всего данный показатель отмечается в возрастной группе 70-79 лет (27,7%).

Отмечается достаточно высокий уровень самолечения. Так, при опросе больных было выявлено, что многие пациенты принимали препараты без ведома врача, дополнительно к назначенным лекарственным средствам самостоятельно приобретали другие препараты. Количество таких больных больше всего было в возрастной группе 60-69 лет и 70-79 лет (46,5% и 40% соответственно).

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что лечение артериальной гипертензии у пожилых больных на амбулаторном уровне имеет свои особенности в силу полиморбидного состояния пациентов, что значительно затрудняет процесс лечения. Отмечается полипрагмазия, наиболее выраженная в возрастной группе 70-79 лет, обусловленная полиморбидным состоянием больных. При этом уровень полипрагмазии коррелирует с высоким уровнем побочных эффектов в этой же возрастной группе.

Забелина О.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗНАНИЙ О ПРАВИЛАХ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ЕЁ ГИГИЕНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Терехова Т.Н.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель исследования: определение взаимосвязи информированности детей младшего школьного возраста об основных правилах ухода за полостью рта и состоянием гигиены их полости рта.

Материал и методы. Для достижения цели нами разработана анкета, вопросы которой содержали информацию о частоте чистки зубов, об использовании основных и дополнительных предметов и средств гигиены полости рта, а также о критериях их выбора.

По разработанной нами анкете опрошено 59 учащихся ГУО «Гимназия №2 г. Минска» в возрасте 7-8 лет. После заполнения анкеты определено гигиеническое состояние полости рта с помощью индекса гигиены Грина-Вермильона.

Весь цифровой материал статистически обработан с использованием методов вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Большинство (81,36%±5,45%) детей ответили, что чистят зубы 2 раза в день, преимущественно после еды (62,71%±5,45%) и очищают все поверхности зубов (87,69±4,07%). Однако некоторые школьники указали, что чистят только передние (10,77±3,84%) или, только жевательные (1,54±1,52%) поверхности зубов. Один раз в день чистят зубы 18,64±4,81% детей.

Значение индекса гигиены OHI-S у детей 7-8 –летнего возраста колебалось от 0,50 балла до 1,67 балла, в среднем составив 1,27±0,03 балла. Гигиеническое состояние полости рта оценено как удовлетворительное у 98,3±1,7 % детей, лишь 1 ребенок (1,7±1,7%) имел хорошее состояние гигиены.

Сопоставляя данные о частоте чистки зубов детьми и уровне гигиены полости рта, нами не выявлено достоверных отличий в гигиеническом состоянии полости рта школьников.

Следует отметить, что обучали детей чистить зубы, в большинстве случаев, родители (87,69±4,07%), а стоматолог – лишь в 7,69±3,3% случаев. Следовательно, высока вероятность того, что выбранный родителями метод чистки зубов не соответствует возрасту ребёнка, неадекватен особенностям расположения у него зубов.

Следовательно, для повышения уровня гигиены полости рта детей, необходимо неоднократное проведение мотивации и гигиенического обучения с рекомендацией по выбору средств, предметов для ухода за полостью рта и метода чистки зубов.

Кухто В.Э.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ В Г. МИНСКЕ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Чистенко Г.Н.
Заведующая эпидотделом Минского городского ЦГЭ Глинская И.Н.
Кафедра эпидемиологии

Урогенитальный трихомониаз – инфекционное заболевание органов мочеполовой системы человека, вызванное Trichomonas vaginalis. Заболевание характеризуется высокой медицинской и социальной значимостью, что связано с повсеместной распространенностью возбудителя, высоким риском заражения при незащищенных половых контактах, а также склонностью к хроническому течению инфекции, возможностью рецидивирования, большой вероятностью возникновения осложнений со стороны репродуктивной системы и развитием мужского и женского бесплодия. Возбудитель может неопределенно долго паразитировать в мочеполовых органах человека. В настоящее время принято считать, что трихомониаз редко протекает как моноинфекция, в большинстве случаев это смешанная трихомонадно-бактериальная инфекция. Наиболее часто влагалищная трихомонада встречается в ассоциации с микоплазмами, гонококком, бактериальным вагинозом, уреаплазмами, хламидиями, кандидами.

Цель исследования: выявление особенностей эпидемического процесса урогенитального трихомониаза в городе Минске.

Материал и методы. В работе использованы данные официальной регистрации заболеваний урогенитальным трихомониазом в г. Минске за период 2006-2012 гг. Данные получены в эпидемиологическом отделе Минского городского центра гигиены и эпидемиологии. Материалы обработаны с помощью методов эпидемиологической диагностики (метод ретроспективного эпидемиологического анализа) с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость урогенитальным трихомониазом населения г. Минска в течение 2006-2012 гг. была в пределах от 30,2 (2011 г.) до 124,1 (2006 г.) на 100000 населения. Распределение заболеваемости по годам было неравномерным. Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась выраженной тенденцией к снижению (средний темп прироста составлял -23,35%). Тенденция к снижению заболеваемости свидетельствует о

том, что причины, влияющие на заболеваемость постоянно, на протяжении изученного периода снижали свою активность. По данным научной литературы, на других территориях в последние годы также наблюдается тенденция к уменьшению частоты заболеваний урогенитальным трихомониазом, как по интенсивному показателю заболеваемости, так и в структуре инфекций, передаваемых половым путем.

В работе представлены данные о сезонном распределении заболеваний урогенитальным трихомониазом, а также структура заболеваемости этой инфекцией различных возрастных групп населения г. Минска. Работа иллюстрирована рисунками и таблицами.

Результаты проведенных исследований имеют практическую значимость, так как представляют исходные данные для разработки системы рациональных мероприятий по профилактике и борьбе с урогенитальным трихомониазом.

Заброцкая Т.В.

АНАЛИЗ ТРАВМ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ У СТУДЕНТОВ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Научный руководитель асс. Мойсейчик Л.Е.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Понятие спортивного травматизма, как правило, ассоциируется с травмами опорно-двигательного и связочно-мышечного аппарата. Вместе с тем, в ряде контактных видов спортивных единоборств бокс, рукопашный бой и других, риск повреждений зубов очень высок. В связи с чем, в соответствии с правилами соревнований, обязательным условием допуска спортсмена к участию в соревнованиях является наличие защитной капы.

Целесообразность применения капы объясняется следующим: а) способствует стабилизации челюсти; б) предотвращает нанесение рваных ран в области рта; в) защищает зубы и челюсть; г) предотвращает возможную обструкцию трахеи выбитым зубом.

В других видах спорта, где риск получения травмы зубов не столь высок, использование спортивной капы не является обязательным условием.

Цель исследования: определить перечень видов спорта с высоким травматизмом зубов, правила соревнований, которых не предусматривают применение спортивной защитной капы.

Задача: изучить уровень травматизма у спортсменов-студентов и определить наиболее часто встречающиеся травмы зубов.

Материал и методы. Работа проводилась на базе учебно-спортивного комплекса Белорусского государственного университета физической культуры (далее БГУФК) в группах спортивно-педагогического совершенствования и сборных командах университета в период с 2008 по 2013 год. Нами проанализированы медицинские карты студентов-спортсменов БГУФК, получивших травмы различной локализации, в том числе и травмы зубов. Изучались рентгенологические снимки челюстей и дентальные снимки зубов.

Анализ медицинских карт показал, что наиболее часто повреждается фронтальная группа зубов в области альвеолярного отростка верхней челюсти. Это объясняется тем, что, как правило, зубы и альвеолярный отросток верхней челюсти перекрывают и как бы «прикрывают» собой зубы и альвеолярный отросток нижней челюсти. Эти взаимоотношения наиболее выражены во фронтальном отделе.

За данный период у 1321 студента-спортсмена было зарегистрировано 1368 травм различной локализации, полученных во время проведения учебно-тренировочных занятий и соревнований. Из них, травмы зубов наблюдались у 35 студентов-спортсменов, что составило 15,9% от общего числа травм различной локализации.

Таблица 1 - Данные о спортивных травмах на учебно-тренировочных занятиях и соревнованиях

Вид спорта	Всего студентов-спортсменов	Кол-во травм различной локализации	Кол-во травм зубов	% травм зубов
бейсбол	142	82	4	4,88
дзюдо	206	166	7	4,22
футбол	323	326	9	2,76
баскетбол	350	306	8	2,61
борьба	300	488	7	1,43

Выводы. Среди видов спорта правила соревнований, которых не предусматривают использования защитной спортивной капы, в порядке убывания риска получения травмы зубов, мы определили следующие виды: бейсбол, дзюдо, футбол, баскетбол, борьба. Использование защитной спортивной капы должно стать превентивной мерой спортивного травматизма.

Среди наиболее типичных травм зубов, в порядке убывания распространенности, следует отметить следующие: вколачивание зуба, вывихи зубов, полный перелом зуба, перелом альвеолярного отростка и ушиб зуба.

Загорская Т.О.

РАДИАЦИОННЫЕ АВАРИИ

Научный руководитель ст. преп. Квиткевич Л.А.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Цель: обзор причин радиационных аварий, дать их характеристику и проанализировать последствия; выяснить информированность студентов БГМУ по вопросам радиационных аварий.

Радиационная авария - потеря управления источником ионизирующего излучения, вызванная неисправностью, повреждением оборудования, неправильными действиями работников (персонала), стихийными бедствиями или иными причинами, которые могли привести или привели к облучению людей или радиоактивному загрязнению окружающей среды сверх установленных норм. (Закон о радиационной безопасности населения от 5.01.1998г. №122-3, с изменениями и дополнениями.)

В работе рассматриваются следующие характеристики радиационных аварий: расположение объекта, масштаб аварии, количество пострадавших и полученные ими дозы, причиненный ущерб на примере радиоактивного заражения в городе Goiania, радиационных аварий на Ленинградской АЭС, Три-Маил-Айленд, Чернобыльской АЭС, АЭС Фукусима-1.

В соответствии с литературным обзором разработана анкета и проведено анкетирование среди 100 студентов 5 курса медико-профилактического (50) и педиатрического (50) факультетов. По результатам анкетирования сделаны следующие выводы: в целом студентов информация о радиационных авариях интересует, но менее половины опрошенных знают правила поведения в случае радиационной аварии и регламентацию аварийного облучения. Возможно, что недостаточная информированность и глубина знаний не позволяют правильно оценивать риски, обусловленные эксплуатацией источников ионизирующего излучения и строительством АЭС, что требует увеличение разъяснительной работы не только среди студентов, но и населения в целом.

Зайцев И.И.

ВЛИЯНИЕ ИАПФ НА ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ АКТИВАЦИЮ РААС В СТАДИИ ИСХОДА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Александров Д.А.
Кафедра нормальной физиологии

Цель: определить ренопротекторное влияние ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (эналоприла) в стадии исхода острой почечной недостаточности (ОПН) у детей, в зависимости от длительности олигоанурии, тяжести артериальной гипертензии и морфологических изменений в нефробиоптате.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского центра детской нефрологии и почечно-заместительной терапии г. Минска. Проведён анализ 178 историй болезни пациентов перенёсших ОПН за период 2008-2012 гг.. Полученные результаты исследований были подвергнуты статистической обработке общепринятыми методами вариационной статистики с вычислением t-критерия Стьюдента и определением достоверности (Р) для сравниваемых групп при уровне значимости $P<0,05$. Результаты исследования обрабатывались с использованием пакета прикладных программ «Statistica».

Результаты. В отделении нефрологии 2й ГДКБ с диагнозом ОПН за период 2008-2012 г. прошло 178 пациентов, из них 96 мальчиков и 82 девочки. Распределение по возрасту следующие: доминировал возраст 0-3 года, 113 детей (63,5%); 4-7 лет, 39 случаев (21,9%); 8-11 лет, 16 пациентов (9%); меньше всего было в возрасте 12-18 лет, всего 10 (5,6%).

Основной причиной развития ОПН было тяжелое течение гемолитико-уремического синдрома (80%), превалировали дети раннего и дошкольного возраста. Кроме того ОПН была как проявление полиорганной недостаточности у пациентов с сепсисом (15%), и как осложнение острого тубулоинтерстициального нефрита различной этиологии (5%). В случае тяжелого и затяжного течения ОПН проводилась морфологическая оценка изменений паренхимы почек. Большинство детей в стадии олигоанурии и восстановления диуреза получало получало почечнозаместительную терапию методом перитонеального или гемодиализа. В стадии исхода базисная терапия включала гипотензивные средства двух групп (ИАПН – эналоприл и\или антагонисты кальциевых каналов – амлодипин), коррекцию анемического синдрома, и диета с ограничением белка и соли.

В ходе динамического наблюдения оценивалось функциональное состояние почек путём мониторинга следующих параметров: степень протеинурии, функции канальцев по пробе Зимницкого и ацидоаммониогенезу, СКФ по эндогенному креатинину, уровень АД, биохимические анализы крови и мочи, статической нефросцинтиграфии.

Выявлен ренопротективный эффект ИАПФ по стабилизации артериального давления, протеинурии и почечных функций в течение 1 года. Кроме того, выявлена обратная зависимость ренопротективного эффекта у ИАПФ, от длительности олигоанурического периода: когда анурия была более 14 дней, назначение эналоприла не привело к коррекции давления и не улучшило фуцкции почек.

Зайцев И.И.

ВЛИЯНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА НА ЭКГ-ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чичко А.М.
1-я кафедра детских болезней

Цель работы: оценить степень влияния различных малых аномалий развития сердца у детей на основные ЭКГ-показатели в зависимости от пола и возраста и выявить возможности скрининговой оценки вероятности наличия малых аномалий развития сердца у детей по данным ЭКГ.

Объект исследования. Дети, имеющие малые аномалии развития сердца, верифицированные ЭХО-кардиографией. Предмет исследования – данные и эхокардиографии и электрокардиограмм.

Результаты. Частота малых аномалий развития сердца у детей 1-18 лет среди всех выполненных ЭХО-КГ составила - 64%, среди девочек- 33% и 67 % у мальчиков. Чаще малые аномалии развития сердца (МАРС) выявлялись в подростковом возрасте - 47,1% и носили сочетанный характер (пролапс митрального клапана и дополнительные хорды). У детей с МАРС были выявлены следующие изменения на ЭКГ: миграции водителя ритма, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром ранней реполяризации, удлинение интервала QT. Достоверно чаще изменения на ЭКГ встречались у пациентов при сочетанных МАРС, в 90% случаев было выявлено три ЭКГ синдрома.

Вывод. Проведённое исследование позволило установить влияние МАРС на процессы генерации ритма сердца и распространение возбуждения миокарда у детей. Сочетание нескольких ЭКГ-синдромов у одного пациента должно настораживать врача в отношении диагностического поиска МАРС.

Зайцева Е.С.

ЗНАЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТОЛЩИНЫ РОГОВИЦЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМЫ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бирич Т.А.
Кафедра глазных болезней

Цель исследования: оценка влияния центральной толщины роговицы (ЦТР) на величину внутриглазного давления (ВГД) и раннюю диагностику глаукомы.

Материал и методы исследования. На базе глазного отделения УЗ «3 ГКБ» были осмотрены 32 пациента (55 глаз) в возрасте от 48 до 72 лет с I-III первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Были использованы стандартные методы обследования больных с подозрением на глаукому (визометрия, периметрия, пахиметрия, оптическая когерентная томо-

графия, гониоскопия). Диагноз глаукомы был установлен на основании измерения полей зрения с помощью кинетической и статической периметрии, а также на основании результатов структурных изменений диска зрительного нерва и толщины нервных волокон сетчатки с учетом данных пахиметрии. Статистическую обработку данных выполняли с применением методов непараметрической статистики.

Результаты. У больных с ПОУГ ЦТР варьирует в пределах от 455 до 626 мкм. Процентное соотношение этого параметра было следующим: тонкая роговица (455-520мкм) – в 27,2% случаев, средняя (521-577 мкм) – в 61,3% случаев, толстая роговица (580-665 мкм) – в 16% случаев. Это говорит о том, что истинное ВГД можно получить только в 60% случаев (у пациентов со средней толщиной роговицы), в 27% случаев ВГД будет занижено (у пациентов с тонкой роговицей), а в 16% случаев завышено (у пациентов с толстой роговицей).

Мы также оценили процентное соотношение тонких, средних и толстых роговиц в зависимости от стадий глаукоматозного процесса (рис.1).

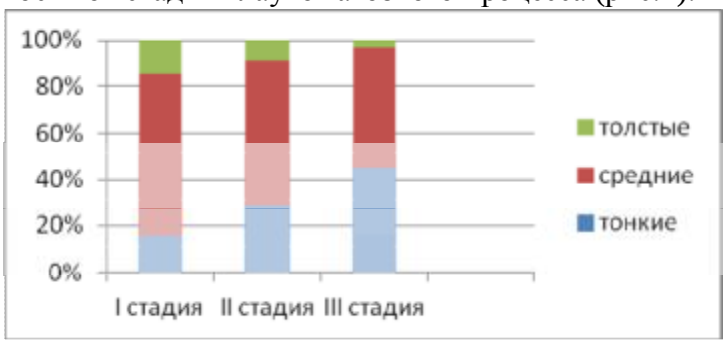


Рис. 1-соотношение роговиц в зависимости от стадий глаукоматозного процесса

В первой стадии наибольшее количество пациентов со средней толщиной роговицы, а в третьей стадии количество пациентов с тонкой роговицей приближается к числу пациентов со средней роговицей. Количество пациентов с толстой роговицей минимально в III стадии.

Занкевич И.Г.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ

Научный руководитель ст. преп. Матюхина Л.М.
Кафедра гигиены детей и подростков

Сложившаяся в последние годы негативная тенденция в состоянии психического здоровья детей, проявляющаяся ростом нервно-психических заболеваний и функциональных расстройств, требует своевременного выявления отклонений и разработки комплекса медико-психолого-педагогических профилактических и коррекционных мероприятий. Особую актуальность данная проблема приобретает в период начала обучения в школе. Неблагоприятное психоэмоциональное состояние ребенка, характеризующееся повышенной степенью невротизма, тревожностью, влияет на адаптационную способность к различным социальным условиям, в т.ч. школьной среде. С одной стороны, повышенный уровень тревожности может нарушать школьную адаптацию, с другой стороны, школьные ситуации могут способствовать повышению уровня личностной тревожности и также приводить к адаптационным проблемам. Уровень тревожности является интегральной характеристикой эмоционального состояния ребёнка, важной для профилактической и коррекционной работы с ним.

Цель работы: изучение особенностей адаптации к школе детей на основе анализа их психоэмоционального статуса (по уровню тревожности).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе общеобразовательных учреждений г. Минска. Объект исследования: 588 учеников 1-х классов, из которых

57,3% и 42,7% дети 6-ти и 7-ми летнего возраста соответственно, 47% девочек и 53% мальчиков.

Оценка психоэмоционального статуса проводилась по показателям общей тревожности. Данные показатели были получены путем анкетирования с использованием методики Филипса адаптированной для первоклассников.

Результаты исследований обрабатывались методами статистического анализа с использованием прикладных программ Microsoft Excel и оценкой достоверности на основании t-критерия Стьюдента. Оценка статистической значимости показателей и различий рассматриваемой выборки считалась достоверной при уровне значимости не выше $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа установлено, что 71,2% обследованных первоклассников имеют низкий уровень общей тревожности, у 27,1% выявлен повышенный уровень этого показателя, у 1,7% - высокий. В возрастном аспекте более тревожными оказались 7-летние первоклассники: 7-ми летних мальчиков с повышенным уровнем тревожности в 1,7 раза ($p < 0,05$), больше по сравнению с 6-ми летними, а 7-ми летних девочек в 1,4 раза ($p < 0,05$), больше по сравнению с 6-ми летними.

Выводы. На основании проведенного исследования установлено, что практически каждый третий школьник имеет повышенный уровень тревожности. Среди обследованных первоклассников 6-ти лет более высокий уровень тревожности отмечался у девочек по сравнению с мальчиками, в тоже время как среди 7-ми летних детей более тревожными были мальчики. Учащиеся с повышенным и высоким уровнем представляют собой группу риска школьной дезадаптации и нуждаются в профилактической и коррекционной работе, способствующей снятию эмоционального напряжения.

Занкевич И.Г.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ У СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В БГМУ

Научный руководитель канд. мед. наук., доцент Лисковский О.В.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Актуальность темы исследования. Рассмотрение данной темы актуально тем, что наш БГМУ уделяет большое внимание программам эффективного обучения для воспитания молодых специалистов в области медицины. Но, как известно, для эффективного обучения студенту необходимо чувствовать себя комфортно в новой среде. Как помочь студенту адаптироваться в новых условиях, как тревожность влияет на социальную адаптацию недостаточно изучено в нашей стране, что и обусловило выбор темы исследования:

« Влияние уровня тревожности на социальную адаптацию у студентов к обучению в БГМУ».

Цель работы: выявление взаимосвязи уровня тревожности и социальной адаптации у студентов к обучению в БГМУ.

Объект исследования. Уровень тревожности у студентов БГМУ.

Предмет исследования. Взаимосвязь уровня тревожности и социальной адаптации у студентов к обучению в БГМУ.

Методы исследования. Методы основаны на изучении и конструктивном анализе научной литературы по теме работы. В работе применена Шкала самооценки Спилберга-Ханина. Экспериментальная база исследования: в исследовании принимали участие студенты БГМУ: выборка из 30 человек младших курсов(из них 10 минчан и 20 иногородних) и 30 человек старших курсов (из них 10 минчан и 20 иногородних).

Практическая значимость состоит в том, что результаты теоретического исследования могут быть использованы при анализе механизмов разрешения нервных срывов студентов, а практического – в практике улучшения адаптации студентов.

Выводы. Студенты младших курсов имеют более высокий уровень реактивной и личностной тревожности, чем студенты старших курсов; иногородние студенты, проживающие в общежитиях, имеют более высокий уровень тревожности, чем минчане; высокий уровень тревожности приводит к дезадаптации студентов БГМУ, создает угрозу психическому здоровью личности, способствует развитию предневротических состояний; период наибольшей тревожности, связанной с адаптацией к обучению в БГМУ, попадает на 1-2 курсы. Его продолжительность определяется индивидуальными особенностями студента, включающими способности, психические установки, материальную обеспеченность и, конечно, здоровье; повышенный уровень тревожности оказывает существенное влияние на развитие психосоматических заболеваний у студентов (патологии ССС и ЖКТ); уровень реактивной и личностной тревожности меняется с возрастом (это свидетельствует о необходимости оценки психического самочувствия у студентов на различных этапах обучения в БГМУ).

Зарецкая Д.С.

КОГНИТИВНАЯ МЕТАФОРА КАК ОСОБЫЙ СПОСОБ АСОЦИАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Змачинская И.М.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Известно, что в медицине с древнейших веков и до настоящего времени довольно часто используются не строгие термины, а образные названия и выражения, так называемые метафоры. Только среди наименований симптомов, синдромов и заболеваний используется более 3500 медицинских метафор и терминологически устойчивых выражений.

Целью нашей работы явилось раскрытие природы метафорических терминов. Задачи: 1) Провести сбор материала по разделу клинической терминологии; 2) Изучить и описать значения медицинских метафор; 3) Помочь иностранным студентам в понимании и запоминании этих терминов. Материалы и методы: В рамках изучения курса пропедевтики внутренних болезней проанализировано более 30 медицинских метафор, относящихся к различным видам (зоосемизмы, биосемизмы, геосемизмы, социосемизмы и др. согласно классификации) по различным разделам терапии (гастроэнтерология, ревматология, кардиология). Каждая метафора была проанализирована с точки зрения исторической справки, ассоциативных аналогий и представлена визуально. По результатам данного научного исследования планируется выпуск методического пособия для студентов (особенно для иностранных учащихся). Выводы: 1)Знание, правильное освоение и применение научной медицинской терминологии является необходимой частью профессиональной подготовки специалиста-медика; 2)Применение метафорических терминов позволяет наиболее полно описать клиническую картину заболеваний и поможет студентам-медикам в понимании , а также запоминании медицинских терминов, т.к. уже давно доказано, что эмоционально окрашенная информация усваивается лучше и полнее.

Васильева И.С., Захаревич Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РЕЖИМА ДНЯ И ПИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И САМОЧУВСТВИЕ ЛЮДЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Научный руководитель асс. Лазута Л.П.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Режим дня и питания являются важными составляющими образа жизни человека и их влияние на здоровье и самочувствие людей нельзя недооценивать. Это связано с тем, что образ жизни воздействует на человека ежедневно в течение многих лет. Люди каждый день принимают пищу, двигаются, занимаются умственным трудом, спят, и каждый день все, что они делают, накапливается и воздействует на организм.

Цель исследования: изучение особенностей влияния режима дня и питания на состояние здоровья и самочувствие людей.

Материалы. Данные анкетирования, проведенного в таких возрастных группах как: подростки, студенты 1, 5 курсов и преподаватели Белорусского государственного медицинского университета.

В процессе исследования применялись следующие методы: социологический с использованием специально разработанных анкет, статистический и исторический.

Анкетированием было охвачено 195 человек, ведущих различный образ жизни. В исследовании было задействовано 44 подростка, 51 студент 1 курса, 50 студентов 5 курса и 50 человек преподавательского состава. Средний возраст участников составил 15,4±0,37 лет для подростков, 17,37±0,07 лет для студентов 1 курса, 22,12± 0,21 лет для студентов 5 курса и для преподавательского состава 42,68±2,38 лет.

В процессе анализа показателя массы тела участников на основании ИМТ было выявлено, что нормальную массу тела имеют 64,9% подростков, 86,3% студентов 1 курса, 80,0% 5 курса и 50,0% преподавательского состава. Отклонения от нормального ИМТ наблюдались у 34,1% подростков, 13,7% студентов 1 курса, 20,0% студентов 5 курса и 50,0% преподавателей.

На вопрос анкеты «Важно ли для Вас соблюдение режима питания?» большинство респондентов ответили утвердительно (подростки - 65,9%, студенты 1 курса – 53,0%, студенты 5 курса - 64,0%, преподаватели – 70,0%). Однако, на практике большинство респондентов старается соблюдать режим питания, но у них это не всегда получается (подростки - 70,5%, студенты 1 курса – 76,0%, студенты 5 курса – 90,0% и преподаватели - 70,0%). На вопрос «Имеете ли Вы лишний вес?» положительно ответили 72,7% подростков, 80,0% студентов 1 курса, 78,0% студентов 5 курса и 64,0% преподавателей.

Количество положительных ответов на вопрос «Имеете ли Вы заболевания ЖКТ?» у подростков составило 25,0%, у студентов 1 курса - 20,0%, у студентов 5 курса – 24,0% и у преподавателей – 26,0%.

Со слов респондентов, заболевания органов зрения имеют 50,0% подростков, 51,0% студентов 1 курса, 60,0% студентов 5 курса и 54,0% преподавателей.

Заболевания опорно- двигательного аппарата у себя подтвердили 63,6% подростков, 35,0% студентов 1 курса, 46,0% студентов 5 курса и 54,0% преподавателей.

После изучения анкетных данных можно сделать следующие выводы: во всех возрастных группах отмечены трудности в соблюдении режима дня и питания и часто встречаются избыток массы тела, заболевания ЖКТ, органов зрения и опорно-двигательного аппарата.

Захарко А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГЕСТОЗОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

Цель работы: изучение особенностей липидного обмена у пациенток с сочетанным гестозом на фоне метаболического синдрома (МС), с гестозом, с МС без признаков гестоза и беременных с физиологическим течением беременности.

Материалы и методы. Проспективное исследование включало 118 женщин в третьем триместре беременности, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности УЗ «Гомельская государственная клиническая больница №2», отобранных методом случайной выборки. В основную группу вошли 46 пациенток, имеющих сочетанный гестоз на фоне МС; в группы сравнения включены 30 беременных с МС без гестоза и 12 пациенток с «чистым» гестозом, не имеющих критериев для диагностики МС; контрольную группу составили 30 практически здоровых беременных женщин с физиологическим течением беременности. Для диагностики МС были использованы критерии, предложенные Международной Диабетической Федерацией (IDF 2005). Для определения степени тяжести гестоза нами использована балльная шкала, предложенная C. Goucke в модификации Г.М. Савельевой (1982).

Всем пациенткам проводились сбор анамнеза с изучением данных обменных карт, общий осмотр, включая параметры роста, массы тела, вычислялся индекс Кетле (отношение массы тела к росту в $м^2$), при этом прибавка массы тела за беременность не учитывалась. С целью оценки липидного спектра крови определяли содержание общего холестерина, триглицеридов, липропротеидов высокой, низкой, очень низкой плотности.

Обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ Excel и Statistica 7.0. Полученные данные считали достоверными при величине безошибочного прогноза равной или больше 95% ($p< 0,05$).

Результаты исследования. Основная группа, группы сравнения и контрольная группа были сопоставимы по возрасту, сроку гестации, прибавке массы тела за беременность, паритету родов. В нашем исследовании мы выявили, что показатели липидного обмена у здоровых беременных в третьем триместре на 30% превышают среднестатистическую популяционную норму, что согласуется с другими исследованиям. Гиперлипидемия связана с физиологической адаптацией к беременности, в норме протекающей на фоне инсулинорезистентности.

При изучении липидного обмена было выявлено, что наиболее высокие значения показателей липидограммы наблюдались при сочетании МС и гестоза по сравнению с «чистыми» формами гестоза и здоровыми беременными (общий холестерол 7,52±1,17 ммоль/л, 6,55±0,53 и 6,36±1,02 ммоль/л соответственно; $p<0,001$, триацилглицерол 3,36±0,78 ммоль/л, 3,13±0,52 и 2,78±0,76 ммоль/л; $p<0,002$, ХС ЛПНП 4,23±0,93 ммоль/л, 3,5±0,62 и 3,33±1,11 ммоль/л; $p<0,001$; ХС ЛПОНП 1,82±0,86 ммоль/л, 1,31±0,18 и 1,21±0,36 ммоль/л; $p<0,001$, индекс атерогенности 3,94±1,45, 2,78±1,04 и 2,79±0,9 соответственно; $p<0,005$).

При сравнении группы с «чистой» формой гестоза и здоровыми беременными было установлено, что при гестозе имеется тенденция к гиперлипидемии с достоверно значимым повышением уровня триацилглицерола (3,13±0,525 и 2,54±0,76 ммоль/л соответственно, $p<0,05$).

Полученные данные могут свидетельствовать об усугублении эндотелиальной дисфункции при сочетании метаболического синдрома и гестоза, что в свою очередь может обусловливать различные осложнения беременности.

Захарова Е. Я.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А. И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель работы: изучить и проанализировать особенности поражений лучезапястного сустава с использованием методов УЗИ и рентгенографии.

Методика проведения. Результаты клинических обследований, ультрасонография, рентгенография.

Для исследования была набрана контрольная группа из 10 человек, которые не имели жалоб, и в анамнезе у которых отсутствовали заболевания лучезапястного сустава. У них определяли размеры суставных сумок, состояние сухожилий и костей запястья.

В исследование включили 32 пациента с лабораторно диагностированным ревматоидным артритом на базе УЗ «Минского консультационно-диагностического центра».

Результаты исследования. Среди исследуемых с помощью рентгенографии у 6 человек была диагностирована I стадия заболевания, у 8 человек – II стадия, и у 18 человек – III стадия.

С помощью УЗИ в исследуемой группе были выявлены следующие результаты: среди пациентов с I стадией у двух человек был обнаружен синовит лучезапястного сустава (33,3%), среди пациентов со II стадией у четырех был обнаружен синовит (50%), среди пациентов с III стадией у семи был обнаружен синовит (38,9%) и пяти был обнаружен тендовагинит сгибателей (27,78 %).

Метод рентгенографии позволяет обнаружить сужение суставной щели, околосуставной остеопороз, узуры, субхондральные кисти. Недостатком рентгенографии является невозможность определения поражений мягкотканых структур, а именно синовитов, тендовагинитов. Кроме того, метод несет лучевую нагрузку и обнаруживает изменения, характерные для ревматоидного артрита, не ранее 3-6 месяцев после начала заболевания.

Использование УЗИ позволяет качественно визуализировать мягкотканые изменения в лучезапястном суставе (синовит, тендовагинит, а также изменения суставного хряща, предшуствующие эрозиям). Метод неинвазивен, не несет лучевой нагрузки, позволяет проводить исследование в режиме реального времени. Однако эффективность УЗИ в диагностике поражений костных состовляющих рассматриваемого сустава относительно низка.

Зверок Е.В, Алексеюк И.И.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ГЕЛЯ «КУРИОЗИН» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПОСТАКНЕ

Научный руководитель асс. Лисковская Ю.О.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерпии

Вероятность образования атрофических рубцов на месте воспалительных элементов после акне ("постакне") присутствует у 30% перенёсших среднюю и тяжёлую форму угревой болезни. Подобные последствия заболевания характеризуются не только выраженными визуальными изменениями: особым осложнением такого исхода угревой болезни является негативное влияние на самооценку, психо-эмоциональное состояние и качество жизни пациентов. Формирование рубцовой деформации на месте акне обусловлено замещением дефектов повреждённых воспалительным процессом эпидермиса и дермы соединительной тканью, которой при гипертрофической форме заболевания образуется больше, чем было разрушено.

Она выступает над поверхностью кожи, а при варианте образования келоидных рубцов изменяется также цвет и консистенция места повреждения. Очевидно, что подобная активация процессов фиброзирования соединительной ткани требует применения физических методов и лекарственных средств, обладающих разволокняющим и разрыхляющим действием, стимулирующих функции клеточных элементов и клетки в целом, нормализующих микроциркуляцию и протекание различных обменных реакций, а необходимость предупреждения обострения процесса и повторного инфицирования предполагает противомикробные, антисептические и регенерирующие воздействия. Этим критериям соответствуют сочетание механического, термического и физико-химического эффектов ультразвука и вводимого с его помощью геля «Куриозин», представляющего собой ассоциат гиалуроновой кислоты и цинка. Ультрафонофорез «Куриозина» в комплексе лечения и профилактики рубцовой деформации кожи в исходе угревой болезни не только окажет противовоспалительное и восстанавливающее действие на морфологические элементы угревой болезни, но и позволит избежать осложнений в виде образования келоидных рубцов, а также предотвратит нарушения психоэмоционального статуса.

Цель работы: оценка эффективности применения ультрафонофореза геля «Куриозин» в комплексе лечения и профилактики гипертрофической формы постакне.

Материалы и методы. 8 пациентам в возрасте 19-28 лет, страдающим угревой болезнью средней формы в подострой и хронической стадии и 10 с гипертрофической формой постакне в виде обычных рубцов в исходе средней и тяжёлой формы заболевания, локализованных в области лица, спины, плечевого пояса, и длительностью заболевания от 2 до 10 лет в комплекс лечения включали ультрафонофорез геля «Куриозин» на область морфологических элементов с параметрами озвучивания и по методикам, соответствующим области воздействия. Оценивали динамику изменения локального статуса, а также уровень депрессии по шкале Балашовой и качество жизни на основании опросника NAIF в начале и по окончании курса терапии.

Результаты. Положительную динамику изменения локального статуса отметили у всех пациентов. В 1 группе она характеризовалась быстрым разрешением воспалительного процесса, практически отсутствующими или незначительными рубцовыми изменениями атрофического характера без наличия пигментации и выраженного уплотнения тканей, во 2 – значительным размягчением консистенции рубца, выравниванием его по высоте с окружающими тканями. После курса терапии заметное снижение настроения отсутствовало у 88,89% лечившихся, хотя до начала комплексного воздействия лёгкую, маскированную депрессию или субдепрессивное состояние диагностировали у всех пациентов. Интегральный показатель качества жизни после лечения приближался к 100% у 83,33% получавших комплексное воздействие, наиболее выраженные изменения отметили по таким параметрам, как эмоциональное состояние, социальная и сексуальная функции.

Зданович Ю.И., Лобкова А.И.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХЕЙЛИТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научные руководители: кандмед.наук, доц. Боровая М.Л., канд. мед.наук,доц. Гулько Е.М.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель: определить частоту встречаемости различных видов хейлита у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование 129 детей г.Минска, посещающих детские сады №337, 322, 84, 316. Осмотр детей проводили при естественном освещении с использованием стандартного набора инструментов. Обращали внимание на состояние кожи,

красной каймы и слизистой оболочки губ у детей, правильность смыкания губ, состояние уздечек, определяли нарушение функции дыханияи речеобразования, изучали стоматологический статус дошкольников (распространенность кариеса зубов, интенсивность кариеса, уровень гигиены по индексу PLI).

Результаты. Настоящим исследованием установлено, что распространенность кариеса зубов у детей 5-6 летнего возраста составила 78,29±3,63%. Интенсивность кариеса зубов – 3,95±0,54, что соответствует средней степени активности. Среднее значение индекса PLI было равно 2,83.

Среди 129 обследованных дошкольников поражение губ было выявлено у 67детей, что составило 51,93±8,18%. Причем метеорологическийхейлит был выявлен у 55(42,63±7,41%) дошкольников, а эксфолиативныйхейлит у 12 детей (9,3±3,31%) .

Красная кайма губ у детей с метеорологическимхейлитом была слегка отечна, гиперемирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками. У 4-х детей отмечалось поражение кожи губ в виде гиперемии и мацерации. Почти половина детей жаловались на «пощипывание» губ.

Эксфолиативныйхейлит может протекать в двух формах: сухой и экссудативной. В нашем случае у всех дошкольников наблюдалась сухая форма эксфолиативногохейлита. У 11 детей поражение ограничивалось только нижней губой. Обе губы были поражены у одного ребенка. На середине красной каймы губ определялись серовато-белые чешуйки, прикрепленные в центре и отстающие по краям. Жалоб на боль дети не предъявляли.

Из причинных факторов, которые приводят к нарушению смыкания губ и способствуют возникновению хейлита были выделены: ротовое и смешанное дыхание у 28,35±4,24% детей, патология прикуса у 10,44±2,44% детей и короткие уздечки губ у 4,47±1,40% детей. У 46,26±5,56% дошкольников было отмечено нарушение речи. Эти дети посещали логопедические группы.

Таким образом можно сделать вывод, что воспаление губ у детей 5-6 лет встречается достаточно часто. Причиной возникновения хейлитов является нарушение смыкания губ, которому способствуют патология прикуса и нарушение функции дыхания.

Мартынец Н.Н., Зеленко Е.Н.

ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПУТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Научный руководитель асс. Клюй Е.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Нарушение проходимости нижней полой вены (НПВ) вызывает развитие окольных путей оттока крови, в котором системе непарной и полунепарной вен принадлежит основная роль.

Цель исследования: изучить рентгенанатомию основных и дополнительных путей коллатерального оттока у пациентов с нарушением проходимости НПВ на основании данных спиральной компьютерной томографии (СКТ) с контрастным усилением.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 23 пациентов с нарушением оттока крови по НПВ. При гипо – или аплазии инфраренального отдела число больных составило 6 человек (26,1%), гипо – или аплазии супраренального отдела – 5 (21,7%), гипо – или аплазии инфра-супраренального отделов – 5 (21,7%), гипоплазии печёночного отдела – 2 (8,7%), субтотальной и тотальной аплазии НПВ – 3 (13,1%), тромбозе инфраренального отдела НПВ после имплантации кава-фильтра – 2 (8,7%).

Результаты и обсуждение. Во всех наблюдениях у пациентов с нарушением проходимости НПВ регистрировалось увеличение диаметра непарной, полунепарной вен, восходящих поясничных вен. Визуализировались в норме не определяющиеся вены переднебоковой стенки живота, вены позвоночного венозного сплетения. Самое значительное увеличение диаметра непарной и полунепарной вен наблюдалось при субтотальной и тотальной аплазии

НПВ (ср.21,6 ± 1,8 мм, и 15,89 ± 1,4 мм соответственно). Наиболее выраженная дилатация ВосхПВ была отмечена также при окклюзии НПВ на всем протяжении (ср.13,1±1,6 мм справа).

Кроме того у этих пациентов имелись расширение стволов почечных вен, (главным образом левой), левой яичковой вены, подвздошно–поясничных вен, вен позвоночного сплетения. Также регистрировалось расширение вен переднебоковой стенки живота:vv. epigastrica superficiales,vv. circumflexaileum superficiales, vv. pubica. Левая яичковая и левая почечная вена были значительно дилатированы. Дополнительным путем оттока крови могут служить связи между надпочечниковыми и нижними диафрагмальными венами, венами капсулы почки и селезенки.

Выводы. 1. Система непарной и полунепарной вен и ВосхПВ как ее начальное звено играют ведущую роль в запуске механизма коллатерального оттока при окклюзии НПВ. 2. Самое значительное увеличение диаметра непарной и полунепарной вен и ВосхПВ наблюдалось при субтотальной и тотальной аплазии НПВ. 3. Дополнительными путями коллатерального оттока при окклюзии НПВ служат вены переднебоковой стенки живота, стволы почечных вен, левой яичковой вены, подвздошно–поясничных вен, вен позвоночного сплетения.

Зенкович Н.Г.

РАЗВИТИЕ СОСУДИСТЫХ И БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У РЕЦИПИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Щерба А.Е.
2-я кафедра хирургических болезней

Актуальность. Трансплантация печени является эффективным методом лечения терминальных поражений печени разной этиологии как у взрослых, так и детей. В настоящее время годичная выживаемость после трансплантации печени при всех этиологиях составляет 90% и более. По данным европейского регистра трансплантации печени 10 летняя выживаемость среди детей (старше 2-х лет на момент трансплантации) составляет 76%. При этом частота развития и трудность коррекции осложнений у детей после трансплантации печени остаются важной клинической проблемой. Это обусловлено более тяжелыми условиями операции у детей, чем у взрослых, особенностью выполнения некоторых технических этапов и трудностью, и, иногда, невозможностью применения технологий коррекции, используемых у взрослых.

Цель: изучить частоту развития и факторы риска сосудистых и билиарных осложнений трансплантации печени у реципиентов детского возраста.

Задачи: 1. определить влияние возраста реципиента на частоту развития и факторы риска артериальных осложнений трансплантации печени.

2. Определить влияние возраста реципиента на частоту развития и факторы риска венозных осложнений трансплантации печени.

3. Определить влияние возраста реципиента на частоту развития и факторы риска билиарных осложнений трансплантации печени.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы истории болезни 175 пациентов перенесших трансплантацию печени в РНПЦ «Трансплантации органов и тканей» на базе УЗ «9-я ГКБ». В возрасте до 18 лет было выполнено 23 трансплантации печени. Однако для решения поставленных задач была сформирована группа реципиентов до 12 лет, поскольку 1) всем детям старше 12 лет трансплантация печени выполнялась в том же варианте (классическая методика), что и взрослым и 2) технические условия операции мало отличались от таковых у взрослых.

Результаты. В результате проведенных исследований определено, что частота развития артериальных, венозных и билиарных осложнений после трансплантации печени у детей до

12 лет была больше, чем у взрослых. Факторами риска возникновения этих осложнений явились вес реципиента, размеры сосудистых структур, сегментарный характер трансплантации.

Зенович П. А. Халтурина Ю. В.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ОЖИРЕНИЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н. Я.
Кафедра общей хирургии

В XXI веке избыточная масса тела стала одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения во всем мире. В экономически развитых странах почти 50% населении имеют избыточный вес, из них 30% страдают ожирением. Вместе с ожирением растет и распространенность заболеваний, патогенетически связанных с ним. Возникающие при ожирении метаболические нарушения являются одним из этиологических факторов панкреатической патологии, в частности панкреатитов. Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) из года в год неуклонно растет и, по мировым статистическим данным, варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. человек населения в год, что говорит о неуклонном росте больных с выраженными изменениями в поджелудочной железе, представляющими большую опасность для жизни.

Цель работы: изучить течение ОП у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. В работу включены материалы обследования и лечения 62 пациентов с ОП, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска за 2012-2013г.

Результаты и обсуждения. Основную группу составили 31(50,0%) пациент с ИМТ 25 и более. Контрольную – 31(50,0%) с ИМТ 18,5-24,9.

В основной группе обследовано 19 (61,3%) мужчин и 12 (38,7%) женщин, из них 18 (58,1%) трудоспособного возраста. При поступлении в хирургическое отделение диагностирован ОП легкой степени тяжести у 10 (32,3%), средней – 20 (64,5%), тяжелой – 1 (3,2%) пациента, который из приемного отделения госпитализирован в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). В течение первых суток в связи с ухудшением состояния 5 пациентов из хирургического отделения переведены в ОИТР, средняя продолжительность лечения в ОИТР составила 6 койко-дней. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 14 койко-дней. ОП осложнился образованием перипанкреатического инфильтрата с различными исходами у 9 (29,0%), впервые выявленным сахарным диабетом 5 (16,1%) пациентов. Сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) имела место у 22 (70,0%), со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 11 (35,5%) пациентов.

В контрольной группе обследовано 26 (83,9%) мужчин и 5 (16,1%) женщин, из них 23 (74,2%) трудоспособного возраста. При поступлении в хирургическое отделение диагностирован ОП легкой степени тяжести у 19 (61,3%), средней – 12 (38,7%). За время лечения 2 пациента были переведены в ОИТР в связи с ухудшением состояния. Средняя продолжительность лечения в ОИТР составила 5 койко-дней. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 6 койко-дней. ОП осложнился образованием перипанкреатического инфильтрата с абортивным течением у 3 (9,7%), впервые выявленным сахарным диабетом у 1 (3,2%) пациента. Сопутствующая патология со стороны ССС имела место у 10 (32,3%), со стороны ЖКТ у 8 (25,8%) пациентов.

Выводы. У пациентов с ожирением ОП характеризуется более тяжелым течением и большей вероятностью развития характерных осложнений (перипанкреатический инфильтрат, впервые выявленный сахарный диабет, и др.).

Сочетание ожирения с ОП приводит к более продолжительной госпитализации и увеличению затрат на лечение.

Зенькевич Л.В.

ПРЕДИКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ И ВОЗМОЖНЫЕ МЕРЫ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

Научный руководитель асс. Сирош О.П.
2-я кафедра внутренних болезней

Важность данной проблемы обусловлена прежде всего большой частотой случаев внезапной сердечной смерти (ВСС). Случаи внезапной смерти составляют около 70% от числа всех умерших от ишемической болезни сердца. Наибольшую группу риска по развитию ВСС составляют пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, страдающие сердечной недостаточностью, фатальными желудочковыми нарушениями ритма. Поэтому выделение групп пациентов с различными синдромами и нозологиями, сопровождающимися риском развития ВСС - актуальная задача. Необходимо дальнейшее изучение предикторов ВСС, разработка возможных мер её профилактики.

Цель исследования: выявить причины и механизмы развития внезапной сердечной смерти, выделить группы риска, разработать меры профилактики ВСС.

Методика исследования. Проведён анализ протоколов вскрытий всех случаев нетравматических внезапных смертей у людей в возрасте 30-50 лет за 2007 и 2012гг в г.Минске. Выделена группа лиц умерших внезапно от острой остановки кровообращения (60 случаев), систематизированы данные о конституциональных особенностях погибших, состоянии сердечно-сосудистой системы и другой сопутствующей патологии; проведён обзор амбулаторных карт данной группы пациентов.

Материалы исследования. Протоколы вскрытия и амбулаторные карты лиц, погибших от внезапной остановки кровообращения в возрасте 30-50 лет за 2007, 2012г.. Исследование проводилось на базе Отдела общих экспертиз-1 Государственной службы судебно-медицинских экспертиз.

Результаты. Согласно полученным данным определены нозологические формы, исходом которых чаще всего является внезапная сердечная смерть: ишемическая болезнь сердца(41 пациент), гипертрофическая кардиомиопатия(7 пациентов), дилатационная кардиомиопатия(12 пациентов).Определены возможные предвестники внезапной сердечной смерти: снижение фракции выброса левого желудочка, гипертрофия левого желудочка как следствие артериальной гипертензии, синдром удлинения интервала Q–T. Среди возможных мер профилактики ВСС можно выделить следующие: комплексное изучение критериев стратификации риска ВСС, профилактика развития ишемической болезни сердца, своевременная реваскуляризации коронарных артерий, проведение адекватной антиаритмической терапии, имплантация кардиовертера-дефибриллятора).

Зенькевич Л.В.

РЕАНИМАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц Павлов О.Б.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Важность данной проблемы обусловлена прежде всего большой частотой внезапной смерти. Случаи внезапной смерти составляют около 70% от числа всех умерших от ишемической болезни сердца. Большая значимость данной проблемы обусловлена также тем, что большинство внезапно умерших не имеют тяжелых, не совместимых с жизнью органических изменений сердца. Значительная часть больных с внезапной остановкой кровообращения при

оказании им своевременной помощи может быть успешно реанимирована. Представляется весьма перспективной разработка вопросов профилактики внезапной смерти.

Цель исследования: выявление причин и механизмов развития внезапной сердечной смерти, выделение групп риска, разработка мер профилактики внезапной смерти и совершенствование оказания медицинской помощи при внезапной остановке кровообращения.

Методика исследования Проведён обзор всех нетравматических внезапных смертей у людей в возрасте 30-50 лет за 2007, 2012гг. Выделена группа лиц умерших внезапно от острой остановки кровообращения, систематизированы данные о месте, времени, обстоятельствах наступления смерти, конституциональных особенностях погибших, состоянии сердечно-сосудистой системы и другой сопутствующей патологии со стороны других органов и систем.

Материалы исследования. Протоколы вскрытия лиц, погибших от внезапной остановки кровообращения в возрасте 30-50 лет за 2007, 2012г.. Исследование проводилось на базе Отдела общих экспертиз-3 Государственной службы судебно-медицинских экспертиз.

Результаты. Согласно полученным данным определены нозологические формы, исходом которых чаще всего является внезапная сердечная смерть: ишемическая болезнь сердца(69%), гипертрофическая кардиомиопатия(11%), дилатационная кардиомиопатия(20%). Выявлены факторы, позволяющие выделить группы людей с высокой степенью риска внезапной смерти(мужской пол, избыточная масса тела, гипертрофия левого желудочка как следствие артериальной гипертензии, состояние алкогольного опьянения). В 98% случаев в связи с наступлением биологической смерти до приезда БСМП реанимационные мероприятия не проводились. В связи с этим особое значение следует уделить прежде всего мерам профилактики внезапной сердечной смерти(комплексное изучение критериев для составления стратификации риска ВСС,снижение риска развития ишемической болезни сердца, имплантация кардиовертера-дефибриллятора).

Зиновик Ю.В.

ВЫБОР ПОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Научный руководитель: асс. Боровский А.А.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Целью создания оптимального положения пациента во время операции является обеспечение наилучшего хирургического доступа и, в тоже время, предотвращение развития потенциальных осложнений, связанных с положением пациента. Выбор позиции обычно определяется предпочтением хирурга. Традиционно при микродискэктомии пациент находится в положении на боку или на животе, реже используется коленно-грудное положение (так называемое положение “кролика” или “bunny position”).

Цель исследования: изучить закономерность развития интраоперационных осложнений, в частности кровотечения из “гипертрофированных” эпидуральных вен, в зависимости от выбранного положения больного на операционном столе.

Материалы и методы. В исследование включено 285 пациентов, которым была проведена микродискэктомия за период 2007-2013 гг. Пациенты были разделены на три группы. Первая - 81 больной, оперированы в положении на боку; вторая- 184 больных, в положении на животе; третья- 20 больных, в коленно-грудном положении. При коленно-грудном положении под грудную клетку и голову подкладывали высокий валик, до приведения туловища в горизонтальное положение, а под бедра и ягодицы мягкий валик, для предотвращения чрезмерного сгибания в коленных суставах, небольшие валики под голеностопные суставы.

Результаты и обсуждение. Осложнения в виде “гипертрофированных” эпидуральных вен у пациентов оперированных на боку встречались в 19,8% наблюдений, у 13,5 % из них раз-

вивалось кровотечение. У пациентов, оперированных на животе, гипертрофированные эпидуральные вены наблюдались у 38% больных, и осложнялись кровотечением в 10,8 % случаев. В группе пациентов, оперированных в коленно-грудном положении, подобных осложнений не встречалось (разница по группам статистически достоверна). Средняя продолжительность операции в первой группе составила 88 минут, во второй 95 минут, в третьей 93 минуты (статистически достоверной разницы нет).

Известно,что при укладке пациента для микродискэктомии очень важно избегать давления на живот. Если этого не сделать, то резко возрастает внутрибрюшное давление, происходит сдавление нижней полой вены, что уменьшает венозный возврат и, как следствие, снижает сердечный выброс. Кроме того, высокое внутрибрюшное давление ограничивает движения диафрагмы, снижает податливость грудной клетки, что приводит к нарушению функции лёгких. В тоже время компенсаторно переполняются эпидуральные вены, создавая неудобства хирургу во время операции. Легче всего избежать подобных осложнений укладкой в коленно-грудном положении. В отличие от положения на боку, в полной мере используется помощь ассистента. Кроме того, при этом положении, вследствие хорошего сгибания поясничного отдела позвоночника, междужковые промежутки широкие, что позволяет сделать доступ к грыже менее травматичным.

Зиновик Ю.В., Хорошко Н.Л.

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА БЕЛОРУССКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИДЕОЛОГИИ

Научный руководитель канд. филос. наук, доц., Сокольчик В.Н.
Кафедра философии и политологии

Актуальность: В системе приоритетов растет ценность здоровья. Возникают новые медицинские и социальные технологии. В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в здравоохранение. Но уровень здравоохранения РБ отстает от уровня развитых стран. Что бы улучшить ситуацию с состоянием здоровья, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения.

Для осуществления этих задач, были предложены следующие стратегические цели в области улучшения здоровья:

1. Создание государственного механизма поддержки здорового образа жизни, формирование высокого спроса на личное здоровье, создание предпосылки для его удовлетворения.

2. Особое внимание предстоит уделить охране репродуктивного здоровья граждан, созданию службы планирования семьи, улучшению ранней диагностики и лечения заболеваний репродуктивной системы.

3. создание эффективной системы здравоохранения, укрепление ее потенциала для обеспечения каждого гражданина доступной и качественной медико-санитарной помощью.

На первом этапе (до 2010 г.) для достижения целей и решения этих задач в качестве приоритетных направлений государственной политики в области охраны и укрепления здоровья населения следует выделить: обеспечение участия в процессах формирования здорового образа жизни всех органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, активизация этого процесса на республиканском и местных уровнях; внедрение различных форм реструктуризации медицинской помощи, направленных на концентрацию и перераспределение ресурсов на более эффективные направления деятельности, укрепление и обновление материально-технической базы, повышение уровня и качества медицинских услуг и обеспечение их доступности; рациональное сочетание коммерческой и некоммерческой деятельности; разработка и принятие Государственной программы улучшения общественного здоровья населения Республики Беларусь на 2006 – 2007 гг.

На втором этапе (2011–2020 гг.) необходимо: дальнейшее формирование потребности населения в соблюдении принципов здорового образа жизни; разработка и реализация эффективных программ активного приобщения населения к здоровому образу жизни; принятие Закона «О здоровом образе жизни» с введением в него положений, определяющих ответственность граждан за состояние своего здоровья; расширение рынка медицинских технологий и услуг.

Выводы. Предполагаемое снижение показателей: общая смертность до 12,5 на 1000 населения, младенческая смертность до 4,3 промилле, материнская смертность до 5,0 на 100 тыс. живорожденных.

Предполагаемое снижение показателей: рождаемости до 11,9 на 1000 населения, ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет.

Золотухина А.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Несовершенный остеогенез (НО, от лат. osteogenesisimperfecta; син.:«несовершенное костеобразование», болезнь «хрустального человека») - это группа генетически обусловленных заболеваний, в основе которых лежит нарушение формирования костной ткани, проявляющееся повышенной ломкостью костей. На практике это означает, что ребёнок с самого рождения подвержен частым переломам костей, которые происходят при минимальных воздействиях и даже в отсутствие травм.

Частота заболевания в мире колеблется от 1-2 до 6-7 на 10 тыс. населения в зависимости от типа несовершенного остеогенеза. В РБ аналогичные данные отсутствуют.

Актуальность темы изучения несовершенного остеогенеза обусловлена поздней диагностикой заболевания, значительной вариабельностью клинических проявлений (от минимальных симптомов до смертельных исходов), отсутствием широкого опыта применения фармакотерапии у данной категории пациентов. В таблице представлена клинико-патогенетическая классификация НО.

Таблица – Клинико-патогенетическая классификация несовершенного остеогенеза

Тип НО	Тяжесть НО	Дентино-генез	Типичные симптомы	Генетический вариант	Мутации
I	Легкое течение, без деформаций	Норм.	Нормальная длина ребенка, голубые склеры	А-Д	COL A1, COL 1A2
II	Перинатальная смерть	Не изучен	Множественные переломы и деформации при рождении	А-Д, спонтанные мутации, семейныймозаицизм	COL A1, COL 1A2
III	Тяжелое	Несоверш.	Задержка физического развития ребенка, треугольное лицо, голубые склеры	А-Д, очень редко А-Р, семейный мозаицизм	COL A1, COL 1A2
IV	Среднетяжелое, тяжелое	Несоверш.	Задержка физического развития ребенка, голубые или белые склеры	А-Д	COL A1, COL 1A2

V	Средне-тяжелое, тяжелое	Норм.	Гиперпластическая костная мозоль, белые склеры	А-Д	Не изучен
VI	Средне-тяжелое, тяжелое	Норм.	Белые склеры	А-Р	Не изучен
VII	Средне-тяжелое, тяжелое, перинатальная смерть	Норм.	Белые склеры	А-Р	CRT AP
VIII	Тяжелое, перинатальная смерть	Норм.	Белые склеры	А-Р	LEP RE1

В ходе нашей работы проведен анализ данных 6 семей (14 человек) с НО I а типа с нормальным дентиногенезом. Среди наиболее значимых клинических проявлений отмечено наличие голубых склер, множественных переломов в анамнезе (преимущественно переломов плечевой кости, костей предплечья, бедренной кости и костей голени). В ходе генетического консультирования отмечен доминантно-рецессивный тип наследования заболевания.

Зотикова М.С.

РОЛЬ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Еременко Ю.Е.
Кафедра болезней уха, горла, носа

Для выбора правильной тактики лечения риносинуситов, снижения частоты необоснованного применения антибиотиков следует своевременно устанавливать этиологию заболевания и чётко дифференцировать его различные формы.

Целью исследования: определение роли микробного фактора как одной из причин возникновения полипозного риносинусита.

Материалы и методы. Выполнено бактериологическое и микроскопическое исследование материала с поверхности полипозной ткани 40 прооперированных пациентов.

В этиологически значимом количестве микроорганизмы выделены у 36 пациентов (90%), из них бактерии - 27 случаев (75%), грибы – 11 случаев (30,6%).

Из бактерий преобладали стрептококки (15– 55,6%), стафилококки (8– 29,6%), E.coli. (4-14,8%).

Из грибковой флоры высеяны плесневые грибы (6-54,5%), Candida (5 -49,5%). Плесневые грибы высеяны в монокультуре, что позволяет считать их основным этиологическим фактором ХПРС.

При микроскопии нейтрофильный лейкоцитоз отмечался у пациентов с бактериальной флорой в посеве, эозинофильный – с грибковой.

Выводы.

1. Проведённые бактериологические исследования свидетельствуют, что в 90% случаев из отделяемого околоносовых пазух пациентов, страдающих хроническими риносинуситами, в этиологически значимых количествах выделялись бактерии и(или) грибы рода Candida или плесневых (30,6% случаев).
2. Среди выделенных бактерий в этиологически значимом количестве доминировали грамм (+) кокки (85,2%).

3. Выделение в большинстве случаев грибов рода плесневых в монокультуре позволяет позиционировать их как основной этиологический фактор полипозного процесса.

4. Результаты микроскопического исследования показали, что этиологически значимое количество микробов сопровождалось значительным количеством лейкоцитов в поле зрения микропрепарата, а грибковые процессы – эозинофилией.

Зубова А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ДАННЫХ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Научный руководитель канд. мед. наук Авдеева Е.А.
Кафедра хирургической стоматологии

По данным литературы от 20% до 78% населения страдает от заболевания височно- нижнечелюстного сустава. Основными этиологическими факторами, приводящими к патологии височно-нижнечелюстного сустава принято считать нарушение окклюзионных взаимоотношений, стресс и повышенный тонус жевательных мышц. По мнению ряда авторов, нарушение окклюзионных взаимоотношений имеет наибольшее значение. Другая половина авторов отрицает наличие данной связи, т.к. в клинической практике не редко встречаются пациенты с ортогнатическим прикусом и жалобами на боли и щелчки в области, а также пациенты с выраженными скелетными аномалиями прикуса, у которых не диагностируется патологии височно-нижнечелюстных суставов. В публикациях последних лет появились данные о возможном влиянии гормональных, метаболических факторов, а так же о влиянии скелетных аномалий на развитие патологии височно-нижнечелюстного сустава. Так же имеется ряд работ, посвященных кинетике суставной головки, однако, в специальной литературе не встречается данных о влиянии анатомических параметров самой нижней челюсти, как единственной подвижной кости в височно-нижнечелюстном суставе, на развитие патологии данного сустава

Цель работы: изучить цефалометрические характеристики нижней челюсти у пациентов дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов.

Задачи: провести цефалометрический анализ путем изучения соотношения длины ветви нижней челюсти к длине её тела у пациентов с жалобами на щелчки и боли в области височно-нижнечелюстного сустава и без подобных жалоб на основании фотографий и сравнить полученные данные

Объекты и методы. Изучены фотографии 40 пациентов в возрасте от 20 до 57 лет: из них у 26 не отмечалось жалоб со стороны ВНЧС – данная группа служила контролем, а остальные 14 пациентов предъявляли жалобы на щелчки и боли в области височно-нижнечелюстного сустава при движении нижней челюсти, однако при лучевых методах исследования нарушений со стороны структур височно-нижнечелюстного сустава не выявлялось.

Фотографирование осуществлялось в боковой проекции с обеих сторон, обозначив накожную проекцию точки Go – вершину угла, образованного при пересечении касательных к нижнему контуру тела нижней челюсти и заднему контуру её мыщелкового отростка (проекция на костный контур угла нижней челюсти).

На фотографиях проводилось изучение соотношение длины ветви нижней челюсти, измеренной от козелка до накожной проекции угла нижней длины тела нижней (точки Go) к длине её тела, измеренного от накожной проекции угла нижней длины тела нижней (точки Go) до самой выступающей точки подбородка (накожной проекции точки Gn).

Результаты. Для контрольной группы пациентов соотношение длины ветви тела нижней челюсти находилось в пределах 0,76 ± 0,12, а для пациентов с жалобами со стороны височно-нижнечелюстного сустава данный показатель составил 0,58 ± 0,15.

При сравнительном анализе выявлено, что для пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава характерны более низкие показатели соотношения длины ветви к длине тела нижней челюсти по сравнению к аналогичным данным пациентов без жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава.

Вывод. Для пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава характерно преобладание размеров тела нижней челюсти над ветвью.

Зупарова Д.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ОНКОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель д-р мед.наук, проф. Рустамова Х.Е.
Кафедра общественного здоровья, организации и управления здравоохранением
Ташкентская медицинская академия

Цель: Основные принципы профилактики онкологической патологии детского возраста на основе оценки качества медико-социальной помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Для определения некоторых показателей деятельности первичного амбулаторного звена было проведено сплошное ретроспективное изучение амбулаторных карт 524 детей в возрасте от рождения до 14 лет с злокачественными новообразованиями (ЗНО) на базе онкологических диспансеров за период с 2005 по 2009 гг. Из них: в Ташкенте -256; в Хорезме - 215; в Навои - 53.

Результаты. Среди обследованных детей достоверно преобладали мальчики 56,7±2,16% по сравнению с девочками 43,3±2,16% ($p \leq 0,05$). Наибольшее число пациентов приходится на возрастные группы 2-4 года и 10-14 лет. Наименьшее число больных детей в группе от 0 до 1 года 13,17±1,48%, в 8-9 лет 14,89±1,56%, в 5-7 лет 20,04±1,75%, в 2-4 лет 24,62±1,88% и в 10-14 лет достигает по численности максимума (27,29±1,95%). В Навоийской области максимум онкобольных детей приходится на возрастные группировки 8-9 лет 18,9±5,38% и 10-14лет 41,5±6,77% ($p \leq 0,05$). В Ташкенте максимальное число обращений к врачу первичных ЛПУ по месту жительства (88,3±2,03%) приходится на первые три месяца после появления первых симптомов заболевания, и минимальное количество больных обратилось к врачу через 6 месяцев (18,8±2,44%) и через год (0,39±0,39%). В Хорезмской области более четверти (25,6±2,98%) пациентов обратились за медицинской помощью только спустя 6 месяцев от начала заболевания, а 4,7±1,44% через год. В Навоийской области большинство онкобольных детей (54,8±6,84%) обратились в поликлинику спустя 6-12 месяцев после появления первых симптомов заболевания и только 24,5±5,91% в первые три месяца. В Ташкенте в первый день после обращения в поликлинику в онкодиспансер было направлено 18,0±2,40% больных, в Хорезмской области 41,9±3,36% и в Навоийской области 30,2±6,31%. Столь позднее, обращение к врачу привело к тому, что у 53,82±2,18% пациентов заболевание выявлено в III-IV стадии. Основная нагрузка по предварительной диагностике онкопатологии у детей, приходится именно на врачей общей практики и педиатров 31,1±2,0%, на втором - детские онкологи 26,9±1,9%, на третьем 20,9±1,8% детские хирурги. Это соотносится со структурой заболеваемости, где на первом месте по удельному весу стоят лейкозы 36,6±2,1%, именно с ними пациенты впервые обращаются к ВОП и педиатрам, далее опухоли головного мозга, мягких тканей и костно-хрящевой системы (11,36±1,3%; 11,1±1,3% и 8,4±1,2%) прерогатива в основном врачей хирургического профиля. По своевременности взятию на диспансерный учет специализированным учреждением, в течении первого месяца после постановки диагноза под наблюдение поступило: в Ташкенте 17,6±1,7%, в Хорезме 15,8±2,5% и в Навои 7,5±3,6%. Основная масса пациентов взяты на учет в Ташкенте и Навои только спустя год после обнаружения 40,2±2,1% и 56,6±6,8% соответственно, а в Хорезм-

ской области до полугода 45,6±3,4%. Однако достоверно можно сказать ($p \leq 0,05$), что процент не состоящих на диспансерном учете совсем в Хорезме в 1,9 раза выше чем в Ташкенте и в 3,4 выше чем в Навои.

Выводы. Позднее обращение пациентов со ЗНО за медицинской помощью говорит о низкой санитарной грамотности населения, отсутствии онкологической настороженности у родителей. В плане профилактической работы среди населения необходимо усилить мероприятия по вопросам пропаганды первичных знаний и онконастороженности.

Иванова Н.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗРАЧКОВЫХ МЕМБРАН У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Иванова В.Ф.
Кафедра глазных болезней

Врождённая зрачковая мембрана относится к аномалиям развития мезодермальной ткани радужки. На 3-м месяце внутриутробной жизни человеческого зародыша формируется сосудистая сумка хрусталика. На 8-м месяце внутриутробной жизни эмбриональная сосудистая система редуцируется, однако очень часто удается найти ее следы. В одних случаях эти следы имеют вид нежных игольчатых или звездчатых отложений на передней капсуле хрусталика, изолированных друг от друга. Элементы остаточной зрачковой мембраны обнаруживаются в форме тонких нитей серого цвета, отходящих от малого артериального круга радужки, перекидывающихся через зрачковое отверстие и прикрепляющихся в каком-то другом участке малого круга кровообращения.

Цель работы: 1.изучить клиническую картину зрачковых мембран у детей. 2. Влияние зрачковых мембран на зрительные функции. 3. Методы лечения зрачковых мембран (консервативные и хирургические). 4.Предложить оптимальные методики хирургического лечения зрачковых мембран.

Под наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 8 месяцев до 18 лет.

У 16 детей мембраны были незначительно выражены и не снижали зрительные функции. Их лечение заключалось в исследовании рефракции, назначении адекватной очковой коррекции, проведении окклюзии, расширении зрачка.

У 4 больных мембраны были значительно выражены: у 2 больных – двусторонние сращённые с радужкой, у 2 больных – односторонние сращённые с радужкой и хрусталиком.

Настоящая работа включает анализ клинической картины зрачковых мембран и результаты лечения у 4 детей (6 операций), у которых зрачковые мембраны были ярко выражены и значительно снижали остроту зрения.

Выводы.

1. Лечение больных при слабо выраженных зрачковых мембранах, которые не влияют на остроту зрения, трудностей не представляет – очковая коррекция, проведение окклюзии, расширение зрачка.
2. Предложено два микрохирургического метода удаления зрачковых мембран, позволяющих удалить зрачковую мембрану и освободить область зрачка, что приводит к повышению остроты зрения.
3. Данные микрохирургические методы в условиях неопорожнённой передней камеры, применения вискоэластика исключает осложнения со стороны хрусталика, радужки и других структур переднего отрезка глазного яблока.
4. Разработанные методы хирургического удаления зрачковых мембран могут быть внедрены в клиническую практику.

Иванова О.Ю.

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КУПОЛА ДЕСНЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гресь Н.А.
Кафедра общей стоматологии

Разрушение коронки зуба часто встречающийся случай в практике врача-стоматолога. Восстановление такого зуба представляет собой сложную задачу. Один из способов реставрации - микропротезирование с помощью вкладки. При данном виде протезирования требуется обнажение корня и формирование купола десны. В таких клинических случаях врачу-стоматологу целесообразно использовать инструмент, предназначенный для формирования купола десны. Создание такого стоматологического инструмента целесообразно в связи с необходимостью быстро и точно сформировать купол десны перед микропротезированием.

Следовательно, цель нашей работы: создание стоматологического инструмента для формирования купола десны.

Задачи исследования:

1. определение параметров необходимых для создания инструмента;
2. фотосъемка зубного ряда верхней челюсти исследуемых;
3. произведение необходимых измерений купола десны.

Чтобы в последующем сформированный инструментом купол десны максимально точно прилегал к микропротезу, исследование велось на клинически здоровых испытуемых (студенты 1 и 2 курсов стоматологического факультета). В ходе исследования производился замер резцов, клыков и премоляров верхней челюсти, так как именно эти группы зубов верхней челюсти видны при улыбки. Величины внутренних углов, высота и ширина купола десны являются основными параметрами для создания инструмента. Внутренний угол десны – это угол, сторонами которого являются прямая, проведенная перпендикулярно оси зуба, и прямая, проведенная по краю свободной десны. Величина угла определяется с помощью программы PhotoshopCS5Portable. Высота купола десны - это расстояние между прямой, проведенной между верхушками сосочков десны, и прямой, проведенной по наиболее глубокой точке купола десны клинической шейки зуба. Ширина купола десны - это расстояние между верхушками сосочков десны. Ширина купола десны высчитывается с помощью математической функции, $f(\alpha;a)=2a\times ctg\alpha$, где α- величина внутреннего угла; а-высота купола десны.

Точный расчет величин углов с помощью программы PhotoshopCS5Portable и дальнейшие математические вычисления позволяют создать стоматологический инструмент, который соответствует предъявляемым требованиям в данном клиническом случае.

Благодаря проделанной работе был создан стоматологический инструмент для формирования купола десны. На данный инструмент подана заявка на выдачу патента в Национальный центр интеллектуальной собственности Республики Беларусь.

Иванущик В.О.

MANDRAKE IN MEDICINE, MYTHOLOGY, ART

Научный руководитель: ст. преподаватель Бабчук О.В.

Кафедра иностранных языков

In this study we focus on the first medicines of herbal origin. It is well-known that a long time ago different plants were used as medicines. But, obviously, nowadays they are still considered to be an important part of the pharmacology. For centuries knowledge of their medical properties have been intertwining with the rituals, magic and beliefs. All these units are reflected in the mythology and art. Certainly, one of the most interesting is the mandrake story.

Mandrake is a common name for members of the plant genus Mandragora, particularly the species Mandragora officinarum, belonging to the nightshades family. As mandrake contains such deliriant hallucinogenic tropane alkaloids as atropine, scopolamine, apoatropine, hyoscyamine and the roots sometimes resemble human figures, mandrake has been used in magic rituals for a long time. Nowadays it is widely used in some contemporary pagan traditions. People began to use mandrake in ancient times. It helped to relive pain. In this capacity mandrake has been known since XV century BC. However, mandrake was believed to possess some magical powers. For example, in the East they prepared love potions from this plant and were sure that dried mandrake root could bring happiness to its owner. According to some legends, when the root is dug up it screams and kills those who hear it.

In the medieval Europe mandrake gets phenomenal popularity. On the one hand, it is used for headache, ear pain, gout, epilepsy and convulsions. On the other hand, there are also mandrake plasters and oils that are used to treat melancholia, intermittent fever. "Mandrake boom" has affected fiction, too. Boccaccio, Machiavelli, Shakespeare mentioned that plant in their works repeatedly. But in the XVI century mandrake disappeared from the European pharmacies.

The disappearance of the mandrake from the European pharmacies led to its disappearance from the medical practice in the early modern period. With the formation of the scientific world picture many superstitions and prejudices were gradually replaced. The elite of the XVII century and of the Age of Enlightenment criticized the views of the Middle Ages. So, the mandrake lost its popularity.

The first half of the XIX century brought the "resurrection" of the mandrake image thanks to its mentions in fiction. Also due to new scientific discoveries people remembered mandrake again.

Modern fundamental changes in medical science, scientific research of the anesthetics do not affect the mandrake image, it has remained unchanged for many years. Today we can see a new surge of interest in medieval themes connected with the extraordinary popularity of the genre "fantasy". Therefore, we can see the mandrake in books, movies and even songs again.

In our research we try to analyze the interrelation of pharmacological properties, the application of mandrake in medicine as well as the use of its image in mythology and art during different historical periods.

Иванущик В.О.

MANDRAKE IN MEDICINE, MYTHOLOGY, ART

Научный руководитель ст. преп. Бабчук О.В.
Кафедра иностранных языков

In this study we focus on the first medicines of herbal origin. It is well-known that a long time ago different plants were used as medicines. But, obviously, nowadays they are still considered to be an important part of the pharmacology. For centuries knowledge of their medical properties have been intertwining with the rituals, magic and beliefs. All these units are reflected in the mythology and art. Certainly, one of the most interesting is the mandrake story.

Mandrake is a common name for members of the plant genus Mandragora, particularly the species Mandragora officinarum, belonging to the nightshades family. As mandrake contains such deliriant hallucinogenic tropane alkaloids as atropine, scopolamine, apoatropine, hyoscyamine and the roots sometimes resemble human figures, mandrake has been used in magic rituals for a long time.

Nowadays it is widely used in some contemporary pagan traditions. People began to use mandrake in ancient times. It helped to relive pain. In this capacity mandrake has been known since XV century BC. However, mandrake was believed to possess some magical powers. For example, in the East they prepared love potions from this plant and were sure that dried mandrake root could bring happiness to its owner. According to some legends, when the root is dug up it screams and kills those who hear it.

In the medieval Europe mandrake gets phenomenal popularity. On the one hand, it is used for headache, ear pain, gout, epilepsy and convulsions. On the other hand, there are also mandrake plasters and oils that are used to treat melancholia, intermittent fever. "Mandrake boom" has affected fiction, too. Boccaccio, Machiavelli, Shakespeare mentioned that plant in their works repeatedly. But in the XVI century mandrake disappeared from the European pharmacies.

The disappearance of the mandrake from the European pharmacies led to its disappearance from the medical practice in the early modern period. With the formation of the scientific world picture many superstitions and prejudices were gradually replaced. The elite of the XVII century and of the Age of Enlightenment criticized the views of the Middle Ages. So, the mandrake lost its popularity.

The first half of the XIX century brought the "resurrection" of the mandrake image thanks to its mentions in fiction. Also due to new scientific discoveries people remembered mandrake again.

Modern fundamental changes in medical science, scientific research of the anesthetics do not affect the mandrake image, it has remained unchanged for many years. Today we can see a new surge of interest in medieval themes connected with the extraordinary popularity of the genre "fantasy". Therefore, we can see the mandrake in books, movies and even songs again.

In our research we try to analyze the interrelation of pharmacological properties, the application of mandrake in medicine as well as the use of its image in mythology and art during different historical periods.

Игнатович А.П.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАЦИЯМ В ПОЛОСТИ РТА ПО ДАННЫМ БИОФИЗИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Научный руководитель проф. Походенько-Чудакова И.О.
Кафедра хирургической стоматологии

Введение. В амбулаторных условиях стоматологами-хирургами наиболее часто выполняются такие вмешательства как операция удаления зуба и цистэктомия. В то же время известно, что твердые ткани зубов, костная ткань челюстей, мягкие ткани полости рта находятся в состоянии динамического равновесия с ротовой жидкостью (РЖ). При этом развивающиеся в челюстно-лицевой области патологические процессы способны нарушать гомеостаз организма, что проявляется изменением качественных и количественных характеристик ротовой жидкости. Вопросы предоперационной подготовки пациентов занимают одно из центральных мест при обсуждении проблемы профилактики гнойно-воспалительных осложнений во всех хирургических специальностях, в том числе и в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Однако в специальных источниках информации отсутствуют сведения результатах сравнительной оценки данные об оценке эффективности предоперационной подготовки при операциях, выполняемых в полости рта на основании данных микрокристаллизации ротовой жидкости.

Цель работы: сравнительную оценку эффективности хлоргексидина биглюконата и «Септолете Д», применяемых у пациентов с распространёнными амбулаторными хирургическими вмешательствами в полости рта на приёме стоматолога-хирурга на основании данных биофизического показателя РЖ - микрокристаллизации.

Объекты и методы. Под наблюдением было 120 пациентов с распространёнными амбулаторными хирургическими вмешательствами в полости рта. Группа 1 (контрольная), состояла из 59 человек, получавших стандартный комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Группа 2 – основная, включала 61 пациентов. В каждой из групп выделяли три подгруппы в зависимости от вида выполненных оперативных вмешательств: подгруппы А1 и А2 (по 35 пациентов в каждой), которым проводили операцию удаления зуба; подгруппы В1 и В2 (по 15 пациентов в каждой), которым проводили операцию сложного удаления зуба; С1 и С2 (по 9 и 11 пациентов, соответственно), которым выполняли операции резекции верхушки корня и цистэктомии. Всем пациентам для антисептической обработки полости рта перед операцией использовали лекарственные средства: в группе 1 – полоскание 50 мл водного 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата, в группе 2 – препарат фирмы «KRKA» «Септолете Д» 1 пастилка. Показатель микрокристаллизации определяли по способу И.О. Походенько-Чудаковой, Ю.М. Казаковой, Н.Д. Походенько (2011). Полученные данные были обработаны статистически с помощью пакета прикладных таблиц «Statistica 7.0».

Результаты. Полученные данные свидетельствуют, что на 3-тьи и 7-ые сутки констатировались достоверные различия результатов показателя микрокристаллизации в сравниваемых подгруппах А1 и А2, В1 и В2, а также С1 и С2 ($p<0,05$).

Заключение. Представленные результаты дают основание: 1) рекомендовать «Септолете Д» в качестве средства выбора для предоперационного использования с целью профилактики воспалительных послеоперационных осложнений при амбулаторных операциях, выполняемых в полости рта; 2) показатель микрокристаллизации РЖ, может быть использован как с целью оценки эффективности профилактических мероприятий, так и для прогнозирования развития воспалительных осложнений после хирургических вмешательствах в полости рта.

Игнатьев В.В.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА ВОЕННО-ВОЗДУШНЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель канд.мед.наук, подполковник м/с Ширко Д.И.
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Подготовка летного является длительным и трудоемким процессом, требующим значительных материальных затрат.

На основании этого важнейшей задачей медицинской службы является решение проблемы сохранения профессионального здоровья данной категории военнослужащих, увеличения их профессионального долголетия, сохранения социальной активности и обеспечения безопасности полетов.

В формировании состояния здоровья наряду с генетическими особенностями организма немаловажное значение играют факторы окружающей среды, важнейшим из которых является питание. Для его оценки используются соматометрические показатели, изучаются функциональные и адаптационные возможности организма.

Вместе с тем данные о подобных исследованиях среди летного состава военно-воздушных сил нашей республики в доступных нам литературных источниках отсутствуют.

Цель: гигиеническая оценка состояния питания летного состава на основании данных соматометрических исследований и изучения функциональных и адаптационных возможностей организма.

Объект. 128 действующих офицера военно-воздушных сил, проходивших военно-летную экспертизу в терапевтическом отделении 432 Главного военного клинического медицинского центра.

Материалы и методы. Измерение массы и длины тела, а также окружности грудной клетки проводились общепринятыми методиками. На основании полученных данных по ме-

тодике Европейской ассоциации нутрициологов рассчитывалась идеальная масса тела, индексы Кетле и Пинье.

Для оценки функциональных возможностей организма было проведено велоэргометрическое исследование, определены показатели частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления и рассчитываемые на их основании, пульсовое и среднее динамическое давление, ударный и минутный объем крови, индекс Робинсона, вегетативный индекс Кердо, коэффициент выносливости Квааса, индекс функционального состояния организма.

Адаптационные возможности организма оценивали по величине индекса функционального состояния системы кровообращения.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA» (Version 6 – Index, Stat. Soft Inc., USA).

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования, установлено увеличение в процессе службы доли лиц с повышенным и избыточным питанием и связанное с этим снижение показателей функциональных и адаптационных возможностей организма.

Выводы. Одним из перспективных направлений по повышению профессионального долголетия летного состава может стать оптимизация питания данной категории военнослужащих.

Игнатюк А.С.

ИСТОРИЯ НЕКОТОРЫХ ЛАТИНСКИХ МЕДИЦИНСКИХ КРЫЛАТЫХ ВЫРАЖЕНИЙ

Научный руководитель ст. преп. Ромашкевичус С.К.
Кафедра латинского языка

Цель работы: изучить и проанализировать историю некоторых латинских медицинских крылатых выражений и афоризмов.

Мы знаем, что афоризм - это краткое суждение, высказанное в образной, иногда парадоксальной форме. Поскольку афоризм имеет вид завершенного умозаключения, он эквивалентен предложению. Афоризмы являются самостоятельным литературно-философским жанром.

Ars longa, vita brevis (также Vita brevis, ars longa) - Путь науки долог, жизнь коротка. Это перевод латинского афоризма "отца медицины", древнегреческого врача и естествоиспытателя Гиппократа (460-377 до н.э.). Теперь забыли, что афоризм Гиппократа больше относится к медицине, и употребляют его применительно к изобразительному искусству. Это слова о краткости отдельной жизни человека; лишь научные знания, передаваемые из поколения в поколение, продлевают эту жизнь.

Cogito, ergo sum - Я мыслю, следовательно я существую. Эта сентенция принадлежит французскому философу Рене Декарту (1596-1650) и стала формулой классического рационализма. Источник - его труд "Основания философии".

Divinum opus sedare dolorem - Божественное дело успокаивать боли._Старые врачи, употребляя это изречение, подчеркивали, что не стоит препятствовать применению обезболивающих средств, исходя из антиморфинистических принципов.

Dum spiro, spero - Пока дышу, надеюсь. Поговорка античных времен, засвидетельствованная у разных авторов. Например в "Письмах к Аттику" Цицерона: "Aegroto dum anima est spes esse dicitur" (Пока у больного есть дыхание, говорят, есть и надежда).

Medice, cura te ipsum! - Врач, исцели себя сам! (Евангелие от Луки, гл.IV).

Orandum est ut sit mens sana in corpore sano - Надо молить, чтобы ум был

здравым в теле здоровом. Стих Ювенала был направлен против одностороннего увлечения телесными упражнениями. Дальше поэт писал:

"Бодрого духа проси, что не знает страха пред смертью, что почитает за дар природы предел своей жизни...".

Мы пришли к выводу, что латинские изречения и крылатые слова, отражающие мудрость многих поколений, и в наши дни могут служить точной и самой ёмкой характеристикой многих общественных явлений, нравственных и правовых норм.

Илларионова Т.М.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ СТАТУС КАК ФАКТТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Доценко Э.А.,
д-р мед. наук, проф. Скугаревский О.А.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Общепризнано, что психоэмоциональный стресс является одним из факторов риска развития артериальной гипертензии (АГ). Стабильное повышение артериального давления вследствие стрессового характера работы приводит к развитию «гипертензии на рабочем месте». Вместе с тем, существуют черты личности, которые делают людей менее устойчивыми к стрессовым ситуациям, особенно в условиях, характеризующихся высоким психоэмоциональным напряжением.

Одним из вариантов стереотипа поведения во взрослом возрасте является так называемый тип личности А, который характеризуется неумением отдыхать, неспособностью расслабиться, нетерпеливостью, нетерпимостью, настроенностью на достижение цели, стремлением сделать все лучше и быстрее других, система\тически преодолевая чувство усталости. Противоположностью типа личности А является тип В, представители которого мало заинтересованы в карьерных достижениях, терпеливы, неторопливы. Считается, что тип А является фактором, предрасполагающим к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Однако результаты исследований противоречивы.

Новым направлением в изучении психосоматических механизмов развития АГ является выделение дистрессорного типа личности Д. Личность типа Д сочетает в себе негативную возбудимость и социальное подавление. Негативная возбудимость характеризуется тенденцией испытывать отрицательные эмоции: гнев, тревогу, депрессию, раздражительность. Социальное подавление - это подавление эмоций, чтобы избежать осуждения со стороны окружающих. Можно предположить, что в основе механизма образования психосоматических симптомов лежат алекситимия и тип личности Д. Скрытые, подавленные эмоции «требуют выхода».

Так, должностные лица плохо «чувствуют» повышение давления, стараются «не обращать внимания» на головную боль, головокружение, не замечают высоких цифр АД. Несмотря на высокое давление, многие люди продолжают активно работать, в том числе и в ночное время, не получая никакого лечения. Именно этот период наиболее неблагоприятен в плане развития сердечно-сосудистых катастроф.

Важной проблемой в настоящее время является вопрос, могут ли повторяющиеся кратковременные подъемы АД, вызываемые психоэмоциональными нагрузками, приводить к стойкому повышению АД? Является ли «гипертензия на рабочем месте» пограничным состоянием?

Особенности подбора терапии пациентам с гипертонией на рабочем месте, определяются особенностями ее патогенеза. Если предположить, что тип личности Д, это «неокоронарный» поведенческий тип, то коррекция АД требует иных подходов, нежели медикаментозных.

Новым перспективным направлением в исследовании этиологии эссенциальной АГ является изучение алекситимии и типа личности Д, как независимых внешних факторов риска развития АГ.

Ильина (Шакун) Н.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель исследования: изучение возможности лучевых методов в диагностике заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Методика проведения. Радионуклидные методы исследования, трехфазная сцинтиграфия, рентгенография, КТ, МРТ.

Результаты исследования. За период 2011-2012гг. проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 140 пациентов с различными дегенеративными и воспалительными изменениями опорно-двигательного аппарата на базе УЗ «Минского консультационно-диагностического центра».

Был проведен анализ клинической картины заболеваний опорно-двигательного аппарата, результатов исследований остеосцинтиграфии, и их сопоставимость. Также был проведен сравнительный анализ чувствительности, специфичности и точности метода остеосцинтиграфии, рентгенографии, КТ, МРТ.

Радионуклидное исследование выполнено у 140 пациентов с дегенеративными (остеоартроз, остеохондроз) и воспалительными (ревматоидные и реактивные артриты) изменениями опорно-двигательного аппарата. Из них 83 мужчин (59%) и 57 женщин (41%). Медиана среднего возраста пациентов составила 64,0 (54,5-73,0) года.

Все пациенты были разделены на группы, в которых оценивался коэффициент относительного накопления (КОН). Была определена взаимосвязь КОН с выраженностью клинической картины и лабораторными показателями.

Определяются достоверные различия ($p<0,05$) среднего показателя КОН среди всех выделенных групп пациентов.

Результаты остеосцинтиграфии показали высокие показатели чувствительности (95,7%), специфичности (89,3%), точность метода (88,2%), прогностичность положительного результата (85,7%), прогностичность отрицательного результата (83,3%).

Преимущества метода сцинтиграфии по результатам исследования заключались в его диагностической эффективности. Кроме того сцинтиграфические изменения в среднем на 3-6 месяцев опережают появления значимых рентгенологических признаков.

Ильина (Шакун) Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Савицкая В.М.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: изучение особенностей течения беременности и исхода родов у беременных женщин с генитальной инфекцией.

Для выполнения цели исследования определялась частота репродуктивно значимых генитальных инфекций в структуре акушерских и перинатальных осложнений у беременных по данным ретроспективного анализа; изучалась взаимосвязь клинических проявлений инфекции с особенностями локального иммунного ответа нижних отделов полового тракта; оценивалась эффективность комбинированной терапии инфекции у беременных по клинико-иммунологическим параметрам, особенностями течения и исходам гестационного процесса.

Методика проведения. За период 2012г. проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 30 беременных с генитальной инфекцией на базе женской консультации УЗ "2-я центральная районная *поликлиника* Фрунзенского района *г. Минска"*. Проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода, заболеваемости новорожденных, а также лечение беременных. Генитальные инфекции были установлены на основании клинических проявлений, микроскопического и микробиологического исследования мазка, реакции иммунофлюоресценции, кольпоскопии, цитологии, иммунологии. По результатам исследования проведена терапия. Сбор анамнеза, изучение жалоб, оценку общего соматического статуса и гинекологическое исследование проводили во время осмотра пациенток при первом обращении по поводу беременности. Проведено изучение менструальной и детородной функции, наличие гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Результаты исследования. В работе представлены данные анализа течения беременности, родов и послеродового периода, заболеваемости новорожденных, родившихся от 30 матерей с генитальными инфекциями. Инфицирование беременных женщин генитальными инфекциями приводит к внутриутробному инфицированию плода. Наличие сочетанной инфекции и увеличение степени недоношенности утяжеляли состояние ребенка, увеличивали срок лечения, ухудшали диагноз и прогноз. Течение наблюдаемых беременностей у женщин с инфекцией сопровождалось высокой частотой развития осложнений:

- острые респираторные вирусные инфекции, обострение герпесвирусной инфекции, кольпита и хронического пиелонефрита 83%;
- угроза прерывания в I триместре 65%;
- преждевременные роды 47%;
- несвоевременное излитие околоплодных вод 34%;
- внутриутробное инфицирование плода 37%;
- гипотрофия новорожденного 40%;
- ФПН 25%.

Результаты наших исследований согласуются с данными литературы о несомненной роли инфекции, как отягощающего фактора в течении беременности, развитии хронической плацентарной недостаточности и неблагоприятном исходе родов. Сочетание хронической плацентарной недостаточности и инфекции, бесспорно, оказывает влияние на внутриутробное развитие плода, перинатальную заболеваемость и смертность.

Имховик А.М., Силивончик Е.В.

РОЛЬ БИОПСИИ ПОЧЕК В ВЕРИФИКАЦИИ ПРИЖИЗНЕННОГО ДИАГНОЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чиж К.А.
2-я кафедра внутренних болезней

На сегодняшний день определение лечебной тактики при многих нефропатиях стало более обоснованным благодаря прижизненному морфологическому исследованию биопсии ткани почки. Биопсия, вошедшая в практику в 60-х годах XX века, за последние десятилетия была признана ценным и информативным методом диагностики.

Цель исследования: подтвердить роль биопсии почек в установлении нефрологического диагноза и выработке дальнейшей тактики ведения пациентов.

Задачи работы:

1. изучить результаты пункционной биопсии у ревматологических пациентов;
2. выявить наличие несовпадения первоначального диагноза и заключения на основании результатов прижизненной биопсии почек.

Материалы и методы исследования. Исследованы заключения пункционных биопсий почек 82 пациентов в возрасте от 18 до 71 года (средний возраст 40 лет), находившихся на лечении в ревматологическом отделении 9 ГКБ с 2008 по 2012 гг. (за 5 лет). Из них 66 женщин, 16 мужчин.

Полученные результаты встречаемых заболеваний можно группировать следующим образом: волчаночный нефрит – 32 случая, вторичный амилоидоз почек – 19 (17 вследствие ревматоидного артрита, 2 – спондилоартрита), системные васкулиты - 7 случаев, на остальные 24 случая приходятся различные морфологические варианты хронического гломерулонефрита, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, криоглобулинемический нефрит, миеломная почка, диабетическая нефропатия, подагрическая почка и др.

Результаты исследования. В подавляющем большинстве случаев (92%) проведенная биопсия почек позволила верифицировать диагноз и определить дальнейшую тактику лечения. В 8 случаях (9%) биопсия почек полностью изменила первоначальный диагноз. 4 пациентам была проведена повторная биопсия, 2 биопсии были неинформативны.

Выводы. Таким образом, на основании изученной нами научной литературы, проанализированных данных историй болезни, данных проведенных биопсий можно утверждать, что биопсия является одним из точных методов диагностики, позволяющим подтвердить или отвергнуть клинический диагноз, установить характер патологического процесса, границы поражения, что важно для прогноза и имеет существенное значение при выборе лечения.

Ионова О. А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук Мотузова Я.М.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Цель исследования: оценить эффективность аутологичной трансплантации мезенхимальных стволовых клеток (АуТМСК) у пациентов с рассеянным склерозом (РС), уточнить критерии отбора пациентов для АуТМСК.

Методика исследования. Дизайн – проспективное, когортное, лонгитюдное, открытое, сравнительное клиническое исследование пациентов с РС на базе УЗ «9-ая клиническая больница» г. Минска 2010-2012гг.; оценка неврологического статуса с применением Расширенной шкалы инвалидизации Куртцке (EDSS); нейровизуализационные методы (МРТ с введением парамагнитного вещества); оптическая когерентная томография (ОКТ); технология АуТМСК согласно протоколу Международной группы по АуТМСК (Freedman et al., 2010); статистическая обработка с помощью компьютерной программы «Statistica 10».

Полученные результаты. В исследование включен 21 пациент ((n=21): 12 женщин и 9 мужчин), средний возраст 35 (32-39) лет. У 13 пациентов отмечалась рецидивно-ремитирующая форма РС (РР), у 6 - прогредиентно-ремитирующая форма (ПР) и у 2 пациен-

тов вторично-прогрессирующая форма (ВП). Средняя продолжительность заболевания составила 6 (3-8) лет, средний балл по шкале EDSS на момент скрининга - 3 (2-4), продолжительность периода наблюдения после АуТМСК - 12 (8-31) мес. Стабилизация неврологического статуса после АуТМСК по шкале EDSS наблюдалась у 14 пациентов, прогрессирование – у 6 пациентов, улучшение – у 1 пациента. По нейровизуализационным данным до проведения АуТМСК наличие активных очагов демиелинизации было выявлено у 6 пациентов (n=6). После АуТМСК только у 1 пациента был выявлен 1 активный очаг, накапливающий контрастный препарат спустя 9 месяцев после АуТМСК. В течение периода дальнейшего наблюдения появления активных очагов не наблюдалось. За год до АуТМСК клинически выраженные обострения наблюдались у всех пациентов (n=21). После проведения АуТМСК обострения отмечались у 5 пациентов (n=5), средний срок возникновения экзацербаций после АуТМСК составил 11 (4-12) мес.

Клиническая эффективность АуТМСК по данным EDSS оказалась выше в группах пациентов с РР формами РС (p=0,013) и продолжительностью заболевания менее 6 лет (p=0,013).

Стабилизация патологического процесса по данным ОКТ (средняя толщина слоя нервных волокон перипапиллярной зоны сетчатки (RNFL) и височного сегмента (TS)) наблюдалась в 10 глазах (n=10), улучшение в 14 глазах (n=14), полное восстановление в 6 глазах (n=6).

Выявлена умеренная корреляция степени истончения височного сегмента пораженного глаза от формы течения РС (ПР и ВП РС, r=-0,64; p<0,05). Также выявлена умеренная корреляция клеточности технологии АуТМСК от длительности заболевания (r=-0,59; p<0,05) и выраженности инвалидизации по шкале EDSS (балл EDSS на момент скрининга, r=-0,63; p<0,05 и средняя толщина височного сегмента пораженного глаза, r=0,69; p<0,05).

Выводы. 1. Технология АуТМСК является эффективной у пациентов с РР формой течения РС (p=0,013) и продолжительностью РС менее 6 лет (p=0,013). 2. АуТМСК эффективна при РРРС в фазе иммунного воспаления, что проявилось в уменьшении активности патологического процесса по нейровизуализационным данным (МРТ), количества обострений после АуТМСК и стабилизации заболевания по данным неврологического статуса (EDSS) и ОКТ.

Ипатьев А.С., Иванюшина Е.П.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РОЖЕНИЦ ПОСЛЕ ЕСТЕСТВЕННОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Никитина Е.В.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. В настоящее время количество кесаревых сечений из года в год неуклонно растет, достигает 25-27%. Оперативное родоразрешение часто является причиной возникновения послеродовых депрессий у женщин.

Цели исследования: 1. определить закономерности динамики психологического состояния женщины после родов и оперативного родоразрешения. 2. Выявить причины формирования послеродовой депрессии и посттравматических психических реакций после кесарево сечения. 3. Определить методы терапии послеродовой депрессии. 4. Установить время психологической готовности к материнству.

Материалы и методы. На базе роддома УЗ «6-ая городская клиническая больница» города Минска проведено обследование 50 женщин. Для удобства расчета было выбрано 25 женщин, рожавших путем естественного родоразрешения, 25 - путем кесарева сечения. Роженицы проходили психологическое обследование, добровольно, анонимно, по единой программе. В исследовании применялись следующие методики:

1. Шкала депрессии Бека, для диагностики симптомов депрессивных расстройств.

2. Опросник «Тест отношений беременной», для определения варианта психологического компонента гестационной доминанты, признаков нервно-психических нарушений у молодых мам и их связь с особенностями семейных отношений.

3. Проективный рисунок на тему « Я и мой малыш».

Результаты. После операции кесарево сечение у 25% женщин отсутствовала депрессия, у 35% наблюдалась легкая депрессия, 30%- умеренная депрессия,10%- выраженная депрессия и 0%- тяжелая депрессия. После естественного родоразрешения у 80% женщин отсутствовала депрессия, у 10%- легкая и умеренная депрессии, выраженная и тяжелая депрессии не выявлены. Так же было установлено что у женщин, родивших впервые при помощи операции кесарево сечение, в 90% случаев наблюдалась умеренная депрессия.

Выводы. 1. При оперативном родоразрешение, риск развития послеродовой депрессии у молодых мам значительно выше. 2. Причинами развития депрессии чаще всего являются следующие: несоответствие ситуации ожиданиям, страх перед неизведанным, чувство вины, ощущение собственной беспомощности, отсутствие поддержки мужа или родственников.

Исаков А.В., Самойлов Н.М.

ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель асс. Сахаб Хайдар Али Нур
2-я кафедра хирургических болезней

На современном этапе для лечения длительно незаживающих инфицированных ран предложено большое количество способов и методов, разработано множество антимикробных препаратов. Однако высокий процент инфекционных осложнений у пациентов продолжает оставаться актуальной проблемой. Это обстоятельство послужило основанием для проведения экспериментальных исследований по изучению влияния мезенхимальных стволовых клеток на течение раневого процесса.

Для проведения эксперимента были использованы взрослые белые крысы линии Vistar, у которых выполнялось моделирование округлой раны на спине по отработанной методике. Затем дно и края раны инфицировались инъекционным путём 24-часовой монокультурой эталонных штаммов бактерий (Staphylococcus aureus). Гнойную рану получали спустя 2 суток от времени начала моделирования. Животных разделили на две группы: контрольную (n=20) и основную (n=20). Контрольную группу подвергли местной антисептической и внутримышечной антибактериальной терапии цефтриаксоном. В основной группе лечение включало как выбранную антибактериальную, так и клеточную терапию с применением мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани. На 3, 5, 10 и 14 сутки производился цитологический контроль раневой поверхности путём снятия мазков-отпечатков и дальнейшего количественного определения клеточного состава раны.

На третьи сутки в контрольной группе наблюдалась следующая картина: нейтрофилы – 71%, гистиоциты и макрофаги – 5%, фибробласты – 2%. В основной группе: нейтрофилы – 65%, гистиоциты и макрофаги – 6%, фибробласты – 7%. На пятые сутки в контрольной группе было выявлено: нейтрофилы – 57%, гистиоциты и макрофаги – 8%, фибробласты – 3,5%. В основной группе: нейтрофилы – 53%, гистиоциты и макрофаги – 11%, фибробласты – 9%. На десятые сутки в контрольной группе: нейтрофилы – 48%, гистиоциты и макрофаги – 14%, фибробласты – 9%. В основной группе: нейтрофилы – 39,5%, гистиоциты и макрофаги – 8%, фибробласты – 23,5%. На 14-е сутки в контрольной группе было выявлено: нейтрофилы – 40%, гистиоциты и макрофаги – 9%, фибробласты – 25%. В основной группе наблюдалось полное заживление раны в эти же сроки.

Таким образом, при применении мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани в лечении инфицированных ран отмечалось купирование признаков воспалительного процесса в более ранние сроки.

Казакевич И.В.

НАСЛЕДОВАНИЕ И ПРОЯВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Научный руководитель Шепелевич Е.И.
Кафедра биологии

Большое значение в стоматологии приобретают наследственные болезни. Это болезни, этиологическим фактором которых являются мутантные гены, которые передаются больному через половые клетки родителей. Патологическое проявление мутаций не зависит от влияния факторов внешней среды. Здесь действует лишь степень выраженности симптомов заболевания. Наследственные аномалии зубов могут возникать на любом этапе их развития - от начала закладки их зачатков до полного прорезывания. Насчитываются десятки всевозможных аномалий зубов - изменения их формы, строения твердых тканей, цвета, размеров, количества зубов (наличие сверхкомплектных зубов, полное или частичное их отсутствие), нарушения сроков прорезывания зубов (раннее прорезывание, задержка прорезывания).

Проанализированные данные о типе и характере наследования аномалий и локализации генов. Наиболее часто встречаются следующие синдромы:

1) Макродентии (Аарскога, Коффина-Лоури, Коэна, Брахман-де-Ланге, Гемигипертрофия, Офтальмо-акромиелический, Рейно и др.). Тип наследования: аутосомный

2) Микродентии (Роззели-Джулиенетти, Ригера, Ротмунда-Томсона, Горлина-Чаудри-Мосса, Вильямса-Бьюрена и др.). Аутосомный и Х-сцепленный.

3) Тауродентии (Пьера Робена, Аккермана, Рэпп-Ходжкина, Нэнс-Хоран и др.) Аутосомный

4) Агенезии зубов: олигодентии, гиподентии, адентии при синдромах (Халлерманна-Штрайфа, Джапо, MOHR-синдром и др.) Аутосомный и Х-сцепленный.

Многообразие стоматологических дефектов обусловлены разными типами наследования и характеризуются полиморфизмом.

Для предупреждения появления в семье больных с наследственной патологией большое значение имеет медико- генетическое консультирование, основными задачами которого являются: установление точного диагноза заболевания, определение типа его наследования в данной семье, расчет величины риска повторения.

Казачёнок Е.А.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПЕРАЦИИ В НЕЙРОХИРУРГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шамкалович А.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Актуальность данной работы обусловлена необходимостью детального исследования данного метода, оценки клинической эффективности и более широким внедрением его в нейрохирургическую практику, что имеет важное теоретическое и практическое значение для повышения качества оказания медицинской помощи населению.

Стереотаксис - медицинская технология, обеспечивающая малотравматичные щадящие доступы к глубоким образованиям мозга человека с целью диагностики, лечения и изучения сложных заболеваний и поражений центральной нервной системы. Первая такая операции на территории нашей страны была проведена в 1978 году, однако за последние годы данный метод значительно расширил области своего применения в нейрохирургии. Особенно широко стереотаксис используется при лечении болезни Паркинсона, генерализованных мышечных дистоний, уточнения диагноза при новообразованиях головного мозга.

Цели: 1. оценка эффективности стереотаксических биопсий новообразований головного мозга; 2. анализ результатов стереотаксического метода при лечении болезни Паркинсона, генерализованных мышечных дистоний; 3. подтвердить клиническую эффективность данного метода.

Результаты и методы. В исследовательскую работу было включено 30 пациентов нейрохирургического и неврологических отделений УЗ ГКБСМП г. Минск за период 2011-2012 г. В зависимости от имеющейся патологии и цели стереотаксической операции пациенты были разделены на 3 исследовательские группы: первая группа – стереотаксическая биопсия – 21 больной, вторая – лечение болезни Паркинсона – 7 больных, третья – генерализованная мышечная дистония – 2 больных. В процессе исследований проведен анализ морфологических заключений, с целью определения точности стереотаксических биопсий. Произведена оценка неврологического статуса у больных болезнью Паркинсона и генерализованными мышечными дистониями в позднем послеоперационном периоде.

Выводы. 1.Стереотаксические биопсии являются точным способом в диагностике новообразований головного мозга различной локализации (91% взятого биопсийного материала содержали атипичные опухолевые клетки); 2.Стереотаксические операции являются приоритетным методом лечения болезни Паркинсона и генерализованных мышечных дистоний (у пациентов отмечается 100% улучшение состояния); 3.Стереотаксис – перспективная, малоинвазивная технология, с помощью которой могут быть выполнены оперативные вмешательства на различных отделах головного мозга, что значительно расширяет возможности современной нейрохирургии, снижает летальность и улучшает качество оказания медицинской помощи.

Казутина И.В.

ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КТ – НОВЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель работы: изучить возможности двухэнергетической компьютерной томографии в диагностике различных заболеваний.

Методика исследования. КТ с двумя источниками излучения имеют две рентгеновские трубки и два блока детекторов. Каждая пара «рентгеновская трубка/многорядный детектор» закреплены на внутренней поверхности кольца гентри под углом 90 градусов друг к другу и обеспечивают одновременный сбор данных в 128 срезах (64 х 2 среза). Каждый детекторный блок имеют величину коллимации 0,6 мм для центральных рядов и 1, 2 мм – для наружных. При сканировании использована технология плавающего фокусного пятна, которая позволяет визуализировать анатомические объекты с изотропным пространственным разрешением 0,33 мм.

Исследование проводилось на базе ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии». Было обследовано 16 пациентов, которым выполнена КТ-перфузия головного мозга с помощью двухэнергетического КТ. В результате была определена локализация, степень нарушения проходимости сосудов, оценка последствий инсультов у 11 пациентов, у 4-х пациентов были определены аневризмы передней мозговой артерии. С помощью данной методики была проведена оценка степени растяжения (истончения) стенки аневризмы. У одного пациента были выявлены атрофические изменения.

Выводы. Этот метод позволяет максимально сократить время сбора проекционных данных, что уменьшает количество артефактов при исследовании движущихся органов; позволяет выявить патологические образования размером 1-2 мм за счет уменьшения толщины срезов до 0,5 – 0,15 мм, что дает возможность диагностировать патологические изменения на ранней стадии; метод обладает высокой эффективностью диагностики острых нарушений кровообращения головного мозга, определение риска разрыва аневризм; благодаря этому методу можно проводить исследования движущихся органов (таких как сердце, сосуды, органы желудочно-кишечного тракта) с достаточной четкостью изображения.

Попков Д.А, Калабунская В.А.

ПРОТЕКЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Научный руководитель асс. Стовба А.А.
Кафедра биологической химии

Цель: изучить влияние биологически активных веществ растительного происхождения на увеличение жизнедеятельности альвеолярных макрофагов.

Актуальность исследования. Альвеолярные макрофаги выполняют защитную функцию, фагоцитируя попавшие в альвеолы чужеродные частицы, микроорганизмы и вирусы, а также компоненты сурфактанта, клеточный альвеолярный эпителий, опухолевые клетки. Не менее важным является их участие в иммунном ответе при выполнении антигенпредставляющей функции. Выделяя пирогены и провоспалительные цитокины, они запускают процесс воспаления, а также, благодаря широкому набору протеаз влияют на процессы фиброза в легочной ткани.

Ожидаемые результаты. Выявить положительное протективное влияние биологически активных веществ на продолжительность жизни альвеолярных макрофагов.

Материалы и методы. Препаративные и микроскопические методы исследования; обработка результатов с помощью программы Origin 6.0, Exel 2007.

Выделение альвеолярных макрофагов осуществлялось из бронхоальвеолярной лаважной жидкости (БАЛЖ) с их дальнейшим подсчетом и культивированием на питательной среде с их последующей адгезией. Для изучения влияния были использованы биологически активные вещества следующих растений: таволга вязолистная (Filipéndula ulmária), курильский чай кустарниковый (Pentaphylloides fruticosa), мята перечная (Ménthа piperíta).

Влияние на альвеолярные макрофаги экстрактов выше упомянутых растений рассматривалось через 10, 20 и 30 часов (контрольные пробы – альвеолярные макрофаги на питательной среде), с содержанием последних в среде инкубирования 0,57 и 1,43% от концентрации исходного стока. Определение жизнеспособности альвеолярных макрофагов оценивали микроскопически по Романовскому-Гимзе.

Полученные результаты. Биологически активные компоненты использованных растений оказали протекцию на повышение жизнедеятельности альвеолярных макрофагов. Наибольшую активность показали компоненты таволги вязолистной (повышение жизнедеятельности на 40%). Компоненты остальных растений в выше приведенных концентрациях повышали жизнедеятельность в среднем на 20%.

Выводы. Повышение жизнедеятельности альвеолярных макрофагов на фоне биологически активных компонентов растительного происхождения может быть использовано для дальнейшего исследования и разработки средств профилактики и лечения определенных патологий бронхо-легочной системы.

Каленик Д.П., Благочинная К.В.

ВЛИЯНИЕ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА НА СИСТЕМУ ГЛУТАТИОНА И СОДЕРЖАНИЕ КАРБОНИЛЬНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В БЕЛКАХ У НОВОРОЖДЁННЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРОКСИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Рутковская Ж.А.
Кафедра биологической химии

Цель исследования: изучить влияние N-ацетилцистеина на содержание продуктов окислительной модификации белков, глутатиона и активность глутатионпероксидазы в бронхоальвеолярной лаважной жидкости в условиях экспериментальной гипероксии.

Методы исследования. В эксперименте использовали новорожденных морских свинок, которые находились на стандартном рационе вивария БГМУ, с соблюдением этических норм и правил проведения работ с лабораторными животными. Были сформированы несколько групп животных: 1 группа – интактные животные; 2 группа – интактные животные, которые получали ингаляционно N-ацилцистеин; 3 группа – животные, которые подверглись воздействию гипероксии; 4 группа – животные, которые во время воздействия гипероксии получали ингаляционно N-ацилцистеин.

Для воздействия гипероксии новорожденных животных помещали в плексигласовую камеру, где поддерживали концентрацию кислорода не менее 75% в течение 3 или 14 суток. N-ацетилцистеин вводили ингаляционно с помощью компрессорного небулайзера. Вводимая смесь содержала 250 мг/кг N-ацетилцистеина в 0,1 М фосфатном буфере. Ингаляции проводили 1 раз в двое суток. По окончании эксперимента животных наркотизировали тиопенталом натрия (15 мг/кг) и для исследования получали бесклеточный супернатант бронхоальвеолярной лаважной жидкости, в котором определяли активность глутатионпероксидазы, содержание восстановленного глутатиона и других SH-содержащих соединений, а также содержание карбонильных производных аминокислот в белках.

Полученные результаты. При кратковременном воздействии гипероксии (3 суток) содержание восстановленного глутатиона и других SH-содержащих соединений в бронхоальвеолярной лаважной жидкости новорожденных морских свинок не изменяется по сравнению с контрольной группой животных. При увеличении продолжительности воздействия высоких концентраций кислорода до 14 суток содержание восстановленного глутатиона в бронхоальвеолярной лаважной жидкости резко снижается в 1,8 раза ($p<0,005$) по сравнению с интактными животными.

Активность глутатионпероксидазы также снижается: в 1,2 раза ($p<0,005$) от контроля на 3 сутки гипероксии, а на 14 сутки активность этого фермента в большинстве проб вовсе не определялась.

Под действием гипероксии в течении 3 и 14 суток содержание карбонильных производных аминокислот в белках достоверно ($p<0,005$) увеличилось на 60% и 57% соответственно по сравнению с интактными животными.

Введение N-ацетилцистеина сопровождалось достоверным увеличением содержания восстановленного глутатиона и активности глутатионпероксидазы у животных, которые подверглись длительному воздействию гипероксии (14 суток). Содержание карбонильных производных аминокислот в белках также снизилось и достоверно не отличалось от контрольных значений.

Таким образом, ингаляционное введение N-ацетилцистеина приводит к увеличению содержания SH-содержащих соединений, активности глутатионпероксидазы и к снижению уровня продуктов окислительной модификации белков в бронхоальвеолярной лаважной жидкости у новорожденных морских свинок в условиях гипероксии.

Калиненко Н.В.

АНТИЧНОСТЬ ВНАШЕЙ ALMA MATER ВНЕ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

Научный руководитель канд. фил. наук, доц. Цисык А.З.
Кафедра латинского языка

Цель работы: исследовать, как представлена античность в нашей alma mater вне учебных аудиторий.

Материалы и методы. Для этого мы обследовали фойе, коридоры и другие открытые места здания нашего университета, зафиксировали найденный материал на фотопленке и представили результаты этого своеобразного поиска в виде небольшого доклада.

Чаще всего встречается в различных местах (в актовом зале, возле кафедр, на различных стендах) латинский девиз нашего университета - Arte et humanitate, labore et scientia (мастерством и человечностью, трудом и знанием). В фойе главного корпуса на одной из стен – красочные изображения покровителя медицины бога Асклепия и его дочерей Гигиеи («дарующей здоровье» и Панакии («всеисцеляющей»). В этом же ряду – основатель медицинской науки Гиппократ (V-IV в. до н.э.) и знаменитый врач Среднего Востока Авиценна (X- XI н. э.). Изображение Гиппократа обычно проецируется на экран в актовом зале во время церемоний посвящения в студенты и получения диплома врача. У входа в анатомичку на кафедре нормальной анатомии висит доска с выжженными на ней словами «Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae» – «здесь место, где смерть с радостью помогает жизни». На кафедре биохимии – стенд с фотографиями всех заведующих данной кафедрой и надписью «Anamnesis vitae», что в данном случае обозначает «краткие сведения о деятельности на кафедре». На различных стендах часто можно встретить латинскую фразу NOTA BENE!, призывающую обратить особое внимание на ту или иную информацию. Насколько нам известно, наш университет иногда выдает почетные дипломы доктора наук «Honoris causa» представителям зарубежных государств – известным деятелям науки. Текст таких дипломов по традиции составляется на латинском языке. Можно привести и другие примеры употребления античных сюжетов, латинских выражений и цифр. Все это дает основание сделать вывод, что латынь в нашей alma mater довольно широко используется и вне стен наших аудиторий.

Калинычев А.В.

ВЛИЯНИЕ мт-ДНК НА СТАРЕНИЕ

Научный руководитель канд. биол. наук., асс. Хрусталёв В.В.
Кафедра общей химии

Целью исследования: определение влияния мт-ДНК на старение.

Методы исследования. В данной работе были проанализированы мт-ДНК 111 японцев, средний возраст которых 105 лет.

Последовательности мт-ДНК были взяты из биологической базы данных NCBI (National Center for Biotechnological Information).

Были произведено попарное выравнивание последовательностей с RSRS (Reconstructed Sapiens Reference Sequence). Для осуществления выравниваний использовался алгоритм MUSCLE.

Результаты исследования. Были выписаны мутации (транзиции, трансверсии, инсерции, делеции) в формате xls. Из формата xls был создан файл формата CSV (Macintosh). Данный файл был использован для автоматического определения гаплогрупп. Гаплогруппы определялись с помощью программы mtDNAble. Данная программа определяет гаплогруппы с использованием ГВС1.

Помимо участка ГВС1 использовали все кодирующие области. Производились множественные выравнивания генов, использовался алгоритм MUSCLE из программы MEGA5. После проведения выравниваний на основании полученного результата были построены дендрограммы. Для построения дендрограмм использовался алгоритм Maximum likelihood. Для осуществления выравниваний использовались программы MEGA, Unipro UGENE. В целом, результаты по ГВС1 согласуются с различием эволюционных дистанций по кодирующим последовательностям.

По результатам определения гаплогрупп позволили подтвердить, что чаще встречаются подвиды гаплогруппы D4a, следовательно, можно утверждать, что подвиды гаплогруппы D4a способствуют «продлению» жизни.

Калинычев А.В.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЛИШНЕГО И НЕДОСТАТОЧНОГО ВЕСА СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель старший преподаватель кафедры, Никитина О. С.
Кафедра нормальной физиологии

Целью исследования: определение распространенности лишнего и недостаточного веса среди студентов в возрасте 18-20 лет.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели нами были произведены измерения роста, веса, обхвата бёдер, обхвата талии у молодых людей в возрасте 18-20 лет. Было измерено 83 студента, из них 20 парней и 63 девушек.

По полученным данным были подсчитаны ИМТ и ОТ/ОБ. Весь цифровой материал статистически обработан с применением критерия Стьюдента. Подсчитаны: выборочная средняя, стандартная ошибка, доверительный интервал.

В дальнейшем нами был проведён эксперимент, в котором приняли участие добровольцы. Суть эксперимента заключалась в приёме пищи «вслепую» 10 дней.

Результаты исследования. На основании данных о росте, весе были определены ИМТ у 63 девушек 18-20 лет. Низкий ИМТ имели 7 из них (<18,5), 47 девушек имели идеальный ИМТ (18,5-23), 8 девушек имели повышенный ИМТ (23-24,9) и одна девушка имела избыточный вес (ИМТ>25). Доверительный интервал составляет 20,83±0,53 (95%).

На основании данных о росте, весе были определены ИМТ у 20 парней 18-20 лет. Низкий ИМТ имели 2 из них (<18,5), 12 парней имели идеальный ИМТ (18,5-23), 3 парней имели повышенный ИМТ (23-24,9) и 2 парней имели избыточный вес (ИМТ>24,9). Доверительный интервал составляет 21,9± 0,72 (95%).

ОТ/ОБ у всех студентов в пределах нормы.

В результате проведённого нами эксперимента по приёму пищи «вслепую» только 2 девушки смогли пройти эксперимент.

Первая девушка (ИМТ = 21,34) отмечала, что после приёма пищи часть еды оставалась не тронутой. Отмечала также, что снижалось чувствительность вкусовых рецепторов. Девушка испытывала дискомфорт от приёма пищи «вслепую». Продолжать эксперимент она не хотела.

Вторая девушка (ИМТ = 24,87) также отмечала, что после приёма пищи, часть еды оставалась не тронутой. Никакого дискомфорта во время приёма пищи она не испытывала, чувствительность вкусовых рецепторов не нарушалось.

Значительных изменений в весе не были достигнуты, в связи с короткими сроками проведения эксперимента.

Калымаго М.В., Петрович Ю.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГРИППА A/H1N1

Научные руководители д-р мед. наук, проф., Доценко Э.А.,
кан. мед. наук, доц. Бобков В.Я., кан. мед. наук, доцент Брагина З.Н.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Поражения легких при вирусных инфекциях встречается достаточно часто, свидетельством чему является пандемия гриппа A/H1N1 в 2009-2010г. Пандемия характеризовалась снижением иммунитета у населения и высокой летальностью. Основной причиной смерти была вирусная пневмония. В различных регионах мира она имела свои особенности, в связи с чем, нам представлялось интересным изучить клинико-морфологические характеристики постгриппозных пневмоний в Республике Беларусь. Проблема остается актуальной и на сегодня, так как в 2012-2013г. в стране были выявлены случаи гриппа A/H1N1.

Цель работы: изучение клинико-морфологических особенностей пневмоний, вызванных вирусом гриппа A/H1N1 по материалам историй болезни и гистологических препаратов умерших больных г.Минска.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов пульмонологических отделений и отделений интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) 5-ГКБ и 6-ГКБ г. Минска с лабораторно подтвержденным диагнозом грипп A/H1N1. Оценивали клинические особенности течения заболевания, динамику цитологических и биохимических показателей крови, данные бактериологического исследования мокроты и чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Изучен гистологический материал легких 15-и больных, умерших от гриппа A/H1N1 на 2, 7-8 день и после 14 дня от начала заболевания (ГКПАБ г.Минска).

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных составил 39,6±9,6. 55 (73,3%) пациентов имели сопутствующие заболевания, обусловливающие более тяжелое течение гриппа. Сахарный диабет отмечен у 14 (18,6%), ожирение – у 31 (41,3%) пациентов. летальность составила 30,7 %(23 человека).

По материалам аутопсий и особенностям клинического течения заболевания больных гриппом, можно условно выделить 3 типа пневмонии:

1) 1 тип развивается в первые 2 дня от начала заболевания, когда бактериальное воздействие минимально, преобладают симптомы вирусемии и острого респираторного дистресс синдрома (ОРДС).
2) 2 тип. Пневмония конца 1-й – начала 2-й недели от начала заболевания, вирусно-бактериальной этиологии. Основными возбудителями являются Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus и др.
3) 3 тип. Пневмония после 14-го дня от начала заболевания, основными возбудителями являются представители грамотрицательной флоры.

Для каждого из трех видов пневмоний характерны свои клинические признаки:

Выводы. Полученные данные подтверждают представления о том, что пневмония, развивающаяся вследствие инфицирования гриппом A/H1N1, может быть разделена на 3 типа:

1 тип: пневмония первых 2-х дней заболевания.

2 тип: пневмония конца 1-й - начала 2-й недели от начала заболевания.

3 тип: пневмония после 14-го дня от начала заболевания.

Кальченко К.О.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ «МАСКИ» ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель асс. Дмитрачков В.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней

Цели исследования: определить, какой хирургической, соматической и инфекционной патологией чаще «маскируются» различные варианты течения инфекционного мононуклеоза (ИМ) у детей.

Материал и методы. Выкопировка данных из карт стационарного больного, детей находившихся на стацлечении в отделениях УЗ «4-я ГДКБ г. Минска» в 2007–2013гг. Статистическая обработка полученных данных с использованием программ Excel.

Обсуждение результатов. Из 22 случаев ИМ: 5 пациентов поступило в отделение челюстно-лицевой хирургии (ОЧЛХ), 17 – в соматические отделения (15 в педиатрическое, 1 в психиатрическое, 1 в АРО). Из них – девочек 41%, мальчиков 59%, в возрасте от 1 до 14 лет. Отмечено два подъема заболеваемости ИМ – в зимний и летний периоды. Дети из ОЧЛХ амбулаторно лечились (под врачебным контролем) с диагнозом ОРИ (в клинике преобладали местные катаральные явления) – что соответствовало продромальному периоду ИМ, в 100% случаев получали антибиотики. Длительность лечения до момента поступления в стационар составляла от 1 до 9 суток. С момента поступления в стационар среди пациентов ОЧЛХ в клинической картине превалировали проявления лимфопролиферативного синдрома (ЛПС). Сочетание данного синдрома с синдромом общетоксических проявлений (СОТП) (68% случаев), с местными катаральными проявлениями и неспецифическими общевоспалительными изменениями в анализах крови привело к тому, что у большинства детей были заподозрены острые неспецифические регионарные лимфадениты. В связи с этим продолжена антибактериальная терапия, у 2 детей проведено хирургическое вмешательство. ИМ заподозрен клинически у пациентов ОЧЛХ на момент присоединения к вышеуказанной симптоматике: явлений фолликулярной ангины (20%), гепатолиенального синдрома (ГЛС–80%), появления кожной сыпи пятнисто-папулёзного характера (20%), увеличения др.гр. лимфоузлов(20%). Среди пациентов соматических отделений на амбулаторном этапе преобладала респираторная патология (82%), 47% получали антибактериальную терапию. Длительность лечения до момента поступления в стационар от 1 до 12 суток. В стационаре в этой подгруппе диагностированы: ОРИ(12%), о.бронхит –24%, о.внебольничная пневмония –24%, ангина (лакунарная, некротическая (18%)), о.Квинке, эксудативная эритема – 12%, парвовирусная инфекция – 6%. В клинике превалировали синдромы: СОТП–88%, лимфаденопатия–41%, ГЛС-47%. В 82% случаев проводилась антибактериальная терапия. В гемограмме детей из обеих подгрупп выявлялся умеренный лейкоцитоз (82%), относительная нейтропения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (45%), значительное увеличение количества лимфоцитов и моноцитов (суммарно более 60%) - у 59%. Атипичные мононуклеары (от 11 до 63%) обнаружены у 59%. У 1 ребенка (переведенного в ДИКБ с диагнозом о. ротавирусная инфекция) ИМ установлен только на этом этапе методом ПЦР.

Выводы.1.ИМ отличается полиморфизмом клинической картины, в зависимости от превалирования общевоспалительного, СОТП, ЛПС, гепатолиенального или др. синдромов; на различных этапах может имитировать развитие неспецифических вирусных, вирусно-

бактериальных заболеваний ВДП, развитие острого регионарного лимфаденита, ангины, гастроэнтерита, гепатита и других, часто встречающихся в детском возрасте заболеваний. 2.Диагностика ИМ затруднена достаточно поздним появлением атипичных мононуклеаров в переферической крови, при параллельном наличии стертой или атипичной его клинической картины. 3. Полученные результаты свидетельствуют об актуальности сохранения в сфере диагностического поиска у детей с вышеуказанной симтоматикой такого заболевания как ИМ.

Калютчик Н. А., Коростик Д.В.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВЫКИДЫШЕЙ РАННЕГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ УЗ «ГОРОДСКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» Г. МИНСКА ЗА ПЕРИОД С 2006г. ПО 2009г.

Научные руководители: канд. мед. наук. Куличковская И.В., асс. Афиногенова Е.А.

Демографическая ситуация в РБ является центром гендерной политики государства. По статистическим данным за последние 5 лет частота самопроизвольных прерываний беременности составляет 15-20 % от всех желанных беременностей. Среди репродуктивных потерь, которые достигают 12-15 тысяч в год в расчете на все законченные беременности, примерно в 15 % случаев имеет место прерывание беременности по типу неразвивающейся, либо самопроизвольного выкидыша.

Цель работы: выявить наличие связи между выкидышами раннего срока беременности и инфекционной патологией у женщин.

Методы исследования:

- статистический;
- метод флюоресцирующих антител (МФА);
- морфологический.

Результаты исследования. С использованием МФА и морфологического методов исследования были проанализированы 500 случаев выкидышей раннего срока беременности у женщин в возрасте от 21 до 43 лет, за период с 2006 по 2009 годы. Средний возраст женщин составил 28,67 лет. При исследовании соскобов, полученных при выкидышах и неразвивающихся беременностях у женщин, морфологические изменения свидетельствовали о наличии инфекционной патологии, что и было подтверждено МФА. Были выявлены антигены Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis и вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типов, острой респираторной вирусной инфекции (аденовируса, РС-вируса, гриппа А и В, парагриппа). В 72 случаях были выявлены антигены вышеперечисленных инфекционных агентов, что составило 14,4%. По составу среди инфекционных возбудителей наиболее часто встречался ВПГ 1 типа – в 34 случаях (47,2%) и ВПГ 2 типа – 29 случаев (40,3%), реже микоплазменная и уреаплазменная инфекция – по 2 случая (2,78%). Также имела места сочетанная инфекция: по 2 случая ВПГ 1 типа в сочетании с острой респираторной вирусной инфекцией (аденовирусом, гриппом А – 2,78%), ВПГ 2 типа в сочетании с ОРВИ (гриппом А – 2,78%), и 1 случай ВПГ 2 типа в сочетании с Chlamydia trachomatis (1,38%).

Выводы. В 14,4% случаев причиной прерывания раннего срока гестации является инфекционная патология. В половине случаев это хроническая герпетическая инфекция, обострение которой может проявляться у женщин на ранней стадии беременности, в некоторых случаях (6,94%) ее обострение возникает в сочетании с острыми респираторными вирусными инфекциями.

Калютчик Н. А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Научный руководитель асс. Гузей И. А.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель работы:

1.Исследовать частоту возникновения ювенильных маточных кровотечений (ЮМК) в различных возрастных группах.

2. Уточнить средний возраст менархе у девочек с ЮМК.

3. Изучить возможные причины, способствующие возникновению ЮМК.

4. Изучить частоту возникновения анемии различной степени тяжести.

5. Определить частоту назначения гормональной терапии.

Методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 177 историй болезней пациенток с ЮМК, находившихся на лечении во 2-ом гинекологическом отделении УЗ «1 ГКБ» г. Минска за 2010-2011 гг.

В ходе работы изучен анамнез пациенток с ЮМК (перенесенные заболевания, неблагоприятные воздействия экзо- и эндогенного характера, влияющие на возникновение маточных кровотечений у девочек-подростков), УЗИ органов малого таза, результаты цитологического и бактериоскопического исследования влагалищных мазков. Проведён анализ показателей свертывающей системы крови, общего анализа мочи и крови.

Все пациентки были разделены на 4 возрастные группы: в 1-ую группу вошли 34 девочки в возрасте 10-12 лет (19,25%), во 2-ую -53 девочки (29,9%) в возрасте 13-14 лет, 3-ю группу составили 56 девочек 15-16 лет (31,6%), 4-ую - 34 девушки (19,25%) в возрасте 17-18 лет.

Для анализа полученных результатов использовались математические методы статистической обработки данных.

Полученные результаты. Возраст исследованных нами девочек и девушек колебался от 10 до 18 лет, средний возраст составил 14,384±1,9 лет. Средний возраст менархе составил 12,34±1,19.

У 122 (69%) пациенток ЮМК возникло в течение 2-х лет после начала менструаций, при этом у 52 (29,4%) из них менархе сразу же перешло в ЮМК. Анализируя результаты УЗИ, мы установили, что размеры матки и яичников, их положение, соотношение между телом и шейкой матки у больных ЮМК не отличаются от общепринятых норм. Однако у 14 (8%) пациенток определялись персистирующие фолликулы, у 18 (10,2%) - фолликулярные кисты, у 1,7% - кистозное изменение яичников, у 31 (17,5%) обнаружена гиперплазия эндометрия.

Анемии лёгкой степени тяжести наблюдались в 31% случаев, средней и тяжёлой степени тяжести - в 11,8 %, что свидетельствует о значительном напряжении компенсаторных механизмов регуляции гемостаза.

У наблюдавшихся пациенток установлены **следующие** возможные причины ЮМК: инфекционные заболевания у 77 (43,5%) пациенток, включая острые инфекционные заболевания (органов дыхания, мочеполового тракта и т.д.), а также обострения хронических **инфекций, предшествующие ЮМК; у**меньшение количества тромбоцитов и нарушение системы гемостаза – 44 (25,4%) пациентки; экстрагенитальные заболевания, в том числе эндокринная патология выявлены у 20 (11,3%) пациенток. Другие заболевания половой системы: аднекситы - у 10 (5,65%) пациенток, кольпиты - у 12 (6,8%) пациенток, бактериальные вагинозы – у 1% пациенток; чрезмерная физическая нагрузка и стресс — у 6 (3,4%) пациенток; недавно перенесенные операции - 4 (2,26%) пациентки.

При лечении девочек и девушек с ЮМК применялись 2 вида гемостатической терапии: симптоматическая (38% случаев) и гормональная (62% случаев).

Капкович А.О.

НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Каштальян О.А.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Несмотря на общепризнанное мнение о вреде курения, сохраняется высокая распространенность этой вредной привычки у женщин. За последние 20 лет, по литературным данным, число курящих женщин увеличилось с 20–30 до 40%, при этом увеличилось число курящих среди молодых женщин в период беременности.

Курение во время беременности повышает риск возникновения аномалий развития у плода, приводит к замедлению внутриутробного развития, оказывает отрицательное воздействие на постнатальное развитие детей. У курящих женщин чаще, чем у некурящих, рождаются дети с пороками сердца и дефектами развития носоглотки, паховой грыжей, косоглазием.

Цель работы: изучить распространенность и мотивацию к курению среди беременных женщин г. Минска.

Было опрошено 72 соматически здоровых беременных женщин. Первую, основную группу, составили 50 курящих беременных женщин; во вторую, контрольную группу, вошли 22 некурящие беременные женщины в возрасте 18–35 лет. При исследовании использовали тест Фагерстрома для выявления никотиновой зависимости. Для определения типа курительного поведения использовали анкету Д. Хорна. Желание бросить курить и шансы на успех попытки бросить курить оценивали по методике Ж. Лагрю.

Прекратили курение табака во время беременности только 50% женщин, остальные продолжают курить от 3–4 до 10 штук сигарет в день. Неудачи с отказом от курения связаны с никотиновой зависимостью и низкой мотивацией прекращения курения.

Согласно полученным данным, наличие курящих родителей повлияло на формирование и развитие табачной зависимости у курящих беременных женщин. Частое и длительное нахождение в среде курящих, изменило отрицательное обонятельное ощущение запаха табачного дыма на положительное, и тем самым, способствовало раннему началу систематического курения с 14-16 лет.

Доминирующими мотивами продолжения курения во время беременности стало "использование курения в качестве поддержки при нервном напряжении" и "психологическая зависимость". Чем сильнее развиты мотивы "психологическая зависимость" и "желание получать расслабляющий эффект", тем выше оказывается степень никотиновой зависимости и слабее развито желание отказа от табака.

Результаты и выводы. 1. В группе некурящих беременных женщин преобладали женщины с высшим образованием (60 %), тогда как среди курящих беременных – со средним образованием (75%). 2. В группе курящих беременных женщин чаще отмечались острые респираторные заболевания, чем у некурящих. 3. Пассивное курение наблюдалось у 91% курящих беременных женщин. Во время настоящей беременности курящие беременные женщины продолжали подвергаться пассивному курению в 2 раза чаще, чем некурящие беременные. 4. Неудачи с отказом от курения связаны с никотиновой зависимостью и низкой мотивацией прекращения курения.

Капуро А.П.

MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Научный руководитель ст. преп. Звонко А.И.
Кафедра иностранных языков

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie chronique caractérisée par l'essoufflement, la toux et la production accrue de crachat. La MPOC est aussi connue sous le nom de BPCO, bronchopneumopathie chronique obstructive.

La MPOC englobe quelques maladies pulmonaires : les plus courantes sont la bronchite chronique et l'emphysème. Cette maladie endommage lentement les voies aériennes. Les personnes atteintes de MPOC ont les voies aériennes enflées et partiellement bloquées par le mucus. Dans le cas de la bronchite chronique, le calibre des bronches est diminué par l'inflammation, les sécrétions, et parfois des spasmes des muscles situés dans la paroi des bronches. Dans le cas de l'emphysème, les bronches s'affaissent et perdent de leur élasticité. Les alvéoles deviennent anormalement dilatées; elles sont alors moins efficaces pour réaliser les échanges gazeux.

Les signes et symptômes de la MPOC comprennent:

- une toux, surtout une toux qui dure longtemps ou qui produit des crachats (mucus)
- des infections pulmonaires fréquentes et prolongées (grippe, pneumonie, etc.);
- l'essoufflement;
- une respiration sifflante;
- perte de poids.

Les médecins diagnostiquent la MPOC à l'aide d'un test appelé «spirométrie».

Même si les symptômes de la maladie apparaissent rarement chez des personnes âgées de moins de 55 ans, des changements se produisent dans les poumons plusieurs années auparavant. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des cas de MPOC sont causés par la cigarette. Les autres causes de la MPOC comprennent l'hérédité, la fumée secondaire, la pollution de l'air et des antécédents d'infections pulmonaires durant l'enfance. La MPOC mène peu à peu à l'insuffisance cardiaque en surchargeant le coeur, qui doit propulser le sang à travers les poumons malades. Chez les fumeurs, la MPOC augmente le risque de cancer du poumon.

Actuellement, les médecins s'inquiètent du fait que la MPOC est souvent diagnostiquée trop tardivement, limitant ainsi l'efficacité des traitements.

Il n'existe aucun traitement curatif contre la bronchite chronique ou l'emphysème. Tout de même, il est possible d'améliorer le bien-être de la personne malade et de ralentir la progression de sa maladie.

Le fait d'arrêter complètement de fumer peut ralentir la progression de la MPOC.

Каражан Р.А., Гаврилюк А.В.

МАШИННАЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКАЯ ПЕРФУЗИЯ ДОНОРСКОЙ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Щерба А.Е.
2-ая кафедра хирургических болезней

Цель работы: разработка методики back-table операции на печеночном трансплантате с использованием приемов ослабляющих ишемическое и реперфузионное повреждение трансплантата печени.

Достижение поставленной цели было возможно только путем создания условий для искусственной циркуляции консервирующего раствора в печени, который был бы источником энергетических субстратов, постоянный поток которого поддерживал бы открытым микроциркуляторное русло и выносил бы из клеток печени продукты метаболизма и катаболические ферменты, что в свою очередь способствовало бы подержанию pH заданному консервирующим раствором, а не результатом анаэробного метаболизма.

Для реализации искусственной циркуляции консервирующего раствора в печени была обоснована, разработана и испытана модель машинной гипотермической перфузии.

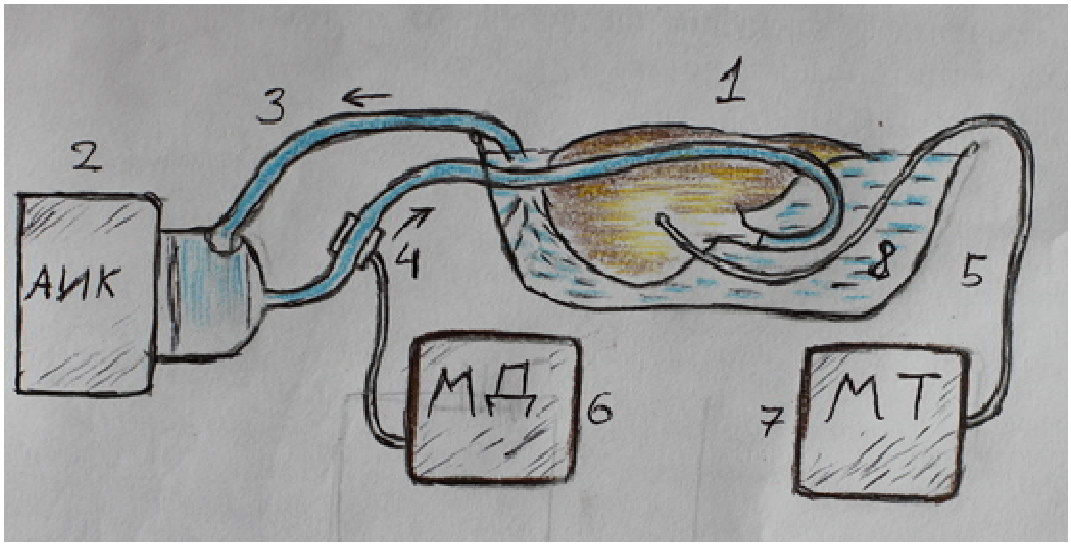


Рис.2.1. Схема устройства гипотермической машинной перфузии печени (1 – емкость с донорской печенью, 2 – аппарат искусственного кровообращения, 3 – трубки для подачи и забора консервирующего раствора, 4 – датчик давления, 5 – датчик температуры, 6 –монитор давления, 7 – монитор температруры).

В процессе работы проведено экспериментальное исследование применения машинной гипотермической перфузии пяти маргинальных печеночных трансплантатов умерших доноров.

Результаты. Было установлено, что применение машинной гипотермической перфузии ведет к уменьшению цитолиза гепатоцитов, уменьшению лактат-ацидоза и уменьшению степени некроза и апоптоза гепатоцитов по сравнению с холодовой консервацией печени, что свидетельствует об улучшении энергетических запасов донорской печени и благоприятных метаболических изменениях, которые являются необходимой основой для ослабления ишемического и реперфузионного повреждения трансплантата печени.

Каранкевич М.В.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНЫХ МИКОЗОВ У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Научный руководитель д-р мед. наук, доцент Романова О.Н.
1-я кафедра детских болезней

Цель исследования: изучить особенности клинического течения и лечения инвазивных микозов у детей.

Материалы и методы. Проанализировано 40 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в ГУ РНПЦ ДОГИ. Исследуемые были разделены на 2 группы: 1 группа (1гр.) - пациенты с положительным галактоманнановым тестом (более 0,5), 2 группа (2гр.) – пациенты, у которых из крови были выделены грибы рода Candida.

Получены следующие результаты. В 1 исследуемой группе преобладали мальчики (55%), во 2 группе – девочки (60%). Среди основных заболеваний в 1гр. преобладали острые лейкозы (55%), во 2гр. – солидные опухоли (45%). Возбудители во 2 группе были представлены C. guillermondii (50%), C.albicans (15%), C. parapsilosis (15%), C. pelliculosa (10%), другие - 10%. В 15% случаев данные возбудители были устойчивы к флуконазолу, в 5% - к вориконазолу. Умеренная устойчивость к флуконазолу отмечалась в 15% случаев, к итраконазолу – 15%, к вориконазолу – 5%. У 70% пациентов данной группы ЦВК стоял более 30 дней и при его посевах в 72,2% выделены идентичные микроорганизмы. Количество лейкоцитов, на фоне которого развилось заболевание, в 1гр. в 30% случаев находилось в диапазоне 2-4*10^9/л, в 15% - 4-7*10^9/л, в 25% - более 7*10^9/л. Во 2гр. доминирующим диапазоном был 1-

$2*10^9$/л (45%). В обеих группах заболевание дебютировало вялостью, потерей аппетита и лихорадкой, которая, однако, не поднималась выше 39^0С в 1гр. и была в 45% случаев выше 39^0С во 2гр. При этом в 1гр. лихорадка была более продолжительной: более 6 дней - 23,5%, во 2гр. – 16%. Доминирующим стартовым препаратом в обеих группах был флуконазол (1гр. – 60%, 2гр. – 65%), однако потребовал в замены в связи с отсутствием эффекта у 50 % пациентов 2 – ой гр..

Препаратом финиша в 1гр. в половине случаев остался флуконазол (что можно связать с относительно высоким уровнем лейкоцитов), в 25% случаев – амбизом, в 20% - вориконазол, в 5% - орунгал. Во 2гр. практически в равной степени проявлялась положительная динамика на фоне микамина – 30%, амбизома – 25%, кансидаса – 25%, флуконазола – 15%, вориконазола – 5%.

Таким образом, наиболее часто встречающимся возбудителем инвазивного кандидоза являлась C. guillermondii, а ведущей причиной развития заболевания являлось длительное стояние ЦВК. В обеих исследуемых группах дебют заболевания был одинаков и сопровождался лихорадкой, а доминирующим стартовым препаратом был флуконазол, который во 2 гр. потребовал замены в 10 случаях из 13, а в 1 гр. – только в 2 случаях из 12. Положительная динамика во 2 гр. наблюдалась преимущественно при применении амбизома, кансидаса и микамина.

Карбовская В. А.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИЗМЕНЕНИЕ СВОДОВ СТОПЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ярошевич Р.П.
Кафедра нормальной анатомии

Стопа имеет сводчатое строение. Различают продольные и поперечный своды стопы. Продольные своды начинаются от пяточного бугра и направляясь вперед дугообразно вдоль плюсневых костей заканчиваются на их головках. В поперечном направлении все пять сводов имеют неодинаковую высоту. В результате на уровне наиболее высоких точек формируется поперечный свод стопы

Плоскостопие - это уплощение сводов стопы с полной или частичной потерей её амортизирующей функции. Плоскостопие может быть продольным и поперечным.

Цель исследования: определить воздействия некоторых неблагоприятных факторов на сводчатое строение стопы.

Материалы исследования. 65 человек трех возрастных групп: 1 группа детского возраста (6-9 лет) -20 человек, 2 группа юношеского возраста (14-17 лет)- 20 человек, 3 группа среднего возраста (25-45 лет) – 25 человек.

Методы исследования. Метод анкетного опроса и осмотра на предмет выявления признаков плоскостопия. Окончательный диагноз устанавливал врач-ортопед.

Результаты исследования. В возрастной группе 6-9 лет плоскостопие выявлено у 5 детей. Из них: у 1 был излишний вес, у 2– малая физическая активность, у 2 врожденное плоскостопие. В юношеской группе у 10 человек диагностировано плоскостопие и у 3 деформация большого пальца стопы. Из них: 2 девушки были профессиональными спортсменками, 3 имели врожденное плоскостопие, 1 – излишний вес, у 4 выявили слабость мышц голени и стопы. Причиной деформации большого пальца стопы у 1 человека была травма стопы, у 2 – узкая неудобная обувь. В средней возрастной группе у 20 человек выявлено плоскостопие, у 4 так же присутствует пяточная шпора и у 10 диагностировано вальгусная деформация большого пальца стопы. Из них: у 3 оказалось плоскостопие врожденным, 2 человека были профессиональными спортсменками, у 2 человек плоскостопие связано с малоподвижной работой. У 4 человек причиной плоскостопия был избыточный вес, эта же причина стала развитием пяточной шпоры. Развитие вальгусной деформации большого пальца у 6 человек

можно связать с ношением узкой неудобной обуви. В 4 случаях поперечное плоскостопие и вальгусная деформация стопы была последствием травмы голени и стопы.

Сопоставления с данными анкетного опроса, показала, что деформация стопы зависит от таких факторов риска как слабость мышц и связок стопы и голени из-за малой физической активности и отсутствии тренировки у лиц «сидячих» профессий, избыточный вес, неудобная обувь, длительные нагрузки на ноги (долгое стояние, обувь на высоких каблуках).

Результаты исследования показали, что с возрастом увеличивается число случаев деформации стопы, что можно объяснить увеличением числа и продолжительности воздействия факторов риска.

Карпенко А.М.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА ГУБАХ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Научный руководитель асс. Галстян М.В.
2-я кафедра терапевтической стоматологии

Цель: изучить распространенность проявлений герпетической инфекции на губах среди студентов стоматологического факультета.

Методика проведения. Нами была разработана анкета, включающая 11 вопросов. Ключевые вопросы анкеты были направлены на выяснение частоты и сезонности заболевания, а также на выявление предрасполагающих факторов, приводящих к возникновению элементов поражения на губах.

Кроме того вопросы анкеты учитывали локализацию элементов поражения, наличие или отсутствие явлений общей интоксикации организма, длительность заболевания, а также выявление общесоматической патологии и проводимых манипуляций для лечения герпетической инфекции.

В анонимном анкетировании приняло участие 100 студентов 5 курса стоматологического факультета БГМУ.

Результаты. 1)Большая часть респондентов(55%) когда-либо в жизни имела герпетические высыпания на красной кайме губ или коже приротовой области.

2)Наиболее частыми причинами возникновения рецидивов herpes labialis являются: переохлаждение (27,65%), стресс (17,65%), иммунные расстройства (16,34%), ОРЗ (15,65%), переутомление (11,76%). В 1,96% случаев респонденты затруднялись ответить на данный вопрос.

3)Рецидивы herpes labialis наиболее часто наблюдаются в осенне-зимний период (62%), у 20% респондентов заболевание не имеет сезонности, у 13%-в весенне-летний период года, 5% - затруднялись ответить на поставленный вопрос.

4)В 49% случаев высыпания при рецидивах herpes labialis фиксированы (возникают на одном и том же месте), в 40% случаев – на разных участках, 11% респондентов затруднялись ответить на данный вопрос.

5) Высыпания на красной кайме губ и коже приротовой области, как правило, не сопровождаются высыпаниями на слизистой оболочке полости рта (у 82% респондентов) и явлениями общей интоксикации организма (у 80%). Лишь в 7% случаев имеются высыпания на слизистой оболочке полости рта, а в 15% случаев - повышение температуры тела.

6)Длительность заболевания по данным анкетирования различна: до 5 дней - у 36% респондентов, 5-7 дней - у 33%, 7-10 дней - у 13%, 10-14 дней – у 7%, более 14 дней – у 9% респондентов, 2% - затруднялись ответить.

7)Ведущее место в лечении herpes labialis занимает аппликация противогерпетических мазей(60%), мазь + таблетированные препараты ацикловира предпочитают 15% респондентов, прием только таблетированных препаратов ацикловира -8%, отсутствие лечения -7%, обще-

укрепляющая терапия -1,60%. В комплексе с вышеуказанными мероприятиями респонденты отмечали гелий-неоновый лазер -3,3%, солкосерил на стадии заживления-3,3%, прижигание спиртом -1,60%.

8)Среди опрошенных студентов 61% отказывается принимать пациентов с herpes labialis на любой стадии заболевания, а 59% студентов не отменяет лечение данных пациентов.

Карпечина А.А

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель ст. преп., Куницкая С.В.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Старение населения в современном мире - массовое явление. Все большее число людей вступают в период старости (75 лет и старше). Вопросы медицинского обслуживания, социального обеспечения, безработицы, пенсионной системы - вот далеко не полный перечень аспектов жизни общества, затронутых демографическим старением. Рост доли пожилых и старых людей в составе населения обуславливает необходимость изучения состава этой части, их нужд, потребностей, биологических и социальных возможностей. Демографическое старение становится государственной проблемой, требующей соответствующего решения уже в настоящее время и широкой реализации в ближайшие годы.

Цель работы: изучить проблемы, связанные со здоровьем пожилого населения. В работе использовались исторический, документальный, социологический, статистический методы.

Материалы и методы. Индекс старения на протяжении периода с 2003 по 2012 гг. превышал критический уровень 1,0. Максимальный темп прироста пришелся на 2005 г. – 2,4%, в 2011 г. отмечается минимальный прирост – 0,4% от уровня 2010 г., в 2012 г. индекс старения равен уровню 2011 г., ситуация осталась стабильной. Средний многолетний темп прироста составил 1,5% - умеренная тенденция к росту, R^2=0,96. Коэффициент старения (доля лиц старше 65 лет, ВОЗ) в 2003 г. составил 14%, в 2012 г. – 13,7%, что выше 7%, таким образом, население Республики Беларусь можно охарактеризовать, как «демографически старое».

В пожилом возрасте значительно изменяется структура заболеваемости за счет уменьшения числа острых заболеваний и увеличения числа болезней, связанных с прогрессированием хронических патологических процессов. Для изучения отношения студентов к медико-социальным проблемам лиц пожилого возраста нами проанкетировано 138 респондентов, студентов БГМУ четвертого курса лечебного, стоматологического, педиатрического и медико-профилактического факультетов. Студенты-медики достаточно информированы о функциях врача-геронтолога: 97% - девушки, 85,7% - юноши, более 50% респондентов верно оценивает удельный вес лиц пенсионного возраста среди населения республики. Экономический аспект - 82,4% девушек и 78,6% юношей считают, что в РБ основным мотивом к продолжению трудовой деятельности при наступлении пенсионного возраста является попытка со стороны лиц пенсионного возраста повысить уровень дохода, что в свою очередь сказывается на рынке труда. 81,3% респондентов указали на необходимость организации в поликлиниках гериатрических кабинетов, 82,2% отметили низкую финансовую доступность некоторых лекарственных препаратов для лиц пожилого возраста.

Таким образом, население республики по критериям ВОЗ относится к демографически старому. В Республике Беларусь имеется умеренная тенденция к росту индекса старения населения. Студенты БГМУ достаточно информированы о проблемах пожилого населения и считают целесообразным развитие геронтологической помощи в республике.

Карпович Р. Ю., Лишик Е.В.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЗНОВАТЕЛЬНО-ИГРОВОЙ КОМПЛЕКС: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗВИТИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Козловская Л.В.
Кафедра стоматологии детского возраста

Мотивационной сфере дошкольников в последнее время уделяется большое внимание. Полноценное развитие ребенка предполагает накопление социально приемлемых норм поведения и выработку полезных привычек и навыков. Вместе с тем по-прежнему остается актуальной необходимость в дальнейшем улучшении и оценке эффективности мотивации к проведению гигиены полости рта у детей. В течение трех лет мы создали и внедрили в деятельность дошкольного образовательного учреждении № 533 г. Минска стоматологический санитарно-просветительный познавательно-игровой комплекс.

Цель исследования: оценить эффективность стоматологической мотивации дошкольников под влиянием познавательно-игрового комплекса.

Материалы и методы. Стоматологический познавательно-игровой комплекс состоит из «кубика-трансформера», пошаговой инструкции для проведения урока гигиены, конспекта занятия и специальной индивидуальной диагностической карты обследования ребенка. Нами разработан и апробирован алгоритм применения «кубика-трансформера». Через год усовершенствовали его конструкцию и создали объективные критерии оценки эффективности стоматологической мотивации. Разработана специальная индивидуальная диагностическая карта обследования осведомленности ребенка, его знаний и умений, необходимых для сохранения стоматологического здоровья. Вопросы, составляющие параметры обследования в карте, тесно и логически взаимодействуют с инструкцией для проведения урока гигиены.

На основании ответов ребенка на вопросы, содержащиеся в карте, возможна оценка уровня усвоения (минимальный, базовый, высокий) его знаний. Используя пособие, мы провели уроки гигиены, после чего оценили уровень усвоения знаний дошкольников в начале (сентябрь) и середине (январь) учебного года с занесением результатов в карту. Аналогичные мероприятия планируем провести и в конце учебного года (май).

Результаты. Анализ данных показал положительную динамику осведомленности детей в вопросах сохранения здоровья полости рта. В процессе промежуточной оценки уровня знаний мы вносили коррективы в проводимую работу, уделяя особое внимание вопросам, вызывающим наибольшие затруднения у детей. Как в старших, так и в средних группах достоверно увеличилось число детей, показавших высокий уровень усвоения знаний, необходимых для сохранения собственного стоматологического здоровья.

Карпучок А.В., Семенюк Р.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕСТ-СИСТЕМЫ HAIN MTBDRPLUS ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Морозкина Н.С.
Кафедра фтизиопульмонологии

Быстропрогрессирующее увеличение числа случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ЛУ) возбудителя к противотуберкулезным препаратам и, особенно, с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) является серьезной проблемой здравоохранения. Широко используемые в настоящее время классические методы выделения, идентификации микобактерий и определения их лекарственной чувствительности занимают длительное время. В связи с этим врачи-фтизиатры, не дожидаясь результатов бактериологических исследований лекарственной чувствительности, вынуждены назначать эмпирические режимы химиотерапии, которые не всегда оказываются адекватными. В этом случае абациллирование может не достигаться, и пациент остается эпидемиологически опасным для окружающих в течение длительного времени. Использование молекулярно-генетических методов, в частности диагностического набора GenoType® MTBDRplus (Hain Lifescience GmbH, Германия), позволяет быстро выявить туберкулез с МЛУ.

Цель исследования: определить эффективность применения молекулярно-генетической тест-системы Hain MTBDRplus для выявления туберкулеза с МЛУ.

Материалы и методы. Молекулярно-генетическая тест-система Hain MTBDRplus используется для одновременного обнаружения устойчивости к изониазиду и рифампицину. Метод основан на детекции наиболее часто встречающихся мутаций в генах, ассоциированных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, с использованием обратной гибридизации амплифицированной ДНК штамма микобактерии туберкулеза или клинической пробы (микроскопически положительные образцы мокроты) с иммобилизованными на нитроцеллюлозной полоске пробами ДНК. Определение устойчивости к рифампицину с использованием тест-системы Hain MTBDRplus проводится посредством детекции наиболее значимых мутаций в гене rpoB. Ряд зондов комплементарен участку немутантного гена rpoB, кодирующего β-субъединицу РНК-полимеразы M. tuberculosis, которая является мишенью для действия рифампицина. Ряд зондов комплементарен известным мутациям в этом же участке, приводящим к резистентности M. tuberculosis к рифампицину. Для определения высокого уровня устойчивости к изониазиду исследуют ген katG, кодирующий каталазу-пероксидазу; для определения низкого уровня устойчивости изучают область промотора в гене inhA. Наличие или отсутствие мутаций или участков дикого типа обнаруживается окрашиванием соответствующих участков полоски, на основании чего штамм M. tuberculosis считается чувствительным или устойчивым к препаратам. Недавний обзор методики подтвердил, что в итоге большинства исследований чувствительность и специфичность метода составили более 95 % и 100% соответственно, тогда как в некоторых лабораториях отмечалась полная согласованность результатов прямого определения ЛУ, полученных с использованием тест-системы Hain MTBDRplus, с результатами, полученными классическими методами (D. Hillemann и соавт.). В других исследованиях чувствительность прямого определения устойчивости к изониазиду составила 84,2%, к рифампицину – 96,2% (A. Somoskovi и соавт.).

Выводы. Использование молекулярно-генетической тест-системы Hain MTBDRplus высоко эффективно для выявления туберкулеза с МЛУ. При этом сокращается время исследования по сравнению с классическими бактериологическими методами, что позволяет применять на ранних этапах соответствующее лечение и уменьшить распространение и передачу мультирезистентного туберкулеза.

Карпучок А.В., Ясюкайть Д.Р.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОПУЛЯЦИЙ Т-ЛИМФОЦИТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ХЕМОКИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ, У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Научный руководитель асс. Кадушкин А.Г.
Кафедра биологической химии

Распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) во всем мире растет и приближается к 6 – 7 % жителей. По прогнозу ВОЗ к 2020 году ХОБЛ войдет в первую тройку причин заболеваемости и смертности в мире. Одной из главных проблем ХОБЛ являются трудности лечения, так как терапия на современном этапе носит большей частью симптоматический характер и не позволяет замедлить прогрессирование заболевания. Поэтому в настоящее время изучаются механизмы развития ХОБЛ. Полагают, что в патогенезе этого заболевания важную роль выполняют Т-лимфоциты.

Цель исследования: определить закономерности количественного изменения CD3+CXCR3+ и CD3+CCR5+ клеток в общей популяции лимфоцитов крови у курящих и некурящих пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 21 некурящий пациент с ХОБЛ, 20 курящих пациентов с ХОБЛ, 20 некурящих здоровых людей и 21 здоровый курильщик. К некурящим мы относили людей, которые выкурили в течение жизни менее 100 сигарет. Анализ популяций лимфоцитов проводили на проточном цитометре Cytomics FC500. Для каждой пробы учитывали не менее 50 000 клеток. По показателям прямого (FSC) и бокового (SSC) светорассеивания выделяли регион лимфоцитов. В пределах этого региона по маркеру CD3 рассчитывали процент Т-клеток в общей популяции лимфоцитов. Далее анализировали процент Т-лимфоцитов, содержащих рецепторы CXCR3 и CCR5. Для всех имеющихся выборок данных проверяли гипотезу нормальности распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. Поскольку они не подчинялись нормальному распределению, анализ проводили методами непараметрической статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows 8.0. Критическое значение уровня значимости принимали равным 5 %.

Результаты и их обсуждение. У некурящих пациентов с ХОБЛ обнаружено увеличение относительного количества Т-лимфоцитов крови, имеющих рецепторы CXCR3, по сравнению с некурящими людьми без ХОБЛ. Повышение процента CXCR3+ Т-клеток отмечалось у курящих больных ХОБЛ по сравнению как со здоровыми курящими, так и со здоровыми некурящими людьми. Существенной разницы относительного количества Т-лимфоцитов, имеющих рецепторы CXCR3, между группами некурящих и курящих пациентов с ХОБЛ, а также между курящими здоровыми и некурящими здоровыми людьми обнаружено не было. Выявлено увеличение относительного количества CCR5+ Т-лимфоцитов у некурящих пациентов с ХОБЛ по сравнению со здоровыми некурящими людьми. У курящих пациентов с ХОБЛ также отмечалось увеличение CCR5+ Т-клеток по сравнению со здоровыми курящими и некурящими людьми. Полученные нами данные свидетельствуют об увеличении в кровотоке популяции лимфоцитов, обладающих рецепторами CCR5 и CXCR3. Причем, оно обусловлено ХОБЛ и проявляется в равной степени у курящих и некурящих пациентов.

Выводы. ХОБЛ характеризуется увеличением количества Т-лимфоцитов, содержащих хемокиновые рецепторы CXCR3 и CCR5, независимо от курения. Это наводит на мысль о схожем механизме увеличения данной субпопуляции Т-лимфоцитов у курящих и некурящих пациентов, который опосредованно способствует хронизации и прогрессированию воспалительного процесса в легких.

Карпучок А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У БЕРЕМЕННЫХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Царева С.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Совершенствование методов лечения сахарного диабета 1-го типа (СД 1 типа) и улучшение качества инсулиновых препаратов значительно расширили возможность наступ-ления беременности у пациенток с данной патологией. В Республике Беларусь беременные с сахарным диабетом составляют 4-6% от всех беременных ежегодно. Однако до сих пор это заболевание ассоциируется с высоким риском перинатальных, акушерских и сосудистых осложнений у матери. Основной причиной, препятствующей достижению желаемых исходов беременности у пациенток с СД, является трудности обеспечения такого же уровня гликемии, как у здоровых лиц. В связи с этим продолжают изучаться вопросы об оптимизации средств и методов коррекции СД у беременных. В настоящее время альтернативой метода множественных подкожных инъекций инсулина (МПИИ) является метод постоянной подкожной инфузии инсулина (ППИИ) с помощью инсулиновой помпы, наиболее точно имитирующий физиологическую секрецию инсулина поджелудочной железой.

Цель исследования: изучить преимущества метода ППИИ с помощью инсулиновой помпы в обеспечении компенсации углеводного обмена у беременных с СД 1 типа по сравнению с методом МПИИ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 228 историй болезни беременных с СД 1 типа, проходивших наблюдение в отделении экстрагенитальной патологии беременности ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в период с 2007 по 2012 год. Основная группа включала 28 беременных в возрасте от 18 до 35 лет, находящихся на помповой инсулинотерапии во время беременности и родов. Контрольная группа включала 29 беременных в возрасте от 17 до 36 лет, получавших инсулинотерапию методом МПИИ во время беременности и родов. Статистическая обработка данных проводилась непараметрическими методами с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2003» и «AtteStat». Достоверными считались различия при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. В основной группе показатели гликемии уже в I триместре беременности находились в диапазоне целевых значений. Во II и III триместре отмечались достоверно более низкие показатели гликемии в основной группе по сравнению с контрольной. В I и II триместрах беременности отмечалась тенденция к снижению уровня HbA1c в основной и контрольной группе, в III триместре отмечалось достоверное снижение количества HbA1c в основной группе по сравнению с контрольной. Во II и III триместре у беременных, получавших инсулинотерапию методом МПИИ, чаще отмечалось многоводие, урогенитальные инфекции, хроническая фетоплацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, угроза преждевременных родов. Госпитализации в основной группе, как правило, были плановыми, в контрольной же группе – плановые и по экстренным показаниям. Сроки родоразрешения в основной и контрольной группе были одинаковые и составили 37±1,6 и 37,2±1,5 соответственно. Родоразрешение путем операции кесарева сечения проводились с одинаковой частотой в основной и контрольной группе (85,7 %). У новорожденных от матерей из основной группы наблюдалась меньшая масса тела, меньшая частота макросомии, меньшая частота неонатальных гипо- и гипергликемий, асфиксии умеренной степени и респираторного дистресс-синдрома, чем у новорожденных от матерей из контрольной группы.

Выводы. Метод ППИИ у беременных с СД 1 типа позволяет эффективнее, чем МПИИ обеспечить целевые показатели гликемии и компенсацию углеводного обмена и снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений.

Карукин Д.Я.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ФЛЕБЭКТОМИИ

Научный руководитель асс. Стребков А.С.
Кафедра медицинской и биологической физики

Введение. Сравнение методов флебэктомии и эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) для лечения варикозного расширения вен нижней конечности. Описание техники выполнения флебэктомии и ЭВЛК. Лазерная система «Mediola Compact»: описание и технические характеристики.

Флебэктомия - хирургическая операция, направленная на устранение варикозных вен. Хирургическое лечение варикозных вен предполагает их удаление. Данный вид оперативного вмешательства длится 1-2 часа. Удаления вен, находящихся под кожей, не оказывает нагрузку на более глубокие слои вен. По ним, как правило, проходит не более 10 % крови. Процедура атравматична, рубцы достигают 4-5 мм.

Эндовазальная (эндовенозная) лазерная коагуляция (облитерация) варикозных вен (ЭВЛК, ЭВЛО) — современный миниинвазивный метод лечения варикозного расширения вен. Сообщения о первых применениях лазеров во флебологии относятся к 1981 году. Метод позволяет отказаться от выполнения разрезов и не требует госпитализации пациента в стационар. Эндовазальная лазерная коагуляция достаточно безопасная процедура, эффективность которой достигает 94-98%. Операция проводится без разрезов и без боли. После процедуры не остается рубцов, синяков, гематом и шрамов.

Цель: сравнить экономическую эффективность выше перечисленных методов

Задачи: 1. Определить суммарную расходную стоимость на каждый метод. 2. Провести литературный обзор. 3. Ознакомится с существующими методиками. 4. Определить преимущества и недостатки обозреваемых методик.

Материалы и методы. На основании общепринятых экономических моделей рассчитали и проанализировали экономический эффект от вышеприведенных манипуляций.

Выводы. В результате проведения расчетов удалось установить большую экономическую эффективность метода ЭВЛК в сочетании с рядом других преимуществ над традиционным методом флебэктомии.

Карюкина В.Л.

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дорохович Г.П.
Кафедра нормальной анатомии

Объем и характер использования диагностических методов, их очередность и оследовательность часто различны, результаты - не доказательны, иногда – противоречивы, поэтому цель и задачи нашего исследования следующие:

1.Изучить методы визуализации щитовидной железы.

2. На основании изученной литературы оценить достоинства и недостатки каждого из методов диагностического исследования щитовидной железы.

3.Изучить состояние щитовидной железы (ЩЖ) по результатам ультразвукового исследования за 2011-2012гг у жителей г. Минска по данным, предоставленным УЗ Городского эндокринологического диспансера.

Патология ЩЖ занимает 1,8% среди общей заболеваемости населения и более половины (56,6%) болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Последние десятилетия, особенно после аварии на Чернобыльской АЭС, обострился интерес к проблемам ранней диагностики и лечения патологии этого органа. В клинической практике для определения форм, размеров и структуры ЩЖ применяются следующие методы:

1.Сцинтиграфия

2.Компьютерная томография (КТ)
3.Магнитно-резонансная томография (МРТ)
4.Рентгенография
5.Ультразвуковое исследование

В ходе исследования ультразвукового сканирования ЩЖ жителей г.Минска за 2011-2012 год, обследовавшихся в УО Городской эндокринологический диспансер,установлено, что патология ЩЖ не встречается в 2011 году у 11,7%, а в 2012 году у18,2%.

Выявленная патология составляет: аутоимунный тиреодит в 2011году- 10,4%, а в 2012 году - 19,9%; узловой зоб в 2011 году -20%, а в 2012 году - 34,1%; диффузно-токсический зоб: 2011 год-3,2%, 2012 год- 4%;гиперплазия в 2011 году -1,02%, в 2012 году -1,21%;гипоплазия 2011 год - 0,7%, 2012 год-1,5%.

Таким образом, из результатов исследования видно, что патология ЩЖ возрастает, особенно аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб и гипоплазия.

Вопросы диагностической тактики при заболеваниях ЩЖ постоянно пересматриваются и совершенствуются в связи с быстрыми темпами развития науки и техники, появлением новых методик и технологий, совершенствованием функциональных возможностей диагностической аппаратуры.

Каспер А.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В ИНТЕРНЕТЕ

Научный руководитель, канд. пед. наук, доц. Круглик Н.А.
Кафедра латинского языка

Велика роль латинского языка в формировании активной лексики. В частности в русском языке можно встретить много заимствований из латинского языка. Больше всего это можно наблюдать в сфере медицины, которая в своем роде построена на этом древнем языке, сами носители которого являлись величайшими врачевателями и целителями.

Однако медицина – это не единственная сфера употребления латыни.

Средства массовой информации прочно вошли в нашу жизнь в конце 20 – начале 21 века. С началом эпохи бурного развития СМИ стало понятно, что обычным языком и обычным существующим запасом слов не обойтись. Поэтому стали появляться новые слова, более современные и приспособленные к сложившейся ситуации. Латинский язык, являясь «золотым языком», может приспособиться к любой культуре и к любой обстановке. И из всего многообразия газет, журналов, телевизионных программ каждый может выбрать то, что придется ему по вкусу.

Интернет не исключение. Его стоит рассматривать как часть всех средств массовой информации.

Поэтому данная работа посвящена роли латинского языка в Интернет-терминах.

Цель работы: исследовать компьютерные и Интернет-термины на наличие в них слов и выражений, имеющих латинские корни и проследить взаимосвязь в их значении.

Материалы и методы. В ходе создания данной работы был проанализирован список терминов, относящихся к лексике пользователей Интернета и компьютеров. Первоначальным источников многих слов является латинский язык, который обогатил словарный запас такими словами как форум, домен, логин, портал и т.д.

Для работы с отработанным материалом был использован метод этимологического анализа.

В ходе проведенного анализа можно сделать вывод, что все латинские термины, используемые для обозначения интернет-понятий являются интернационализированными. Даже само слово компьютер является интернационализмом, т.е. словом, которое употребляется во всех языках.

Все это свидетельствует о том, что в сфере средств массовой коммуникации, как и в других областях жизни, классические языки продолжают служить неиссякаемым источником новых слов и понятий, даже если они приходят к нам через английский, немецкий и другие современные языки.

Качуринская Д.В.

СИМФИЗИТЫ КАК ГЛАВНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Михневич
Кафедра внутренних болезней

Актуальность проблемы. Крайне редко в ревматологической практике симфизиты встречаются как проявление артрита, в особенности изолированного, являющегося первым и ведущим симптомом. Наиболее часто симфизиты встречаются как проявления энтезопатий при спондилоартритах. Описаны случаи симфизитов при анкилозирующем спондилите, а также метастатическое поражение симфиза.

Цель: сообщение о 2 случаях симфизитов, связанных с инфекцией.

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены 2 пациента, у одного из которых наблюдался изолированный туберкулёзный симфизит, осложнённый абсцессом, у другого симфизит, индуцированный Cl.trachomatis. Случаи были проанализированы по анамнестическим, клиническим и лабораторным параметрам, а также по данным инструментальных исследований.

Результаты. Пациентка №1. Женщина 58 лет была госпитализирована в отделение ревматологии с жалобами на острую боль в области лонного сочленения, иррадиирующую в оба колена и усиливающуюся при ходьбе. При осмотре: боль в области лобкового симфиза при пальпации, кожа в области симфиза не изменена. Анализы крови: лейкоциты-8,2 х 10/9, СОЭ-41 мм / час. С-рективный белок-21мг/л, креатинин-158мкмоль /л, холестерин 3,6ммоль/л, АЛТ22/л, и мочевая кислота-522мкмоль/л. Рентгенограммы ОГК в норме, а рентгенограммы области таза выявили двустронние деструктивные изменения лобковых костей, неровность контуров и структурные дефекты между лобковыми костями. Компьютерная томография показала значительное расширение симфиза (12мм), деструктивные изменения с наличием жидкостного компонента между костями лонного сочленения и несколько кпереди от них. Под контролем УЗИ была проведена биопсия, получено 5 мл кроваво-гнойной мутной жидкости. По причине сохраняющегося болевого синдрома и подозрения на наличие абсцесса была проведена лапараскопия. Образцы были отправлены на микроскопическое, культуральное и гистологическое исследования. Гистологическое исследование выявило наличие причинных гранулем, а кислотоустойчивые бактерии были выявлены при помощи среды Ловенштейна-Янсена. Было начато проведение туберкулезной терапии. Пациентка №2. Женщина 49 лет жаловалась на умеренные боли внизу живота, периодически торакалгии и сакралгии длительностью около 5 лет. Последние месяцы передняя боль в тазу стала постоянной и носит воспалительный характер. При осмотре: боль при пальпации лобковой области, верхняя передняя ость с обеих сторон, позитивные тесты для сакроилеита, отсутствует скованность в грудном и поясничном отделах позвоночника. Анализы крови показали СОЭ-20 мм/ч, и С-реактивный белок 8мг/л, РФ и НЛА В27-отрицательные. Рентгенография органов малого таза выявила эрозивный симфизит и билатеральный сакроилеит. КТ органов малого таза выявила деформацию и склероз сочленяющихся поверхностей тел лобковых костей, множественные краевые костные эрозии и единичные кисты, двухсторонний сакроилеит. С помощью ПЦР была выявлена Cl.trachomatis в эпителии цервикального канала. Антибактериальная терапия была назначена.

Вывод. В дифференциальном диагнозе симфизалгий следует рассматривать возможность симфизита туберкулёзной этиологии и симфизит в контексте реактивного артрита, индуци-

рованного Cl.trachomatis. Представленные случаи демонстрируют незаметное течение болезней, низкую степень подозрительности, связанную с локализацией процессов, что объясняет позднюю диагностику.

Кашина А.Р.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ БОРЬБЫ С ОЖИРЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Научный руководитель канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник Пенкратова Н.Н.
Кафедра фармакологии

Люди во всем мире все чаще заболевают диабетом, а результаты исследований свидетельствуют о возрастающем риске развития этой болезни у детей. Более 350 миллионов человек во всем мире страдают от диабета, и если не будут приняты надлежащие меры, то через 20 лет это число может более чем удвоиться. По мере развития диабет может повреждать сердце, кровеносные сосуды, глаза, почки и нервы, приводя к хроническим проблемам и преждевременной смерти. Здоровое питание и образ жизни являются мощными факторами защиты от этой болезни.

Среди факторов, которые достоверно увеличивают риск проявлений и прогрессирования сахарного диабета 2-го типа, эксперты ВОЗ ставят на первое место энергетически избыточное питание, ведущее к ожирению. Всемирная организация здравоохранения, объявила, что ожирение превратилось в глобальную эпидемию, и представляет серьезную угрозу для общественного здоровья в связи с широкой распространенностью (почти 300 миллионов человек в мире) и повышенным риском развития таких массовых заболеваний, как артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца.

Интересным фактом при этом являются исследования, проведенные Католическим университетом, касающиеся такого растительного средства, как стевия. Она произрастает в Южной Америке, но наибольшее употребление стевии отмечают в Парагвае. Как показывает статистика, каждый парагваец за год съедает около 8 кг стевии. При этом показатель заболеваемости сахарным диабетом в Парагвае составляет менее 0,5 %, что в десятки раз меньше чем в США и Европе. Исследования, которые проводились в 2006 году ВОЗ, не подтвердили канцерогенности стевиозида. Также было показано, что стевиозид обладает гипогликемическим, липолитическим, гипохолестеринемическим, антиоксидантным и гипотензивным эффектом.

Помимо стевии в современной терапии сахарного диабета II типа используют растения, которые обладают следующим действием:

1. сахарозамещающим (корень солодки, стевия, тауматин, монеляин);
2. инсулиноподобным (цикорий, топинамбур, галега, заманиха);
3. снижающим аппетит (шалфей, худия гордония, гарциния камбоджийская);
4. нормализирующим уровень холестерина, сахара и триглицеридов (лук, чеснок, крапива двудомная, фасоль обыкновенна, соя);
5. липолитическим (розмарин, куркума, цветки бузины, листья березы, имбирь);
6. антиоксидантным (гинкго билоба, шиповник);
7. нормализирующим pH среды организма (цикорий обыкновенный, петрушка огородная, морковь посевная);
8. адаптогенным (женьшень, элеутрококк колючий, лимонник китайский).

Таким образом, анализ данных литературы позволяет заключить, что фитотерапия при ожирении позволяет предотвратить такое осложнение как сахарный диабет. А при развитии сахарного диабета 2-го типа позволяет улучшить состояние больных, снизить содержание сахара в крови, что приводит к уменьшению дозы противодиабетических препаратов и даже возможности обходиться без них.

Кашкан М.И.

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТ ТОПОГРАФИИ ОТВЕРСТИЙ И НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Синельникова Н.В., канд. мед. наук, асс. Колб Е.Л.
Морфология человека

Тема обезболивания остается достаточно актуальной в современной стоматологии, так как проводимые лечебные мероприятия часто сопровождаться резкой болью. Залог успешной работы врача-стоматолога – выполнение манипуляций под 100% обезболиванием. Количество стоматологических оперативных вмешательств, выполняемых под местным обезболиванием, постоянно растет. Местная анестезия позволяет снять боль без выключения сознания и сохранить возможность контакта врача с пациентом. Для манипуляций на нижней челюсти используют преимущественно проводниковую анестезию.

Цель работы – определить влияние топографии отверстий и наличия хронического воспаления на эффективность местного обезболивания зубов на нижней челюсти.

Задачи исследования:

1) Изучить вариантную анатомию отверстий лицевого черепа, связанных с ветвями тройничного нерва и выявить их взаимоотношения с окружающими костными структурами черепа.

2) Предоставить анатомические данные о распространении и зонах проводниковой анестезии на нижней челюсти.

3) Изучить влияние хронического воспаления в периапикальных тканях на эффективность местной анестезии.

Материал и методы. Морфометрия отверстий лицевого черепа выполнялась на целых черепах и препаратах отдельных челюстей из коллекции кафедры морфологии человека и нормальной анатомии – всего 25 целых черепов и 50 отдельных челюстей, 50 ортопантомограмм. Гистологическое исследование проводилось на сегментах нижней челюсти белой крысы, включавших зуб со вскрытой пульпарной полостью или апикальной гранулемой на верхушке корня зуба, которые фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина.

Результаты исследования: Положение отверстия нижней челюсти относительно ориентиров, которые используются в стоматологической практике было следующим: расстояние до заднего края ветви нижней челюсти – максимальное значение составило 19,8 мм, минимальное – 7,5 мм; расстояние до угла нижней челюсти в среднем равнялось 24 мм (рис. 18); расстояние от нижней точки вырезки нижней челюсти – в среднем 20 мм. Величины продольного и поперечного размеров подбородочного отверстия в среднем составляли 2,7 и 3,5 мм соответственно. Наиболее распространена овальная форма подбородочного отверстия. Расстояние по вертикали до альвеолярного края челюсти в среднем равно 9,8 мм; максимальное значение - 15,7 мм. В ходе исследования в 80% случаев наблюдалась асимметрия местоположения правого и левого подбородочных отверстий: различия на 0,5 мм в продольном и поперечном размерах в 85% случаев; различия в расстоянии до основания нижней челюсти более, чем на 3 мм в 60% случаев; наблюдаются различия в проекции на зубы в 70%. При гистологическом исследовании сегментов нижней челюсти белой крысы области корней первых нижних моляров (24%) определялись сформированные периапикальные абсцессы, представлявшие собой очаг гнойного воспаления, содержащий полость, заполненную скоплением большого количества сегментоядерных лейкоцитов, продуктов распада тканей и микроорганизмов. Абсцессы по периферии были отграничены валом грануляционной ткани, богатой капиллярами, за которой располагалась тонкая соединительнотканная капсула. Фор-

мирование периапикального абсцесса сопровождалось выраженной лакунарной резорбцией цемента и дентина корня зуба.

Кашкан М.И., Мовкаленко А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ РЕНТГЕН-ДИАГНОСТИКИ В ПЕРИОДОНТОЛОГИИ

Научный руководитель асс. Кандрукевич О.В.
Кафедра 3-ей терапевтической стоматологии

Сегодня лучевая диагностика включает в себя как методы традиционного рентгенологического исследования, так и современные рентгеновские методы с использованием компьютерных методик. Появились новые технологии медицинской визуализации (3D компьютерная томография), которые завоевали прочные позиции в диагностике заболеваний периодонта.

Цель исследования – изучить эффективность использования рентгенологических методов в диагностике болезней периодонта.

Для реализации поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Оценить результаты применения ортопантомографии (ОПТГ) и 3D компьютерной томографии (3D КТ) у пациентов с болезнями периодонта;
2. Проанализировать ангулярные дефекты в области первых моляров на верхней челюсти;
3. Провести сравнительный анализ результатов исследования 3D КТ и ОПТГ.

Материалы и методы. Изучили 40 3D дентальных компьютерных томограмм и 100 ортопантомограмм 30–50- летних пациентов с болезнями периодонта.

Сравнили диапазон диагностических возможностей и лучевую нагрузку при проведении ОПТГ и 3Dкомпьютерной томографии.

Результаты исследования. Исследование зубочелюстной системы с применением 3D КТ позволило оценить изменения альвеолярной кости при болезнях периодонта (остеопороз, резорбцию, над- и внутрикостные карманы) в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях (фронтальной, саггитальной и аксиальной). При изучении зубочелюстной системы с применением ОПТГ представлялось возможным наблюдать изменения альвеолярной кости при болезнях периодонта только во фронтальной плоскости, при этом зубочелюстная система проецировалась на плоскость других анатомических образований, что способствовало появлению артефактов, ошибок в трактовке изображения при диагностике стоматологических заболеваний. На 3D КЛКТ визуализируются ангулярные дефекты, которые классифицируются на дефекты с одной стенкоя, с двумя стенками и с тремя стенками.

На компьютерных томограммах исследовались первые моляры верхней челюсти (всего было 43 моляра). Ангулярные дефекты с 1 стенкой определялись в 12,5% случаев, с 2 стенками в 56, 25% случаев и с 3 стенками – в 31,25% случаев.

При конусно-лучевой компьютерной томографии лучевая нагрузка составляет 40–120 мкЗв. Доза лучевой нагрузки, которую пациент получает при выполнении одной цифровой ОПТГ, составляет 10–40 мкЗв. Возможность просмотра CD-диска с данными 3D КТ на персональном компьютере врача-стоматолога дает возможность повысить качество диагностики, прогнозирования, планирования комплексного лечения в периодонтологии.

Заключение. Выбор метода рентгенологического исследования для диагностики болезней периодонта следует осуществлять с учетом преимуществ и недостатков различных рентгенодиагностических методик. Дентальная компьютерная томография 3D – новая возможность повышения качества диагностики и лечения заболеваний периодонта.

Кашлей Д.В.

ГЕНИЙ ЛЕОНАРДО ДА ВИНЧИ – СИНТЕЗ НАУКИ И ИСКУССТВА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Колб Е.Л.
Кафедра морфологии человека

Невозможно представить себе врача без знаний о строении человеческого тела. Постичь до конца эту сложную дисциплину – анатомию человека – невозможно без изучения её истории. Подготовка врачей во всех странах мира включает в себя изучение значительного количества гуманитарных наук – дисциплин, которые изучают человека в сферах его духовной, умственной, нравственной, культурной и общественной деятельности. Несомненно, изучение будущим врачом истории медицины и, в частности, истории анатомии, способствует его становлению как многогранной и развитой личности.

Цель работы: ознакомление будущих врачей с деятельностью великого учёного Леонардо да Винчи в области анатомии и его роли в становлении медицинской науки. Представленный материал позволит расширить знания студентов об интересных фактах и событиях из истории анатомии, а также повысит уровень их общей и профессиональной культуры.

Леонардо да Винчи – великий титан эпохи Возрождения

Леонардо да Винчи известен всему миру благодаря своим гениальным полотнам. Однако Леонардо был многогранно развитой личностью, занимался математикой, архитектурой, философией, гидромеханикой, геологией и физической географией, метеорологией, химией, астрономией, ботаникой, а также анатомией и физиологией человека и животных. Учёный оставил большое количество рукописей, дневников, рабочих тетрадей и альбомов с зарисовками по интересующим его темам, которые и сегодня удивляют объёмом содержащихся в них знаний и открытий.

Вклад Леонардо да Винчи в развитие анатомии человека

Для Леонардо искусство и исследовательская деятельность были неразрывно связаны. Учёный постоянно стремился наблюдать и осмысливать внешний вид и внутреннее устройство человека. С целью познания строения человека он проделал свыше 30 вскрытий тел умерших, опередив Андреаса Везалия, «отца анатомии», на целых 50 лет. Результатами плодотворного труда да Винчи являются 120 альбомов с анатомическими рисунками, которые отличались высокими ясностью и точностью изображений.

Достижения и открытия Леонардо в области анатомии

Леонардо да Винчи был художником, и наибольшее его внимание привлекали формы и пропорции всех частей человеческого тела. Особое место в его трудах занимают изображения опорно-двигательного аппарата, скелета и мускулатуры человеческого тела. Он первым определил точное число позвонков, воспроизвел форму позвоночного столба, правильно изобразил суставные поверхности костей. Детально в его рукописях прорисованы шейный отдел позвоночника, первый, второй и третий шейные позвонки, схематично представлен спинной мозг. Учёный первым предположил, что мышцы шеи удерживают шейный отдел позвоночника наподобие канатов, удерживающих мачту корабля.

Леонардо да Винчи – автор современного анатомического рисунка

Учёный создал эффект трехмерного пространства в анатомических рисунках человеческого тела. При воспроизведении объекта на бумаге Леонардо показывал его с четырех сторон. И на сегодняшний день многопроекционное изображение частей тела в учебниках анатомии воссоздают по принципу, предложенному Леонардо да Винчи.

Кашпар О.А., Якимкова Т.Н.

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ДЕТСКИХ ОИТР

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кулагин А.Е.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Актуальность проблемы. Гнойно-септические заболевания занимают ведущее место в развитии серьезных осложнений и увеличении сроков лечения пациентов в ОИТР. Нозокомиальная инфекция в значительной степени определяет тяжесть течения основного заболевания и зачастую является провоцирующим моментом в развитии нозокомиальной инфекции. Наиболее часто встречающимися инфекциями в ОИТР новорожденных являются: бактериемии (до 50%), инфекции желудочно-кишечного тракта (15–20%), инфекции респираторного тракта (7–10%).

Цель исследования: 1) определить динамику микробного пейзажа отделения интенсивной терапии 2-й ГДКБ г. Минска с 2009 по 2012 г.; 2) выявить возбудителей, встречающихся наиболее часто в ОИТР; 3) определить необходимость динамического бактериального мониторинга для адекватной антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследования. С целью изучения изменения микробного пейзажа, была проанализирована динамика микробного пейзажа возбудителей, высеянных из крови, интубационной трубки и мочи пациентов и приведены как наглядный пример необходимости постоянного микробиологического мониторинга.

Микробный пейзаж основных возбудителей, высеянных из крови: Staphylococcus epidermidis в 2009 г. – 33,33%, в 2010 г. – 13,64%, в 2011 г. – 16,67%, в 2012 г. – 25,8%. Staphylococcus aureus в 2009 г. – 25%, в 2010 г. – 0%, в 2011 г. – 6,67%, в 2012 г. – 6,45%. Staphylococcus spp. в 2009 г. – 16,67%, в 2010 г. – 13,64%, в 2011 г. – 3,33%, в 2012 г. – 0%. Candida albicans в 2009 г. – 16,67%, в 2010 г. – 9,09%, в 2011 г. – 23,33, в 2012 г. – 3,223%.

Микробный пейзаж основных возбудителей, высеянных из интубационной трубки:Pseudomonas aeruginosa в 2009 г. – 40,98%, в 2010 г. – 30,77%, в 2011 г. – 24,39%, в 2012 г. – 34,38%. Enterococcus spp.в 2009 г. – 13,11%, в 2010 г. – 7,69%, в 2011 г. – 9,76%, в 2012 г.- 6,25%.Staphylococcus epidermidis в 2009 г.- 11,48%, в 2010 г.- 9,62%, в 2011 г. – 9,76%, в 2012 г. – 6,25%.Klebsiella pneumonia в 2009 г. – 9,84%, в 2010 г. – 11,54%, в 2011 г. – 7,32%, в 2012 г. – 9,38%.Candida albicansв 2009 г. – 6,56%, в 2010 г. – 4,6%, в 2011 г. – 2,44%, в 2012 г. – 6,25%.

Микробный пейзаж основных возбудителей, высеянных из мочи пациентов: Enterococcus spp. В 2009 г. – 23,72%, в 2010 г. – 23,33%, в 2011 г. – 16,75%. Escherichia coli в 2009 г. – 16,94%, в 2010г. – 10%, в 2011г. –37,54.Candida albicans в 2009г. – 16,94%, в 2010г. – 15%, в 2011г. – 2,54%.Klebsiella pneumonia в 2009г. – 6,77%, в 2010г – 5%, в 2011г. – 6,32%. Corynebacterium spp в 2009г. – 5,08%, в 2010г. – 0%, в 2011г. – 4,95%.

Выводы. На основании анализа динамики микробного пейзажа можно сделать следующие выводы: 1) при назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать локализацию инфекционного процесса; 2) динамические данные по микробному пейзажу каждого конкретного отделения являются обязательным моментом для выбора адекватной антибактериальной терапии; 3) существенную роль в микробном пейзаже продолжают играть такие возбудители, как Pseudomonas aeruginosa, Enterococcusspp., Staphylococcus haemolyticus – имеющие выраженную полирезистентность; 4) отмечается рост удельного веса Acinetobacter spp., также обладающего резистентностью к большинству применяемых антибактериальных препаратов.

Кашпей И.В.

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Данилов Д.Е.

Кафедра инфекционных болезней

Цель работы: изучение эффективности интерферонотерапии в достижении стойкого вирусологического ответа у пациентов, находившихся на лечении в г. Минске за период с 2007 по 2012 годы, а также анализ структуры вирусологического ответа.

В процессе работы проводилось исследование, в основу которого лег анализ данных, полученных в результате изучения амбулаторных карт пациентов.

Всего в исследовании были задействованы данные 474 пациентов с ВГС, проходивших интерферонотерапию на базе УЗ ГКИБ г.Минска в период с 2007 по 2012 годы.

На момент проведения исследования 13 человек из всех, проходивших лечение, завершили терапию с получением непосредственного вирусологического ответа, однако еще не пришел срок сдачи контрольной ПЦР, подтверждающей УВО. Среди всех пациентов, начавших и завершивших по различным причинам терапию (461 человек), приверженность к ней (соблюдение всех предписаний лечащего врача и регулярное посещение консилиумов) сохранили лишь 293 (74%) из них. В результате проведенного исследования, где изучалась структура вирусологического ответа среди пациентов, приверженных к терапии, были получены следующие данные.

Из 336 человек, завершивших лечение, 187 (56%) получили устойчивый вирусологический ответ. Из них 244 (73%) проходили терапию короткоживущими интерферонами и 91 (27%) пегилированными.

Анализ структуры устойчивого вирусологического ответа позволил получить следующие данные об эффективности проводимой терапии:

- ИФН-α: 1 генотип – 159 человек на терапии, 63 (40%) УВО, 2,3 генотипы – 85 челок на терапии, 67 (79%) УВО
- ПЕГ-ИФН-α: 1 генотип – 58 человек на терапии, 28 (48%) УВО, 2,3 генотипы – 33 человека на терапии, 29 (88%) УВО

Структура пациентов, у которых лечение не привело к достижению УВО и полной эрадикации вируса из организма представлена следующими числовыми значениями:

- ОВО……87 (26%) человек
- Неполный ответ (ВП+ЧВО)…21+21 человек (13%)
- Рецидив……..19 человек (6%)

При оценке исследуемой группы пациентов по половому признаку, доля получивших устойчивый вирусологический ответ оказалась неравнозначной среди мужчин и женщин и составила 38% и 49% соответственно.

Имеется четкая корреляция между степенью выраженности фиброза в печени и вероятностью достижения УВО: чем меньше степень фиброза, тем выше вероятность УВО у пациентов без других достоверных различий в предикторах ответа. Полученные данные говорят о следующем: больные со стадиями фиброза F0-F2 получили УВО в 39% случаев, а F3-F4 в 28% случаев.

На старте терапии биохимическая активность отсутствовала у 134 (28%) пациентов, минимальная наблюдалась у 265 (56%), умеренная у 52 (13%) и высокая у 12 (3%). Ко второму месяцу терапии отсутствие биохимической активности наблюдалось уже у 296 (86%) больных. Замечено, что нормализация биохимической активности у пациентов с 2,3 генотипом проходит лучше, чем у 1. Уже к концу первого месяца терапии показатель АЛТ нормализовался в 80% и 91% случаев для 1 и 2, 3 генотипов соответственно.

Кащеев И.А.

СТАБИЛЬНОСТЬ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВНУТРЕННЕГО МЕНИСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мартинович А.В.
Кафедра травматологии и ортопедии

Цель: изучить стабильность каленного сустава у пациентов, мужчин молодого возраста с 18 до 40 лет, после частичной резекции внутреннего мениска.

Методы. На базе 6-ой ГКБ г. Минска, мною были изучены протоколы операций и истории болезней с марта по июнь 2012 года. Проведена беседа и осмотрены 30 пациентов.

Актуальность. Данной проблеме подвержены люди, ведущие активный образ жизни, а также занимающиеся тяжелым трудом (спортсмены, рабочие, военные).

При осмотре и проведенной беседы с пациентами было выявлено:

1) уменьшение объема бедра: на 0-1 см-3,3%; на 1-2 см -30%; на 2-4см 63,3%; на4-6 см - 3,3%
2) ощущение шаткости: есть-90%;не отмечают-10%
3) боль или чувство дискомфорта при повышенной нагрузке, и/или спуск/подъем по лестнице: есть-23,3%, не отмечают-76,6%
4) тест McMurray: положительный-86,6%, отрицательный-13,3%
5) тест Bragard: положительный-96,6%, отрицательный-3,3%
6) синдром Steinmann(I;II): положительный-83.3%, отрицательный-16,6%
7) тест Boehlier-Kroemer: положительный-96,6%, отрицательный-3,3%

Выводы. После частичной резекции внутреннего мениска, даже в отдаленный период может сохраняться нестабильность в коленном суставе; для более успешного восстановления функциональной стабильности каленного сустава после частичной резекции внутреннего мениска необходимы проведение в раннем послеоперационном периоде полноценного комплекса реабилитационных мероприятий(ФТЛ, ЛФК, механотерапия); после частичной резекции внутреннего мениска при наличии клинических признаков нестабильности необходимо рациональное перераспределение нагрузок в течении дня, использовании при пиковых нагрузках ортопедический приспособлений для стабилизации сустава.

Таким образом, частичная резекция внутреннего мениска может приводить к снижению функциональной стабильности коленного сустава, изменению общего уклада жизни пациента. Сохранению максимальной функциональности сустава способствует своевременно проводимая полноценная реабилитация.

Кветень А.Г.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ГРЫЖ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Научный руководитель канд.мед.наук, доц. Протасевич А.И.
1-я кафедра хирургических болезней

Актуальность. Широкое использование лапароскопической сетчатой пластики и крурорафии пищеводного отверстия диафрагмы в зарубежных клиниках требует детального изучения и сравнения эффективности данных методик, оценку потенциальных осложнений и рецидивов в ближайшем и отдаленном постоперационном периоде. Данные исследований касательно лапароскопической пластики параэзофагеальных грыж (лап-ПЭГ) методом первичной крурорафии с или без использования имплантов приведены в данном исследовании.

Цель: оценить и сравнить отдаленные субъективные и объективные результаты после лап-ПЭГ. Сопоставить клинические исходы операций с риском послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы. Систематический обзор выполнен на основании материалов базы данных PubMed по терминам «paraesophageal hernia repair» и «mesh» с указанием лимитов. В исследование включены данные источников, опубликованных в 1992-2013 гг., посвященные

лап-ПЭГ (исключая I тип), содержащие информацию о типе оперативного пособия, летальности, использовании сетки, сведения об осложнениях и отдаленных результатов лечения. Для анализа отобраны 9 исследований, 3 обзора литературы и 1 мета-анализ, полнотекстовые статьи изучены раздельно двумя авторами, после достижения согласия о необходимости их включения.

Результаты. По данным мета-анализа (Rathore и соавт.,2007), истинная частота рецидивов составляет 25.5% случаев по данным рентгенологических исследований (на основании 13 работ, включавших 965 пациентов, подвергшихся лап-ПЭГ при сроках наблюдения не менее 6 месяцев). В отобранных нами 9 работах общее число пациентов, включенных в обзор, составило n=1134.Средний возраст их составил 63 года. Средний период наблюдения составил 56,3 месяцев (Me=45,6 мес.). Использовавшийся тип пластики: первичная крурорафия-7 случаев; крурорафия + HADM (AlloDerm) -2 случая; PTFE-2 случая; polypropylene-1 случай; SIS-1 случай; случаи с неизвестным типом сетки- 2. Особое внимание уделялось срокам постоперационного наблюдения и результатам отдаленного периода. Согласно доступных данных летальности пугающие показатели отмечены в исследовании (Furnee и соавт.,2010) - 20% при 15% постоперационных осложнений, применялась методика крурорафии. Значительно меньшая летальность отмечается в работе (Luketich и соавт.,2010), 1,7%, однако, имеющем более высокий уровень рецидивов в отдаленном периоде (крурорафия - 15, сетка - 21%), и осложнений (18,6% суммарно). Наиболее высокий процент рецидивов отмечается в исследованиях Oelschlager и Dallemagne - 54-66%,где проводилась крурорафия и использовалась SIS пластика. Наиболее положительные результаты имеет лап-ПЭГ с использованием круропластики в сочетании с HADM (AlloDerm): 0% летальность, 3,8-7,7% рецидивов, невысокий процент постоперационных осложнений (9,6-13%). Процент постоперационных осложнений составил 17,6% по данным 7 исследований, в основном это были эзофагиты и стойкая дисфагия.

Выводы. 1) В настоящее время отсутствуют исследования высокого уровня доказательности показывающие преимущества использования сетчатых протезов в лечении грыж ПОД (2,3,4).

2) Сетчатая пластика является эффективным методом по укреплению ГПОД с низким уровнем рецидивов, постоперационных осложнений и единичными случаями осложнений, связанными с положением сетки. 3) Необходимо достаточно длительное постоперационное наблюдение больных с рентгенологическим и клиническим контролем осложнений.

Кеда В.В., Кленицкая М.С.

ОРАЛЬНАЯ ГИГИЕНА, ПЕРИОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Урбанович В.И.
3-я кафедра терапевтической стоматологии

Хронический бронхит – хроническое диффузное воспалительное обычно прогрессирующее заболевание бронхиального дерева, сопровождающееся кашлем с мокротой не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет. При вовлечении в патологический процесс паренхимы легких, сосудов малого круга кровообращения и наличия внелегочных симптомов заболевание принято называть хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). ХОБЛ обусловливает 50% инвалидности и 80% случаев смерти среди всех заболеваний бронхолегочной системы (В. П. Царев, И. И. Гончарик, 2006). По прогнозам, ХОБЛ станет третьей наиболее распространенной причиной смерти и четвертым по значимости заболеванием, ведущем к инвалидности, 2020 года (Murrey & Lopez 1997a,b,c). По данным National Health and Nutrition Examination Survey III of the US, пациенты с ХОБЛ имеют более серьезную патологию перио-

донта, чем без ХОБЛ. По эпидемиологическим данным, плохое состояние периодонтологического здоровья может быть независимым фактором риска ХОБЛ (Garsia et al. 2001).

Цель исследования: оценить оральную гигиену и периодонтологическое здоровье у людей с обострением ХОБЛ.

Материалы и методы. Были обследованы 34 пациента с различной частотой обострений ХОБЛ в возрасте от 33 до 65 лет, из них 19 мужчин и 15 женщин, а также изучены их истории болезней. Они находились на стационарном лечении в пульмонологических отделениях №1 и №2 УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска в период с октября 2012 года по март 2013 года. В процессе обследования нами были собраны анамнез жизни, анамнез ХОБЛ, стоматологический анамнез. Для изучения состояния стоматологического здоровья использовалась индексная оценка гигиены по индексу PLI(Silness-Loe, 1964), индексная оценка вовлечения десны в патологический процесс по индексу GI(Loe, Silness, 1963), индексная оценка состояния периодонта по индексу PI(Russel, 1956), а также использовался индекс КПУ для определения количества сохранившихся зубов.

Результаты. Проанализировав полученные нами данные, малое количество сохранившихся зубов и высокое значение PLI являются ведущими факторами возникновения частых обострений ХОБЛ (≥2 раза за последние 12 месяцев). Значения индексов GI и ПИ были напротив ниже в группе с частыми обострениями ХОБЛ, чем в группе с редкими (<2 раз за последние 12 месяцев), что совпало с предположениями Lui Z., Zhang W., Zhang J. et al. 2012 (Journal of Clinical Periodontology №1 2012), что это явление может быть связано с частой антибактериальной терапией при обострениях ХОБЛ. Также учли такой фактор как курение: малое количество сохранившихся зубов у бывших курильщиков и высокие баллы PLI у никогда не куривших связаны с частыми обострениями ХОБЛ.

Кеда В.В., Козаль В.О.

ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович Н.И.
Кафедра стоматологии детского возраста

Дермоидная киста – дизонтогенетическое образование округлой формы, эластичное, безболезненное, не спаянное с кожей и окружающими тканями, соединено с надкостницей, исходящее из эктодермы в результате порока ее развития. Дермоидные кисты клинически локализуются по линиям сращения: дно полости рта по средней линии, под языком, в области корня или крыльев носа и верхнего наружного края орбиты. В случаях локализации в области корня носа и наружного края орбиты образование следует дифференцировать от мозговой грыжи. Лечение дермоидных кист хирургическое - удаление образования вместе с оболочкой (А.А. Колесов, 1991; А.К. Корсак, 2010).

Цель исследования: изучить встречаемость детей с дермоидными кистами челюстно-лицевой области среди всех опухолей и опухолеподобных образований в зависимости от пола, возраста, локализации образования и сезонности.

Материалы и методы. Нами изучены истории болезни 69 детей с дермоидными кистами челюстно-лицевой области в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ “4-я городская детская клиническая больница” г.Минска в период с 2006 по 2010 гг.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что встречаемость детей с дермоидными кистами челюстно-лицевой области среди всех опухолей и опухолеподобных образований увеличилась с 4,13% в 2006 году до 6,71% в 2009 году и составила в среднем 5,14±0,60% за период с 2006 по 2010 гг. Дермоидные кисты ЧЛО несколько чаще встречаются у девочек (50,72±6,02%), чем у мальчиков (49,63±6,02%). Нами выявлено, что дети с дермоидными кистами обращались за стационарной хирургической помощью в 4-5

раз чаще в возрасте 1-5 лет (69,56±5,54%), чем дети в возрасте 6-11 лет (17,39±4,56%) и 12-17 лет (13,04±4,05%). В большинстве случаев дермоидные кисты у детей встречались в надбровной области (46,38±6,00%), одинаково часто в лобной области и шеи (11,59±3,85 %), дна полости рта (10,14±3,63%). Дети с дермоидными кистами находились на стационарном хирургическом лечении в весенне-летний период (57,97±5,94 %) чаще, чем в осенне-зимний (42,03±5,94%). При лечении детей с дермоидными кистами челюстно-лицевой области в 84,06±4,41% случаев было проведено удаление опухоли, в 5,80±2,81% случаев проводили диагностическую пункцию и в 10,14±3,63% случаев лечение не проводилось. Дети с дермоидными кистами находились на стационарном лечении в среднем 6,78 койко-дней.

Выводы. 1. Встречаемость детей с дермоидными кистами челюстно-лицевой области среди всех опухолей и опухолеподобных образований составляет 5,1%.

2. Дети с дермоидными кистами обращались за стационарной хирургической помощью в 4-5 раз чаще в дошкольном возрасте (69,6%), чем дети в младшем и старшем школьном возрасте (17,4% и 13,0%) и чаще девочки, чем мальчики.

3. Наиболее типичная локализация дермоидных кист у детей - надбровная область (46,4%), лобная и область шеи (11,6%), дна полости рта (10,1%).

4. Дети с дермоидными кистами находились на стационарном хирургическом лечении чаще в весенне-летний период (57,9%).

Кенденков О.И.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (WPW И CLC)

Научный руководитель канд мед. наук, доц. Хидченко С.В.
2-я кафедра внутренних болезней

Цель исследования: обратить внимание и осветить аспекты необходимости своевременной диагностики синдромов преждевременного возбуждения желудочков (WPW и CLC).

Методика исследования. На базе ревматологического, 2-го и 6-го кардиологических отделений 9-й городской клинической больницы было проанализировано 1167 историй болезни пациентов с кардиальной и ревматологической патологией, и выявлено 14 случаев синдрома раннего возбуждения желудочков. Также был проведён анализ литературы по данной проблеме.

Результаты. В результате анализа 1167 историй болезни, были выявлены 14 пациентов с синдромом преждевременного возбуждения желудочков. Из них 7 женщин и 7 мужчин. Таким образом, частота встречаемости среди пациентов 9 ГКБ составила 1,19%. Из 14 опрошенных, жалобы на периодически возникающие ощущения сердцебиения предъявляли одиннадцать пациентов: женщины 21, 24, 45, 47 и 50 лет, мужчины 23, двое 27, 32, 44 и 50 лет. Двенадцати пациентам было проведено холтеровское мониторирование и десятерым - ЭХО КГ. По результатам ЭХО КГ, у всех пациентов были выявлены те или иные аномалии, в виде различной клапанной патологии и у пациента 52 лет - открытое овальное окно.

Таким образом, синдром преждевременного возбуждения желудочков является редкой патологией, может сопровождаться нарушениями ритма, и должен быть диагностирован как можно раньше, чтобы предупредить осложнения.

Кендыш Е.Н.

АНАТОМИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ И ЛОБНОЙ ПАЗУХ

Научный руководители канд. мед. наук Шавель Ж.А., асс.Татун Т.В.
Гродненский государственный медицинский университет

Среди многих причин возникновения заболеваний носа и околоносовых пазух важное место отводится топографо-анатомическим особенностям полости носа. В условиях современного развития медицинской техники для их изучения используется обзорная рентгенография, компьютерная томография.

Цель: изучить анатомические особенности околоносовых пазух.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 50 рентгенограмм придаточных пазух носа человека в возрасте от 19 до 50 лет. Рентгенологическое исследование было выполнено в прямой носо-подбородочной проекции. В работе использовались морфометрический, статистический методы.

Результаты исследования. Нами исследованы перегородка, пневматизация, формы верхнечелюстной и лобной пазух. При выраженной пневматизации лобные пазухи наслаиваются на верхнюю стенку глазницы. Верхний контур лобных пазух чёткий, интенсивный, фестончатый. Перегородка лобных пазух представлена тонкой линейной тенью. Вертикальное положение перегородки наблюдается в 42,86% случаях, косое - в 44,2%, отсутствие перегородки - в 12,8% случаев.

При анализе изучаемых рентгенограмм установлено несколько форм верхнечелюстных пазух.

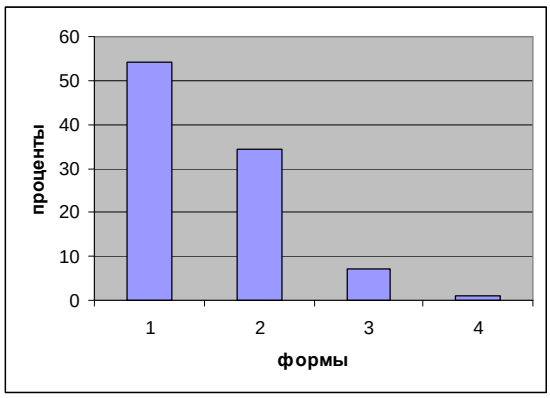


Рис.1 Формы верхнечелюстных пазух.
1-четырёхгранная форма – 54.3%;
2-трёхгранная – 34.3%;
3-овальная – 7.1%;
4-щелевидная – 4.3%.

Изучая пневматизацию гайморовой пазухи, было выявлено, что в 80% случаев она симметрична. Симметричная пневматизация при треугольной форме пазухи наблюдается в 88,9% случаев, асимметричная - в 11,1%; при четырёхугольной форме - в 94,7% и в 5,3% соответственно. При овальной гайморовой пазухе пневматизация симметрична, а при щелевидной форме пазухи – асимметрична. При оценке степени пневматизации верхнечелюстной пазухи оказалось, что 60% пазух являются гиперпневматизированными, 4% - гипопневматизированными. У пазух с умеренной степенью пневматизации (27,1%) дно пазухи располагается на одном уровне с дном полости носа. При асимметричной пневматизации она была в 10% случаев выше справа и в 8,6% случаях - слева.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить индивидуальные анатомические особенности строения околоносовых пазух, установить взаимосвязи между изучаемыми количественными показателями и пневматизацией, что имеет практическое значение.

Керсновская В.В., Гордей Е.П.

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 2008 И 2012 ГОДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Морозкина Н.С.

Кафедра фтизиопульмонологии

Актуальность проблемы. Сочетание туберкулеза легких и сахарного диабета остается одной из наиболее трудных и актуальных проблем фтизиатрии в настоящее время. Исследованиями многочисленных ученых показано, что активный туберкулез при сахарном диабете выявляется в 5—9 раз чаще, чем у лиц с нормальным обменом, и эти цифры растут. Особенно подвержены заболеванию лица с тяжелым декомпенсированным диабетом и с осложнениями этого заболевания. Туберкулез у пациентов с сахарным диабетом характеризуется неблагоприятным течением, снижением иммунологической реактивности, замедленной регрессией, склонностью к обострениям. В связи с этим, возникают вопросы о характере возможного влияния таких факторов, как степень компенсации, тип и длительность сахарного диабета на течение туберкулеза легких у больных сочетанным заболеванием.

Цель: изучить и провести сравнительный анализ особенностей клинического течения туберкулеза органов дыхания пациентов с сахарным диабетом за периоды 2008 и 2012 годы.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни за 2 периода (в 2008 году исследовано 30 историй и в 2012 – 40).

Результаты исследования. В современное время отмечается рост активного туберкулеза органов дыхания при сахарном диабете, чем у лиц с нормальным обменом, и эти цифры растут. В 2008 году в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии выявлено 31 случай сочетанной патологии, а в 2012 – 40. В результате исследования было установлено увеличение числа пациентов с сахарным диабетом I типа: 2008 ИЗСД 25 человек (80,65%) и ИНСД 6 человек (19,35%); 2012 ИЗСД 24 человека(60%) и ИНСД 16 человек (40%). При поступлении в стационар диабет был субкомпенсированным у 61,29%, компенсированным у 22,58%, декомпенсированным у 16,13% пациентов. В обоих исследуемых периодах наиболее часто выявляемой клинической формой туберкулеза является инфильтративный туберкулез (в 2008-2009 годах – 77,42%, а в 2011-2012 годах – 70%). Распределение пациентов с сочетанной патологией по половому признаку в исследуемых периодах изменилось в сторону уменьшения заболеваемости туберкулезом органов дыхания и сахарным диабетом среди женщин и увеличением среди мужчин. В 2008 году среди исследуемых 31 пациента 64,52% составили женщины и 35,48% - мужчины; в 2012 году среди 40 пациентов 55% - женщины и 45% - мужчины.

Кипнис Е.М.

КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ И ЭНТЕРАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Научные руководители асс. Бутыгина В.Л., канд.мед.наук, асс. Сапотницкий А.В.
1-я кафедра детских болезней

Важное место в выхаживании недоношенных детей с **экстремально низкой (**ЭНМТ) – до 1000 грамм и **очень низкой массой тела (**ОНМТ) – от 1000 до 1500 грамм согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра занимает нутритивное обеспечение. Особое значение имеет постепенное увеличение объемов энтеральной нагрузки, срывы нарастания которого могут быть отражением тяжелых нарушений витальных функций в организме ребенка. Поэтому поиск ранних предикторов риска нарушений энтерального обеспечения представляет значительный интерес.

Цель: изучение различий в показателях кислотно-основного состояния (КОС) и концентрации лактата у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении в зависимости от наличия нарушений энтерального обеспечения в раннем неонатальном периоде

Материалы и методы. Проанализированы параметры КОС крови, а также концентрация лактата у 45 недоношенных детей. Гестационный возраст детей составлял от 26 до 31 недели а диапазоны массы тела при рождении от 750 до 1450 грамм. Все дети получали необходимый комплекс мероприятий интенсивной терапии, парентеральное питание, а также энтеральное питание специализированными смесями для недоношенных. Кормление проводили через зонд, начиная с первых суток жизни, постепенно наращивая объем смеси. Параметры КОС и концентрацию лактата определяли в капиллярной крови новорожденных с помощью автоматического газоанализатора в течение 30 минут после рождения. В первую группу были включены 14 детей, у которых в течение первых семи дней жизни происходил срыв нарастания объемов энтеральной нагрузки. Во вторую группу вошел 31 ребенок. У детей данной группы удавалось постепенно наращивать объем энтеральной нагрузки без срывов. Гестационный возраст и масса тела при рождении в обеих группах не имели достоверных различий. Среднее значение исследуемых величин представлен в виде медианы и межквартильного размаха. При сравнении использовали критерий Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение. Средние показатели pH составили 7,28 (7,24–7,33) в группе 1 и 7,32 (7,24–7,38) в группе 2. Достоверных различий выявлено не было. Парциальное напряжение углекислого газа достоверно также не отличалось: 42,6 (38,2–46,9) и 44,83 (40,2–49,3) мм.рт.ст. в группах 1 и 2 соответственно. Не выявлено различий и в парциальном напряжении кислорода – 46,2 (44,9– 54,7) и 46,9 (38,5–56,3) мм.рт.ст. соответственно. Средние значения актуального бикарбоната составили 19,2 (18,4–20,9) и 20,1(18,8–20,9) ммоль/л, актуального избытка оснований -6,6 (-7,6 – -4,9) и -4,8 (-6,2 – -3,6) ммоль/л и также не имели достоверных различий между группами. А вот среднее значение стандартного избытка оснований в первой группе составило -5,9 (-7,1 – -4,4) ммоль/л, что было достоверно ниже, чем во второй: -3,7 (-5,5 – -2,8) ммоль/л (p=0,025). Также обнаружено достоверное повышение (p=0,045) уровня концентрации лактата: 5,1 (3,3–6,0) ммоль/л в группе 1 и 3,9 (2,8–4,5) в группе 2 соответственно.

Таким образом, выявлены более высокие уровни концентрации лактата и более низкие стандартного избытка оснований в капиллярной крови у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ со срывами энтерального кормления в раннем неонатальном периоде. Продолжение данных исследований важно для дальнейшего поиска ранних предикторов нарушений энтерального питания у недоношенных детей.

Кирикович Д.О.

ТУРИСТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научный руководитель ст. преп. Серак Е.В.
Кафедра философии и политологии

В последнее время рынок лечебно-оздоровительного туризма претерпевает изменения. Традиционные санаторные курорты перестают быть местом лечения и отдыха лиц преклонного возраста, а становятся полифункциональными оздоровительными центрами, рассчитанными на широкий круг потребителей. В моду входит здоровый образ жизни, и во всем мире растет число людей, которые хотят поддерживать хорошую физическую форму и нуждаются в восстановительных антистрессовых программах. В основном это люди среднего возраста, предпочитающие активный отдых и часто ограненные во времени. По мнению многих экспертов, потребители этого типа будут главными клиентами санаторных курортов и гарантией процветания лечебно-оздоровительного туризма в XXI в.

Государственная программа Республики Беларусь в области лечебно-оздоровительного туризма предусматривает развитие современной инфраструктуры медицинских услуг; повышение качества медицинского обслуживания; внедрение новых эффективных методов

профилактики, диагностики и лечения заболеваний на основе передовых отечественных и зарубежных научных медицинских разработок; увеличение инвестиций в здравоохранение за счет расширения внебюджетной деятельности, роста платных медицинских услуг (за исключением оказываемых бесплатно), развития государственно-частного партнерства в решении проблем здравоохранения.

Лечебно оздоровительный туризм в Республике Беларусь основан на курортологии. Курортология – это наука о природных лечебных факторах, их воздействии на организм и методах использования в лечебно профилактических целях. К основным разделам курортологии относятся: бальнеология, бальнеотерапия, грязелечение, климатотерапия, курортография. По важности лечебно-оздоровительный туризм можно назвать главным видом туризма, так как в его основе лежит забота о здоровье человека как главной ценности жизни. Лечебный туризм имеет давнюю богатую историю. В каждой стране он развивался с учетом наличия природных ресурсов, социально-экономических условий. Для развития лечебно-оздоровительного туризма в структуре туристской отрасли Республика Беларусь имеет комплекс лечебно-профилактических учреждений: санатории, лечебные пансионаты, курортные поликлиники, водо-радоно-грязелечебницы, солярии, бассейны, тематическиие и природные парки.

В Республике Беларусь в сфере маркетинговой политики предпринимаются определенные шаги по формированию благоприятного имиджа и психологического доверия к белорусскому здравоохранению: работают специализированные веб-сайты, проводятся медицинские выставки, создаются видеоролики, налажено тесное сотрудничество со средствами массовой информации. Сведения о белорусской медицине представлены в информационно-туристических центрах, а также информационных терминалах, устанавливаемых в аэропортах, на вокзалах, в гостиницах и ресторанах. Используя выгодное геополитическое положение, хороший кадровый состав и современное медицинское оборудование все это создает предпосылки для ускоренного развития лечебно-оздоровительного туризма в Республике Беларусь.

Кириленко О.С.

БОТАНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАГИ ОБЫКНОВЕННОЙ И ТРУТОВИКА ЛАКИРОВАННОГО

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Гурина Н.С.
Кафедра организации фармации

Богатый мир природы использовали в лечебных целях уже в глубокой древности. В различные периоды отношение к природным лекарственным средствам менялось: то отмечалось чрезмерное увлечение, то наблюдался спад. В настоящее время, несмотря на большие достижения в области синтеза лекарственных препаратов, использование средств растительного происхождения не только не снижается, но заметно возрастает. Также возрос интерес к гомеопатическим лекарственным препаратам и препаратам оказывающим фунгиотерапевтическое воздействие, особенно к препаратам системного действия, которые влияют на ключевые процессы жизнедеятельности. К ним относятся лекарственные грибы. В данной работе будут более подробно рассмотрены Чага обыкновенная и Трутовик лакированный.

Многочисленные компоненты этих грибов проявляют противовирусные, цитотоксические, иммуномодулирующие, антидиабетические, антиоксидантные свойства. В Японии разработаны антиканцерогенные лекарства на основе полисахаридов из трутовиков.

О лечебных свойствах чаги известно с древних времен. Но, не смотря на многовековую популярность у населения и широкий спектр действия, в официальной медицине до настоящего времени чага использовалась ограничено. Неоднократные попытки выяснить терапевтическую активность чаги для профилактики и лечении рака и других заболеваний не дали

однозначных результатов. В рамках данной работы сделана попытка систематизировать отдельные данные литературы по химической природе компонентов чаги и трутовика лакированного фармакологической активности, механизму действия.

Цель и задачи работы: Изучить назначение, фармакологические свойства и область применения чаги обыкновенной и трутовика лакированного. Изучить лекарственные препараты, которые содержат чагу обыкновенную и трутовик лакированный.

Объекты изучения. Чага обыкновенная (Inonotus obliquus), Трутовик лакированный (Ganoderma Lucidum), ассортиментный перечень ЛС на основе чаги и трутовика.

Методы.

1. Анализ литературных источников;
2. Сравнительный;
3. Логистический;
4. Обобщение.

Выводы.

1. Изучены и проанализированы литературные данные по ботаническому описанию, ареалу распространения, химическому составу, фармакологической активности, областям применения в научной и народной медицине растений рода Чага и Трутовик, а также перечень препаратов на их основе.
2. Установлено, что Чага и Трутовик широко распространённые лекарственные растения флоры РБ, имеют схожий химический состав, определяющий фармакологическую активность и широкое применение в научной медицине.
3. Наличие разнообразных БАД, на основе Чаги и Трутовика, выпускаемых производителями стран ближнего и дальнего зарубежья и отсутствие таких ЛС в ассортименте фармацевтических предприятий РБ определяет перспективность создания новых БАД с использованием Чаги и Трутовика.

Киселев А.И.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Неровня А.М.
Кафедра патологической анатомии

Проблема многоплодной беременности актуальна для современного акушерства в связи с существенным ростом частоты многоплодия в последние 15 - 20 лет. По данным различных авторов беременности двойней встречаются в 1,4 - 2,4% наблюдений. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты наступления многоплодной беременности в связи с развитием репродуктивных технологий при бесплодии (гиперстимуляция овуляции, ЭКО).

Цель исследования: изучить морфологические особенности плацент при многоплодной беременности и их влияние на здоровье плодов.

Материал и методы. Нами изучены гистологические препараты плацент, клинические данные 35 родильниц с многоплодной беременностью(I группа) и 30 родильниц с многоплодной беременностью в результате ЭКО(II группа), 50 родильниц с одноплодной беременностью(контрольная группа), родоразрешенных в УЗ «Витебский городской клинический родильный дом № 2» и РНПЦ «Мать и дитя», а также состояние здоровья их новорожденных.

Обработка полученных результатов осуществлялась с помощью программ ImageJ и STATISTICA 6.0 (модуль Basic Statistic/Tables). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимали равным 0,05.

Выводы.

1) В результате наших исследований установлено, что при многоплодной беременности отмечается высокий риск перинатальной патологии, который существенно возрастает при проведении ЭКО.

2) Матери детей, рожденных с помощью ЭКО, в 62% случаев имеют нарушения эндокринной, иммунной и других функциональных систем организма, хронические инфекционные заболевания урогенитального тракта, что способствует развитию осложнений беременности и родов, оказывающих неблагоприятное влияние на плод.

3) При срочных родах средний вес монохориальных плацент равен 793,1 ± 103,9 г, средняя площадь - 400,9 ± 140,3 мм, средняя толщина -28,8 ± 5,1 мм, У каждой из дихориальных плацент эти параметры значительно меньше и равны соответственно 402,1 ± 82,2 г, 247,3 ± 82,2 мм, 22,1 ± 4,1 мм. При сопоставлении параметров парных дихориальных и монохориальных плацент среднее значение веса парных дихориальных плацент при срочных родах на 16,5% превышает средний вес монохориальной плаценты, а общая площадь - на 24,5%, что может рассматриваться, как фактор более благоприятного развития дихориальных двоен.

4) Для монохориальных диамниотических двоен наиболее характерным является периферическое или околокраевое прикрепление пуповин у противоположных полюсов плаценты, что может рассматриваться как фактор, предупреждающий возникновение синдрома обкрадывания. Для плацент при дихориальной двойне наиболее характерно центральное прикрепление обеих или одной из пуповин.

Кисель А.С., Еленский С.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАНЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Герасименко М.А.
Кафедра травматологии и ортопедии

Современное состояние медицины диктует необходимость более дифференцировано подходить к диагностике нарушений формирования тазобедренных суставов. Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать степень дисплазии и контролировать динамику ее развития, при этом, не оказывая существенного влияния на здоровье пациента. Существует ряд ультразвуковых методик, позволяющих оценить состояние тазобедренного сустава у детей. Наиболее широкое распространение среди детских ортопедов получила методика УЗИ, описанная R. Graf (1984). Наряду с безопасностью, простотой, и возможностью ранней диагностики патологии, с помощью данного метода производится расчет углов костной и хрящевой крыши тазобедренного сустава, тем самым четко определяется характер угловых деформаций в суставе. Кроме того, метод позволяет судить о степени зрелости головки бедренной кости и отслеживать динамику оссификации структур сустава.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 2450 скрининговых ультразвуковых исследований формирования тазобедренных суставов у детей в возрасте от 3-х недель до 1 года по методу R. Graf (средний возраст составил 2 месяца). Исследования выполнялись на базе 3-й городской детской поликлиники г. Минска в период с 2003 по 2005 гг.

Результаты. Тип 1А и 1Б наблюдали у 968 детей (39,5 % случаев). Физиологическая незрелость суставов (дети до 3 месяцев) была выявлена у 1122 пациентов (45,8 % случаев – тип 2А), достоверная задержка формирования сустава (дети старше 3 месяцев) подтвердилась у 360 обследованных детей (14,7 % – тип 2Б).

Выводы. УЗИ тазобедренных суставов является основным способом диагностики дисплазии тазобедренного сустава у детей первого года жизни. Кроме того, УЗ-методы позволяют проводить скрининг пациентов, оценивать формирование сустава в динамике, а также судить

об эффективности назначенного лечения. Проведенный анализ показал, что достоверная задержка формирования сустава подтвердилась лишь у 1/3 пациентов с ранее выставленным диагнозом физиологической незрелости. Этот факт указывает, что своевременное применение консервативных методов лечения позволяет снизить степень дисплазии, улучшить формирование сустава.

Китель Ю.Ю.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗРАСТА НАИБОЛЬШЕГО РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Путырский Л.А.
Кафедра онкологии

Цель: исследовать степень риска развития РМЖ у женщин в зависимости от возраста.

Материалы и методы исследования. Создана анкета, состоящая из 31 вопроса, в каждом из которых отражается определенный фактор риска развития РМЖ. Респонденткам было предложено выбрать 1 ответ из имеющихся 2-3 вариантов. Отвечая на предоставленные вопросы женщины узнавали о существующих факторах риска. Оценка факторов проведена по условной 3-х бальной шкале, в зависимости от степени влияния на развития РМЖ.

Было опрошено 600 женщин 5 возрастных групп (по 120 чел. в каждой): гр.1 – до 24 лет, гр.2 – 25-34 года, гр.3 – 35-44 года, гр.4 – 45-54 года, гр.5 – 55 лет и старше. По сумме набранных баллов делался вывод о степени риска РМЖ: низкого 0-9 баллов, среднего 10-19 баллов, высокого 20-50 баллов.

Результаты.

Возрастные категории	**Количество опрошенных**	**Степень риска**		
		Низкий риск	**Средний риск**	**Высокий риск**
до 24 лет	120	80 чел. - 66,7%	40 чел. - 33,3%	-
25 - 34 лет	120	41 чел. - 34,17%	73 чел. - 60,83%	6 чел. - 5%
35 - 44 лет	120	11 чел. - 9,17%	74 чел. - 61,67%	35 чел. - 29,17%
45 - 54 лет	120	13 чел. - 11%	71 чел. - 59%	36 чел. - 30%
после 55 лет	120	4 чел. - 3%	84 чел. - 70%	32 чел. - 27%
Итого:	600	149 чел.	344 чел.	109 чел.

По итогам тестирования можно отметить, что наблюдается резкий скачок степени риска в возрасте после 35 лет. Высокий риск развития РМЖ в каждой группе, состоящей из 120 человек отмечен в следующем количестве: в гр.1 – 0 чел.; в гр. 2 у 6 чел.; в гр.3 у 35 чел.; в гр.4 у 36 чел.; в гр.5 у 32 чел.

К категории высокой степени риска относятся возрастные группы от 35 лет и старше. По данные Белорусского канцер-регистра, значительный рост заболеваемости РМЖ в 2007 году отмечен с возраста 45-49 лет (460 чел. на 100 тыс. населения) и достигает максимума в возрастной группе 55-59 лет (498чел. на 100 тыс. населения).

Если учесть тот факт, что образование опухоли - это многолетний процесс, то это доказывает, что возраст 35-44 года является пограничным возрастом (возраст значительного увеличения степени риска развития РМЖ) т.к. в этом возрастном периоде насчитывается максимальное количество женщин с отягощающими моментами, а именно:

- наличием контролируемых факторов риска РМЖ;
- с наличием факторов риска наиболее значимых в развитии РМЖ;

Именно поэтому в возрасте 45-54 года наблюдается резкое возрастание заболеваемости у женщин Республики Беларусь, что отражает как наше исследование, так и данные Белорусского канцер-регистра.

Вывод. Женщины с 35 лет должны подвергаться ежегодному динамическому наблюдению. Начиная с этого возраста женщинам нужно ежемесячно проводить самообследование, УЗИ-диагностику 1 раз в год, маммографию после 50 лет, вести здоровый образ жизни. Это является важными факторами в профилактике РМЖ.

Клинцов Е.В.

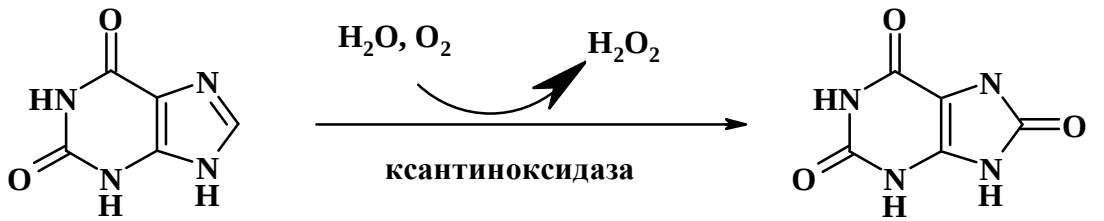
ИНГИБИТОРЫ КСАНТИНОКСИДАЗЫ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ 2-ИЗОКСАЗОЛИН-5-КАРБОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Научный руководитель канд. хим. наук, доц. Ковганко Н.Н.
Кафедра биологической химии

Подагра – заболевание, обусловленное нарушением обмена пуринов и повышением содержания мочевой кислоты в плазме крови. Мочевая кислота является конечным метаболитом, образующимся под действием фермента ксантиноксидаза в организме из пуриновых оснований. Вследствие плохой растворимости мочевая кислота может образовывать в тканях кристаллы, что в дальнейшем приводит к развитию воспалительной реакции, сопровождающейся болью. Для лечения заболевания используются аллопуринол (конкурентный ингибитор) и фебуксостат (неконкурентный ингибитор) фермента ксантиноксидазы.

Цель исследования: изучить влияние соединений, содержащих 2-изоксазолиновый гетероцикл и являющихся структурными аналогами фебуксостата, на работу фермента ксантиноксидаза.

Методика проведения. Изучение способности полученных соединений ингибировать работу фермента ксантиноксидаза проводили при 37°С в условиях открытого воздуха при pH 7.4 (фосфатный буфер). Реакция, катализируемая ксантиноксидазой, описывается следующим уравнением:



ксантин **мочевая кислота**

Для того, чтобы оценить ингибирующие свойства синтезированных соединений, использовали методику, основанную на спектрофотометрическом определении количества образовавшейся мочевой кислоты в УФ-области при 293 нм. К буферному раствору добавляли ксантин (20 μМ), синтезированное вещество (5,3 μМ) и фермент ксантиноксидазу. В качестве контроля использовали раствор ксантина и исследуемого вещества (для нивелирования поглощения при длине волны 293 нм). Стандартный образец представлял собой раствор в буфере ксантина (20 μМ) и фермента. По разности оптических плотностей стандартного и опытного образцов определяли % ингибирования действия фермента в присутствии синтезированного соединения с концентрацией 5,3 μМ.

Полученные результаты. Исследованные вещества проявили ингибирующие свойства. Наилучший результат показал 3-(4-бензилоксифенил)-2-изоксазолин-5-карбонитрил, который ингибировал фермент на 22,6% в указанных условиях.

Клюев Н.О

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сычик Л.М
Кафедра биологии

Известно, что современная генетика не может ответить на вопросы, связанные с пространственным становлением живых объектов пользуясь только биохимическим и молекулярным подходом. В настоящее время назрела необходимость по новому взглянуть на процессы морфогенеза.

Цель исследования: проанализировать современные подходы в изучении морфогенетических полей, дать оценку теории пространственных информационных матриц.

Концепция морфогенетических полей – концепция, предполагающая, что каждая клетка организма обладает собственным **морфогенетическим полем,** которое представляет собой сопряжение всех известных видов полей или рассматривается как некая условная аналогия, **Данное поле несет информацию о**бо всем организме, о программе его развития и вследствие чего объясняет пространственное расположение в организме каждой живой клетки.

Еще до оплодотворения половые клетки несут уже готовые информационные поля, а при оплодотворении, когда сперматозоид и яйцеклетка сливаются и их генетические программы объединяются, морфогенетические поля накладываются, давая промежуточный или обобщенный тип с признаками матери и отца. Это новое поле, содержащее программу развития организма, пронизывает первоклетку и прилегающее к ней пространство. Далее морфогенетическое поле управляет делением клетки, определяя время, место в пространстве и тип образующихся при делении новых клеток. По мере развития организма, морфогенетическое поле расширяет область своего действия. При этом осуществляется связь с каждой клеткой организма и происходит воздействие на нее в соответствии с заложенными программами. Таким образом, формируется единое биологическое образование, все элементы которого связываются в единое целое посредством взаимодействующих между собой морфогенетических полей.

Развитие морфогенетической системы продолжается до тех пор, пока не сгладится пространственное несоответствие между развивающееся структурой и информационным полем. Все развитие можно представить как заполнение пространственных копий, составленных биологическими матрицами, живым веществом, клетками, их производными.

Источником морфогенетического поля считается ядро, что доказывают на ряде опытов с регенерацией организма и дифференцировкой клеток. Импульсы идут от клеточного ядра и ДНК, заключенного в нем, но в пространстве они могут реализовываться только через формообразующее поле – биоматрицу.

Как доказательство существования морфогенетических полей иногда используют понятие эффекта Кирлиана: эффект газоразрядного свечения вокруг объектов, помещенных в поле высокой частоты между специальной системой электродов. В своих опытах Кирлиан выявил закономерность: свечение вокруг живых систем, его интенсивность и цветовая гамма, весьма изменчиво и отражает некоторые характеристики состояния биологического субъекта.

К примеру, вокруг пальцев кисти, помещенных с данное поле, наблюдается интенсивная корона, причем характер этого свечения будет зависеть от состояния человека.

Вывод. Разработка концепции морфогенетических полей и их взаимодействия перспективная и неоднозначная область исследований, важная проблема для понятия сути развития человека.

Клюева О.В.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕМЕННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ НА ХОНДРОГЕННУЮ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЮ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Научный руководитель канд. физ-мат. наук, доц. Лещенко В.Г.
Кафедра медицинской и биологической физики

Исследование стволовых клеток человека является одним из ведущих направлений в медицине и биологии в XXI веке. Весьма важным с практической точки зрения является изучение влияния различных факторов на дифференциацию и пролиферацию стволовых клеток.

Цель работы: изучение влияния переменного магнитного поля на хондрогенную дифференцировку мезенхимальных стволовых клеток, выделенных из жировой ткани.

Существует большое количество способов физического и химического влияния на пролиферацию и дифференциацию стволовых клеток, один из них – воздействие на культуру клеток переменным магнитным полем.

Теоретической часть работы основана на знаниях о стволовых клетках как об уникальных структурах в живом организме, и о свойствах магнитного поля как особого вида силового поля.

В экспериментальной части работы использовалась культура мезенхимальных стволовых клеток (МСК), выделенная из жировой ткани, и переменное магнитное поле индукцией Вэф. ≈ 28 мкТ, что близко по величине магнитному полю Земли (~50мкТ). Переменное магнитное поле частотой 50 Гц создавалось в специально изготовленной катушке Гельмгольца, обеспечивающей практически одинаковую величину магнитной индукции по переменному сечению катушки, диаметр катушки – 164 мм, высота – 80 мм, n = 100 витков. В магнитное поле одновременно помещали несколько (до 6) небольших чашек Петри, наполненных культурами стволовых клеток, но в разных чашках создавали различные условия: полную питательную среду (ППС) и дифференцировочную среду (ДС) – среду DMEM\F12, используемую для индукции дифференцировки в хондрогенном направлении).

Было сформировано 4 группы наблюдаемых образцов:

1 – МСК на ППС, и 2 – МСК на ППС + магнитное воздействие,

3 – МСК на ДС, и 4 – МСК на ДС + магнитное воздействие.

В течение всего периода культивирования проводили микроскопическое наблюдение за морфологическими изменениями стволовых клеток в образцах. По изменениям, произошедшим в культуре клеток, подвергавшихся воздействию магнитного поля, на 6, 9, 13 сутки по сравнению с контрольными образцами, делали вывод об эффективности воздействия на нее переменного магнитного поля.

Для получения надежных результатов и с целью их статистического подтверждения, опыт проводили трижды. Исходя из полученных экспериментальных данных, можно сделать вывод о том, что:

1. Под воздействием магнитного поля происходит увеличение индукции хондрогенной дифференцировки МСК, наиболее выраженное на 9-е сутки культивирования. При дальнейшем культивировании МСК стимулирующее действие магнитного поля сохраняется.
2. Воздействие магнитного поля на хондрогенную дифференцировку наиболее выражено в клеточных культурах, культивированных в дифференцировочной среде, по сравнению с клетками, культивированными на полной питательной среде.
3. Переменное магнитное поле частотой 50 Гц и эффективной индукцией 28 мкТ, в режиме по 30 минут ежедневно в течение первых 3-х дней оказывает сходное влияние как на монослойные, так и многослойные культуры.

Клюева О.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА МОЛЕКУЛРЯНЫХ

ОРБИТАЛЕЙ И МЕТОДА ВАЛЕНТНЫХ СВЯЗЕЙ

Научный руководитель преп. Буйницкая Е.Ю.
Кафедра общей химии

На сегодняшний день наиболее распространены 2 подхода к изучению физических и химических свойств молекул. Это метод молекулярных орбиталей (ММО) и метод валентных связей (МВС). ММО предполагает образование молекулярных орбиталей, на которых располагаются все электроны молекулы. Основной идеей МВС является образование химической связи за счет локализованной электронной пары.

Оба эти метода имеют право на существование. Кажущееся противоречие между ними вызвано тем, что МВС основывается на локализованных орбиталях, а ММО рассматривает электронную плотность молекулы в целом. Перейти от одной картины к другой можно с помощью математических преобразований, в ходе которых полное значение волновой функции не изменяется.

С помощью МВС невозможно объяснить парамагнетизм, возможность существования определённых молекул (диборан) и некоторые другие явления. В таких случаях используют ММО.

Цель работы: сравнительная характеристика МВС и ММО, изучение особенностей молекулярного и электронного строения малых циклов циклоалканов.

Наиболее показательны различия, получаемые при использовании этих методов, в ряду циклоалканов (циклопропан и циклобутан). Из-за колоссального напряжения в цикле, вызванного сильным отклонением валентного угла углерод-углеродной связи от тетраэдрического, существование таких молекул кажется энергетически невыгодным. Тем не менее, они достаточно устойчивы, хоть и обладают химическими свойствами, отличными от свойств гомологов с более длинной углеродной цепью.

Существует несколько теорий, объясняющих строение малых циклов. Теория Уолша рассматривает электронную плотность молекулы в целом, а теория Коулсона - электронную плотность отдельной связи.

Интегральной частью теории валентных связей является теория гибридизации. Гибридизация вводится для облегчения понимания строения и свойств молекулы. Однако с помощью квантовохимических расчетов можно определить, что, на самом деле, она не так проста. В большинстве молекул происходит только частичная гибридизация орбиталей, что вызывает отклонение в строении молекулы от классического случая. Кроме того, атомы в молекуле принимают участие в образовании разных по строению связей. Поэтому одинаковые, на первый взгляд, атомы могут иметь разные типы гибридизации.

Вывод. ММО сложнее для понимания и использования, чем МВС, но область его применения более широка. Эквивалентные на первый взгляд атомы могут иметь разные типы гибридизации из-за различия в строении образуемых ими связей.

Клявин Е.С., Долдова В.С.

НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ХОЛИНА

Научный руководитель канд. мед. наук Волчек А.В.
Кафедра фармакологии

Проблема терапии нейродегенеративных болезней, воспалительных и ишемических повреждений центральной нервной системы имеет большое значение для современной медицины и представляет собой серьезную социальную проблему. В настоящее время для лече-

ния этих заболеваний используется, преимущественно, симптоматическая терапия, которая не влияет на их течение, в связи с этим, существует необходимость разработки лекарственных средств патогенетического действия.

Несмотря на разнообразную клиническую картину и различную этиологию этих заболеваний, ключевым звеном развития болезней считают гибель нейронов, поэтому нейропротекция рассматривается в качестве важнейшей цели для патогенетической фармакотерапии.

Одними из перспективных нейропротекторов являются предшественники холина – цитиколин и холина альфосцерат. Холины обладают широким спектром действия – способствуют восстановлению поврежденных мембран клеток, ингибируют действие фосфолипаз, препятствуют избыточному образованию свободных радикалов, предотвращают гибель клеток, воздействуя на механизмы апоптоза, защищают от ишемии мембраны нейронов за счет сохранения сфингомиелина и кардиолипина; ингибируют фосфолипазу А2, что приводит к уменьшению воспаления в пораженном месте, улучшают нейротрансмиссию и метаболизм нейронов, нормализируют активность Na+-K+-АТФазы, активируют нейрональные митохондриальные цитохромоксидазы, нормализуя тканевое дыхание.

Недавние исследования показывают, что предшественники холина оказывают терапевтический эффект как при острой фазе цереброваскулярного нарушения легкой степени, так и при лечении его последствий. Клинические испытания показали, что их использование актуально при лечении биполярного расстройства, кокаиновой зависимости, неартериитной ишемической невропатии зрительного нерва, глаукомы, амблиопии, черепно-мозговых травм легкой степени. Предшественники холина увеличивают мышечную силу людей, перенесших нетравматическое церебральное кровоизлияние, улучшают биоэнергетику фронтальной доли головного мозга, повышают обучаемость и память, показывают умеренную клиническую эффективность для профилактики и лечения последствий инфаркта головного мозга. В ряде работ показано благоприятное влияние предшественников холина на процессы обучения и памяти при болезни Альцгеймера и цереброваскулярной патологии.

Таким образом, совокупность экспериментальных и клинических данных позволяет рассматривать предшественники холина в качестве перспективных нейротерапевтических лекарственных средств.

Кляусова Е.В

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЯГКИХ И МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Цель работы: изучение структуры первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ), особенностей манифестации различных клинических форм, их диагностики и лечения.

Материалы и методы. В практической части работы представлены данные ретроспективного анализа медицинской документации 109 пациентов с ПГПТ, которые наблюдались в УЗ «Минский клинический городской онкологический диспансер», ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», а также в УЗ «Городской эндокринологический диспансер». Анализируемые показатели: общеклинические и анамнестические данные; лабораторные показатели (уровень ПТГ, Са общего, Са ионизированного, Р, мочевины, креатинина, ЩФ); данные инструментальных методов исследования (УЗИ щитовидной и ПЩЖ, органов брюшной полости и малого таза; сцинтиграфия ПЩЖ, двойная рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) осевого скелета).

Сформирована группа контроля из 55 человек, сопоставимая с исследуемой группой по общеклиническим данным.

Полученные результаты и обсуждения. Среди обследованных пациентов соотношение мужчин и женщин составило 1:15 (7 и 102 соответственно). Средний возраст мужчин на момент постановки диагноза ПГПТ составил 39±6,4 года (от 31 до 46), женщин – 53,21±13,00 года (от 21 до 83), причем 33% женщин (34 человека) фертильного периода, 71,6% (73 женщин, в том числе фертильного периода) – в постменопаузе. У 23% пациентов выявлены мягкие формы ПГПТ, 77% - манифестный ПГПТ (висцеральная - 21%, костная - 21% смешанные формы - 35%). Структура патогенетических форм ПГПТ: аденома ПЩЖ – 80% (8% - множественные), гиперплазия ПЩЖ – 18%, рак ПЩЖ и синдром множественных эндокринных неоплазий – 2%.

Низкая костная масса выявлена у 76,8% (34,5% - остеопороз, 41,4% - остеопения по Т-критерию согласно классификации ВОЗ, 2007г.) пациентов. Переломы в анамнезе отмечали 20% пациентов. Среди клинических проявлений ПГПТ отмечены: 21% - мочекаменная болезнь, 5,6% желчекаменная болезнь, 6,7% - язва желудка и/или 12-перстной кишки, артериальная гипертензия выявлена у 24,4% пациентов с ПГПТ.

Тактика ведения пациентов с ПГПТ в исследуемой группе: хирургическое лечение – 72%, консервативная терапия (бисфосфонаты и кальцитонин) – 28%. Оценена эффективность хирургического лечения 20 пациентов по уровням ПТГ и данным ДРА.

Выводы. По результатам проведенного ретроспективного исследования высока доля диагностики манифестных форм ПГПТ, связанных с такими тяжелыми осложнениями как остеопороз (в т.ч. переломы различной локализации), поражение желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. Для предупреждения развития системных поражений при ПГПТ целесообразно внедрение скрининга кальциемии и ранняя диагностика мягких форм данного заболевания.

Кобаль П.М.

СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ ЛИЦ, СТРАДАВШИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ АУТОПСИЙ В МИНСКЕ В 2009 ГОДУ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гришенкова Л.Н.
Кафедра судебной медицины

Актуальность. Хроническая алкогольная интоксикация является одним из важнейших факторов, влияющих на возникновение хронической патологии, а также одной из основных социально значимых причин ранней инвалидизации относительно молодого и наиболее трудоспособного населения.

Цель исследования: изучить структуру причин смерти лиц, страдавших хроническим алкоголизмом в Минске в 2009 г.

Материалы и методы. Материалом послужили контрольные карты диспансерного наблюдения лиц, состоявших на учете в УЗ «Минский городской клинический наркологический диспансер» (МГКНД) с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя», или «хронический алкоголизм» (код МКБ-10 - F10.2) и умерших в 2009 г.; заключения экспертов и результаты судебно-химических исследований отделов общих экспертиз 1-3 Управления по г. Минску Главного управления по г. Минску и Минской области Государственной службы медицинских судебных экспертиз; протоколы вскрытий отделения общей патологии городского клинического патологоанатомического бюро за 2009 г. Данные обрабатывались стандартным пакетом статистических программ Microsoft Excel 2010. Метод исследования – статистико-аналитический.

Результаты. В 2009 г. в Минске проведено 9127 (6388 судебно-медицинских и 2739 патологоанатомических) аутопсий. Среди них зарегистрировано 256 случаев летальных исходов

лиц, находившихся на диспансерном учете в МГКНД с диагнозом хронического алкоголизма, что составило 2,8% от общего числа вскрытий.

На основании данных результатов судебно-химических экспертиз зарегистрировано 112 (43,8%) летальных исходов, ассоциированных с алкогольным опьянением (АО) различной степени выраженности. Уровень этанолемии не определялся в 58 (22,7%) наблюдениях.

По результатам нашего исследования среди причин насильственной смерти встречались: механические повреждения (падение с высоты, закрытая черепно-мозговая травма, колото-резаные ранения), механическая асфиксия (в том числе повешение и утопление), действие крайних температур, острые отравления. Ненасильственная смерть была представлена скоропостижной и прогнозируемой смертью.

Механические повреждения (16,0%) представлены в 22 случаях падением с высоты, в 16 – закрытой черепно-мозговой травмой, в 3 – колото-резаными ранениями. Механическая асфиксия составила 5,9%. Случаи смерти от действия высоких и низких температур зарегистрированы в 2,7%. Из них 60 умерших находились в состоянии АО. Острые отравления (14,5%) представлены преимущественно отравлением этиловым алкоголем (94,6% от всех отравлений).

Среди соматических заболеваний (156 (60,9%) случаев) ведущее место занимали болезни системы кровообращения (31,3%): ишемическая болезнь сердца (62 случая) в форме атеросклеротического кардиосклероза, инфаркта миокарда; кардиомиопатия различного генеза была отмечена в 17 наблюдениях, из них 7 – с указанием алкогольной этиологии; разрыв аневризмы аорты в единичном случае. Цирроз печени был зарегистрирован в 12,1%, из них 9 случаев алкогольной этиологии. Реже встречались заболевания органов дыхания (5,5%), цереброваскулярные болезни (4,7%), онкологические заболевания (3,9%), единичные случаи панкреонекроза и хронического панкреатита.

Выводы. Чаще всего среди изучаемого контингента лиц смерть наступала от соматических заболеваний (60,9%), среди которых более половины составили болезни системы кровообращения (31,3%). Острое отравление этиловым спиртом заняло второе место (14,5%). На третьем месте среди причин смерти находился цирроз печени (12,1%).

Установление танатогенетической роли хронической алкогольной интоксикации в каждом конкретном случае требует проведения дальнейшего исследования.

Ковалёва В.В., Яцковская А.А.

ОППРТУНИСТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ: СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ (2008 - 2012 ГГ.)

Научный руководитель асс. Иванова М.А.
Кафедра инфекционных болезней

Введение. ВИЧ-инфекция — медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека. Проявления ВИЧ-инфекции разнообразны и отражают вовлечение в патологический процесс практически всех органов и систем. Основой действия вируса является сильное угнетение иммунной системы, в результате чего организм становится высоко восприимчивым к оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели пациента.

Актуальность. Прошло четверть века с момента обнаружения первых случаев СПИДа. За это время СПИД радикально изменил наш мир: он унес жизни более 25 миллионов мужчин и женщин, сделал сиротами миллионы детей, усилил бедность и нищету, а в некоторых странах даже обратил вспять все усилия в области человеческого развития. Сегодня около 40 миллионов человек живут с ВИЧ – половину из них составляют женщины. То, о чем вначале сообщалось, как лишь о нескольких случаях таинственного заболевания, сейчас преврати-

лось в пандемию, которая является одной из самых серьезных угроз глобальному прогрессу в 21-м столетии.

Цель исследования: создание диагностического алгоритма на основании изучения структуры и клинико-эпидемиологических характеристик оппортунистических поражений ЦНС У ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретроспективное, обсервационное. Объект исследования – ВИЧ-инфицированные пациенты. Период исследования с января 2008 года по декабрь 2012 года. Место исследования: УЗ «Городская клиническая инфекционная больница». Критерии включения: ВИЧ-инфекция, неврологический дефицит, очаговое поражение ЦНС при нейровизуализации.

Результаты исследования. За пять лет оппортунистические поражения ЦНС наблюдались у 54 пациентов. Преобладали мужчины -74%. Распределение пациентов по нозологическим формам следующее: токсоплазменный энцефалит 53%, микст-инфекция- 9,43%, криптококковый менингоэнцефалит – 7,5%, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия - 7,5%, энцефалит неуточненной этиологии- 5,7%, стволомозжечковый энцефалит 3,77%, ВИЧ-энцефалит – 1,88%, энцефалит туберкулезной этиологии – 1,88%. По нашим данным 86,8% пациентов заразились ВИЧ при парентеральном введении наркотических средств.

В большинстве случаев начало заболевания у пациентов данной группы было постепенное. У 66% пациентов головная боль явилась первым симптомом заболевания, затем присоединялись слабость, заторможенность, очаговая неврологическая симптоматика. 24,6% пациентов на протяжении 3 недель и более имели субфебрильную температуру тела. 9,4% пациентов были доставлены в неврологические отделения больниц города с направительным диагнозом инсульт.

Выводы. В основе диагностического алгоритма оппортунистических поражений ЦНС лежит презумпция токсоплазмоза головного мозга, требующая превентивного назначения противотоксоплазменых препаратов до уточнения этиологии.

Ковалевич В.И., Лапицкая М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

Научный руководитель канд. мед. наук., асс. Кандрукевич О.В.
3-я кафедра терапевтической стоматологии

Зубной налет является одним из главных факторов риска болезней периодонта и твердых тканей зубов. Соблюдая основные правила ухода за ротовой полостью, можно существенно снизить вероятность возникновения стоматологических болезней. Важная роль в сохранении стоматологического здоровья отводится правильному использованию качественных средств гигиены ротовой полости. Вместе с этим, важно не только подобрать их с помощью стоматолога, но и строго соблюдать режим и технику применения чистки зубов.

Цель работы: изучить осведомлённость студентов медицинского и технического университетов о роли различных характеристик зубных щёток в поддержании здоровья ротовой полости и сравнить эффективность применения различных конструкций зубных щёток.

Методика проведения работы. Анкетирование 35-ти студентов-стоматологов и 35 студентов технического вуза (БГУИР) по вопросам индивидуальной гигиены ротовой полости и выбору методов и средств гигиены рта. Сравнительная оценка гигиены ротовой полости (индекс Федорова-Володкиной) до и после мотивации и обучения правилам чистки зубов у пациентов, использующих ручную и электрическую зубную щетки.

Результаты исследования. 46% студентов БГУИРа и 30% студентов-стоматологов при выборе зубной щётки обращают внимание на размер, цвет и форму зубной щётки, остальные обращают внимание в первую очередь на цену.

По мнению 37% студентов БГУИРа и 40% студентов-стоматологов электрическая зубная щётка лучше чистит зубы, чем ручная, причём 16% студентов БГУИРа затруднялись ответить на этот вопрос. 12,5 % студентов БГУИРа и 2% студентов-стоматологов не считают, что выбор зубной щётки важен для поддержания здоровья ротовой полости или затрудняются ответить.

При чистке зубов у 34% студентов БГУИРа преобладали горизонтальные движения, а у 32% и 31% соответственно- вертикальные и выметающие, в то время как 88% студентов-стоматологов преимущественно использовали выметающие движения. 37% студентов БГУИРа и 82% студентов-стоматологов используют дополнительные средства гигиены. Один раз в полгода и реже меняют зубную щётку 66% студентов БГУИРа и 47% студентов-стоматологов. 69% среди студентов БГУИРа и 72% студентов-стоматологов постоянно меняют зубные щётки и выбирают каждый раз более современные, в то время как остальные предпочитают покупать всегда одну и ту же понравившуюся и привычную им зубную щётку.

75% студентов БГУИРа чистят зубы для поддержания здоровья ротовой полости, а 22% для очистки от остатков пищи, и 3% с целью отбелить зубы. 100% студентов-стоматологов чистят зубы для поддержания здоровья ротовой полости.

Сравнительная оценка гигиены ротовой полости до и после обучения правилам чистки зубов пациентов, использующих ручную и электрическую зубную щетки, показала, что при добросовестном выполнении рекомендаций стоматолога отличия в очищающих свойствах ручной и электрической зубных щёток не являются достоверными.

Заключение. Осведомлённость студентов-стоматологов о гигиене ротовой полости выше, чем студентов БГУИРа. Большинство студентов технического ВУЗа (80%) придают большое значение дизайну и конструкции зубной щётки, однако 60% из них правилам чистки зубов не обучены. Качество чистки зубов определяется регулярным, тщательным и правильным уходом за ротовой полостью в соответствии с рекомендациями врача-стоматолога, а не конструкцией зубной щетки.

Ковзун Т.А.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО КОКОНА NeoQi

Научный руководитель асс. Кошина С.М.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Сложный характер любого патологического процесса, сопровождающегося изменениями в различных органах и тканях, требует применения комплексного подхода к физиотерапии. Только при комплексном применении правильно подобранных физических факторов можно получить терапевтический эффект. Возможны два варианта комплексного использования физических факторов: комбинирование и сочетание. Сочетанная физиотерапия – одновременное воздействие несколькими факторами на одну и ту же область человеческого тела. Комбинированная – последовательное воздействие несколькими физическими факторами.

В энергетическом коконе NeoQi используется комплексное применение физических факторов, что позволяет проводить воздействия при меньшей интенсивности и продолжительности процедур, уменьшает нагрузочность процедур на организм и повышает их переносимость.

Для оказания терапевтического действия в энергетическом коконе NeoQi используются следующие физические факторы: электромагнитные колебания оптического диапазона, механические колебания среды, особая воздушная среда, вода.

В проводимом исследовании использовалась комбинация ИК-баня + паровая/ароматическая баня + вибромассаж (10 процедур). Исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения».

Оценка влияния комплексного воздействия физических факторов проводилась путем сравнения психоэмоционального состояния до и после процедур в энергетическом коконе NeoQi. Исследуемая группа составила 25 человек, из них 23 женщины, средний возраст 42±3 года. Психоэмоциональное состояние оценивалось по шкале самооценки САН, разработанной в 1973 году. При обработке результатов получены следующие данные: до проведения процедур в энергетическом коконе средние оценки составили: самочувствие – 40 баллов, активность – 38 баллов, настроение – 42 балла; после процедур – 54, 49 и 52 балла соответственно.

Таким образом, комплексное применение физических факторов улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

Коўшык А.А., Сулім В.У.

ГІСТОРЫЯ СТАНАЎЛЕННЯ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ ТЭРМІНАЛОГІІ

Навуковы кіраўнік ст. выкладчык Ратынская Н.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Мэта: разглядзець гісторыю развіцця і станаўлення беларускай медыцынскай тэрміналогіі, зрабіць высновы яе пра сучасны стан.

Станаўленне беларускай дзяржавы ставіць на парадак дня пытанне выкарыстання беларускай мовы не толькі ў грамадскіх сферах нашага жыцця, але і ў навукова-тэарэтычных. Праблема распрацоўкі і ўдасканалення беларускай медыцынскай тэрміналогіі - адзін з аспектаў гэтай важнай працы.

Пачаткам распрацоўкі беларускай медыцынскай тэрміналогіі можа лічыцца 1923 г., калі супрацоўнік прыродазнаўчай секцыі Інбелкульта І. Цвіцкевіч распачаў укладаць тэрміналогію па анатоміі, фізіялогіі і гігіене. У 1924 г. гэтая справа была ўскладзена на толькі што заснаваную медыцынскую секцыю Інбелкульта. У лютым 1925 г. медыцынскай секцыяй была створана тэрміналагічная. Парадак укладання тэрміналогіі і яе памер былі з'арыентаваны на дзейную ў той час Базельскую анатамічную наменклатуру. Пры падборы беларускіх адпаведнікаў стваральнікі анатамічнай тэрміналогіі карысталіся багатым лексікаграфічным матэрыялам, назапашаным Інбелкультам.

У студзені 1928 г. з ініцыятывы Інбелкульта Наркамат народнай асветы прапанаваў медыцынскаму факультэту БДУ далучыцца да распрацоўкі праектаў тэрміналогіі. З гэтай мэтай медыцынскі факультэт стварае некалькі камісій, аднак не ўсе з іх дасягнулі канчатковага выніку – быў толькі складзены спіс мікрабіялагічных назваў і руска-беларускі слоўнік псіхіятрычных тэрмінаў.

Аналіз медыцынскіх выданняў 1930-х гадоў дазваляе зрабіць выснову аб двух накірунках развіцця клінічнай тэрміналогіі: утварэнне тэрмінаў на аснове беларускай моўнай лексікі і на аснове грэка-лацінскіх тэрмінаэлементаў праз іх адаптацыю да фанетычных і граматычных норм беларускай лексікі. Шэраг тэрмінаў створаны на спалучэнні беларускіх і запазычаных лексем.

Такім чынам, медыцынская тэрміналогія шырока выкарыстоўвае інтэрнацыяналізмы, што адпавядае сусветнай шматвекавой традыцыі выпрацоўкі нацыянальных тэрміналагічных сістэм на базе класічных асноў. Адступаць ад гэтага кірунку было нерацыянальна.

Медыцынская тэрміналогія не пазбегла наступстваў моўнай рэформы 1933 г. – замены беларускіх тэрмінаў калькамі з рускай мовы.

У далейшым унармаванне медыцынскай тэрміналогіі вялося Інстытутам мовазнаўства АН БССР. На працягу 1923-1935 гг. у свет выйшлі сем беларускамоўных спецыяльных выданняў медыцынскага профілю і надалей гэты працэс прыпыніўся.

Рухам наперад можна лічыць з'яўленне розных энцыклапедычных выданняў, слоўнікаў беларускай мовы. З наданнем беларускай мове статуса дзяржаўнай пачало ўзнаўляцца выкарыстанне беларускай мовы ў прафесійнай медыцынскай сферы.

Сучасны стан медыцынскай беларускай тэрміналогіі не можа лічыцца дасканала распрацаваным і ўнармаваным з прычыны таго, што многія спецыяльныя тэрміны вузкіх галін медыцыны яшчэ неапрацаваныя, а прыдатнасць існуючых тэрмінаў не апрабавана ва ўмовах прафесійнай практыкі. Далейшая распрацоўка медыцынскай тэрміналогіі можа даць плён пры цесным супрацоўніцтве спецыялістаў-медыкаў і мовазнаўцаў і наяўнасці перспектывы карыстання ёю ў навуковай, выкладчыцкай і практычнай дзейнасці.

Такім чынам, мы можам зрабіць выснову, што станаўленне медыцынскай тэрміналогіі не было планамерным і зараз яна ўсё яшчэ недастаткова распрацавана.

Кожевников Д.В.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕТКИ ПАНЕТА КРИПТ КИШЕЧНИКА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель работы: изучить локализацию и морфофункциональные особенности клеток Панета, определить основные роли и значение данных клеток для организма человека.

Задача работы: формирование целостного представления о клетках Панета, выходящего за общую программу курса гистологии и цитологии, уточнение всех составляющих секреторных гранул ацидофильных энтероцитов, разрешение вопросов о количественном соотношении между клетками Панета различных отделов кишечника человека и прочее.

Материалы и методы исследования. Изучено 16 научных источников литературы по гистоморфологии кишечника, а также гистохимии элементов крипт кишечника, проанализированы и изучены микропрепараты тонкой и толстой кишок человека, а также отдельно микропрепараты двенадцатиперстной кишки и аппендикса на базе кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии БГМУ, проанализированы имеющиеся электронограммы соответствующих объектов.

Результаты. 1. Установлено, что клетки Панета локализуются на всём протяжении тонкой кишки, достигают пика своей концентрации в тощей и подвздошной кишке; их количество уменьшается в толстой кишке, единичные клетки присутствуют в аппендиксе. 2. Определено, что клетка Панета выделяет пищеварительные ферменты (дипептидазы, фосфолипазы), лизоцим, дефензины, факторы роста, иммуноглобулины, бикарбонаты, ионы цинка.

Козаченко Ю.Г., Богинь И.В.

ВЛИЯНИЕ КВЧ-ИЗЛУЧЕНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ГОРОХА

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. Лукъяница В.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Цель исследования: выявить влияние КВЧ-излучения на рост и развитие гороха.

Методика. В данной работе исследовался сухой горох, часть семян которого подверглась предварительной обработке КВЧ-излучением, а вторая часть семян была помещена в контрольную группу. 60 семян было расформировано по 4 группам. Облучение проводилось аппаратом КВЧ – "Прамень" П141 – 1.

Облучение семян проводилось в следующих режимах:

1. Частота излучения: 53,3 ГГц;
2. Выходная мощность излучения: 30мВт;
3. Время облучения: 1ч. 30мин.

В процессе экспериментов было установлено, что КВЧ-излучение положительно влияет на рост и развитие растений: всхожесть семян, которые были облучены, лучше, чем необлученных семян. А также облученные семена дали более высокие растения, чем необлученные.

Вывод. 1. Облучение семян гороха КВЧ-излучением безусловно влияет на рост и развитие растений. 2. С увеличением времени облучения увеличивается высота гороха и доля более высоких растений в их общем числе.

Козлова Т.В.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МИНСКА

Канд. мед. наук, доц. Мартусевич Н.А.
3-я кафедра внутренних болезней

Актуальность проблемы. Широкое распространение, рост заболеваемости и нвалидности. Применение лекарственных средств у пациентов с выраженной клинической симптоматикой позволяет достичь клинического улучшения, но, в ряде случаев, не позволяет замедлить процесс прогрессирования заболевания вследствие развития необратимых структурных изменений в суставах.

Выявление пациентов с высоким риском развития ОА или имеющих начальные клинические проявления заболевания, своевременная адекватнная профилактика, фармакотерапия значительно улучшают прогноз, отдаляют сроки развития и прогрессирования заболевания.

Цель: выявление частоты встречаемости наиболее значимых факторов риска развития ОА у взрослого населения г. Минска.

Для достижения цели были определены задачи:

1. Разработать скрининг анкету для выявления лиц с различным риском развития ОА
2. Провести анкетирование лиц, обратившейся за врачебной помощью по поводу заболевания, не связанного с заболеванием суставов
3. Определить удельный вес лиц с высоким, умеренным риском развития ОА

Материалы и методы. Нами была разработана скрининг-анкета, учитывающая основные факторы риска развития ОА. Среди них: пол, возраст, наличие избыточной массы тела, переразгибание коленных суставов, травма суставов 5 и более лет назад, боль в коленных и тазобедренных суставах после нагрузки в конце рабочего дня в течение последних 3-х лет. Исследование было поперечным. В исследование были включены пациенты по всей территории РБ, обратившиеся за врачебной помощью не по поводу заболеваний суставов. В анкетировании приняли участие 19873 тыс человек, в г. Минске – 3549 человека. Большинство обследуемых набрали более 7 баллов, что соответствует высокому риску развития ОА (11537 пациентов – 58%), в г. Минске 53% опрошенных (1894 пациента) вошли в группу с высоким риском. В данной группе преобладали лица женского пола (6943 пациента или 60%), в г. Минске – 79% (1495 женщины), избыточную массу тела имели 80% опрошенных (9924 пациента), в г. Минске – 62% (1174 пациентов), травма крупных суставов за последние 5 лет была у 5% (576 пациентов), в г. Минске – 6% (113 пациентов), жалобы на боли в коленных и

тазобедренных суставах при нагрузке предъявили 80% (15898 пациентов), в г. Минске – 95% (1799 пациента).

Результаты. Высокий риск развития остеоартроза из числа анкетируемых г. Минска составил 53% случаев, избыточная масса тела выявлена у 62% анкетируемых; выявлена необходимость в разработке более детальной скрининг-анкеты факторов риска остеоартроза, позволяющей заострить внимание врачей на пациентах с высокой вероятностью развития заболевания.

Козлова О.Н.

КАЧЕСТВО ПЛОМБИРОВАНИЯ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА НА АППРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ

Научный руководитель асс. Горегляд А.А.
1-ая кафедра терапевтической стоматологии

Актуальность. Восстановление боковых поверхностей жевательной группы зубов и создание контактного пункта представляет наибольшую сложность. Это связано с затрудненным доступом, ограниченной видимостью, расположением кариозной полости, иногда в поддесневой области, что требует от врача-стоматолога определенных навыков и делает восстановление достаточно трудоемким процессом. Решение данной проблемы зависит от разных факторов: локализации кариозной полости, выбора пломбировочного материала, подбора матричной системы, навыков специалиста.

Цель исследования: клиническая оценка качества пломбирования кариозных полостей II класса по Блеку из светоотверждаемых материалов в условиях студенческого приема.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужила группа людей в возрасте от 20 до 30 лет, у которых был диагностирован кариес на аппроксимальных поверхностях. Критерием выбора были пациенты: с удовлетворительной гигиеной полости рта, без вредных привычек, без челюстно-лицевых аномалий. Перед оперативными мероприятими была проведена профессиональная гигиена полости рта. Каждая полость препарировалась согласно принципам биологической целесообразности с максимальным сохранением твердых тканей зуба. При восстановлении проксимальных полостей использовались контурные матрицы с замковым фиксатором и деревянные клинья. Композиционный материал вносили послойно. Первый слой толщиной 0,5 мм вносили на придесневую стенку, все последующие слои не превышали 2 мм и наносились наискось. Каждый слой полимеризовался со стороны эмали 20 с. После снятия матрицы реставрация досвечивалась с оральной и вестибулярной сторон. Затем проводилась окончательная обработка реставраций. Оценка качества пломб была проведена с использованием USPHS критериев для оценки анатомической формы (АФ), краевого прилегания (КП), краевого окрашивания (КО), состояния поверхности (СП), цветового соответствия (ЦС), наличия постоперативной чувствительности (Ч) и вторичного кариеса (ВК).

Результаты. Оценка пломб была произведена сразу по завершению работы. Все реставрации показали отличные результаты (показатель А в 100% случаев) по критериям: краевое прилегание, краевое окрашивание, состояние поверхности, постоперативная чувствительность. По критерию анатомическая форма - показатель А отмечен в 80% случаев, показатель В – в 20%. По критерию цветовое соответствие –показатель А был отмечен в 60% случаев, показатель В – в 40%.

Козлова Е.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕНФОТИАМИНА В ЛЕЧЕНИИ СЕНСОМОТОРНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Научный руководитель д-р мед.наук, проф. Мохорт Т.В.
Кафедра эндокринологии

Диабетическая нейропатия (ДН) является самым регистрируемым осложнением сахарного диабета (СД), т.к. частота встречаемости ДН колеблется в широких пределах и достигает 90% обследованных больных СД при использовании нейромиографических методов исследования. При этом ДН является важнейшим фактором риска развития гангрен, трофических язв и ампутаций и, в то же время, оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов. Наиболее часто встречающейся формой ДН является хроническая сенсомоторная нейропатия, которая регистрируется у 20-45% больных, одним из определяющих симптомов при которой является нейропатическая боль, усиливающаяся в ночное время суток или в состоянии покоя.

Именно нейропатическая боль, которая представляет собой сочетание различных сенсомоторных поражений нервной системы, существенно ухудшает качество жизни больных, так как сопровождается нарушениями сна, нарушениями настроения и/или депрессией и тревожностью, снижением общей и повседневной активности, снижением трудоспособности. Кроме того автономная нейропатия в настоящее время является самостоятельным фактором риска смертности при СД.

Цель работы: оценить эффективность использования бенфотиамина в лечении сенсомоторной диабетической нейропатии.

В исследование планируеся включение 40 пациентов с диагностированной диабетической сенсомотрной нейропатией, разделенных на 2 группы сравнения (табл.1). Критериями включения являлись возраст до 60 лет (оптимальный – 40), СД длительностью до 10 лет, НвА1с менее 8,5%, ДН с нарушениями чувствительности и болевым синдромом (интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале ВАШ боли менее 40 мм), показатели НСС и НДС ≥5 < 14

Таблица 1. Общий дизайн исследования

Отбор пациентов	
Основная группа – 20 пациентов	Контрольная группа – 20 пациентов
Мильгамма №5 в инъекциях + Мильгамма драже 3 в сут. 1 мес	Мильгамма №5 в инъекциях + Мильгамма драже 3 в сут. 1 мес
Бенфотиамин 300 мг в сут 2 мес	Прекращение лечения
Оценка результатов иисследования	

Оценка результатов проводится в соответствии с первичными конечными точками (выраженность боли в течение дня согласно ВАШ, выраженность боли в течение ночного времени с оценкой влияния на сон согласно шкале ВАШ, показатель общего нейропатического симптоматического счета (НСС), представляющего совокупную оценку всех симптомов, показатель нейропатического дисфункционального счета (НДС), амплитуда М-ответа и скорость проведения нервного импульса по n. peroneus и n.tibialis) и вторичными конечными точками (субъективная оценка больными эффективности лечения, переносимость препарата по оценке симптомов, кожные аллергические реакции) и другими симптомами (сухость во рту (анамнез), нарушение функции почек (формула Кокрофта), нарушение функции печени). Для оценки переносимости препарата будет также использована ВАШ.

В настоящее время завершен набор пациентов для включения в исследование и проводится запланированное лечение.

Козлова Ю.С.

ФЕНОМЕН ВРАЧЕЙ-ПИСАТЕЛЕЙ

Научный руководитель преп. Лубинский И.И.
Кафедра философии и политологии

Цель исследования: выяснить, почему люди, занимающиеся врачебной практикой, приходят в литературу.

Задачи работы: разобраться, содержится ли разгадка в этимологии самого слова «врач»; определить, насколько часто встречаются случаи появления практикующих врачей в литературе; проследить, насколько писатели были успешны в качестве врачей, что повлияло на их решение заняться литературной деятельностью; определить, каким образом врачебная деятельность повлияла на произведения авторов.

Чтобы выяснить, как студенты БГМУ представляют связь медицины и литературы, был проведен устный опрос на лечебном факультете. Оказалось, что немногие задумываются о связи медицины и литературы, опрошенными были названы следующие писатели-врачи: Чехов, Булгаков, Лукьяненко, Углов, Моэм, Конан Дойль. В качестве причин обращения врачей к литературному делу были названы: желание заработать, желание обобщить жизненный опыт, желание стать известным, прославиться, понимание взаимосвязи тела и души.

Если обратиться к этимологии слова «врач», то выясняется, что оно образовано с помощью суффикса –чь от слова върати, что означает «говорить». Первоначально – «заговаривающий, волшебник», что помогает увидеть связь между делом писателя и врача.

Кроме названных студентами врачей в мировой литературе существует более 120 случаев, когда такие известные писатели как Джон Армстронг, Луи Буссенар, Викентий Вересаев, Станислав Лем, Франсуа Рабле, Фридрих Шиллер также занимались врачебной практикой.

Что касается мотивов литературной деятельности врачей, желание заработать не привело в литературу почти никого из них. Правда, А.П. Чехов в начале своей литературной карьеры писал по 4 копейки за строку. Никто не руководствовался желанием стать известным. Наоборот, писательская деятельность приносила большие неприятности. Например, о произведениях Булгакова было написано 298 отрицательных статей и только 3 положительных.

Большинство писателей-врачей относились к медицине как к профессии, а к литературе как к призванию, поэтому оставили медицинскую практику и посвятили себя литературе. Но стоит отметить уникальность Чехова, Углова, Ибн Сины, которые до конца жизни совмещали медицину и литературу.

Изучив произведения Чехова, Булгакова, Моэма, Углова, Лукьяненко, Конан Дойля, мы выяснили, что есть писатели-медики, которые долгое время занимались врачебной практикой или совмещали медицину и литературу. А по произведениям Моэма, Конан Дойля, Лукьяненко невозможно догадаться, что авторы имеют отношение к медицине.

Начало литературной деятельности обусловлено разными причинами. Часто осмысление врачебного опыта, накопление опыта жизненного побуждает доктора от написания историй болезни перейти к повествованию художественному, от исцеления тела – к исцелению души. Талантливые люди талантливы во многом.

Медицинская деятельность оказывает сильное влияние на произведения писателей, которые сумели совмещать литературу и медицину. Произведения писателей-врачей глубоко психологичны, философичны. Врачебная практика даёт огромный материал для литературной работы и множество психологических наблюдений. Во многих произведениях описываются случаи из врачебной практики, отражаются судьбы врачей и их пациентов. Таким образом, профессия и призвание дополняют друг друга.

Козловская А.А., Люзина И.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРА ТИРОЗИНКИНАЗНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ИМАТАНИБА ДЛЯ ХИМИОТЕРАПИИ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Научные руководители канд. мед. наук, проф. Романовский И.В.,
кафедра биоорганической химии,
д-р мед. наук, проф. Прохоров А.В.,
кафедра онкологии

Цель: анализ роли тирозинкиназных рецепторов и некоторых веществ, обладающих тирозинкиназной активностью, а также их ингибиторов в нормальном метаболизме клеток, а также при патологии, что используется как основа в таргетной терапии онкологических заболеваний, широко применяемой в клинике.

Проводился анализ литературных данных, указывающих на исключительную роль тирозинкиназ в процессе деления клеток, а также на возможные его нарушения вследствие опухолевой трансформации и лечении стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта, что позволяет рассматривать тирозинкиназы и их лиганды в качестве возможных мишеней терапии.

В результате проведенного анализа источников литературы и клинического материала (историй болезни) показана более высокая эффективность иматиниба, использованного в послеоперационной химиотерапии стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта в качестве таргетного препарата - ингибитора тирозинкиназ (BCR/ABL-киназы, c-kit).

Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST, gastrointestinal stromal tumors) представляют собой гетерогенную группу c-kit-позитивных мезенхимальных опухолей со специфическими гистологическими характеристиками. Зная специфику физиологии мутантных клеток, можно с уверенностью сказать, что таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназных рецепторов позволит в постоперационном периоде добиться положительных результатов.

В данном исследовании проанализированы результаты лечения пациентов с мезенхимальными опухолями ЖКТ, находившихся на лечении в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД) за период с 2007 по 2010 год. В исследование были включены 25 пациентов с различными мезенхимальными опухолями, из которых подавляющее большинство больных (21) составили пациенты с GIST.

Результаты лечения (от 2 до 36 месяцев) прослежены у 21 наблюдавшихся больных с GIST. Восемь пациентов были прооперированы, после чего им был назначен курс химиотерапии: у 2-х пациентов с прогрессированием опухолевого процесса (метастазы в печени) проводились паллиативные курсы полихимиотерапии (ПХТ) цисплатином, доксорубицином, дакарбазином. Ожидаемого эффекта от лечения данными препаратами получено не было. Больные погибли в течение 1-1,5 лет от прогрессирования опухолевого процесса.

В настоящее время 6 пациентов получают адьювантную монотерапию иматинибом в течение 3, 8, 16 и 24 месяцев соответственно, признаков экспрессии опухолевых маркеров и прогрессирования опухоли не выявлено.

Козловская Ю.Н.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ШАБЛОНА ИЗ ТЕРМОПЛАСТИЧНОЙ ПЛАСТМАССЫ

Научный руководитель Никифоренков Л.А.
1-я кафедра терапевтической стоматологии

Актуальность.В клинической практике зачастую приходится наблюдать отсутствие правильно сформированных окклюзионных взаимоотношений зубов, не соответствующие анатомии расположения бугорков, фиссур, а иногда и вовсе «плоскую» окклюзионнуюповерхность. В последующем,как следствие, –перегрузка отдельных зубов, изменение жевательной функции, травматическая окклюзияи т.п. (В.А. Хватова, 1993, Л.А.Мамедова, 2006).В связи с этим восстановление правильной анатомической формы как фронтальной, так и жевательной группы зубов – одна из первостепенных задач в эстетической стоматологии. Безусловно, фундаментальным является хорошее знание анатомии клинической коронки зуба, однако непосредственно в полости рта воссоздать ее естественные параметрызачастую представляет определенные трудности. Поэтому многие авторы предлагают использовать в клинической практике методику силиконового шаблона(К.В.Чудинов, 2005, С.В.Крайнов,2010, А.В.Салова, 2011).Тем не менее, это не исключает затрудненное воссозданиеанатомии зубов при множественном полостном кариозном поражении и воспроизведение правильных окклюзионных контактов при разрушении зубов-антагонистов.

Цель работы:улучшение качества восстановления анатомической формы зубов с использованием шаблона из термопластичной пластмассы.

Материал и методы.При планировании реставрацийруководствовались существующей инструкцией дифференцированного выбора метода лечения твердых тканей коронки зуба. Рельеф поверхности, форму и естественные пропорции зубов воспроизводили на гипсовых моделях в артикуляторес учетом движения нижнейчелюсти. Материалом для шаблоновслужили пластины из термопластичнойпластмассы, из которых изготавливали индивидуальные каппы методомтермовакуумного формирования. Реставрацию выполняли композитом.

Результаты и обсуждение.Анатомическая форма зубов воспроизводилась на гипсовых моделях в артикуляторе с учетом индивидуальных особенностей прикуса. Окклюзионная поверхность жевательных зубов и небная поверхность фронтальных зубов формировалась с минимальной деформацией, что связано с достаточно точным контактом шаблона, как с реставрируемым зубом, так и с наличием других точек соприкосновения с зубным рядом. Отсутствие пунктов ретенции пластмассы, наличие единственно возможного пути введения и выведения шаблона практически исключало его неполную припасовку. В связи с этим последующаякоррекция реставрацийс точки зрения окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений сводилась к минимуму. Шаблоны использовались в последующем в соответствии с планом реставрационной терапии.

Вывод.Использование шаблона, изготавливаемого из термопластичной пластмассы по правилам изготовления индивидуальной каппы, позволяет выполнять естественные в эстетическом и функциональном отношении реставрации.

Козорез Т.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гончарик Т.А.
1-я кафедра внутренних болезней.

Острые расстройства коронарного кровообращения (острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) занимают одно из ведущих мест в структуре смертности и инвалидизации населения от сердечно-сосудистых заболеваний и остаются основной проблемой кардиологии. Выживаемость пациентов с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМ-ПST) напрямую зависит от максимально быстрого, полного и стойкого восстановления реперфузии миокарда. Сегодня существует два основных метода реперфузии: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрезкожная коронарная ангиопластика (ЧКА). Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Главными преимуществами ЧКА перед ТЛТ являются:1) более высокая частота восстановления коронарного кровотока (95-99% случаев по сравнению с 70-80% при ТЛТ); 2) значительное укорочение времени реперфузии миокарда; 3) улучшение отдалённых результатов у пациентов высокого риска (при кардиогенном шоке (КШ)).

Цель: изучение эффективности комбинированной реперфузии у пациентов при ИМ-ПST в зависимости от времени проведения ЧКА после ТЛТ. Были проанализированы медицинские карты 120 пациентов с ИМ-ПST, прошедших курс лечения на базе 10 ГКБ в период 2010 - 2012 гг. Средний возраст пациентов составил $68{,}5^{\pm}11{,}4$ года, среди них – 47 (39,2%) женщин и 73 (60,8%) мужчины. Все пациенты, в зависимости от вида проводимого лечения, были поделены на четыре группы. В первую группу вошли 32 (26,7%) пациента, которым провели ТЛТ. Вторая группа - 26 (21,6%) пациентов, проведены ТЛТ и ЧКА до 24 часов после ТЛТ. Третья группа – 9 (7,5%) пациента, проведены ТЛТ и ЧКА после 24 часов после ТЛТ. В четвертую группу вошли 53 (44,2%) пациента, в связи с давностью инфаркта, ТЛТ и ЧКА не проводились.

Эффективность реперфузии у пациентов первой группы, при условии проведения в течение 3 часов от начала инфаркта миокарда (ангинозный приступ), была сопоставима с эффективностью реперфузии при ЧКА. Частота сердечно-сосудистых событий (нарушения ритма, сердечная недостаточность, стенокардия) во второй группе, где время начала проведения ЧКА после ТЛТ было меньше, достоверно меньше , чем в третьей группе. Осложнения инфаркта миокарда в четвертой группе (в том числе КШ) были значительно чаще, чем в первой, второй, третьей группах.

Таким образом, своевременно проведенное восстановление коронарного кровотока инфаркт-связанной артерии достоверно снижает частоту осложнений у пациентов при ИМ-ПST. ЧКА влияет на прогноз при ИМ-ПST и показана не только в случае неэффективно проведенной ТЛТ, но и в случаях эффективного тромболизиса. Проведение комбинированной реперфузии у пациентов при ИМ-ПST позволит улучшить прогноз этой группы пациентов.

Козубовская А.Г.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ПРИ БЛАФАРОПАТОЛОГИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Марченко Л.Н.
Кафедра глазных болезней

Введение. Пластические операции на веках по медицинским показаниям отличаются большим разнообразием применяемых методик и результативностью исходов. Нередко сообщается о необходимости повторных хирургических вмешательств, что сопровождается психологическим напряжением у пациентов и офтальмологов. Общая тенденция развития оперативных подходов отличается стремлением разработать малоинвазавные операции.

На кафедре глазных болезней УО БГМУ создано направление пластической хирургии на веках с использованием микрохирургических методик и ограничением инвазивности.

Цель исследования: оценка эффективности микрохирургических пластических операций на веках при блефарохалязисе, птозе, выворотах и заворотах.

Материал и методы исследования. Проведен анализ микрохирургических пластических операций на веках при блефарохалязисе, птозе, выворотах и заворотах, выполненных в офтальмологических отделениях УЗ 3 ГКБ г. Минска с января 2009 по декабрь 2012 г. Всего наблюдалось 34 пациента в возрасте от 42 до 85 лет, 26 мужчин и 8 женщин. Полученные данные были сопоставлены с результатами лечения больных по общепринятым стандартам, которые проводились с января 2006 по декабрь 2008 года.

Предложенные особенности хирургической тактики включали: использование операционных микроскопов, уменьшение кожного разреза при птозе с трех до одного см, использование «усиления» леватора верхнего века без его резекции, физиологическая фиксация век при пластиках к надкостнице орбиты, сочетание двух малоинвазивных методов вмешательства при одной патологии, например, операции Олвера и Отиса Ли при полном вывороте века.

Всем пациентам до операции проводили фоторегистрацию положения век с определением функции леватора.

Результаты и обсуждение. Предложенные модификации привели к сокращению сроков восстановительного периода после хирургии, наблюдалось снижение степени выраженности отеков мягких тканей вокруг операционной зоны.

Помимо этого, зафиксирован более стойкий косметический эффект при выворотах и заворотах век, возможность дополнительной коррекции его положения при гипоэффективном вмешательстве при птозах, а, что самое главное, позволило избежать неисправимых гиперэффектов при данной патологии.

Выводы. Пластические операции на веках следует проводить с использованием микрохирургических методик. Использование малоинвазивной техники вмешательств обеспечивает большую предсказуемость исходов операций и сокращает сроки восстановительного периода.

Козубовская А.Г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ПОЛУЧЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ЭДЕМОМЕТРАМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Казущик В.Л.
1-я кафедра хирургических болезней

Введение. Микроциркуляция - процесс направленного движения различных жидкостей на уровне тканевых микросистем организма, связанных анатомически и функционально с кровеносными и лимфатическими сосудами. Простой и удобный метод исследования показателей микроциркуляции и степени гидратации тканей разработан и внедрен в практику 1-й кафедрой хирургических болезней БГМУ. Вначале был сконструирован и запатентован механический эдемометр. Все показатели фиксировались и снимались «вручную» и в последующем так же вычислялись. В дальнейшем, с целью усовершенствования механизма получения данных эдемометрии и упрощения вычисления показателей микроциркуляции был разработан новый, электронный прибор, позволяющий получать компьютеризированные данные и значительно облегчить процесс проведения эдемометрии. По этой причине возникла необходимость сравнения показателей микроциркуляции, полученных разными эдемометрами. Следует подчеркнуть, что принцип действия механического и электронного приборов идентичен.

Цель исследования: сравнить показатели микроциркуляции «здоровых» людей при использовании механического эдемометра и его усовершенствованной компьютеризированной версии.

Материалы и методы исследования. Была проведена эдемометрия у 30 «здоровых» людей (18 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 18 до 42 лет двумя различными эдемометрами. Результаты подверглись статистическому анализу. Полученные данные усовершенствованного прибора были сравнены с данными механического эдемометра.

Всем испытуемым до эдемометрии проводили измерение артериального давления, а также фиксировались данные о возрасте, росте и весе.

Результаты и обсуждение. Статистическому анализу подверглись следующие показатели эдемометрограммы: максимальное снижение давления (МСД), продолжительность снижения давления (ПСД), скорость снижения давления (ССД), колебание микроциркуляторного давления (МЦД), продолжительность снижения микроциркуляторного давления (ПСМД). Достоверно различаются у нового и старого эдемометров показатели МСД ($p = 0.002391$), ПСД ($p = 1.764*10^{-6}$), ССД ($p = 3.209*10^{-6}$). Медиана по МСД равна 20,0 у нового и 10,0 у механического эдемометра. Медиана по ПСД равна 8,0 у нового и 25,0 у механического. Медиана по ССД равна 2,22 у нового и 0,48 у механического. Медиана по колебанию МЦД равна 3,0 у нового и 2,0 у механического прибора.

Выводы. Использование усовершенстованного прибора позволило упростить саму методику, сократить длительность проведения эдемометрии вдвое**,** что обеспечило более комфортные условия испытуемым. Отпала необходимость механической обработки полученных данных. Усовершенствованный электронный эдемометр оказался более «чувствствительным» к изменению всех показателей у испытуемых по сравнению с механическим прибором. Сравниваемые показатели микроциркуляции, полученные различными эдемометрами, статистически достоверно сопоставимы между собой. В дальнейшей работе для выполнения эдемометрии предпочтительнее применять электронный эдемометр.

Колбасова Е.А.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Киселева Н.И.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Цель: оценка эффективности комплексной терапии и профилактики нарушений вазорегулирующей функции эндотелия у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе УЗ «Витебский городской клинический родильный дом № 2 », НИЛ УО «Витебский государственный медицинский университет».

В первую группу вошли 39 пациенток в постменопаузе (20 - хирургической и 19 – естественной). Для профилактики и лечения эндотелиальной дисфункции применялись препараты на основе высокоочищенных аминокислот (аспаргит, нейрамин), антиоксидантные препараты, поливитаминных препараты, содержащие витамины группы В и фолиевую кислоту. Группу сравнения составили 15 пациенток в постменопаузе, получавших традиционную терапию фитоэстрагенами, препаратами, содержащими 17 β-эстрадиол, эстрадиола гемигидрат, дидрогестерон. Обследование пациенток в постменопаузе проводили до начала терапии и в динамике (через 6 месяцев от начала лечения). Средний возраст пациенток с хирургической менопаузой составил 49,9± 3,1 года, с естественной менопаузой - 51,1± 2,8 года. Средняя длительность хирургической менопаузы - 1,3 (0,7; 2,0) года, естественной менопаузы - 2,1 (1,0; 3,0) года. Исследования вазомоторных реакций проводили с помощью ультразвука высокого разрешения (для выявления нарушений эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов) в пробах с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация - ЭЗВД) и нитроглицерином (эндотелийнезависимая вазодилатация – ЭНЗВД) по методу D.Gelermajer et al. и в соответствии с инструкцией № 7-0105, утвержденной Министерством

здравоохранения Республики Беларусь 25.06. 2005 года. Определение нитратов и нитритов в плазме крови осуществляли по методу Грисса в модификации И.С.Веремей и соавторов [2000]. Для обработки полученных данных использовали пакет прикладных программ Microsoft Excel и пакет прикладных программ Statistica 6.0, модуль Basic Statistics/Tables, Nonparametrics.

Результаты исследования. В группах обследованных женщин до начала терапии содержание стабильных продуктов деградации NO и ЭЗВД плечевой артерии статистически значимо не различались (p>0,05). При применении препаратов на основе свободных аминокислот (аспаргита, нейрамина), антиоксидантных препаратов, поливитаминных препаратов, содержащих витамины группы В, отмечено положительное влияние на содержание нитратов/нитритов и эндотелийзависимую вазодилатацию: на фоне статистически значимого повышения NO2/NO3 наблюдалось восстановление физиологической реакции плечевой артерии на постокклюзионную гиперемию.

Так, у пациенток первой группы отмечалось увеличение прироста ЭЗВД с 8,0 (3,9; 9,4)% до 15,4 (9,7; 17,8)% (p<0,001), увеличение содержания нитратов/нитритов в плазме крови в 1,6 раза (с 27,44 (20,56; 33,06) мкмоль/л до 44,31 (35,56; 56,81) мкмоль/л, p=0,002).

При назначении традиционной терапии не наблюдались положительные изменения вазорегулирующей функции эндотелия: количество нитратов/нитритов в крови оставалось практически на уровне до начала лечения (32,13 (24,94; 43,06) мкмоль/л и 35,54 (30,0; 48,68) мкмоль/л соответственно, p=0,17), прирост ЭЗВД также был незначительным (с 8,5 (5,5; 12,1)% до 9,7 (6,9; 11,8), p=0,6).

Таким образом, при использовании разработанного нами дифференцированного подхода к лечению и профилактике эндотелиальной дисфункции у пациенток в постменопаузе улучшается вазорегуляторная функция эндотелия.

Колбина Е.В.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ Г. МИНСКА В ДИНАМИКЕ ЗА 5 ЛЕТ (2007-2012 Г.Г.)

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисова Т.С.
Кафедра гигиены детей и подростков

Актуальность проблемы. В связи с неравномерностью процессов роста и развития не все дети, поступающие в первый класс, готовы к обучению в школе. Некоторые из них в силу индивидуальных особенностей состояния здоровья трудно адаптируются к новым условиям, лишь частично справляются, а иногда и не справляются вовсе, с режимом учёбы и учебной нагрузкой. Поэтому важно заранее определить степень готовности ребенка к обучению в школе (в том числе и по состоянию здоровья) и помочь ему в преодолении трудностей на начальном этапе обучения.

Цель работы: проанализировать состояние здоровья первоклассников (дети 6-7 лет) г. Минска в динамике за 5 лет (2007-2012 г. г.) и определить основные направления профилактических и оздоровительных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужила первичная медицинская документация за период с 2007 г. по 2012 г. Всего проанализировано данных на 501 ребёнка, из них мальчиков было 254 (51%), девочек 247 (49%). Исследования проводились с использованием медико-статистического метода (выкопировка данных из первичной медицинской документации с их последующим анализом).

Результаты работы.

1. Анализ распределения детей на группы здоровья показал, что среди обследованных первоклассников в динамике за 5 лет снижается количество детей со II группой здоровья за

счёт увеличения здоровых детей (с I группой здоровья). Однако среди девочек отмеченная тенденция связана ещё и с ростом III группы здоровья.

2. За анализируемый период времени наблюдается тенденция к ухудшению состояния физического развития детей 6-7 лет: снизилось количество детей, имеющих среднее гармоничное, и нарастает количество детей с дисгармоничным физическим развитием, чаще за счёт избытка массы тела, особенно у мальчиков.

3. Среди морфофункциональных отклонений лидирующие позиции занимают нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, органов кровообращения и дыхания. У девочек в тройку лидирующей патологии также входят заболевания глаза и его придаточного аппарата.

4. В структуре патологии со стороны опорно-двигательного аппарата первое место занимают нарушения осанки, второе - плоскостопие, третье - деформация грудной клетки. В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества первоклассников с вальгусной установкой стоп.

5. В структуре нарушений со стороны органов кровообращения чаще всего встречаются малые аномалии развития сердца, особенно наличие дополнительной хорды левого желудочка, частота встречаемости которой в динамике растет.

6. Нарушение показателей здоровья отразилось и на физическом состоянии: 75% детей относится к основной группе для занятий физкультурой, 20 % - к подготовительной, 4,5% - к специальной, 0,5% - посещает занятия лечебной физкультурой.

Выводы. За последние 5 лет отмечается тенденция к ухудшению состояния здоровья детей, поступающих в первый класс. Наблюдаются гендерные различия в динамике здоровья первоклассников. Выявленные закономерности имеют неблагоприятный прогноз и требуют наряду с мерами по оптимизации учебного процесса своевременного внедрения эффективных здоровьесберегающих технологий.

Колесник В.В., Дубина Ю.В.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Рожковская В.В.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель работы: изучить значение и разрешающую возможность магнитно-резонансной томографии в режиме ангиографии в диагностике аневризм сосудов головного мозга.

Актуальность темы. Артериальная аневризма является патологией сосудов головного мозга, которая сопровождается патологическим выпячиванием стенки мозговой артерии на небольшом ее участке, что является частой причиной смертности и инвалидизации. Смертность от цереброваскулярных заболеваний находится на 3-м месте (после заболеваний сердца и опухолей всех локализаций) и достигает в экономически развитых странах 11-12%. По данным ВОЗ, 90,4% артериальных аневризм (АА) головного мозга проявляются субарахноидальным кровоизлиянием (САК). Частота встречаемости артериальных аневризм сосудов головного мозга – 10-16 случаев на 100 000 чел. (в Беларуси – 2,6). В отличие от других сосудистых заболеваний головного мозга аневризмы чаще наблюдаются у лиц молодого и среднего возраста.

Важным моментом является ранняя диагностика данной патологии. На сегодняшний день существует три основных инструментальных метода диагностики аневризмы сосудов головного мозга – ангиография, КТ – ангиография, МР – ангиография.

Выводы. На сегодняшний день МРА является одним из основных инструментальных методов диагностики аневризмы сосудов головного мозга. Преимущества по отношению к другим методам заключаются в неинвазивности и отсутствии лучевой нагрузки. Возможности метода не заканчиваются визуализацией только сосудов головного мозга. Он позволяет вы-

делить отдельные нервные стволы, мягкие ткани вокруг сосуда на большом протяжении без введения в просвет сосуда контрастных веществ и без использования ионизирующей радиации, определять локализацию и размер аневризм и патологических сосудистых соустий, проходящие в проекции того или иного отдела головного мозга человека.

Колесник В.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В Г. МИНСКЕ ЗА 2010-2012 ГОДА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Киселев П.Г.
Кафедра патологической анатомии

В Республике Беларусь рак шейки матки (РШМ) занимает второе место по частоте среди опухолей женской половой системы. РШМ является высоко злокачественной опухолью эпителиального происхождения с первичной локализацией во влагалищной части шейки матки. Это новообразование встречается, как правило, у женщин старше 40 лет. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости раком шейки матки у женщин молодого возраста. Современные стандарты диагностики и лечения онкологических больных предполагают учет ряда морфологических и клинических показателей характеризующих опухоль у пациента, что позволяет выработать оптимальную индивидуальную тактику лечения в каждом конкретном случае. В нашей работе мы демонстрируем клинические и морфологические особенности случаев рака шейки матки у женщин, которые были получены на основе анализа результатов морфологического исследования операционного материала в отделении онкоморфологии Минского городского клинического патологоанатомического бюро за период с 2010 по 2012 год.

Цель исследования: установить клинико-морфологические особенности случаев рака шейки матки в г. Минске в 2010-2012 годах.

Материалы. Клинико-морфологические данные пациентов оперированных по поводу рака шейки матки в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в 2010-2012 годах.

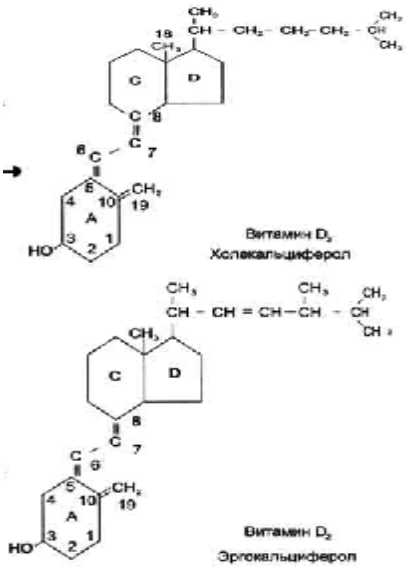
Результаты. За исследованный период было выявлено 127 случаев рака шейки матки. По годам они распределились в следующем соотношении: 2010 – 59 (46,4%), 2011 – 35 (27,6%), 2012 – 33 (26%). Возраст женщин варьировал от 24 до 76 лет, в среднем – 48 лет. При этом по годам средний возраст составил 2010 – 44 года, 2011 – 52 года, 2012 – 47 лет. По гистологической форме чаще всего встречался плоскоклеточный РШМ – 106 (83,5%), реже наблюдалась аденокарцинома - 13 (10,2%) и смешанный (железисто-плоскоклеточный) РШМ – 8 (6,3%). Чаще опухоль выявлялась на начальной стадии – T1b1, что соответствует клинически определяемому поражению шейки матки до 4 см в наибольшем измерении. За 2010 год этот показатель выявлен у 33 женщин (56%), 2011 год – 18 (51%), 2012 год – 20 (61%). Поражение метастазами регионарных лимфатических узлов обнаружено у 15 пациентов (12%). Установлены достоверные различия в группах пациентов с различной стадией РШМ по таким клинико-морфологическим показателям как степень дифференцировки опухоли, глубина инвазии, наличию лимфососудистой инвазии, поражения регионарных лимфатических узлов, возрасту и другим.

Колола И.С., Козлова Ю.С.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В МЕТАБОЛИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. хим. наук, асс. Фандо Г.П.
Кафедра биоорганической химии

Витамин D (кальциферол, антирахитический витамин) относится к жирорастворимым витаминам. Сегодня Витамином D называют два витамина – D_2 и D_3 – эргокальциферол и холекальциферол. Холекальциферол (витамин D_3) образуется в коже из холестерина под воздействием ультрафиолетовых лучей солнечного света. Основная функция витамина D – обеспечение нормального роста и развития костей, предупреждение рахита и остеопороза. Витамин D является уникальным – это единственный витамин, действующий и как витамин, и как гормон.



Однако недавние исследования показали, что витамин D обладает еще целым рядом свойств для организма человека:

- Американский журнал“HeartAssociation” установил связь между уровнем витамина D и риском заболеваний сердечно-сосудистой системы и преждевременной смерти. Исследователи обнаружили, что люди с пониженным уровнем витамина Dв крови имеют более высокий риск сердечного приступа на 64%, ишемической болезни сердца - на 40%. Оптимальный уровень витамина D в крови снижает риск преждевременной смерти более чем на 80%.
- Ученые компании“Pinpoint” определили внутриклеточные механизмы, регулируемые витамином D_3, которые могут помочь организму очистить ткани мозга от бета-амилоида, который является основным компонентом бляшек, образующихся при болезни Альцгеймера. В ходе исследований ученые доказали, что определённые типы иммунных клеток при болезни Альцгеймера способны ответить на действие витамина D.
- Исследователи из Университета Калифорнии в обнаружили связь между более высокими показателями рака легких и низким уровнем витамина D. Еще в 2001 году британский журнал, изучающий рак, опубликовал исследование, которое показало, что употребление приготовленной и сырой рыбы снижает риск аденокарциномы легких среди японцев.
- Согласно статье, опубликованной в интернет-издании “Журнал аллергии и клинической иммунологии”, было проведено исследование более 3000 детей,которое показало, что низкий уровень витамина D может быть связан с повышением вероятности развития аллергии. Один из анализов крови на уровень иммуноглобулина E оценивал чувствительность к 17 различным аллергенам. Для детей и подростков, низкий уровень витамина D в крови связан с чувствительностью к 11 из 17 аллергенам испытания. Например, дети, у которых был дефицит витамина D (менее чем 15 нанограмм витамина D на миллилитр крови) имели в 2,4 раза больше шансов иметь аллергию на арахис, чем дети с достаточным уровнем витамина D (более чем 30 нанограмм витамин D на миллилитр крови).

В течение последних десятилетий витамин D_3, его метаболиты и аналоги широко используются в качестве лекарств для лечения таких болезней, как остеопороз, псориаз, лейкемия, болезнь Альцгеймер и Паркинсона, простаты, аллергии, сердечно-сосудистых заболеваний, рака молочной железы и лёгких. Витамин D может оказаться перспективным в лечении ВИЧ.

Колос Д.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ковальчук Н.В.

Кафедра стоматологии детского возраста

Миодинамическое равновесие мышц челюстно-лицевой области играет большую роль в гармоничном росте и формировании всей зубочелюстной системы ребенка. Это равновесие могут нарушить вредные привычки у детей, мешающие физиологическому развитию и ведущие к формированию аномалий, при которых меняется функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области.

Цель исследования: определение распространенности миофункциональных нарушений у детей дошкольного возраста.

Методы исследования. Для достижения цели нами был проведен визуальный осмотр лица и полости рта у 50 детей в возрасте 2-5 лет, посещающих ГУО «Ясли-сад №218» г. Минска. Осмотр был направлен на выявление ротового дыхания, напряжения периоральной мимической мускулатуры, вредных оральных привычек, а также уже имеющихся аномалий прикуса (глубокого резцового перекрытия, мезиального и дистального положения нижней челюсти), также определяли характер смыкания губ.

Для уточнения данных о вредных оральных привычках и других миофункциональных нарушениях нами была разработана анкета для родителей, содержащая вопросы о периодичности и причинах нарушения носового дыхания у детей, о наличии и характере вредных привычек, характере уходе за полостью рта.

Результаты исследования. В ходе визуального осмотра у 12 детей (24%) было выявлено ротовое дыхание; двое из них имели вредные оральные привычки, такие как посасывание языка, пальцев, игрушек. Напряжение мимической мускулатуры при акте глотания было отмечено у 11 детей (22%); неправильное смыкание губ - у 7 детей (14%). Наличие сагиттальной щели, являющейся признаком дистального положения нижней челюсти, наблюдалось у 5 детей (10%). Мезиальное положение нижней челюсти отмечено у одного ребёнка (2%); глубокое резцовое перекрытие – у 5 детей (10%).

Выявленные миофункциональные нарушения указывают на необходимость своевременной их коррекции с целью восстановления миодинамического равновесия, что позволило бы уменьшить количество и тяжесть зубочелюстных аномалий у детей, снизить затраты на их лечение.

Колосовская П.В.

VITAMINE: AUFGABE UND FUNKTION

Научный руководитель ст. преп. Скачинская И.А.
Кафедра иностранных языков

Das Problem der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ist heute besonders aktuell. Eine grosse Rolle spielt dabei eine gesunde und vitaminreiche Ernährung. In unserer Arbeit werden Funktionen und Aufgaben einzelner Vitamine analysiert und ihre Bedeutung für die Erhaltung der Gesundheit des Menschen erörtert.

Es ist allbekannt, dass neben den Grundnahrungsstoffen für eine vollwertige Zellarbeit und überhaupt für den gesamten Stoffwechsel noch Vitamine erforderlich sind. Diese Erkenntnis ist aber kaum hundert Jahre alt. Erst im Jahre 1912 konnte der polnische Biochemiker Casimir Funk aus Reiskleie einen Stoff isolieren, der die Mangelkrankheiten heilen konnte. Die Analyse dieser Verbindung zeigte, dass es sich um eine stickstoffhaltige Verbindung, ein Amin handelte. Funk hatte das Thiamin, heute unter der Bezeichnung Vitamin B1 bekannt, entdeckt. Auf Grund dieser Befunde schlug Funk das Kunstwort Vitamine (vita-das Leben und Amine) vor.

Vitamine sind organische Verbindungen, die biologische Vorgänge im menschlichen (und tierischen) Organismus regulieren. Pflanzen benötigen keine Vitamine, sie können alle organischen Stoffe selbst synthetisieren. Beim Menschen gilt die oben angegebene Definition für 13 organische

Verbindungen. Von diesen können 11 auf keine Weise vom Organismus selbst synthetisiert werden. Vitamin D wird heute allerdings nicht mehr zu den Vitaminen, sondern zu den Hormonen gerechnet.

Gänzliches oder weitgehendes Fehlen von Vitaminen in der Nahrung führt bei Mensch und Tier zu schweren Krankheitserscheinungen und schliesslich zum Tod. Um den Organismus ausreichend mit Vitaminen zu versorgen, muss der Mensch vitaminreiche Kost aufnehmen.

Die Umfrage der Studenten unserer Universität hat aber gezeigt, dass nur 30% der Befragten darauf achten, dass dem Organismus eine vitaminisierte und vielseitige Kost zugeführt wird. Das ist jedoch grundfalsch: denn Vitamine sind an fast allen Reaktionen des Stoffwechsels beteiligt. Ihre Aufgabe besteht in einer Regulierung der Verwertung von Kohlenhydraten, Proteinen und Mineralstoffen, sie sorgen für die Energiegewinnung. Vitamine stärken das Immunsystem und sind unverzichtbar beim Aufbau von Zellen, Blutkörperchen, Knochen und Zähnen. Jedes einzelne Vitamin erfüllt bestimmte Aufgaben, z. B. bei Mangel an Vitamin A kommt es zu Augenerkrankungen, Nachtblindheit und Hauterkrankungen. Bei Mangel an Vitamin B1 kommt es zu Beri-Beri. Ein Mangel an Vitamin C führt zu Skorbut. Vitamin-K-Mangel erhöht die Blutungsneigung, da es zur Synthese einiger Gerinnungsfaktoren benötigt wird.

Menschen, die sich an die Ernährungsvorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) halten und ihre Ernährung auf ausreichend Obst, Gemüse, Vollkornprodukte, wenig Fleisch und Milchprodukte umstellen, sind ausreichend mit allen wichtigen Vitaminen versorgt.

Комар Р.О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АПИКАЛЬНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Научные руководители асс. Урбанович Е.А., канд. мед. наук, доц. Яцук А.И.
1-я кафедра терапевтической стоматологии, кафедра стоматологии детского возраста

Актуальность. Апикальные периодонтиты в практике врача-стоматолога встречаются довольно часто и составляют 30-35% от общего числа пациентов стоматологического профиля (Боровский Е.В., Жохова Н.С., 1997 г.).

В патогенезе апикального периодонтита значительная роль отводится бактериальным антигенам, приводящим к запуску иммунных процессов с участием лимфоцитов и макрофагов. Кроме того, в патогенезе воспалительного процесса участвуют реакции неспецифического иммунитета.

Одним из направлений лечения апикального периодонтита является долгосрочная терапия с использованием препаратов на основе гидроокиси кальция. Благодаря значению pH=12,5, препарат обладает прекрасным и уникальным широким антибактериальным действием. При введении в корневой канал кальцийсодержащего препарата происходит ионизация и постоянное временное растворение в жидкости, заполняющей дентинные трубочки, латеральные и дополнительные каналы, периапикальные ткани, контролируемое пролонгированное выделение кальция и гидроксид ионов.

Цель: оценить клиническую эффективность использования кальцийсодержащих препаратов («Метапаста» и «Метапекс», Meta Biomed) при лечении хронических апикальных периодонтитов.

Материалы и методы. Проведено повторное эндодонтическое лечение по поводу хронического апикального периодонтита. План лечения включал распломбировку системы корневых каналов, их химико-механическое препарирование с использованием вращающихся Ni-Ti-файлов Pro Taper(Dentsply) и долгосрочную терапию кальцийсодержащими препаратами «Метапаста» и «Метапекс» (Meta Biomed). Лечение проводилось по следующей схеме: в первое посещение выполнялась профессиональная гигиена полости рта, накладывался коффердам, выполнялась распломбировка корневых каналов ручными эндодонтическими фай-

лами, после чего формирование корневых каналов завершалось системой Pro Taper. Ирригацию осуществляли 3% раствором гипохлорита натрия («Белодез», ВладМиВа), смазанный слой удаляли раствором ЭДТА и временно пломбировали корневые каналы кальцийсодержащим препаратом. В последующие посещения проводилась замена кальцийсодержащего препарата.

В последнее посещение выполнялось контрольное рентгенологическое исследование и постоянная пломбировка корневых каналов методом латеральной конденсации с использованием силера «Apexit plus» (Ivoclar Vivadent) и гуттаперчивых штифтов (Meta Biomed). Реставрация зуба проводилась композиционным материалом «Tetric N-Ceram» (Ivoclar Vivadent).

Результаты. Оценка результатов лечения осуществлялось через 6 месяцев от начала лечения. В результате проведенного лечения у пациентов отсутствовали жалобы на боли в области леченных зубов и окружающих тканей. При осмотре отсутствовали видимые патологические изменения (свищевые ходы), перкуссия и пальпация - безболезненны, степень подвижности не изменилась, реставрация находится в хорошем состоянии. На рентгенограмме: очаг деструкции уменьшился, корневые каналы плотно и равномерно заполнены пломбировочным материалом на всем протяжении.

Комар Р.О.

ОЦЕНКА КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ ДЕСНЕВОЙ СТЕНКИ ПОЛОСТЕЙ КЛАССА II ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ ТЕХНИК

Научные руководители канд. мед наук, доц. Яцук А.И., канд. мед. наук Бурак Ж.М.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель исследования: оценить качество краевого прилегания композиционных материалов к десневой стенке в полостях класса II при использовании различных реставрационных техник.

Материалы и методы. Исследования проводились на 20-ти удаленных интактных человеческих постоянных молярах. Удаленные зубы очищали от налета при помощи ротационной щеточки и пасты «Полидент №2», хранили в физиологическом растворе. Путем препарирования алмазным инструментом с использованием турбинного наконечника с водяным охлаждением на аппроксимальных поверхностях создавали полости класса II со следующими характеристиками: глубина десневой стенки – 2 мм, расположение самой стенки - на 1-1,5 мм выше эмалево-цементной границы; ширина полости – 4-5 мм, глубина дополнительной площадки – 0,5 мм ниже эмалево-дентинной границы. Адгезивная подготовка включала этап тотального протравливания (ETCHANT GEL - 37,5% ортофосфорная кислота, производство «Confi-Dental Prodacts Co», США) и применение Adper Single Bond 2 (3M ESPE) согласно рекомендациям изготовителя.

Затем зубы были разделены на 4 группы, по 5 - в каждой, согласно использованным методикам реставрации десневой стенки:

-группа № 1 (десневую стенку до контактного пункта восстанавливали материалом SDR (Dentsply));

-группа № 2 (десневую стенку восстанавливали текучим композитом Filtek Suprim Flow (3M ESPE) толщиной 0,5 мм);

-группа № 3 (десневую стенку и всю проксимальную поверхность одномоментно восстанавливали микрогибридным композитом Filtek Z 250 (3M ESPE));

-группа № 4 (применяли «комбинированную технику» восстановления: после нанесения тонкого слоя текучего композита Filtek Suprim Flow (3M ESPE) в него внедряли пакуемый микрогибридный композит Filtek Z 250 (3M ESPE)) с последующим одновременным засве-

чиванием материалов и, таким образом, одномоментным восстановлением десневой стенки и проксимальной поверхности);

Во всех группах финальную реставрацию анатомической формы зуба выполняли с использованием микрогибридного композита Filtek Z 250 (3M ESPE). Шлифование и полирование выполненных реставраций производили в соответствии с принятыми стандартами с использованием системы дисков «Sof-Lex» (3M ESPE).

Подготовленные по данной методике образцы подвергали термоциклированию по следующей схеме: 30 сек. – температура 5° С, 20 сек. – комнатная температура, 30 сек. - 60° С, 20 сек. – комнатная температуры. Цикл повторяли 1000-1200 раз.

Затем зубы покрывали изолирующим лаком, оставляя открытой границу «реставрация - зуб» и погружали на 2 часа в 2% раствор метиленового синего. Затем образцы промывали проточной водой, высушивали и распиливали алмазным ротационным инструментом в продольном направлении с водяным охлаждением. Краевая проницаемость оценивалась под увеличением (зеркальная и цифровая оптические системы).

Полученные результаты. Полученные данные не позволяют говорить о достоверных различиях в качестве краевого прилегания десневой стенки полостей класса II при применении исследуемых реставрационных техник, однако свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения этой темы.

Комиссаров К.С.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВОГЛИСТНОГО ПРЕПАРАТА ЛЕВАМИЗОЛА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Прихожий С.С.
Кафедра фармакологии

Левамизол – антигельминтный препарат, созданный в 1966 бельгийской фармакологической компанией «Janssen Pharmaceutica». Антигельминтное действие связано с паралитическим действием на нервную систему гельминтов.

Цель работы: на основе данных литературы выяснить предполагаемый механизм действия лекарственного вещества левамизол (декарис) на иммунную систему организма.

В нашей стране левамизол используется как иммуномодулирующее средство при стероидной терапии у детей, страдающих от болезни малых ножек подоцитов, а также в онкологической практике, например при раке прямой кишки, при экссудативной многоформной эритеме.

Установлено двоякое влияние левамизола на иммунитет. В малых и терапевтических дозах под действием левамизола происходит стимуляция клеточного иммунного ответа. Точный механизм действия левамизола пока не выяснен. Предполагают, что механизм иммуностимулирующего действия связан со специфической стимуляцией рецепторов дендритных клеток и Т-хелперов первого и второго типа, таких, например, как TL-R. Левамизол усиливает хемотаксис макрофагов, стимулирует каскад цитокинов, приводит к усилению дифференцировки Т-лимфоцитов, увеличивая их клеточную популяцию. Кроме того, он также влияет на созревание дендритных клеток и хемотаксис нейтрофилов. Также увеличивает продукцию интерлейкинов (IL-10, IL-12).

В дозах превышающих терапевтические левамизол способен угнетать показатели иммунитета. Механизм иммуносупрессивного действия в доступной литературе освещён недостаточно.

Вывод. Левамизол обладает дозазависимым иммуномодулирующим действием. Это следует учитывать при подборе дозы и назначении его пациентам.

Комиссаров К.С.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В ПУНКЦИОННЫХ БИОПСИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бич Т.А.
Кафедра патологической анатомии

Хронические гепатиты различной этиологии представляют собой серьезную медико-социальную проблему многих стран современного мира. Научные исследования последних лет указывают на возрастающую частоту данной патологии и среди детского населения, обуславливая в последующем ухудшение качества жизни детей, инвалидизацию, риск развития циррозов и гепатоцеллюлярного рака. Как известно, своевременная диагностика и правильный выбор лечения, определяющие прогноз хронического гепатита, возможны только на основе комплексного клинического, биохимического, иммунологического обследования пациента с обязательным прижизненным морфологическим исследованием печеночной ткани. При этом биопсия имеет большое значение для подтверждения диагноза и определения этиологии заболевания, уточнения степени активности и стадии патологического процесса, оценки эффективности лечения и дальнейшего прогноза. Таким образом, изучение морфологических аспектов хронических гепатитов у детей представляет собой важное направление практического здравоохранения.

Цель исследования: характеристик структуры и морфологических особенностей хронических гепатитов различной этиологии у детей г. Минска.

Материалом исследования послужили 50 случаев гистологических препаратов пункционных биопсий печени, окрашенных гематоксилином и эозином за период 2010 и 2011гг. Клинические данные получены из журналов регистрации биопсийного материала. Средний возраст детей составил 10,8±6,3 года.

В ходе проведенного исследования установлена структура хронических гепатитов у детей по этиологии, дана подробная морфологическая характеристика различных нозологических форм.

Коможицкая Е.Н., Руд А.В.

ВЛИЯНИЕ АУТОИМУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАШИМОТО НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель канд.мед.наук Шуст Л.Г.
Кафедра патологической физиологии

Введение. Научные исследования, проводимые в настоящее время в Республике Беларусь и странах ближнего зарубежья, свидетельствуют о возрастающем интересе к проблемам охраны репродуктивного здоровья женщин. Актуальность данной проблемы становится еще более значимой в связи с ростом генитальной и экстрагенитальной заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста. По статистическим данным за последние 10 лет частота бесплодия у женщин Республики Беларусь возросла на 43.9 %.

Щитовидная железа является одним из важнейших звеньев нейроэндокринной системы. Известно, что тиреоидные гормоны (трииодтиронин - T_3, тироксин – T_4) необходимы для нормального функционирования всех органов и систем организма, в том числе и репродуктивной, регулируя процессы их развития и специализации. В связи с этим, дисфункция щитовидной железы может стать одной из причин различных патологий в акушерско-гинекологической сфере.

Одной из наименее изученных форм нарушения функций щитовидной железы и все более часто встречающейся в последнее время является хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото (ХАИТ).

Цель работы: изучить основные механизмы влияния ХАИТ на особенности нарушения менструальной функции и вынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. На основе литературных данных была выявлена корреляционная зависимость развития беременности, а также нарушения менструальной функции от длительности, степени компенсации, наличия осложнений ХАИТ.

Основные результаты работы. ХАИТ характеризуется медленным развитием с выраженным полиморфизмом или отсутствием первичных проявлений и выявляется на необратимых стадиях, когда в патологический процесс вовлекаются другие системы органов. В связи с этим ранняя диагностика данного заболевания нередко сложна и требует проведения ряда специальных исследований.

При ХАИТ наблюдается нарушение секреции нейротранссмитеров, гормона гипофиза (пролактина) и глобулинов, связывающих половые стероиды, что может привести к срыву циклической деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (в частности недостаток Т3 и Т4 приводит к увеличению секреции тиреолиберина, который способствует повышению продукции пролактина аденогипофизом, гиперпролактинемия блокирует действие гонадотропинов на уровне яичников, что приводит к аменорее). Помимо особенностей изменения на гормональном уровне при ХАИТ в последнее время активно обсуждается роль аутоиммунных факторов в поражении органов репродуктивной системы.

Малоизученным фактом является то, что во время беременности может наблюдаться ремиссия ХАИТ, однако в послеродовом периоде имеет место рецидив. Опасность невыявленного во время беременности ХАИТ заключается в том, что его следствие – некомпенсированный гипотиреоз, который может стать причиной серьезных нарушений, таких как анемия, преэклампсия, отслойка плаценты, а также развитие фетального и неонатального гипотиреоза у плода.

Выводы. Таким образом, на основе проведенного анализа данных литературы можно с уверенностью утверждать о непосредственной связи развития патологий репродуктивной системы (нарушения менструального цикла и вынашивания беременности) с дисфункцией щитовидной железы, что указывает на необходимость усовершенствования методов диагностики и своевременной гормон-заместительной терапии при ХАИТ.

Кондратеня К.А., Форисюк В.Ю.

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАМЯТИ

Научный руководитель преподаватель-стажер Куницкая А.В.
Кафедра биологической химии

По определению, память - одна из психических функций и видов умственной деятельности, предназначенная сохранять, накапливать и воспроизводить информацию. С точки зрения физиологических теорий, память-это процесс, обусловленный повторным возбуждением импульсной активности в замкнутых цепях нейронов, которое может также сопровождаться морфологическими изменениями. Механизм функционирования памяти связан с процессом образования энграмм — т.е. следов памяти (термин, предложенный зоологом Дж. Янгом в 50-х гг.).

Согласно биохимическим теориям основное значение в хранении мозгом информации принадлежит изменениям химического состава нуклеиновых кислот и белков нейронов. Каждое раздражение нервной клетки приводит к увеличению содержания в ней РНК. Повторное действие раздражителя приводит к тому, что РНК начинает резонировать этому раздражению, и нервная клетка начинает узнавать воздействие. Такие изменения РНК составляют

биохимическую основу памяти. В состав подкорковых образований кроме нейронов входят еще и клетки глии. Число глиальных клеток превышает число нейронов в 10 раз. Глия придает стабильность процессам, возникающим в нервной клетке, оказывает моделирующее влияние на протекание возбуждений и участвует в хранении следов возбуждения, которые возникают в нейронах.

Существует гипотеза о двухступенчатом характере процесса запоминания: 1) механизм кратковременной памяти, 2) механизм долговременной памяти. Химическими посредниками в синаптической передаче информации являются медиаторы. Им придается большое значение в обеспечении механизмов долговременной памяти. Также установлено, что олигопептиды способны модифицировать процесс обучения и влиять на степень выработки, хранения и угасания приобретенных поведенческих реакций. Есть все основания считать, что АКТГ и вазопрессин стимулируют запоминание. В настоящее время современный человек может улучшить память с помощью разнообразных фармакологических препаратов (ноотропы), а также благодаря употреблению продуктов, улучшающих память (чай, кофе, шоколад, какао, сахар.

Коновалова И.С., Затолока Н.В.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА (СОАС)

Научный руководитель проф. Доценко Э.А.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Актуальность исследований. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) - это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Показано, что у пациентов с СОАС имеются особенности суточного ритма артериального давления (АД). У здоровых лиц имеет место физиологическое снижение АД во время сна (обозначается как "диперы"), в то время как у больных с СОАС суточная динамика АД, как правило, обратная ("нон-диперы"). Этот феномен расценивается как фактор риска повышенной заболеваемости и смертности от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ).

Цель: оценить суточный профиль АД у пациентов с заболеваниями сердечнососудистой системы в сочетании с СОАС.

Методы. В исследование включено 32 пациента, которые в зависимости от индекса апноэ/гипопноэ были разделены на 2 группы: 1. без СОАС (n=18) и 2. с тяжелой степенью СОАС (n=14). Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД с помощью аппарата zymed; для оценки СОАС использован аппарат somnochek 2. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 10, результаты представлены как $x_{ср}+\sigma$.

Результаты. У пациентов 1-ой группы систолическое артериальное давление (САД) в течение дня составило 130,89±13,38 мм.рт.ст., в то время как во 2-ой группе - 143,5±18,05 ($p<0,05$); ночью соответствующие показатели составили 116,89±14,42 мм.рт.ст у пациентов 1-ой группы и 129,79±17,45 мм.рт.ст. для 2-ой группы ($p<0,1$). Динамика диастолического давления (ДАД) в дневное время составила 80,0±10,10 мм.рт.ст. и 88,07±15,87 мм.рт.ст. для 1-ой и 2-ой групп, соответственно ($p<0,05$). В ночное время соответствующие показатели для 1-ой и 2-ой групп составили 66,78±9,55 и 74,0±11,96 мм.рт.ст. ($p<0,1$). Наиболее вероятный механизм повышения АД в ночное время связан с тем, что в результате частых повторных пробуждений по окончании приступа апноэ, происходит стимуляция симпатоадреналовых механизмов, следствием которой является периферическая вазоконстрикция и повышение уровня катехоламинов в плазме крови.

Выводы. Таким образом, в случае тяжелого СОАС уровни САД и ДАД в дневное и ночное время повышены, что подтверждает необходимость учета СОАС при оценке риска развития сердечнососудистых катастроф у пациентов с артериальной гипертензией.

Коновалова И.С., Колосовская Н.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА (СОАС)

Научный руководитель проф. Доценко Э.А., доц. Неробеева С.И.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Актуальность исследований. Проблема нарушений дыхания во сне представляет клинический интерес, поскольку появляются данные о влиянии синдрома ночного апноэ во сне (СОАС) на качество жизни страдающих пациентов. В частности, показано, что СОАС приводит к эпизодам дневной сонливости, ухудшению физического состояния пациентов, что, в свою очередь, нарушает психосоциальную адаптацию. В ряде случаев адекватная диагностика и лечение СОАС позволяют нормализовать функции жизненно-важных органов и значительно улучшить качество жизни пациентов. Распространенность СОАС составляет 5-7% от всего населения старше 30 лет, в том числе тяжелыми формами заболевания страдают около 1-2%. У лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает и составляет около 30% у мужчин и около 20% у женщин. У лиц старше 65 лет частота заболевания может достигать 60%.

Цель: оценить качество жизни у пациентов с заболеваниями сердечнососудистой системы в зависимости от степени СОАС.

Методы. В исследование включено 76 пациентов, в том числе 29 - с артериальной гипертензией, 44 - с артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца, 3 - без сердечнососудистых патологий. В зависимости от степени тяжести СОАС (показатели СОАС: индекс апноэ/гипопноэ в час) пациенты были разделены на 4 группы. Группа «норма» составила 20 человек, «легкая степень» - 10, «средняя степень» - 27, «тяжелая степень» - 19. Для оценки качества жизни использован опросник SF-36. Для оценки СОАС использован аппарат somnochek 2. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 10, результаты представлены как $x_{ср}+\sigma$.

Результаты. Сравнение показателей качества жизни пациентов с различной степенью тяжести СОАС показало, что в целом более тяжелое течение СОАС ассоциируется с существенным ухудшением качества жизни. У пациентов с более тяжелой степенью СОАС снижается значение шкал «Физическое функционирование», «Жизнеспособность». Изменение показателей «Ролевое функционирование» и «Психическое здоровье» было незначимым, в то же время уровень показателя шкалы «Общее здоровье» был достоверно ($p<0,05$) ниже у пациентов с тяжелой степенью апноэ. Уровни параметров «Ролевое эмоциональное функционирование» и «Социальное функционирование» были выше у пациентов с более легкой степенью апноэ.

Выводы. Таким образом, оценка КЖ больных с СОАС показала, что качество жизни, определяемое с помощью опросника SF-36, существенно зависит от степени тяжести синдрома ночного апноэ.

Конончук И.В.

ВРОЖДЕННАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Сержанина В.Н., канд. мед. наук Клецкий С.К.
Кафедра патологической анатомии

Врожденная поликистозная болезнь почек включает патологические изменения, объединяемые по одному морфологическому критерию - образованию в почечной ткани множественных кист. Однако это понятие включает группу различных поражений, патогенетически разнородных, которые различаются по величине, строению и количеству кист, а также по их локализации в почечных структурах. Поражения могут затрагивать только почечную ткань или сочетаться с кистозными изменениями и врожденными пороками других органов. Разные формы кистозного поражения почек характеризуются особенностями течения и имеют различный прогноз.

Цели исследования:

- определить частоту встречаемости врожденных поликистозных поражений почек у детей по данным секционного материала;
- изучить характер и особенности морфологических изменений почечной ткани на макро- и микроуровне при различных вариантах данной патологии;
- установить варианты сочетания данной патологии с врожденными пороками развития других органов и систем.

Методика. Изучение протоколов патологоанатомических вскрытий и микропрепаратов на базе отделения детской патологии УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска.

Результаты. За десятилетний период (2003 – 2012 гг.) выявлено 12 случаев врожденных поликистозных поражений почек. Среди них: 5 случаев аутосомно-рецессивного поликистоза почек (поликистоз «инфантильного» типа, мелкокистозная почка), 5 случаев мультикистоза, 1 случай гипопластической кистозной дисплазии, 1 случай микрокистоза коркового вещества почек (врожденный нефроз). Распределение по полу: 50% мальчиков, 50% девочек. Наблюдалось 4 случая мертворождения. В остальных случаях летальный исход наступил у 4 детей в неонатальном периоде (из них 3 случая – в раннем неонатальном периоде), еще у 3 детей – в возрасте до 1 года, и в одном случае – в возрасте 2 лет (микрокистоз коры). Рассчитан показатель частоты встречаемости врожденных поликистозных поражений почек у детей по данным секционного материала – он составил 0,5%, или 5 случаев на 1000 аутопсий. Частота встречаемости отдельных форм: поликистоз «инфантильного» типа и мультикистоз – 0,21% (2,1 случая на 1000 аутопсий), микрокистоз коры и гипопластическая кистозная дисплазия – 0,04% (0,4 случая на 1000 аутопсий).

Отмечено сочетание поликистозных поражений почек в различных комбинациях с врожденными пороками развития других органов и систем, среди которых: врожденные пороки сердца, гидроцефалия, врожденный фиброз печени, гипоплазия легких, атрезия мочеточника, мегауретер.

Жизнеспособность детей, сроки манифестации, тяжесть течения определяется соотношением пораженной и интактной почечной ткани, что определяет функциональную состоятельность почек. Так, аутосомно-рецессивный поликистоз с высоким процентом пораженной ткани, двусторонний мультикистоз, как правило, приводят к летальному исходу в перинатальном периоде либо в первые месяцы жизни. На современном этапе многие формы могут быть диагностированы пренатально, и в этом случае важно знать прогноз конкретной формы. При наследственно обусловленных вариантах целесообразно обследование членов семьи на наличие кистозных поражений почек, так как клиническое проявление может наступить в более позднем возрасте.

Кончиц Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солнцева А.В.
1 кафедра детских болезней

Наиболее частой причиной тиреотоксикоза у детей является болезнь Грейвса. Манифестация заболевания в большинстве случаев наблюдается в пубертатном возрасте.

Цель: выявить клинико-лабораторные особенности течения и лечения тиреотоксикоза у допубертатных пациентов по сравнению с детьми пубертатного и постпубертатного возрастов.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни детей с болезнью Грейвса (м/д 4/31) наблюдавшихся в эндокринологическом отделении университетской клиники г. Минска на протяжении 2005-2012 годов. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от стадии полового развития: 1 группа (допубертат) n=5, средний возраст – 7,92±1,26 лет), 2 группа (2-4 стадии по Таннеру, n=20, средний возраст – 13,22±1,95 лет), 3 группа (постпубертат, 5 стадия по Таннеру, n=10, средний возраст – 16,13±0,91 лет). Проведена оценка клинического, лабораторного статусов детей и тиреостатической терапии.

Результаты. У детей 1 группы в 60% случаев наблюдались жалобы на раздражительность, что достоверно больше, чем во 2 и 3 группах (5 и 20% соответственно, $p<0,005$). Жалобы на повышенное давление, похудание, тремор рук, частые головные боли и дискомфорт в области шеи не отмечены в группе 1 по сравнению с пациентами групп 2 (45%, $p<0,05$) и 3 (40%, $p<0,05$). Эндокринологический анамнез у 70% обследованных был не отягощен. По результатам УЗИ щитовидной железы, у 100% обследованных пациентов эхоструктура была диффузно неоднородная. Эхогенность снижена у 60% пациентов препубертата, 80% пубертата, 70% постпубертата. В группе 1 отмечено более выраженное увеличение объема железы относительно возрастных норм (212,6±151,76%) по сравнению с группами 3 (106,2±208,79%) ($p<0,05$) и 2 (142,1±103,86%) ($p>0,05$). Установлена тенденция более тяжелой манифестации тиреотоксикоза у детей допубертатного возраста относительно пубертатного и постпубертатного: в 1 группе T_4 свободный составил 94,89±38,62 пмоль/л, ТТГ - 0,08±0,067 МЕ/л, во 2 группе T_4 свободный – 51,89±20,15 пмоль/л, ТТГ - 0,13±0,22 МЕ/л, в 3 группе T_4 свободный – 51,6±29,88 пмоль/л, ТТГ - 0,04±0,056 МЕ/л ($p>0,05$). Уровни АТ-ТПО значительно повышены независимо от стадии полового созревания (1 группа - 580,25±425,87 МЕ/мл, 2 группа - 430,4±497,87 МЕ/мл, 3 группа - 511,08±376,79 МЕ/мл, $p>0,05$). Антитела к рецептору ТТГ повышены у всех детей без достоверных различий в группах (препубертат – 14,84±9,42 МЕ/мл, пубертат – 18,6±10,96 МЕ/мл, постпубертат – 12,71±18,36 МЕ/мл, $p>0,05$). В лечении всех пациентов использовалась схема «блокируй» на начальном этапе лечения. Пациенты 1 группы получали большую дозу препарата (0,77±0,22 мг/кг/сут) относительно 2 и 3 групп (0,53±0,54 и 0,44±0,09 мг/кг/сут, $p<0,01$). У детей допубертатного возраста наблюдалась тенденция к более длительной тиреостатической терапии (3,48±2,53 лет) по сравнению с пациентами в стадии пубертата (2,4±1,66 лет) и постпубертата (1,38±0,61 лет) ($p>0,05$).

Выводы. При манифестации тиреотоксикоза в допубертатном периоде преобладают жалобы на раздражительность. Для допубертатного течения тиреотоксикоза характерны: большее увеличение объема железы ($p<0,05$), тенденция к повышению уровней T_4 свободного ($p>0,05$) и супрессии ТТГ ($p>0,05$), что указывает на более тяжелое течение заболевания; при лечении использованы более высокие дозы тиреостатика ($p<0,01$), тиреостатическая терапия была продолжительнее ($p>0,05$).

Кончиц Е.С.

СКАЧОК ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА КАК ОДИН ИЗ РАННИХ МАРКЕРОВ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солнцева А.В.
1 кафедра детских болезней

За последнее двадцатилетие в большинстве развитых стран увеличилась распространенность избыточной массы тела и ожирения у детей. В настоящее время в мире более 22 миллионов детей в возрасте до 5 лет имеют данную эндокринопатию. Точные причины этого роста остаются не выясненными. Актуальными являются исследования, направленные на изучение влияния внутриутробной жизни и раннего постнатального периода на формирование детского ожирения. К ранним маркерам относят массу тела при рождении, срок гестации, вид вскармливания, ранний скачок индекса массы тела (ИМТ). Скачок ИМТ – это второй (физиологический) подъем ИМТ, происходящий в возрасте 4-8 лет.

Цель: выявить потенциальные маркеры раннего развития ожирения у детей пубертатного возраста.

Методы. Проведен анализ историй развития 250 детей 1994-2000 гг. рождения, отобранных методом случайной выборки, которые наблюдались на одном педиатрическом участке 8 городской детской поликлиники г. Минска. Точкой отсчета служили показатели ИМТ в возрасте 12 лет. По данному критерию мальчики (м) и девочки (д) были разделены на группы: 1 – я (группа контроля) - с нормальной массой тела (Н) (м-67,2%, д-75,4%), 2 – я - с избытком массы тела (И) (м-13,3%, д-16,4%), 3-я - с ожирением (О) (м-19,5%, д-8,2%). Оценивали массу тела при рождении, срок гестации, вид вскармливания до 4 месяцев, ИМТ в 4-11 месяцев, 1 год, 1,5 года, 2-6 лет.

Результаты. В группах девочек достоверных различий в сроках гестации не выявлено (Н-39,5±1,1, И-38,9±2,9, О-39,5±1,3). Среди мальчиков с нормальной массой тела показатели срока гестации (39,5±1,2 недели) были достоверно выше, чем в группах с избытком массы и ожирением (38,7±1,6 и 38,8±2,5 недели соответственно, $p<0,05$). Роды во всех группах были срочные. Масса тела при рождении у мальчиков (3495±411 г) превышала массу девочек (3364±412 г) ($p<0,05$). Межгрупповых различий среди мальчиков и девочек по значениям массы тела не наблюдалось. 48,7% девочек (Н-48,3%, И-50%, О-50%) и 40,6% мальчиков (н-41,86%, и-47,06%, о-32%) находились на грудном вскармливании; 5,9% девочек (Н-5,6%, И-10%, О-0%) и 7,8% мальчиков (Н-8,14%, И-5,88%, О-8%) - на смешанном; 45,4% девочек (н-46,1%, и-40%, о-50%) и 51,6% мальчиков (Н-50%, И-47,6%, О-60%) - на искусственном ($p>0,05$). Скачок ИМТ у детей с ожирением отмечался в возрасте 2 лет у мальчиков ($p=0,0011$) и девочек ($p=0,014$). У девочек с избытком массы тела возраст скачка приближался к 3 годам ($p>0,05$), у мальчиков – к 5 годам ($p>0,05$). Увеличение массы тела более 1 сигмы ($SDS>1$) у мальчиков и девочек наблюдалось с 5 лет с постепенной прогрессией (мальчики: $SDS_4=0.92$, $SDS_5=1.24$, $SDS_6=2$, $SDS_{12}=3.36$, $p<0.05$; девочки: $SDS_4=0.37$, $SDS_5=1.05$, $SDS_6=1.29$, $SDS_{12}=2.9$, $p<0,05$).

Выводы. У мальчиков с ожирением показатели срока гестации были меньше по сравнению со сверстниками с нормальной массой тела ($p<0,05$). Не выявлено различий значений массы тела при рождении в группах детей с нормальной массой тела и ожирением вне зависимости от пола (у мальчиков: н-3490±425 г, о-3578±370 г, $p>0,05$; у девочек: н-3396±416 г, о-3223±450 г, $p>0,05$). В группах девочек отмечена тенденция к грудному вскармливанию (48,7%), у мальчиков – к искусственному (51,6%) ($p>0,05$). Установлен ранний «скачок ожирения» в возрасте 2 лет у мальчиков ($p=0,0011$) и девочек ($p=0,014$) с ожирением относительно групп контроля.

Коренева Е.А.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕР-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ В 2005-2011гг.

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Севрукевич В.И.,

канд. мед. наук, доц. Гончарик Д.Б.
Кафедра кардиохирургии с курсом трансплантологии БелМАПО

После инфаркта миокарда, внезапная сердечная смерть является второй по распространённости причиной сердечно-сосудистой смертности. Считается, что к ВСС приводят внезапно развившиеся желудочковые тахикардии или фибрилляция желудочков. Функциональные возможности ИКД позволяют прерывать подобные аритмии с помощью нанесения электрического разряда пациенту.

Цель исследования: оценка качества жизни пациентов с имплантированным кардиовертером-дефибриллятором, а также анализ ряда других факторов, таких как приверженность лечению, возврат на работу, обращаемость в стационар для корректировки устройства.

Материалы и методы. Тестировали 80 пациентов с ИКД, которым были отправлены по почте опросники, состоящие из 15 вопросов. В результате мы получили 33 ответа и 6 сообщений о смерти пациентов, что составило 15%. Также был проведён ретроспективный анализ 80 историй болезни и операционных журналов ЗКХО РНПЦ «Кардиология» за 2006-2011гг.. Полученные данные подверглись статистической обработке в программе Statistica 8.0 с использованием метода корреляции Пирсона, однофакторного и многофакторного дисперсионный анализа (степени свободы и критерий Фишера, Критерий Уилкса), а также кластерного анализа.

Результаты. Средний возраст пациентов 57 лет. Из 33 пациентов 31% женщины и 69% мужчин, среди 6 умерших все 100% мужчины. Среди пациентов преобладают жители городов 82% (при этом 54% жители Минска), и лишь 18% живут в деревнях и городских посёлках. До установки устройства 61% опрошенных не работали. Среди оставшихся, работавших, после установки ИКД, 30% вернулись к работе, 3% пришлось сменить прежнюю, на работу с меньшей нагрузкой, 6% так и не возобновили рабочую деятельность. Из 33% вернувшихся к работе 18% на это потребовалось до 3 месяцев, 12,5% от 3 месяцев до года и 2,5% больше года. При анализе диагнозов, пациенты с ИКД чаще всего имели клиническую стадию ХСН Н1(24%) и Н2А(66%) по классификации Василенко-Стражеского. До установки ИКД, 24% пациентов не получали никакой антиартимической терапии. Из получавших лечение(67%) 50% принимали бета-блокаторы, 41% амиодарон, по 9% соталол и пропафенон, 13% принимали этацизин. После установки ИКД, врачам удалось подобрать оптимальную медикаментозную терапию уже 88%, причём 100% утверждают, что, строго выполняют все назначения и предписания лечащего врача. Нам удалось выявить корреляционную связь ($p<0,05$):у пациентов после установки ИКД повысилась приверженность лечению, а также они стали строже соблюдать назначения лечащего врача. Большинство пациентов, имевших даже редкие разряды устройства(1-2), обращались в стационар с целью повторной программации($p<0,05$). Что свидетельствует о высокой настороженности пациентов и высоком уровне контроля над устройством. Таким образом, 91% опрошенных пациентов с ИКД посоветовали бы данное устройство другим пациентам с таким же диагнозом.

Кореневский П.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА ГАСТРОСТАЗА ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. А.Е. Щерба
2-ая кафедра хирургических болезней

Цель: выявить наличие гастростаза и сопутствующих осложнений у пациентов после проведения панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Установить причины их возникновения.

Материалы и методы исследования. Из исследования были исключены случаи резекции тела и хвоста поджелудочной железы (ПЖ), а также гепатопанкреатэктомии. После чего для анализа были доступны истории болезни 23 пациентов, которым была выполнена панкреатодуоденальная (ПДР) резекция в 9 ГКБ в период с 06/2008 по 07/2012 гг.. Средний возраст составил 59,6 года. Мужчин было -14, женщин - 9. Пилоросохраняющая ПДР (ППДР) была выполнена у 21, и тотальная панкреатэктомия со спленэктомией у 2. Технически гастроеюноанастомоз в 20 случаях выполнен конец в бок, впереди ободочной кишки, двухрядным швом, в 3 случаях гастроеюноанастомоз был выполнен конец в бок позади ободочной кишки.

Послеоперационный гастростаз определялся на основании критериев Международной исследовательской группы по хирургии поджелудочной железы (ISGPS).

Панкреатит культи ПЖ был определен как превышение уровня амилазы свыше 80 ед/л. в крови после проведения операции.

Результаты исследования. После операции из 23 пациентов один умер. Разного рода послеоперационные осложнения возникли у 14 (60,9%) пациентов. Послеоперационный гастростаз диагностирован у 11 (47,8%), как самостоятельное осложнение он был установлен у 5 больных, у 6 в сочетании с другими осложнениями. Острый панкреатит культи поджелудочной железы различной степени тяжести 8 (34,8%). У трех пациента панкреатит культи поджелудочной железы не сопровождался послеоперационным гастростазом. У 9 (81,8%) больных диагностирован послеоперационный гастростаз А степени, у 1 (9,1%) В степени и у 1-ого (9,1%) пациента С степени тяжести в соответствии с критериями ISGPS.

Средний срок госпитализации у пациентов с осложнениями 36,8 дней, Средний срок госпитализации у пациентов без осложнений 29,5 дней.

Выводы. 1. В половине случаев гастростаз сочетался с другими послеоперационными осложнениями (54,5%), в основном панкреатитом культи поджелудочной железы, что следует расценивать как причину нарушения эвакуации из желудка. 2.Послеоперационный гастростаз способствовал более длительному сроку госпитализации и соответственно стоимости лечения. 3. У пациентов которым гастроеюноанастомозом был наложен позади ободочной кишки не отмечалось возникновение гастростаза.

Короленко А.И.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ОПТИЧЕСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТНОКАРДИИ

Научный руководитель асс. Ласкина О.В
3-я кафедра внутренних болезней

Актуальность. Нестабильная стенокардия является наиболее тяжелым периодом обострения ишемической болезни сердца, свидетельствует о прогрессировании заболевания и угрозе развития инфаркта миокарда и связанных с ним осложнений. Несмотря на значительные достижения в современной медицине за последние несколько десятилетий отмечается неуклонный рост заболеваемости, инвалидности и смертности от ишемической болезни сердца во всех развитых странах, в том числе и в РБ, где на ее долю приходится порядка 58,6% всей сердечно-сосудистой смертности. Низкоинтенсивное оптическое излучение благодаря таким своим механизмам, как увеличение ионной проницаемости, инициирование свободнорадикальных реакций, повышение функциональной активности клеток, стимуляции выработки биологически активных молекул в коже и выработки оксида азота позволяет добиться анальгезирующего, иммуностимулирующего, десенсибилизирующего, сосудорасши-ряющего, де-

токсикационного, противовоспалительного, антиаритмического и противоотечного эффектов. Все вышеизложенные данные позволяют нам предположить, что использование низкоинтенсивного оптического излучения может быть эффективным при комплексом лечении нестабильной стенокардии.

Цель работы: сравнить эффективность лечения больных с ИБС:нестабильной стенокардией с применением низкоинтенсивного оптического излучения и без его применения, используя показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови, липидограммы и коагулограммы.

Методы и средства. В ходе работы было обследовано 30 пациентов и сформировано две группы больных: 1) в стационаре выполнялось только медикаментозное лечение, n=10. Пол: 54,6% мужчины ,45,4% женщины: Возраст 60,12±2,60 лет; 2) в стационаре выполнялось медикаментозное лечение и надвенное лазерное облучение крови , n=20 .Возраст больных составил 59,38±2,36 лет. Пол: 52,3% мужчины 47,7% женщины. Средство: Аппарат для надвенного лазерного облучения крови «Родник-1» длина волны 670 нм, мощность 23 мВт,

Результаты. 1) Включение надвенного низкоинтенсивного облучения крови в комплексную терапию пациентов с ИБС: нестабильной стенокардией приводит к уменьшению чистоты и интенсивности приступов стенокардии 2) При применении надвенного низкоинтенсивного облучения крови при ИБС: нестабильной стенокардии по лабораторным показателям отмечались гиполипидэмический и антикоагулянтный эффекты 3) Дешевизна и простота выполнения делают НЛОК доступным методом повышения эффективности лечения пациентов с ИБС: нестабильной стенокардией

Король М.С.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный руководитель ст. преподаватель Ушакевич И.Г.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

В настоящее время увеличилось число детей требующих оказания медико-социальной помощи. Так, в г. Минске с 2008 по 2012 г. показатель общей инвалидности детей (0-14 лет) вырос на 8,1%. В первичной детской инвалидности второе ранговое место занимают болезни нервной системы и за указанный период их число увеличилось на 24,5%. Все эти дети нуждаются в комплексной реабилитации, в том числе и медицинской.

Цель исследования: изучить историю развития и деятельность Минского городского центра медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями.

Методы исследования. Исторический, статистический.

Полученные результаты. При изучении архивных документов выделены основные этапы становления и развития центра, рассмотрена современная структура, методы реабилитации. Оценена эффективность деятельности. Установлено, что центр создан в 1980 году и был первым в Республике Беларусь. В 2001 году учреждение переведено в новое помещение, оснащённое современной аппаратурой. За годы существования центр изменил свою структуру, переориентирован на психоневрологическую патологию, внедрены стационаро-сберегающие технологии. Работа основана на мультидисциплинарном подходе, направленном на улучшение качества жизни детей. Программы реабилитации включают медицинские, педагогические и психологические воздействия, носят семейно-ориентированный характер. Выделена приоритетная группа — дети раннего возраста. Около 50% пациентов центра—дети-инвалиды. Расширен спектр методов реабилитации и диагностики, объективизирована их эффективность. Центр является базой для кафедр: БелМАПО, БГМУ, БГПА им. М. Танка. Научные сотрудники являются ведущими специалистами республики в области детской неврологии, психиатрии и дефектологии. Поэтому в учреждении получают медицинскую по-

мощь дети с наиболее сложной психоневрологической патологией из всех регионов республики. Социальными партнёрами учреждения являются: общественные организации, религиозные конфессии, международные фонды.

Таким образом, центр возник в связи с потребностями детского населения в реабилитационной помощи и развивался в соответствии с меняющейся структурой заболеваемости и инвалидности детей. В настоящее время реабилитация проводится на основании принципов «раннего вмешательства» и мультидисциплинарного подхода, что обусловило улучшение результатов деятельности. За семилетний период эффективность реабилитации возросла с 97,5 до 98,4%, сократилась средняя длительность пребывания пациентов с 41,6 до 25,3 дня, в 2,5 раза увеличилось количество пролеченных детей.

Король Е.Л.

ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМИВАНИЯ И ПОСТНАТАЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Прилуцкая В. А.
1-ая кафедра детских болезней

Актуальность исследования. Недостаточное поступление питательных веществ в первые дни и недели жизни недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении приводят к задержке постнатального физического развития (ЗПФР) ребёнка и неблагоприятно сказывается на результатах выхаживания данной группы пациентов.

Цель исследования: Оценить антенатальное и постнатальное физическое развитие (ФР) детей с ЭНМТ при рождении с применением нормограмм, и провести анализ их нутритивного статуса (НС) в течение первого месяца жизни.

Материалы и методы. Ретроспективно селективно оценивалось ФР и НС у 64 ребенка с ЭНМТ при рождении. Были сформированы 2 группы: группа 1 (Г1) – дети с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) (19) и группа 2 (Г2) – дети без ЗВУР (45). Для оценки ФР использованы нормограммы внутриутробного роста плода (Fenton TR. BMC Pediatr 2003;3:1). Все пациенты были рождены в роддоме ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», получали стационарное лечение в ОИТР и отделении выхаживания недоношенных в 2011 - 2012 годах.

Результаты. Основные клинические показатели недоношенных новорожденных с ЭНМТ при рождении: гестационный возраст, недели – 29,74±2,28 (Г1) и 26,78±1,44 (Г2); масса тела при рождении, г. – 821,11±118,47 (Г1), 902,56±103,75 (Г2); перцентиль массы тела при рождении – менее 3 – 57,89%, с 3 по 10 – 42,89% (Г1), с 10 по 50 – 77,78%, с 50 по 90 – 22,22% (Г2). Особенности динамики массы тела в сформированных группах: процент максимальной потери массы тела – 9,31±4,53 (Г1), 9,24±4,48 (Г2); возраст на момент максимальной потери массы тела, дни – 5,69±1,26 (Г1) и 7,15±3,13 (Г2); возраст на момент восстановления массы тела, дни – 13,77±4,62 (Г1), 16,69±6,59 (Г2). Возраст на момент начала ЭП, дни – (Г1) 2,31±0,89, (Г2) 2,84±1,78; первоначальный объём ЭП, мл/кг – 78,64±65,12 в Г1 и 45,52±39,84 в Г2. Перцентиль массы тела к концу неонатального периода: менее 3 – 94,74% (Г1) и 11,11% (Г2), с 3 по 10 – 5,26% и 55,56% соответственно.

Выводы. 1. Частота ЗПФР у детей с ЭНМТ к концу неонатального периода составила 100% в Г1 и 66,67% в Г2. 2. ЗПФР менее 3 перцентили гораздо чаще отмечалась у пациентов с ЗВУР. Одной из причин задержки постнатального ФР у недоношенных новорожденных с ЭНМТ при рождении могут быть тяжелое общее состояние данной группы пациентов, которое обуславливает неадекватное усвоение ЭП. 3. Выявленные особенности антенатального и постнатального ФР детей с ЭНМТ обосновывают необходимость разработки индивидуаль-

ных программ нутритивной поддержки, терапии и реабилитации для данной категории пациентов.

Коростик Д.В., Красевич Н.И.

СТЕНТИРОВАНИЕ МОЧЕТОЧНИКА В ЛЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Научный руководитель доц. Юшко Е.И.
Кафедра урологии

Актуальность. Одним из тяжелых осложнений течения беременности является острый гестационный пиелонефрит, который по сводным данным литературы встречается в 15-20% беременных. Существует несколько методов восстановления оттока мочи из верхних мочевых путей: временная катетеризация мочеточника (от 2 до 5 суток), установка внутреннего стента на длительное время (от 1-2 месяцев и более).

Цель исследования: изучить результаты использования метода стентирования мочеточника в комплексном лечении пациенток с гестационным пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены материалы обследования и лечения 24 беременных женщин с острым гестационным пиелонефритом, находившихся на лечении в урологических отделениях 4 ГКБ г. Минска с 2011 по 2012 гг.

Для анализа полученных результатов использовалась вся доступная медицинская документация, математические методы статистической обработки данных.

Результаты исследования. Острый гестационный пиелонефрит встречался в возрасте 23-25 лет у 11 (45,83%) пациенток, в возрасте 19-22 лет - у 8 (33,33%), в возрасте 26-31 года – у 5 (20,84%).

Сроки беременности, когда наиболее часто возникал острый гестационный пиелонефрит: 27-28 недель (8 пациенток –33,33%), 25-26 недель (7пациенток –29,17%), 31 неделя (4 пациентки – 16,67%), 29-30 недель (2 пациентки – 8,332%), 13 недель (1 пациентка-4,166%), 7 недель (1 пациентка – 4,166%), 21 неделя (1 пациентка – 4,166%).

Клинические проявления острого гестационного пиелонефрита: боли в области поясницы (у 22 пациенток – 91,67%), плохое самочувствие (у 19 пациенток – 79,17%), дизурия (у 9 пациенток – 37,5%), повышение температуры тела (у 9 пациенток – 37,5%), тошнота (у 7 пациенток – 29,17%), рвота (у 3 пациенток 12,5%), плохие анализы (у 24 пациенток – 100%).

Сопутствующие заболевания, на фоне которых развился острый гестационный пиелонефрит: мочекаменная болезнь (у 4 пациенток – 16,67%), цистит (у 3 пациенток – 12,5%), врожденная аномалия мочевыводящих путей (у 2 пациенток – 8,33%), хронический пиелонефрит (у 4 пациенток – 16,67%), дискенезия желчевыводящих путей (у 3 пациенток – 12,5%). Рецидивирующее течение хронического пиелонефрита установлена у 4 пациенток (16,67%).

Основным способом восстановления уродинамики в верхних мочевых путях было внутреннее стентирование мочеточника. У 12 пациенток (50%) данная процедура была проведена в день поступления, у 6 через 24-48 часов после поступления. У оставшихся 6 пациенток вначале на 2 – 5 суток устанавливался наружный стент мочеточника, который в последующем менялся на внутренний стент. Продолжительность дренирования почки, достаточная для адекватного пролонгирования беременности требует индивидуального подхода у каждой пациентки и составила у 8 пациенток 4 недели, у 3 пациенток 5 недель, у 5 пациенток 6 недель, у 5 пациенток 7 недель, у 2 пациенток 8 недель, у 1 пациентки 13 недель. Средняя продолжительность дренирования почки составила 6 недель.

Коршунов Н.С., Куксов М.С.

ВЛИЯНИЕ АКТИВАЦИИ И БЛОКАДЫ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ГАМК$_A$-РЕЦЕПТОРОВ НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ГИПО- И ГИПЕРТЕРМИИ

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Попутников Д.М.
Кафедра патологической физиологии

Введение. Одной из важнейших задач современной физиологии и медицины является изучение механизмов регуляции функций организма при гипо- и гипертермии.

При выполнении многих видов профессиональной деятельности, а также в условиях действия экстремальных климатогеографических факторов человек довольно часто встречается с воздействием низкой и высокой внешней температуры. В настоящее время в связи с интенсивным освоением севера, аридных зон и влажных тропиков, проведением работ в горячих цехах, использованием состояний общей гипо- и гипертермии в медицинской практике особую актуальность приобретает проблема механизмов срочной адаптации к действию температурного фактора, в реализации которых определяющее значение имеет деятельность сердечно-сосудистой системы.

Известно, что частота сердечных сокращений (ЧСС) является одним из важных показателей работы сердечно-сосудистой системы, фактором, необходимым для реализации жизненно важных функций организма. Выяснение особенностей деятельности сердца, а также изыскание средств направленной коррекции ЧСС в условиях действия на организм низких и высоких температур требуют глубокого и всестороннего изучения центральных механизмов регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы в этих условиях.

Цель работы: экспериментальное изучение влияния центральных ГАМК-ергических нейромедиаторных систем на направленность изменений ЧСС при гипотермии и гипертермии, вызываемых действием низких и высоких внешних температур.

Материалы и методы. Объектом проводимых исследований служили взрослые самцы белых крыс.

Предметом исследования являлось выяснение изменений ЧСС в условиях гипо- и гипертермии у крыс при активации и блокаде центральных рецепторов ГАМК.

Для изучения влияния ГАМК-ергических систем на показатели эффекторных процессов и механизмов терморегуляции производили введение агониста ГАМК$_A$-рецепторов мусцимола в дозе 1.0 мкг и их блокатора бикукуллина (0.5 мкг) в систему желудочков головного мозга.

Результаты. При гипотермии (понижение температуры тела на 7.5-8.0°С), возникающей в условиях действия низкой температуры, центральные ГАМК$_A$-ергические механизмы определяют снижение ЧСС. Блокада центральных ГАМК$_A$-рецепторов бикукуллином усиливает реакцию понижения ЧСС, вызываемого действием холода, что устраняется ваготомией.

При гипертермии (повышение температуры тела на 2.5-3.0°С), возникающей в условиях действия высокой температуры, центральные ГАМК$_A$-ергические механизмы определяют увеличение ЧСС. Блокада центральных ГАМК$_A$-рецепторов бикукуллином при гипертермии способствует более значительному повышению ЧСС, вызываемому действием тепла, у интактных и ваготомированных крыс.

Заключение. Центральные тормозные (ГАМК-ергические) механизмы, участвующие в регуляции ЧСС у крыс, функционируют в широком диапазоне температур тела (от 29.5°С до 39.5°С), что выявляется в экспериментах с введением агонистов и антагонистов ГАМК$_A$-рецепторов в желудочки мозга крыс, находящихся в состояниях гипо- и гипертермии, вызываемых действием низких и высоких температур. Фармакологические препараты, изменяющие активность центральных ГАМК-ергических механизмов, могут быть использованы с целью направленной коррекции ЧСС в условиях гипо- и гипертермии.

Корытько Т.А.

ВОЗМОЖНОСТИ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель ст. преп., п-к Пантюхов А.П.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Цель исследования: рассмотрение возможности и целесообразности создания и применения Центра медицины катастроф в Республике Беларусь.

анализ международного опыта функционирования службы медицины катастроф;

Методика проведения исследования. Исторический и статистический методы, а также метод экспертных оценок.

Мировой опыт показывает, что основную роль в спасении жизни и здоровья человека при чрезвычайных ситуациях (ЧС) играет первая медицинская помощь, оказанная безотлагательно на месте или вблизи происшествия, значительно увеличивающая шанс выживания. Фактор возникновения массового количества пострадавших при ЧС требует от спасателей постоянного совершенствования навыков и методов работы в экстремальных ситуациях.

Исходя из международного опыта предусматривается, что основными задачами созданного Центра медицины катастроф будут являться:

поддержание сил и средств Центра медицины катастроф в постоянной готовности к выдвижению к месту ЧС;

разработка планов предупреждения и ликвидации медицинских последствий ЧС, планов взаимодействия с другими организациями и ведомствами при ликвидации ЧС;

ликвидация медико-санитарных последствий ЧС;

участие в подготовке решений по созданию, размещению, определению номенклатурного состава и объема резервов материальных ресурсов, необходимых для ликвидации ЧС;

пропаганда знаний в области защиты населения и территорий от ЧС, участие в подготовке населения и работников организаций к действиям в условиях ЧС;

разработка предложений органам муниципальной власти по вопросам правового и технического обеспечения деятельности Центра медицины катастроф;

участие в разработке нормативных документов по вопросам организации и проведения аварийно-спасательных и неотложных работ;

международное сотрудничество в области медицины катастроф.

Выводы. Создание Центра медицины катастроф в Республике Беларусь увеличит возможности системы ГСЧС Республики Беларусь при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Целесообразно Центр медицины катастроф:

передать в прямое подчинение Министра МЧС с целью увеличения оперативной готовности;

разместить в г. Минске из-за наличия аэродрома и авиаэскадрильи МЧС, специализированных медицинских центров, клинических больниц и др.;

финансировать из средств СНГ (таможенного союза, стран организаций ОДКБ), что повлечет за собой возможность использования Центра для ликвидации последствий ЧС в других странах, позволит иметь универсальный опыт ликвидации последствий ЧС, совершенствовать оснащение Центра, уменьшить расходы на его финансирование;

Создание аэромобильного госпиталя в составе Центра медицины катастроф целесообразно только при условии активного применения Центра при ликвидации последствий ЧС в других странах.

Сергеева Е.И., Костенко М.К

FOOD HYGIENE

Научный руководитель ст. преп. Митерева Г.В.
Кафедра иностранных языков

Microorganisms including bacteria, viruses and moulds found in food can cause food poisoning, leading to a whole host of unpleasant symptoms.

Food poisoning can sometimes lead to gastroenteritis, which is inflammation of the stomach and bowel, or even more serious health problems, such as blood poisoning (septicaemia) and kidney failure.

Food hygiene is impossible without healthy stored food, their preparation, and the general rules of hygiene in the house-hold.

Storing food correctly can help maintain its quality so that it will be safe to eat. Growth of germs can also be prevented by keeping food cold. Food poisoning is caused by fungi and may arise from eating processed products of cereals, moldy nuts, fruits and vegetables. The main measure to prevent mycotoxicosis – is to store food in the cold storage at low humidity.

Food contamination from synthetic chemicals such as pesticides has been of growing concern to health authorities. Naturally occurring microbiological food contaminants are a growing threat to the world's general health. Additives must be assessed for safety before they can be used in food. Acrylamide is a chemical produced naturally in food as a result of cooking starchy rich food at high temperatures, such as when baking or frying.

Food hygiene determines the amount of calories wich have to be consumed every day with food. Their number depends on the sex, level of physical activity, a person's age.

Eating too little to maintain a healthy weight (anorexia) or eating only to throw up the calories (bulimia) are both eating disorders, which are harmful to a person's health.

Everyone needs a certain amount of fat in their diet — up to 30% of total calories — so no one should eat a completely fat-free diet. Being is an essential building block for lifelong bone health in both men and women, calcium is one of the key nutrients that your body needs in order to stay strong and healthy.

Special attention should be paid to the preservation and preparation of food in a manner that ensures the safety of the food for human consumption, minimizing the risk of food poisoning.

Костюкович Е.В., Барсумян А.К.

ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА БАЗЕ РНПЦ «КАРДИОЛОГИЯ»

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Севрукевич В.И.,
канд. мед. наук Жигалкович А.С.
Кафедра кардиохирургии с курсом трансплантологии БелМАПО

Цель исследования: ознакомить слушателя с методикой лечения фибрилляции предсердий (ФП) на открытом сердце при сочетанной клапанной патологии в РНПЦ «Кардиология», оценить успешность данной методики, динамику достигнутого результата и сравнить с зарубежными данными.

ФП– распространенная суправентрикулярная аритмия, характеризующаяся хаотическим сокращением предсердия, являющаяся наиболее частой аритмией у пациентов с клапанными пороками сердца. Существует несколько классификационных систем ФП. В ходе данного исследования мы использовали систему, разработанную ACC/AHA/ESC в 2006 году в рамках «Рекомендаций для лечения пациентов с ФП» и ESC в 2010 году «Рекомендации по лечению Фибрилляции предсердий». Данная система классификации рекомендована белорусской ассоциацией ритма сердца.

Частота распространенности ФП по приблизительным подсчетам составляет 0,4% от общей популяции и с возрастом увеличивается. Популяционные исследования выявили, что

распространенность заболевания составляет менее 1% у больных моложе 60 лет и более 6% у больных старше 60 лет. Распространенность с поправкой на возраст, выше у мужчин. Чаще всего ФП встречается у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (СН) или клапанными пороками сердца, с увеличением выраженности симптомов этих заболеваний тяжесть ФП также возрастает. По данным Фремингемского исследования, заболеваемость с поправкой на возраст за 30-летний период наблюдения увеличилась, что свидетельствует о возрастающей роли ФП в структуре заболеваемости населения.

На основании исследований по картированию на животных и человеческих моделях ФП J.Cox разработал хирургическую методику под названием «операция лабиринт», которая приводит к излечению от ФП у более чем 90% выбранных пациентов. Частота смертности при изолированной операции «лабиринт» составляет менее 1%.С учетом успеха хирургических методов лечения ФП были разработаны различные методики катетерной абляции.

На сегодняшний день золотым стандартом в хирургии ФП является операция MAZE (“лабиринт”). В нашем исследовании мы проанализировали результаты 100 операций радиочастотной (РЧА) модификации процедуры MAZE, выполненной одновременно с хирургической коррекцией порока сердца.В большинстве случаев (85%) проводилась монополярная радиочастотная орошаемая абляция (электрод MedtronicSurgicalPen), в остальным случаях (15%) проведена биполярная орошаемая абляция (MedtronicBP 2).

У всех пациентов до операции имела место персистирующая/длительно персистирующая форма ФП, средняя продолжительность которой составила 34±16 месяцев. В сроке наблюдения 16,8±6,7 месяцев после операции синусовый ритм получен у 81,6% пациентов, из них у 8 (10%) имелась необходимость в секвенциальной (DDD/DDDR) стимуляции сердца.

Радиочастотная модификация MAZE процедуры является эффективным и безопасным хирургическим пособием в отношении хронической формы фибрилляции предсердий у пациентов с клапанной патологией и широко используется в РНПЦ «Кардиология».

Костюкович Е.К.

ЭКССУДАТИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ГЛАЗА В ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чекина А.Ю.
Кафедра глазных болезней

Цель: проанализировать клиническое течение экссудативно-воспалительной реакции в глазу после экстракции катаракты и оценить эффективность медикаментозного лечения.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты лечения и клинического течения экссудативно-воспалительной реакции (ЭВР), возникшей у 27 пациентов после экстракции катаракты, проведенной в офтальмологических отделениях 3 ГКБ г. Минска в 2011–2012 гг. Из них факоэмульсификация (ФЭК) была выполнена у 22 пациентов, экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) – у 4 пациентов, интракапсулярная криоэкстракция (ИЭК) – у 1 пациента. Инфекционная ЭВР в виде острого эндофтальмита имела место у 4 пациентов; в виде хронического (позднего) эндофтальмита – у 1. Неинфекционная ЭВР в виде экссудативного иридоциклита различной степени тяжести наблюдалась у 22 пациентов. Клинические проявления ЭВР 1 степени имели место у 3,7% пациентов; 1-2 ст. – 7,5%; 2 ст. – 25,9%; 2-3 ст.– 25,9%; 3 ст. – 18,5%; 4 ст.– 18,5%.

В соответствии с проводимым лечением ЭВР пациенты были разделены на 3 группы: 1-й группе пациентов (18 человек) назначали дексаметазон субконъюнктивально; 2-й группе (5 человек) – дексаметазон субконъюнктивально (с/к), в переднюю камеру (п/к), интравитреально (и/в) и гентамицин парабульбарно (п/б); 3-й группе (4 человека) – трикортал парабульбарно, дексаметазон и гентамицин субъконъюнктивально.

Результаты. ЭВР разрешилась: в 1-й группе – через 6,3 дней, во 2-я группе – через 9,4 дней, в 3-й группе – через 6,25 дней. При 2-й ст. ЭВР дополнительное назначение гентамицина и трикортала п/б, дексаметазона в п/к, и/в не влияло на скорость разрешения ЭВР. При 2-й и 2-3 ст. ЭВР назначение трикортала п/б и гентамицина с/к не способствовало ускорению разрешения ЭВР по сравнению с введением дексаметазона с/к; в некоторых случаях отмечалось усиление экссудации в п/к и отека роговицы. При 4-й ст. ЭВР дополнительное введение дексаметазона в п/к, и/в способствовало более быстрому рассасыванию экссудата и нитей фибрина в п/к, уменьшению отека роговицы, что в итоге способствовало повышению остроты зрения, особенно во 2-й группе пациентов, где наблюдались более тяжелые клинические проявления ЭВР. Небольшое количество наблюдений требует дальнейшего изучения.

Заключение. Разрешению неинфекционной ЭВР способствует назначение глюкокортикостероидов (дексаметазон) субконъюнктивально при 1, 2 степенях и дополнительное введение дексаметазона интравитреально, в переднюю камеру при 4-й ст. ЭВР. При инфекционной ЭВР эффективность лечения повышает комбинированное использование глюкокортикостероидов, аминогликозидов и фторхинолонов.

Котова Д.Ю.

THE IMPORTANCE OF THE DEVELOPMENT OF CHILDHOOD ONCOLOGY

Научный руководитель преп. Саянова Г.И.
Кафедра иностранных языков

This study deals with one of the most prominent problems of the humanity - the development of childhood cancer. Medical statistic data are relentless: every year 200.000 children fall ill with cancer and about 100.000 die.

The types of cancer that occur most often in children are different from those seen in adults. The most common cancers of children are:

- Leukemia – 34% (Cancer of the bone marrow and blood. Symptoms: bone and joint pain, fatigue, weakness, bleeding, fever, weight loss),
- Brain and other tumors of the nervous system – 27% (Start in the lower parts of the brain, such as the cerebellum or brain stem. Symptoms: headaches, nausea, vomiting, blurred or double vision, dizziness, and trouble walking or handling objects),
- Neuroblastoma – 7% (A form of cancer that starts in early forms of nerve cells found in a developing embryo or fetus. Symptoms: bone pain and fever. It is noticed as swelling),
- Wilms tumor – 5% (A cancer that starts in one or both kidneys. Symptoms: swelling or lump in the belly, fever, pain, nausea, or poor appetite),
- Lymphoma – 4% (A cancer that starts in certain cells of the immune system called lymphocytes. Symptoms: weight loss, fever, sweats, weakness, and swollen lymph nodes in the neck, armpit, or groin),
- Rhabdomyosarcoma – 3% (Starts in cells that normally develop into skeletal muscles. Symptoms: pain, swelling, lump),
- Retinoblastoma – 3% (Eye cancer. Symptoms: a child’s eye looks unusual – the pupil is white or pink),
- Bone cancer – 3% (Symptoms: osteosarcoma causes bone pain that becomes worse at night or with activity, swelling in the area around the bone; Ewing sarcoma is common primary bone cancer, which can also cause bone pain).

Doctors of the world fight against this disease, therefore there are a lot of childhood cancer centers worldwide and new ones are developing. Here are some examples: USA (Hospital in Philadelphia and Boston), UK (Colney Cancer Center, Royal Free Hospital), Germany (University Hospitals in Heidelberg, Hamburg, Freiburg), Russia (Russian Cancer Research Center, Medical Radio-

logical Research Center, Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery), Ukraine (Kiev City Oncology Hospital, Republican Children's Hospital).

In October, 1997 Research Center for Pediatric Oncology, Hematology and Immunology of Ministry of Health was opened in the Republic of Belarus. This Center significantly raises the overall cancer surviving. The results obtained during the treatment correlate to international level.

Due to modern methods of treatment 70% of children survive. Other 30% - a thousand and a half every year - might survive. But this field is still facing such challenges as lack of economic funds, blood donations and adequate pre- and postoperative care.

Котова Т.В., Котова Е.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Васильева Л.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность вопроса. Актуальность проблемы лечения опухолей и опухолевидных образований яичников не вызывает сомнения. По данным разных авторов, частота данной патологии яичников за последние 10 лет увеличилась с 6-11% до 19-25% среди других опухолей половых органов. Рациональный подход к предоперационному обследованию пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников предполагает минимальную инвазивность и максимальную информативность методик. Это особенно важно в аспекте сохранения здоровья молодых женщин в условиях существующей демографической ситуации в Республике Беларусь.

Цель исследования: Оптимизация предоперационной подготовки пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Объект исследования. 68 женщин, оперированных по поводу опухолей и опухолевидных образований яичников в Учреждении здравоохранения «6 городская клиническая больница» города Минска с января 2011 года по октябрь 2012 года.

Материал исследования. Архивные данные гинекологического отделения Учреждения здравоохранения «6 городская клиническая больница» города Минска.

Обсуждения и выводы. Женщины в возрасте от 18 до 34 лет, которые несут основной репродуктивный потенциал общества, составили 61,6% всех исследуемых. В 60,3 % случаев наличие образований яичников протекало бессимптомно. Длительность существования образования в исследуемой группе женщин колеблется от 1 месяца до 8 лет.

С целью выбора наиболее щадящих, неинвазивных либо малоинвазивных, но в то же время диагностически значимых методов обследования женщин с данной патологией были сопоставлены эхоструктуры объемных образований яичников с их гистологической структурой, данные ультразвукового исследования органов малого таза с данными гистологического и цитологического исследования соскобов эндометрия, эндоцервикса; цитологического исследования пунктата позадиматочного пространства; проанализирована гистологическая структура опухолей и уровень СА-125.

Выводы. 1.Ультразвуковой метод исследования является высокоинформативным в диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников; позволяет с высокой достоверностью диагностировать структуру ряда образований яичников. 2.Ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием является более информативным для диагностики характера опухоли яичника в сравнении с цитологическим исследованием содержимого брюшной полости, полученном при кульдоцентезе. 3.Ультразвуковой метод в диагностике патологии эндометрия можно рассматривать альтернативой раздельному диагностическому выскабливанию (аспирационной биопсии).

Предлагаемая оптимизация предоперационной подготовки пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников позволит сохранить репродуктивное здоровье женщины, сократить продолжительность предоперационного обследования, снизить затраты государства на диагностические манипуляции в условиях стационара.

Кохановская Б.Ф.

РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ С РАЗРЫВОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Полякова С.М.
Кафедра патологической анатомии

За последние 2 десятилетия в большинстве развитых стран отмечается неуклонный рост хирургических вмешательств по поводу аневризм и расслоений грудного отдела аорты.

Среди общего количества работ, посвященных аневризмам и расслоениям аорты, лишь очень небольшое число их касается статистической обработки данных заболеваемости этими опасными недугами.

Настораживает «омоложение» данного заболевания – среди умерших возрастает количество людей до 50 лет, при этом мужчины страдают в 2-3 ража чаще чем женщины.

Цель: изучение гистологических проявлений, и этиологии расслаивающей аневризмы аорты. Проведение сравнительного анализа расслоений грудного и брюшного отделов аорты на базе «МГКПАБ» за 2011 – 2012 гг.

Объектом исследования послужили материалы историй болезней и вскрытий (расслаивающая аневризма аорты с разрывом), умерших больных за 2011-2012гг. на территории г. Минска.

В работе были использованы морфологический и статистический методы.

По полученным данным чаще встречается расслаивающая аневризма грудного отдела аорты – 60%, расслоение брюшной аорты составляет 40% .

Основными причинами появления данного заболевания в последнее время является атеросклероз и медионекроз, тогда как сифилитический мезоаортит и неспецифический аортоартериит практически не встречаются.

В случае разрыва расслаивающей аневризмы грудного отдела возможны кровотечения в перикардиальную, плевральну полости, в клетчатку заднего средостения. При разрыве брюшного отдела аорты – в забрюшинное пространство и брюшную полость.

Таким образом можно отметить, что этиологическим фактором при поражении брюшного отдела аорты является атеросклероз на разных стадиях развития в сочетании с артериальной гипертензией. При разрыве аневризмы в грудном отделе, на ряду с артериальной гипертензией и атеросклерозом, важным этиологическим фактором является синдром Гзеля-Эрдгейма.

Кравец А.А

MULTIPLE SKLEROSE: EPIDEMIOLOGIE, ÄTIOLOGIE, KLINIK UND BEHANDLUNDSSTRATEGIEN

Научный руководитель канд. филол. наук, доц. Молош Н.К.

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronische fortschreitende entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems (Gehirn und Rückenmark). Die Erkrankung ist von erheblicher arbeits- und sozialmedizinischer Bedeutung, weil sie hauptsächlich junge berufstätige und gesellschaftlich aktive Menschen betrifft. Ein deutlicher Unterschied ist bei der geographischen Verteilung dieser Erkrankung festzustellen. Die mittlere Überlebenszeit liegt bei etwa 30 Jahren nach Erstmanifestation.

Die Ätiologie der Multiplen Sklerose ist trotz intensiver Forschungsarbeit bislang nicht geklärt. Das Konzept der multifaktoriellen Erkrankung definiert eine Erkrankung als abhängige von verschiedenen genetischen sowie Umweltfaktoren. Gemeinsam lösen diese Faktoren eine Kaskade von Entzündungen, De- und Remyelinisierung, Axonverlust, Gliose und Neurodegeneration aus, deren klinische Korrelate Phasen von Schüben und Remissionen sind. Der zeitliche Abfolge und Art und Weise des Auftretens der Symptome nach wird die Multiple Sklerose in verschiedene Verlaufsformen eingeteilt . Die Symptome können je nach dem Ort des Befalls (im Gehirn oder Rückenmark) sehr unterschiedlich sein. Sie sind bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger ausgeprägt , können anhalten oder bleiben, sich aber auch völlig oder nur teilweise wieder zurückbilden. Zu den häufig auftretenden Symptomen gehören spastische Paresen mit kloniformen Reflexen und positivem Babinski-Reflex, Parästhesien, Hypästhesien oder Störungen des Lageempfindens. Alterationen des visuellen Systems manifestieren sich oft in Form einer Retrobul-bärneuritis, internukläerer Ophthalmoplegie oder Blickparesen mit Nystagmus. Des Weiteren kommen solche Symptome wie Gang- oder Standataxie vor, Intentionstremor, Dysdiado-chokinese und skandierende Sprache häufig. Als „Charcot-Trias“ wird die nach Jean Martin Charcot benannte Symptomenkombination von Nystagmus, Intentionstremor und skandierender Sprache bezeichnet. Als Grundlage der Diagnosestellung dient die im Jahr 2010 überarbeitete Fassung der McDonald-Kriterien, die eine Integration bzw. stärkere Gewichtung der Magnetresonanztomographie (MRT) bei der Diagnosestellung vorschlagen.

Eine kausale Therapie der MS wird bis heute nicht durchgeführt. Die aktuelle MS-Therapie gliedert sich in die Therapie des akuten Schubes (Glukokortikosteroide, Plasmapherese), die Basistherapie (Interferon-beta, Glatirameracetat,) und die symptomatische Therapie (z. B. Physiotherapie). Inzwischen gibt es einige viel versprechende Ansätze für die Behandlung der MS in Zukunft. Sowohl neue Substanzen als auch die Kombination bereits verwendeter Therapien werden untersucht (Stammzellentransplantation, Natalizumab, Mitoxantron, Immunglobuline, monoklonale Antikörper usw.)

In dieser Arbeit wurden die epidemiologischen Daten(Häufigkeit, Alter, geschlechtliche Unterschiede), sowie Behandlungsmöglichkeiten und Strategien von deutschsprachigen und russischsprachigen Regionen verglichen. In Deutschland sind nach der Angaben vieler Untersuchungen zwischen 80 und 150 Menschen pro 100.000 Einwohner betroffen. Ähnliche Zahlen werden für die Schweiz (110/100000) und Österreich (98/100000) angegeben. Nach aktuellen Schätzungen liegt die Krankheitshäufigkeit in Belarus bei 36-45 Erkrankten pro 100.000 Einwohner, in Russland und in der Ukraine ist die Statistik vergleichbar. Deutschsprachige Länder zählen somit zu den Ländern mit hoher Prävalenz, während russsischsprachige – mit mittlerer. Die Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie die Männer. Die Behandlungsmöglichkeiten sind in den Europäischen Staaten wegen des finanziellen Aspektes und reicherer Auswahl der therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen besser.

Алиновская С.В., Красевич Н.И.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО СВИНЦОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Герменчук И.А.

1-я кафедра внутренних болезней

Актуальность темы. Как известно, свинец относится к числу самых старых промышленных ядов, изучению действия которого посвящено значительное количество работ. Однако вопросы сатурнизма как в области патогенеза свинцовой интоксикации, так и в отношении лечебно-профилактических мероприятий остаются и в настоящее время весьма актуальными. Это определяется огромным народнохозяйственным значением свинца.

Цель работы: изучить особенности диагностики хронических свинцовых отравлений.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного анализа историй болезней пациентов с хронической свинцовой интоксикацией. Свинец и его неорганические соединения широко применяются в промышленности при изготовлении различных сплавов, аккумуляторов, припоев, защитных средств от ионизирующего излучения, в производстве хрусталя, красок, глазури, косметики и др. В производственных условиях свинец поступает в организм человека через органы дыхания, проникая в кровь, депонируется во многих органах (костях, мышцах, печени, почках, головном мозге, миокарде, лимфоузлах). При длительном контакте формируется хроническая интоксикация свинцом, ранним и специфическим проявлением которой является нарушение биосинтеза порфиринов и гема. Свинец угнетает активность ферментов (дегидратазы АЛК и гемсинтетазы). В результате повышается содержание АЛК в крови и моче, вследствие чего нарушается цепочка образования гема, развивается анемия. Свинец также оказывает непосредственное цитотоксическое действие на мембрану зрелых эритроцитов, разрушая их, что вызывает активацию эритропоэза (увеличение количества ретикулоцитов и эритроцитов с базофильной зернистостью). Вслед за лабораторными сдвигами формируются клинические проявления интоксикации: поражение центральной нервной системы (астенический синдром, полиневропатия, энцефалопатия), токсическое поражение печени, «свинцовая» колика и др.

Для диагностики свинцовой интоксикации оцениваются наиболее частые симптомы: "свинцовый колорит" - бледно-землистая окраска кожных покровов; свинцовая кайма на деснах; ретикулоцитоз и обнаружение базофильнозернистых эритроцитов выше 16-20 на 10 000 эритроцитов методом "обогащения"; увеличение содержания копропорфирина в моче (более 60 % или выше 6 баллов); большое количество свинца в моче (0,05 мг/л и выше). Критерием диагностики свинцовой интоксикации является совокупность этих признаков. Возникают сложности при диагностике из-за полиморфной клинической картины.

Красевич Н.И., Алиновская С.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Сукало А.В.,
канд. мед. наук, асс. Байко С.В.
1-я кафедра детских болезней

Цель работы: изучить эпидемиологию, частоту встречаемости, сезонность проявления, клинико-лабораторные особенности течения гемолитико-уремического синдрома (ГУС) у детей в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Проведен сплошной, ретроспективный анализ историй болезней 169 детей, находившихся на стационарном лечении в Республиканском центре детской нефрологии и почечной заместительной терапии по поводу ГУС с января 2005г по январь 2013г. Средний возраст детей 1,42 года (0,25-15,33 лет), соотношение мальчиков и девочек 87:82. Из 169 пациентов в проведении диализа нуждались 113 (66,9%): 20 в гемодиализе (ГД) и 97 в перитонеальном диализе (ПД).

Результаты. Причину ГУС установить удавалось только в 31% случаев по положительному экспресс-тесту на антиген E.coli O157 или выявлению веротоксина. Столь низкий уровень диагностики причинно-значимого агента связан с широким применением антибиотиков до поступления ребенка в центр диализа.

Среднее количество случаев ГУС составляет 21 в год (12,1 на млн. детского населения в возрасте 0-17 лет в год).

Распределение случаев ГУС неравномерное по республике: максимальное количество зафиксировано в г. Минске – 45 (26,6%), реже в Минской области – 28 (16,6%), Гродненской 24 (14,2%), Витебской – 23 (13,6%), Брестской и Могилевской по 18 (10,7%), и наименьшее в самой большой области – Гомельской – 13 (7,7%).

Дети с данной патологией чаще относились ко 2-й группе крови – 38,9%, реже 1-ой – 29,9%, 3-й – 19,8% и 4-й – 10,8%.

Наиболее часто дети болели ГУС летом – 75 случаев (44,4%), реже весной и осенью – 41 и 35 (24,3 и 20,7%), и очень редко зимой – 18 (10,7%). Наибольшее количество госпитализаций наблюдалось в июне и наименьшее в декабре.

Длительность госпитализации пациентов с ГУС без диализа была значительно меньше, чем у тех, кому проводился ГД или ПД (17,9±5,7 дня, против 31,9±9,9 и 32,3±11,9, соответственно, $p<0,05$).

Применение ПД у детей с ГУС привело к значительному снижению смертности с 22,1% в 2004г до 2,4% в 2005-2012 г. ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, ГУС остается частой патологией в детском возрасте. Наибольшее количество случаев ГУС фиксируется в г. Минске, с увеличением заболеваемости в летнее время и пиком в июне месяце.

Красильников П.А.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОРНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВОГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель асс. Мельниченко Ю.М.
Кафедра морфологии человека

Детальное исследование корневой системы зубов имеет не только теоретическое, но и практическое значение при эндодонтическом лечении. Наибольшую сложность для эндодонтического лечения представляют моляры в связи с их удаленным расположением в зубной дуге и наличием нескольких корней. Знание анатомических вариаций корневой системы моляров в большой степени определяет успех лечения этих зубов.

Цель: выявить особенности морфологии корневой системы первого постоянного моляра нижней челюсти.

Изучено 22 первых постоянных моляра нижней челюсти, удаленных у пациентов 8-й городской клинической стоматологической поликлиники г. Минска и 1-й городской стоматологической поликлиники г. Борисова в связи с обострением хронического апикального периодонтита и маргинального периодонтита, а также с целью санации ротовой полости. На удаленных зубах с помощью штангенциркуля измерялись длина зуба, высота коронки и длина корня. Зубы были также сфотографированы с помощью стереомикроскопа Leica MS5 и измерены в программе Leica Application Suit V3. Был определён угол расхождения корней, степень и направление изогнутости корней.

Первый моляр нижней челюсти является самым крупным зубом на нижней челюсти. Обычно этот зуб имеет 2 корня: мезиальный и дистальный. Средняя длина зуба составляет 21,9мм, высота коронки – 7,3мм, средняя длина мезиального корня – 16,5мм, дистального корня – 14мм. Дистальный корень чаще всего прямой и отклонен дистально; мезиальный уплощен в переднезаднем направлении и изогнут в основном дистально (в настоящем исследо-

вании отмечен изгиб этого корня от 15˚ до 40,4˚. Угол расхождения корней варьирует от 14,9˚ до 58,2˚.

Результаты исследрвания. Было выявлено, что мезиальный корень чаще всего изгибается в средней трети в различной степени, средний угол отклонения составил 29,6˚; дистальный корень обычно прямой.

***Красинская* С.Н.**

ВОЗМОЖНОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Царёва С.Н.
Кафедра акушерство и гинекология

Цель исследования: изучение течения беременности и родов через естественные родовые пути у женщин после операции кесарева сечения.

Методика исследования. В основу был положен ретроспективный анализ 40 историй родов женщин, родивших через естественные родовые пути с кесаревым сечением в анамнезе (основная группа) и 40 историй родов через естественные родовые пути без кесарева сечения в анамнезе (контрольная группа).

Результаты исследования. Основная группа: средний возраст -30 лет; сопутствующие заболевания: генитальные-30% (эрозия шейки матки-27,5 %, миома-2,5%), экстрагенитальные-50%. Количество беременностей, родов: бер.2, роды 2 -77,5%; бер.3, роды 3 -5%; бер.4, роды 3 -2,5%; бер.3, роды 2 -15%. Кесарево сечение было от 3 до 11 лет назад (ср.-4). 70% из них было выполнено планово, 30%-экстренно. Показаниями к плановому кесареву сечению были: внутриутробная гипоксия-5%, крупный плод-5%, тазовое предлежание-90%. Показания к экстренному: первичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся коррекции-82,5%, угрожающая гипоксия плода-17,5%. Течение послеродового периода у всех женщин - без особенностей.

Течение настоящей беременности: 20%- без особенностей, 80%:ОРВИ без подъёма t-25%, кольпит-65%, анемия лёгкой степени-25%, гестоз лёгкой степени-2,5%.

Диаметр рубца накануне родов - от 5,1 мм до 5,7 мм (ср.- 5,6 мм). Локализация плаценты: на задней стенке -95%, на передней и в области дна матки -5%. Срок родоразрешения: от 271 дня до 291 дня (ср.- 277 дней). Родостимуляция не была выполнено ни у одной из женщин. 1-ый период родов длился от 4 часов 50 минут до 7 часов 40 минут (ср.- 7 часов 10 минут), 2-ой-от 15 минут до 30 минут (ср.- 20 минут), 3-ий-у всех 10 минут. Особенности родов у 30%: разрыв шейки матки 1 степени -5%, угрожающий разрыв промежности-25%. Объём кровопотери составил от 200 мл до 400 (ср. 300 мл). У всех женщин послеродовый период протекал нормально. Оценка новорожденных по шкале Апгар: 8/9 -40 %, 8/8-60%.

Вес новорожденных составил от 3100 г до 3900 г (ср.3530 г), рост от 50 до 54см (ср.53 см).

Рубец на матке после родов: от 15 до 31 мм (ср.25 мм).

Контрольная группа: средний возраст-31 год; сопутствующие заболевания: генитальные-15% (эрозия шейки матки), экстрагенитальные-60%. Количество беременностей, родов: бер.2, роды 2 -70%; бер.3, роды 3 -15%; бер.3, роды 2 -15%. Течение настоящей беременности: 55%- без особенностей, 45%: ОРВИ без подъёма t-20%, кольпит-15%, анемия лёгкой степени-10%. Срок родоразрешения: от 272 дня до 295 дня (среднее 276 дней). 1-ый период родов длился от 5 часов 20 минут до 6 часов 55 минут (ср.- 6 часов 20 минут), 2-ой-от 15 минут до 25 минут (ср.- 20 минут), 3-ий-у всех 10 минут.

Особенности родов у 20% (угрожающий разрыв промежности). Объём кровопотери составил от 150 мл до 300 (ср. 250 мл). У всех женщин послеродовый период протекал нормально. Оценка новорожденных по шкале Апгар: 8/9 -65 %, 8/8-35%. Вес новорожденных составил от 3000 г до 3870 г (ср.3470 г), рост от 49 до 54см (ср.52 см).

Вывод. Родоразрешение женщин с рубцом на матке возможно через естественные родовые пути с благоприятным исходом как для матери, так и для ребёнка при соблюдении следующих условий: гладкое операционное и послеоперационное течение, благоприятное течение настоящей беременности, полноценный рубец на матке, локализация плаценты вне рубца, средние размеры плода, подготовленные родовые пути.

Крат М.И.

СИНДРОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Научный руководитель канд. биол. наук, ст. преп. Юшкевич Е.В.
Кафедра морфологии человека

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - один из самых трудных и противоречивых диагнозов, с которым приходится сталкиваться практикующим врачам-стоматологам. Разнообразие клинических проявлений дисфункции височно-нижнечелюстного сустава определяется полиэтиологичностью (множественными определяющими факторами) развивающихся в нем патологических изменений, что усложняет диагностику и лечение.

Самой частой причиной развития дисфункции ВНЧ-суставов является стресс. Не менее распространенными причинами дисфункции ВНЧС являются ошибки стоматологов всех специальностей или несоблюдение пациентами рекомендаций специалистов.

Существует множество разных симптомов поражения височно-нижнечелюстного сустава: щелчки и другие шумы в самом суставе, головная боль, блокирование (захват, запирание) сустава, изменение прикуса, ушные симптомы, повышенная чувствительность зубов, воспалительные симптомы сустава.

В США и Европе затраты на лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава находятся на втором месте, уступая только терапии злокачественных опухолей. Около 57% пациентов, обращающихся за помощью к стоматологу, имеют те или иные жалобы на нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. От 14% до 29% детей и подростков страдают данным заболеванием. Это говорит о высокой актуальности данной проблемы.

Поскольку дисфункция ВНЧ-суставов трудно поддаётся лечению, а многие стоматологи не имеют достаточной подготовки для оказания помощи таким пациентам, то пациенты не получают требуемой своевременной помощи и ходят от одного врача к другому, и не только стоматологам, но и к терапевтам, отоларингологам, невропатологам и другим специалистам. Чтобы достичь успеха в терапии, необходим комплекс мер: ортодонтическое лечение для исправления прикуса, хирургическое вмешательство, перелечивание зубов, протезирование, физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапия. Большая роль уделяется и самолечению.

В данном сообщении проанализированы литературные данные и представлена систематизация топографо-анатомических особенностей строения височно-нижнечелюстного сустава.

Крача А. А., Ревенко Н. Е.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Ревенко Н. Е.
Кишиневский Государственный Медицинский Университет

им. Николае Тестемицану, Республика Молдова, Департамент Педиатрии

При ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) производство свободных радикалов кислорода превышает антиоксидантный бариер клеток.

Цель: определение уровня прооксидантных и антиоксидантных параметров при различных вариантах ЮИА.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 детей с ЮИА (диагноз установлен в соответствии с критериями ILAR 1997) [мальчики – 98 (65,3%), девочки – 52 (34,7%)]. Средний возраст детей с ЮИА был 134,22±4,71 месяцев. Продолжительность заболевания составляла в среднем – 36,19±3,22 месяцев. Прооксидантные и антиоксидантные параметры были определены у 90 детей с ЮИА.

Результаты. Анализ детей с ЮИА в соответствии с клинической формой выявил следующее: системная форма была диагносцирована у 18 детей (12,0%), полиартикулярная – у 59 детей (39,3%), олигоартикулярная – у 61 детей (40,7%), артрит в ассоциации с псориазисом – у 2 детей (1,3%), артрит в сочетании с энтезитами – у 9 детей (6,0%), другие артриты – у 1 ребёнка (0,7%). Уровень прооксидантной тотальной активности в целом по группе у детей с ЮИА составлял в среднем 18,62±1,95 µмол/л (в норме – 5,78±0,78 µмол/л), уровень малондиалдегиды – 21,15±0,9 µмол/л (в норме – 10,15±1,27 µмол/л), $p<0,001$. Уровень супероксиддисмутазы в целом по группе у детей с ЮИА составлял в среднем 1130,77±29,21 ує/л (в норме – 1196,79±50,10 ує/л), антиоксидантной тотальной активности – 22,17±1,76 ммол/л (в норме – 24,02±1,25 ммол/л), каталазы – 29,79±2,2 µмол/с.л (в норме – 50,41±2,78 µмол/с.л), церулопласмин – 177,03±7,31 мг/л (в норме – 198,38±17,08 мг/л), $p<0,05$. В зависимости от клинической формы, при системной форме уровень прооксидантной тотальной активности (30,85±6,74 µмол/л) и малондиалдегиды (23,29±2,16 µмол/л) определён выше по сравнению с полиартикулярной формы (прооксидантная тотальная активность – 16,29±2,65 µмол/л, малондиалдегида – 20,52±1,53 µмол/л) и олигоартикулярной формы (прооксидантная тотальная активность – 14,74±2,44 µмол/л, малондиалдегида – 20,11±1,19 µмол/л), $p<0,05$. В зависимости от клинической формы, при системной форме уровень супероксиддисмутазы (1068,64±65,18 ує/л), антиоксидантной тотальной активности (13,36±2,86 ммол/л), каталазы (20,78±4,44 µмол/с.л) и церулопласмина (182,72±24,42 мг/л) определён на много ниже по сравнению с полиартикулярной формы (супероксиддисмутаза – 1143,30±51,10 ує/л, антиоксидантная тотальная активность – 21,84±2,44 ммол/л, каталаза – 31,83±3,71 µмол/с.л, церулопласмин – 174,83±10,28 мг/л) и олигоартикулярной формы (супероксиддисмутаза – 1159,81±43,81 ує/л, антиоксидантная тотальная активность – 26,26±3,38 ммол/л, каталаза – 32,78±3,6 µмол/с.л, церулопласмин – 176,91±11,72 мг/л), $p<0,01$.

Выводы. 1. У детей с ЮИА отмечено значительное увеличение прооксидантных параметров и снижение антиоксидантных параметров, что отражает выраженый оксидативный процесс и снижение эндогенного антиоксидантного барьера у пациентов с ЮИА. 2. В зависимости от клинической формы, при системной форме отмечено высокий уровень прооксидантных параметров и низкий уровень антиоксидантных параметров по сравнению с полиартикулярной и олигоартикулярной формы, что отражает более интенсивный оксидативный процесс и более низкий антиоксидантный эндогенный барьер при системной форме по сравнению с другими клиническоми формами ЮИА.

Кремень Н.Г.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕГУЛЯТОРНЫХ МОЛЕКУЛ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Устинович А.А.

2-я кафедра детских болезней

На сегодняшний день неоспоримым является факт, что развитие инфекционного процесса определяется не только свойствами возбудителя (вирулентность, контагиозность, лекарственная устойчивость и т. д.) и внешне средовыми факторами, но и индивидуальными особенностями организма, прежде всего состоянием его иммунной системы. Иммунный ответ на инфекционный агент генетически детерминирован и зависит от функциональных особенностей большого количества генов, эффекты которых тесно взаимосвязаны.

Изучение и тестирование полиморфизмов генов предрасположенности позволяет выявить имеющиеся в геноме тенденции к появлению патологии задолго до ее развития, наметить пути ранней профилактики и ослабить неблагоприятные эффекты функционально неполноценных генов. Так как цитокины являются медиаторами воспаления и вносят наибольший вклад в регуляцию иммунитета, очевидно, что изучение генов, контролирующих активность цитокинов, является важной задачей при исследовании механизмов развития и течения инфекционного процесса и для выявления предрасположенности к различным нозологическим формам инфекционной патологии. Ввиду высокой частоты острых средних отитов у детей и отсутствия тенденций к ее снижению, последние годы в мире предпринимаются активные попытки поиска генов-кандидатов, предрасполагающих к развитию данной нозологии.

Цель работы: изучить молекулярно-генетические аспекты формирования предрасположенности к острым средним отитам у новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Задачи: изучить возможное влияние полиморфизма генов TNFα (полиморфизм 308G/A) и IL-6 (полиморфизм 174C/G) на формирование предрасположенности к воспалению среднего уха у новорожденных и детей первых месяцев жизни и частоту повторных эпизодов болезни на первом году жизни.

В соответствии с целью и задачами исследования проведено обследование 49 новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Варианты полиморфизма генов IL-6 (C-174G, rs1800795) и TNFα (308G/A, rs1800629) распределились следующим образом: TNFα – гетерозигота (-308G/A) – 5; норма (-308G/G) – 44; IL-6 – гетерозигота (C-174G) – 34; норма (C-174C) – 15. Полных мутаций нет.

Установлены статистически значимые различия в частоте встречаемости полиморфизма гена IL-6 (C-174G) у младенцев, болеющих отитами, по сравнению с общеевропейскими популяционными данными ($p_{\text{Уилкоксон}} = 0{,}0250$). Так, у детей, болевших отитами в раннем возрасте, полиморфизм гена IL-6 (C-174G) встречался в 1,49 раза чаще. В то же время статистически значимого влияния полиморфизма гена IL-6 (C-174G) на частоту повторных заболеваний отитами в раннем возрасте у обследованных детей в наших исследованиях установлено не было ($p_{\text{Уилкоксон}} = 0{,}4561$).

Кривда А.В.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солтан М.М.
Кафедра гигиены детей и подростков

Актуальность исследования. Здоровье подрастающего поколения в современных социально-экономических условиях характеризуется увеличением распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний. Из общего числа факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья детей и подростков, особую роль играет рациональное питание. Учитывая то, что в школе дети проводят большую часть времени, обеспечение их оптимальным питанием в стенах школы является в настоящее время одной из важнейших задач, направленных на сохранение здоровья молодого поколения.

Цель исследования: на основе комплексного изучения пищевых предпочтений учащихся общеобразовательных учреждений выявить основные закономерности формирования структуры питания и пищевого поведения.

Материалы и методы исследования. Гигиеническая оценка пищевых предпочтений учащихся проводилась в общеобразовательных учреждениях г. Минска анкетно-опросным методом с использованием специально разработанных анкет. Объектом исследования стали школьники в возрасте 10-17 лет. Выбор школ для проведения исследования осуществлялся методом случайной выборки. При формировании групп для изучения пищевых предпочтений школьников учитывались возраст и пол анкетируемых. Всего проанкетировано 314 учащихся.

Гигиеническая оценка пищевых предпочтений учащихся проводилась по нескольким видам продукции школьного буфета: выпечные изделия, кондитерские изделия (печенье, вафли, шоколад, конфеты), соки, молочные продукты, горячие блюда(сосиски отварные, котлеты и т.п.), фрукты, салаты, бутерброды.

Для статистической обработки и графического оформления материалов использованы Word, Excel для Windows.

Результаты собственных исследований.

1.По результатам анкетирования организованным питанием в школе охвачено в среднем 96,23%.

2.На необходимость организованного питания в школе указывают около 78,49% анкетируемых (максимум приходится на учащихся 6-ых классов-89,83%, минимум - на учащихся 9-ых классов-59,89%).

3.Полностью удовлетворены качеством питания в школьной столовой в среднем 29,34% (0% учащихся 8-го класса удовлетворены качеством питания в школьной столовой).

4.64,52% учащихся 5-ых классов отдают предпочтение вторым блюдам. Учащиеся 6-ых, 7-ых, 8-ых, 9-ых, 11-ых классов предпочитают выпечные изделия - в среднем 76,86%. Наименьшее предпочтение отдаётся первым блюдам - в среднем 24,69%(0% анкетируемых 8-ых классов отдают предпочтение первым блюдам).

5. В среднем 48,88% учащихся среди недостатков организации питания в школе отмечают недостаточное разнообразие блюд в школьной столовой. Около 37% анкетируемых считают, что в столовой слишком маленькие порции.

Анализ результатов изучения пищевых предпочтений учащихся общеобразовательных учреждений г. Минска свидетельствует о том, что пищевые привычки и стереотипы в школьном питании сформировали у школьников «углеводную модель питания».

Кривошеин И.И.

КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс.Загашвили И.В.
Кафедра военно-полевой терапии

В современных рекомендациях по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (ФП) акцентируется внимание на менее жесткий контроль максимальной ЧСС (ЧССmax) у пациентов, страдающих хронической фибрилляцией предсердий (ХФП). В покое у таких пациентов без выраженных симптомных проявлений ФП допустим более мягкий контроль ЧССmax: до 110 уд/мин, а при физической нагрузке - до 140 уд/мин. При симптомной ХФП требуется более жесткий контроль ЧССmax. Основным методом такого контроля является тест с 6’ ходьбой. Целью нашего исследования явилось сравнение ЧССmax у пациентов ХФП при выполнении теста с 6’ ходьбой и по данным СМ-ЭКГ, а также возможность использования СМ-ЭКГ для контроля ЧССmax у пациентов ХФП.

Обследовано 25 пациентов (12 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 42 до 75 лет, страдающих ХФП с длительностью аритмии около 3 лет на фоне различных заболеваний. Всем обследуемым проводились Эхо-КГ, СМ-ЭКГ, тест с 6’ ходьбой по стандартным протоколам. Сопоставлялась ЧССmax при тесте с 6’ ходьбой с ЧССmax при СМ-ЭКГ.

По результатам исследования установлено, что у пациентов ХФП имеются признаки ремоделирования миокарда. ЧССmax по данным СМ-ЭКГ на 16% превышала указанный показатель при проведении теста с 6’ ходьбой.

Таким образом:

1. СМ-ЭКГ можно использовать для контроля за целевыми уровнями ЧССmax у пациентов хронической фибрилляцией предсердий.

2. Целевой уровень ЧССmax при СМ-ЭКГ на 16% превышает ЧССmax при тесте с 6’ ходьбой.

3. Ремоделирование миокарда, выявленное у пациентов хронической фибрилляцией предсердий, а также отсутствие должного контроля за ЧССmax и наличие симптомной хронической фибрилляции предсердий, требуют комплексной медикаментозной коррекции.

Кривошеина Д.И.

SLEEP AND MEALS: INTERFERENCE ON EACH OTHER

Научный руководитель ст. преп. Костюшкина О.М.
Кафедра иностранных языков

Our study is aimed at exploring the relationship between sleep and meals, particularly the duration of sleep and caloric value of food and food variety.

Many people view sleep as merely a “down time” when their brains shut off and their bodies rest. People may cut back on sleep, thinking it will not be a problem, because other responsibilities seem much more important. But research shows that a number of vital tasks carried out during sleep help people stay healthy and function at their best.

Not many people know, that time, when we sleep, how many hours we sleep – these factors make a great influence on our appetite and weight gain. It is interesting, that during sleep, the body’s production of the appetite suppressor leptin increases, and the appetite stimulant grehlin decreases. Studies find that the less people sleep, the more likely they are to be overweight or obese and prefer eating foods that are higher in calories and carbohydrates. People who report an average total sleep time of 5 hours a night, for example, are much more likely to become obese, compared with people who sleep 7–8 hours a night.

People who are chronically tired may suffer from depression that can lead to "comfort eating." The types of foods that provide this sort of solace are often high-fat, high-sugar foods. Being tired all the time can also mean that you are too tired to exercise regularly, if at all.

Studies have also shown that people who are overweight are at a significantly greater risk of developing sleep apnea than people who are at a correct or below average weight.

It is an interesting fact, that we have a lot of myths about sleep in our life, such as:

- People need less sleep as they get older;
- Extra sleep for one night can cure you of problems with excessive daytime fatigue.
- You can make up for lost sleep during the week by sleeping more on the weekends.

We know there is a connection between what we eat, when we eat and our sleep. But when does this connection become apparent?

A new study from the Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania shows for the first time that certain nutrients may play an underlying role in short and long sleep duration and that people who report eating a large variety of foods – an indicator of an overall healthy diet – had the healthiest sleep patterns.

The authors found that total caloric intake varied across groups. Short sleepers consumed the most calories, followed by normal sleepers, followed by very short sleepers, followed by long sleepers. Food variety was highest in normal sleepers, and lowest in very short sleepers. Differences across groups were found for many types of nutrients, including proteins, carbohydrates, vitamins and minerals.

This is an important area to explore going forward as we know that short sleep duration is associated with weight gain and obesity, diabetes, and cardiovascular disease.

Крук А. Н.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шотт В.А.
2-ая кафедра хирургических болезней

Актуальность. На сегодняшний день наряду с увеличением количества пациентов с острым панкреатитом наблюдается высокий процент рецидивов заболевания, которые составляют 40-60%. По литературным данным, у 10% пациентов после первого приступа и 70% пациентов при повторном приступе острый панкреатит принимает хроническое течение.

Цель исследования: установить зависимость частоты обострений хронического панкреатита от качества консервативного лечения в стационаре и дать рекомендации по уменьшению частоты рецидивов заболевания.

Методика проведения. Проведен анализ историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в 1-м хирургическом отделении 9-й городской клинической больницы г. Минска с диагнозом хронического панкреатита за период 2010-2012 гг. Изучены возраст и пол пациентов, данные ультразвукового исследования поджелудочной железы в стационаре, лабораторные показатели – количество нейтрофильных лейкоцитов и лейкоцитарная формула крови, температура тела у пациентов при выписке, объем и длительность консервативного лечения в стационаре. Из исследования были исключены пациенты, употреблявшие алкогольные напитки либо нарушившие диету. По результатам исследования сделаны выводы об оптимизации консервативной терапии с целью снижения частоты рецидивов заболевания. Всего изучено 47 историй болезней пациентов в возрасте от 22 до 85 лет (средний возраст 52,7 года), из них мужчин - 27, женщин – 20.

Результаты. Наряду с обычной противовоспалительной терапией и спазмолитиками из всей группы пациентов только 13% получали антациды, 41% - ингибиторы протонной помпы, 15% - панкреатин, 17% - сандостатин, 28% пациентов не получали препараты из группы блокаторов H_2 – рецепторов гистамина. У 34,7% пациентов при ультразвуковом исследовании выявлено наличие кист, либо парапанкреатической инфильтрации, а также признаки наличия жидкости в сальниковой сумке. У 43,5% пациентов выявлено увеличение размеров поджелудочной железы. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 8 дней, 26% пациентов находились в стационаре более 10 суток. 30% от общего числа пациентов были госпитализированы повторно с обострением хронического панкреатита, из них у

64% отмечено отсутствие в лечении рекомендуемых препаратов, либо использование одного из них. Из числа пациентов, у которых при первичной госпитализации при УЗИ были выявлены парапанкреатическая инфильтрация и кисты поджелудочной железы, 71,5% поступили повторно с обострением заболевания. Из числа пациентов, у которых при первичной госпитализации выявлено увеличение размеров поджелудочной железы, повторно госпитализированы 43%. Мы не обнаружили зависимости частоты повторной госпитализации таких пациентов от показателей общего анализа крови и температуры тела при выписке их из стационара.

Заключение. Для снижения частоты рецидивов хронического панкреатита наряду с проведением полноценной по содержанию и длительности консервативной терапии необходимо обеспечить преемственность консервативного лечения в стационаре и поликлинике с проведением контрольного ультразвукового исследования поджелудочной железы в амбулаторных условиях или консультативном центре.

Крупенчик М.А.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ И ЭНТЕРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Научный руководитель асс. Заточная В.В.
Кафедра морфологии человека

Энтеральная нервная система (enteric nervous system – ENS) позвоночных представлена большим числом взаимосвязанных ганглиев, которые располагаются по всей стенке кишки двумя концентрическими кругами; наружный myenteric и внутренний подслизистый. Она состоит из нервов и нервных ганглиев, расположенных внутри стенки пищеварительного канала, а также нейронов в пределах поджелудочной железы и желчного пузыря. Meissner и Auerbach первыми описали ганглионарные сплетения этой системы. Основная функция ENS заключается в контроле перистальтики стенки кишечника путем регуляции сократимости гладких мышц и в модуляции активности секреторных желез, присутствующих внутри или ассоциированных с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ).

Долгое время энтеральные ганглии рассматривались как специализированные парасимпатические ганглии. Однако сейчас все чаще, особенно в англоязычной литературе ENS выделяют как независимую ветвь автономной части периферической нервной системы (ПНС).

Цель работы: изучить морфологию и принципы функционирования энтеральной нервной системы (ЭНС) в желудочно-кишечном тракте человека, а также исследовать психосоматическую взаимосвязь стресса и моторики ЖКТ.

Задачи:

1. Ознакомиться с развитием и структурой ЭНС.
2. Определить роль ЭНС в процессах моторики, абсорбции и секреции ЖКТ.
3. Оценить взаимосвязь стресса и моторики ЖКТ по результатам опроса студентов 1 курса стоматологического факультета БГМУ.

Опрошено 100 студентов 1 курса стоматологического факультета БГМУ на предмет влияния стресса на активность моторики ЖКТ. Составлена анкета.

Известно, что у ЭНС есть свои рефлексы и ощущения, позволяющие ей контролировать поведение человека независимо от головного мозга. Выработка условных энтеро-энтеральных рефлексов дает основания говорить о механизмах памяти. ЭНС обуславливает психическое состояние человека, позволяет «почувствовать» внутренний мир, реакцию на среду, а взаимосвязь ЦНС и ЭНС играет ключевую роль в возникновении некоторых заболеваний.

Нейроны и глия ЭНС происходят из нервного гребня (neural crest cells). Многие свойства ENS значительно отличаются от других частей ПНС. ЭНС состоит из локальных рефлекторных петель, которые перерабатывают информацию в соответствии с состоянием просвета и

стенки кишечника и контролируют мышечную сократимость и секрецию. Во многих отношениях ЭНС позвоночных сходна с ЦНС, что позволяет ее характеризовать как "вторичный головной мозг" ('second brain').

Таким образом, работа этого второго мозга выходит далеко за рамки просто обеспечения пищеварения или формирования болезненных ощущений. Многие нейроны ЭНС иннервируются из конечного мозга (hindbrain) и из ганглиев симпатической и парасимпатической нервных систем. Несмотря на наличие такой иннервации, некоторые отделы ЭНС функционально почти автономны.

Функционирование ЭНС необходимо на всех стадиях постнатальной жизни из-за ее важной роли для моторики кишечника, абсорбции и секреции. В раннем эмбриональном периоде ЭНС не столь значима для организма. Поэтому аномалии развития ЭНС не вносят существенного вклада в пренатальную гибель и заболеваемость, но имеют значимый эффект сразу после рождения.

Крупко В.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОМ СИНУСИТЕ

Научный руководитель асс. Лукашевич. А.П.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Цель: изучить клинический материал, характер и степень морфологических изменений слизистой оболочки и костных стенок верхнечелюстной пазухи путем изучения клеточного состава содержимого и промывной жидкости верхнечелюстной пазухи и гистологических исследований для выявления динамики воспалительного процесса, а так же определения объема оперативного вмешательства при перфоративном синусите.

В результате обследования больных с перфоративными синуситами мы проводили общеклинические методы обследования: обзорная и контрастная R-графия, РКТ исследование верхне-челюстных пазух, оптико-эндоскопическое исследование, зондирование. В целях выяснения характера патологического процесса в верхне-челюстной пазухе, мы в качестве вспомогательного диагностического метода изучали клеточный состав содержимого и промывной жидкости. У ряда больных, не смотря на наличие сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой отсутствовали воспалительные изменения в ней. У других лиц перфорация дна синуса сочеталась с различными по характеру и протяженности изменениями его слизистой оболочки.

Показанием к радикальной операции на верхнечелюстной пазухе при прободении ее дна являются диффузные формы поражения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи полипозного характера, сопровождающиеся выраженной гнойной экссудацией.

Все остальные группы воспалительных изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, сочетающиеся с перфорацией дна, могут быть излечены путем консервативных мероприятий, что дает возможность прибегать лишь к пластическому закрытию перфорации.

Кудина В.А., Данилюк Ю.С.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КОФЕ, ПОСТАВЛЯЕМОГО В ТОРГОВУЮ СЕТЬ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель канд. хим. наук, доц. Борщенская Т.И.
Кафедра общей гигиены

Кофе является в настоящее время одним из самых распространенных напитков. Он производится в странах Африки, Южной Америки, Юго-восточной Азии. Наиболее распространены два сорта кофе: Coffea canephora и Coffea arabika, известные под торговыми названиями робуста и арабика.

Поскольку в республике Беларусь кофе не производится, а только импортируется из других стран проблема фальсификации кофе и способов ее обнаружения является одной из наиболее актуальных.

Цель работы: установить соответствие качества образцов кофе МАТАДОР, требованиям ГОСТ 6805-2004 «Межгосударственный стандарт. Кофе жареный натуральный». Рассмотреть литературные данные по вопросам фальсифиакции кофе.

Материалы и методы исследования. В данной работе совместно с кафедрой аналитической химии БГУ исследовались некоторые образцы кофе вида Арабика, поставляемого в торговую сеть Республики Беларусь из стран Юго-Восточной Азии (Индия и Индонезия), Латинской Америки (Мексики, Бразилии и Перу) и Африки (Уганды и Эфиопии).

Определение свойств кофе проводилось в соответствии с методикой ГОСТ 6805-2004:

- метод определения органолептических заключался в оценке внешнего вида и цвета, аромата и вкуса;
- определение массовой доли влаги проводилось методом высушивания;
- метод определения массовой доли экстрактивных веществ основан на их извлечении из навески анализируемого кофе кипячением ее с водой. Массу извлеченных экстрактивных веществ после выпаривания воды определяли взвешиванием;
- определение кофеина в кофе осуществлялось фотометрическим методом, основанном на гидролитическом окислении кофеина в тетраметилпурпуровую кислоту (ТМПК) и последующем фотометрическом измерении интенсивности окраски ее раствора

Результаты исследования. Установлено, что массовая доля влаги выбранных образцов кофе не превышала 5,5% (исключение составил образец из Уганды, массовая доля влаги в нем превышала установленные нормы на 0,3%.), массовая доля экстрактивных веществ составляла 21,3-25,3%, массовая доля кофеина - 1,1-1,2%.

Таким образом, качество выбранных образцов кофе по исследованным параметрам, включая органолептические свойства (внешний вид, цвет, аромат и вкус) соответствуют требованиям ГОСТ 6805-2004 «Межгосударственный стандарт. Кофе жареный натуральный».

Отмечено, что по показателям, контролируемым ГОСТ, исследованные образцы отличались по качеству незначительно (достоверность различий при $p<0,05$).

Рассмотрены способы обнаружения фальсификации кофе: органолептические методы: оценка вкуса, аромата и цвета экстракта; желеобразная консистенция кофейной гущи кофезаменителей, частицы молотого кофе в холодной воде плавают сверху, а частицы кофезаменителей быстро оседают на дно; физико-химические методы определения кофезаменителей: по отсутствию содержания кофеина, по положительной реакции с йодом (синее окрашивание), а также микроскопированием частиц.

Кудло И.О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОЧАСТИЦ, СОДЕРЖАЩИХ Pt-КОПРОПОРФИРИН ДЛЯ ОЦЕНКИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Девина Е.А.
Кафедра биологической химии

Альвеолярные макрофаги (АМ) обеспечивают неспецифическую защиту организма за счет своей фагоцитарной функции. Они первыми контактируют с частицами, попадающими в дыхательные пути в виде аэрозолей. Микрочастицы (меламиноформальдегидные), содержащие копропорфирин с центральным атомом платины, используются в качестве длительно флуоресцирующих диагностических реагентов и являются перспективными для ингаляционного введения и контроля доставки лекарственных препаратов в легкие.

Цель исследования: изучить фагоцитарную активность альвеолярных макрофагов с использованием микрочастиц, содержащих Pt-копропорфирин.

АМ выделяли из бронхо-альвеолярной лаважной жидкости. АМ инкубировали с Pt-копропорфириновыми частицами (50 тыс./мкл) в течение 1 ч в питательной среде ДМЕМ в атмосфере 5% CO_2 при температуре 37^0С. Фагоцитарную активность АМ оценивали по их способности поглощать инертные микрочастицы, содержащие флуорохром (Pt-копропорфирин). В качестве добавки использовали бактерильный липополисахарид (ЛПС) в различной концентрации 0,1 и 10 мкг/мл. Изучение распределения микрочастиц в монослоях фагоцитировавших макрофагов проводилось на индикаторе фосфоресценции импульсном ИФИ-02 «Диагем» (Россия). Регистрация осуществлялась с использованием светофильтра с максимумом пропускания 653 нм, соответствующей максимуму эмиссии Pt-КП. Время задержки регистрации (t_d) составляло 15 мкс, время регистрации (t_g) 116 мкс. Источник возбуждения – лазерный диод с номинальным излучением 377 нм. Сканирующий световой луч имел размер 150х50 мкм.

Установлено, что ЛПС в концентрации 0,1 мкг/мл стимулирует фагоцитарную активность АМ. Наблюдается усиление флуоресценции при регистрации сигнала, по сравнению с контролем (АМ + Pt-копропорфириновые частицы). Высокие концентрации ЛПС 10 мкг/мл снижают поглотительную способность АМ в отношении меламиноформальдегидных частиц, содержащих Pt-копропорфирин. Сигналы люминесценции (с выделением длительной флуоресценции) от микрочастиц, поглощенных АМ в присутствии ЛПС (10 мкг/мл) были достоверно слабее, по сравнению с контролем (АМ + Pt-копропорфириновые частицы).

Кудло И.О., Мильто Е.В.

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ. УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ОБ ИХ НАЛИЧИИ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Научный руководитель асс. Крайняя Е.В.
Кафедра радиационной и экологической медицины

Основной целью нашего исследования являлось выявить уровень грамотности студентов 2 курса лечебного факультета в вопросах о значении и действии пищевых добавок, а также, используя данные литературы, изучить возможные последствия употребления продуктов питания, содержащих пищевые добавки. Задачи исследования сводились к следующему: определить путём анкетирования, какие элементарные знания о пищевых добавках имеются у студентов; получить краткие сведения о видах и значении пищевых добавок; используя литературные данные, изучить список запрещённых и неразрешённых в Республике Беларусь пищевых добавок; определить, какими элементарными знаниями о пищевых добавках следует обладать, чтобы выбирать качественные продукты питания; используя полученные данные, рекомендовать способы развития компетентности по вопросам воздействия пищевых добавок на организм.

Пищевые добавки — вещества, которые в технологических целях добавляются в пищевые продукты в процессе производства, упаковки, транспортировки или хранения для придания им желаемых свойств (аромата – ароматизаторы, цвета – красители, длительности хранения

– консерванты, вкуса и т. п.). Применение пищевых добавок — это часть современной технологии производства продовольственных товаров. Потребность в них особенно возросла в последнее время, т.к. с их помощью улучшаются питательные свойства продукта и внешний вид, увеличивается его срок хранения. Однако многие потребители не владеют знаниями о том, что многочисленные пищевые добавки имеют свойство накапливаться в организме человека и могут вызывать различные реакции: от расстройств желудка и аллергических реакций до обострения хронических заболеваний и развития злокачественной опухоли. Трудность анализа воздействия пищевых добавок на организм в том, что полностью определить размер полученного вреда человеком можно только спустя годы.

Использование пищевых добавок на территории Республики Беларусь регламентируется следующими документами: Закон РБ от 23 ноября 1993г. «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»;Закон РБ от 29 июня 2003г. «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека»;СанПиН 13-10 РБ 2002 «Гигиенические требования к качеству и безопасности пищевых добавок и их применению».

Исследование проводилось путём анкетирования среди студентов 1 потока 2 курса лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета. Было проанализировано 124 анкеты, на основании которых был получен ряд результатов. Представляем некоторые из них: 1) большинство студентов (64%) не обращают внимание на состав покупаемых продуктов; 2) 40% опрошенных являются противниками пищевых добавок; 3) многие опрошенные имеют представление об элементарных пищевых добавках; 4) 19% студентов не знают о вреде регулярного употребления продуктов, содержащих пищевые добавки, 44% лишь догадываются о негативном воздействии; 5) большая часть опрошенных (69%) не обсуждают с родителями или сверстниками проблему воздействия пищевых добавок на организм, то есть даже имеющиеся у студентов по этому вопросу знания широко не распространяются, ограничиваясь только узким кругом лиц.

Анкетирование показало, что опрошенные студенты обладают недостаточным уровнем знаний по вопросам значения и действия пищевых добавок на организм человека. В связи с этим, были разработаны рекомендации по расширению среди студентов знаний о пищевых добавках.

Кудло И.О.

НЕФРОПТОЗ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Богданова М.И.
Кафедра нормальной анатомии

Нефроптоз - состояние, при котором почка смещается вниз и фиксируется там спайками. В настоящее время проблема нефроптоза занимает одно из ведущих мест в современной урологии, что связано с астенизацией молодых людей. Заболевание наблюдается у женщин чаще чем у мужчин, что объясняется особенностями строения женского организма – более широкий таз, сниженный тонус брюшной стенки беременностью и родами, большая эластичность связок. Нефроптоз является довольно распространенной патологией у детей.

Цель настоящего исследования состояла в изучении на анатомическом материале основных составляющих фиксирующего аппарата почек, играющих ключевую роль в возникновении нефроптоза. Задачи исследования: выявление на 5 комплексах внутренних органов брюшинных связок и сосудов почки; изучение по данным литературы фиксирующего аппарата почки, основных причин нефроптоза, а также ознакомление с диагностикой, лечением и профилактикой этого заболевания.

Исследование комплексов внутренних органов показало, что в фиксации правой почки участвуют три брюшинные связки (двенадцатиперстно-почечная, печеночно-почечная и ободочно-почечная), а левую почку фиксируют диафрагмально-ободочная и подвешивающая

связки (пучки собственной капсулы почки, входящие в состав фасции, покрывающей ножки диафрагмы). Нами не были обнаружены поджелудочно-почечная и селезеночно-почечная связки, которые, по данным некоторых источников, участвуют в фиксации левой почки.

При ослаблении связачного аппарата почки могут опускаться и находиться в разных отделах забрюшинного пространства. Предрасполагают к нефроптозу снижение мышечного тонуса брюшной стенки, резкое похудание, непосильный физический труд, травмы, врождённые особенности строения сосудистой ножки и почечного ложа.

Урографическое и ангиографическое исследования выявляют нарушение уродинамики, которое связано с перегибом в пиелоуретеральном сегменте, вызванном смещением почечных сосудов при нефроптозе. Различными вариантами длины почечной артерии, а также уровнем отхождения её от аорты можно объяснить отсутствие прямой пропорциональной зависимости между степенью подвижности почки и появлением патологических изменений. Опущенная почка может поворачиваться вокруг своей оси, при этом почечная артерия и вена перегибаются, их просвет уменьшается, сосуды при этом растягиваются, что приводит к уменьшению доставки к органу артериальной крови (ишемия) и затруднению оттока венозной крови (венозная гипертензия). Может возникнуть стойкий перегиб мочеточника, что вызывает нарушение оттока мочи.

Лечение нефроптоза может быть как консервативным, так и оперативным. Консервативные методы лечения, применяемые на ранних стадиях заболевания, малоэффективны и, по мнению ряда авторов, позволяют достичь эффекта только у 13 % пациентов. При неэффективности консервативного лечения прибегают к хирургическим методам фиксации почки – нефропексии. Метод фиксации почки мышечно-апоневротическим лоскутом из наружной косой мышцы живота, по данным научных публикаций, вызывает образование спаек и рубцов. Используемая при лечении нефроптоза синтетическая полипропиленовая сетка хорошо интегрируется с окружающими тканями, не вызывает продуктивного воспаления и не приводит к формированию грубого рубца. Использование полипропиленовой сетки является приоритетным по сравнению с использованием мышечного лоскута. Профилактика нефроптоза с ранних лет играет важную роль в предупреждении заболевания.

Кузнецов А.А.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Г.П.Рычагов,
Врач-эндоскопист И.Л.Муковозова
Кафедра общей хирургии

Актуальность темы.

1) Бессимптомное носительство ворсинчатых опухолей толстой кишки и, как следствие, затрудненная диагностика.

2)Высокий риск малигнизации, достигающий 50-60%.

3)Высокая вероятность рецидивирования после удаления опухоли в течение первых двух лет.

Цель исследования: оценить и сравнить результаты хирургического и эндоскопического лечения больных с ворсинчатыми опухолями толстой кишки.

Материалы и методы. За последние три года в 3 ГКБ пролечено 107 больных с ворсинчатыми опухолями толстой кишки. Из них 24 человека были прооперированы хирургическим методом – 17 пациентам выполнена трансанальное удаление опухоли в связи с локализацией в нижнеампулярном отделе прямой кишки, 2 пациентам выполнена резекция толстой кишки в связи с циркулярной локализацией в толстой кишке, 6 пациентам – колотомия с иссечением слизистой толстой кишки вместе с опухолью.Остальные пациенты 83 человека были пролечены эндоскопическими методами, которые включали в себя диатермическую элек-

троэксцизию, лигирование, клипирование, резекцию опухоли со слизистой толстой кишки. Выбор метода лечения зависел от макроскопического вида опухоли, размера основания.

Результаты. Все пациенты независимо от вида лечения в течение двух лет проходили диагностическую колоноскопию с обязательной биопсией из места удаления опухоли (чаще рубца). Рецидив составил 21% (5 человек) после хирургического лечения и 17% (14 человек) после использования эндоскопических методик.

Выводы. В ходе исследования выявлено, что ворсинчатые опухоли крупных размеров могут быть успешно удалены с помощью эндоскопических методик в процессе лечебной колоноскопии, что избавляет пациентов от ряда осложнений, связанных с интраабдоминальными операциями.

Кузьменкова Л.Л., Первененок А.Е.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕИНФЕКЦИИ ГЕПАТИТА С

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Щерба А.Е.
2-я кафедра хирургических болезней

Реинфекция вирусного гепатита С после пересадки печени развивается в 100% случаев. Для предотвращения развития цирроза печеночного трансплантата существуют две стратегии, профилактическая и превентивная (лечение сформированного гепатита), из которых последняя более эффективна. Возврат гепатита С неуклонно ведет к нарастанию фиброза печеночного трансплантата, что уменьшает шансы на устойчивый вирусологический ответ. Золотым стандартом определения степени фиброза является повторная пункционная биопсия печени через определенный интервал времени.

Цель исследования: определить факторы способствующие раннему возникновению и прогрессированию фиброза трансплантата печени.

Материалы и методы. За период с апреля 2008 г. по февраль 2013 г. в РБ было проведено 42 трансплантации печени по поводу цирроза вирусной С этиологии. 17 пациентов были исключены из исследование: 5 пациентов умерли в раннем послеоперационном периоде и им не было выполнена первая биопсия печени, 7 пациентов отказались от проведения пункционной биопсии, и 5 пациентов, операция которым была выполнена в течение последних 5 месяцев и поэтому первая биопсия печени им еще не выполнена. Таким образом анализу подвергнуты истории болезни 25 пациентов после трансплантации печени. Степень и скорость прогрессии фиброза печени определялись путем гистологического исследования биоптатов печени каждые 6 месяцев после трансплантации.

Результаты. Фиброз печени развился у 10 пациентов. Фиброз 0-I ст. был выявлен у 3 пациентов, I ст. у 4 пациентов, I-IIст. у 3.

Анализ данных показал, что факторами прогрессии фиброза печеночного трансплантата явились возраст донора, ранняя дисфункция трансплантата, острое отторжение, жировой гепатоз донора, длительность периода общей ишемии.

Возраст донора 40 лет и старше способствует развитию фиброза.

Фиброз печени развился у 30% пациентов, которые имели раннюю дисфункцию трансплантата, и 13,3% пациентов у которых не было фиброза, но наблюдалась ранняя дисфункция трансплантата.

Фиброз печени развился у 40% пациентов, которые имели острое отторжение, и 13,3% пациентов у которых не было фиброза, но наблюдалось острое отторжение.

У пациентов с фиброзом печени средний процент жирового гепатоза донора составил 12,5, тогда как у пациентов без фиброза – 3,4%.

Время общей ишемии печеночного трансплантата у пациентов с фиброзом печени составил 504,5 мин., тогда как у пациентов без фиброза – 493,3 мин.

Ограниченное число пациентов (1) с сахарным диабетом в исследуемой группе не позволило раскрыть взаимосвязь развития фиброза печени на фоне данной сопутствующей патологии.

Кузьмин Д.С.

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шамкалович А.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Актуальность. Метастатические поражения головного мозга метастазами являются одними из опаснейших осложнений злокачественных новообразований, которые развиваются у 25-50% всех онкобольных и ассоциируется с неблагоприятным прогнозом течения заболевания. По различным данным церебральные метастазы встречаются в 2-3 раза чаще, чем первичные опухоли головного мозга, и остаются не диагностированными более чем у трети больных. Результаты лечения этой патологии остаются неудовлетворительными до настоящего времени. Комплексное лечение, включая хирургическое, является единственным методом, увеличивающим выживаемость больных с данной патологией.

Цель: изучение особенностей развития и клинического течения метастатических поражений головного мозга для увеличения возможности раннего выявления и улучшения результатов лечения этой патологии у онкобольных.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов с метастатическими поражениями головного мозга, проходивших лечение в УЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Минска в период с 2008 по 2012 гг. Также проведён сбор катамнеза и проанализированы отдалённые результаты.

Результаты. Операции по поводу удаления метастазов головного мозга за период 2008-2012 гг. были проведены 47 пациентам, из которых было 27 мужчин (57%) и 20 женщин (43%). Средний возраст анализируемой группы составил 57,2 года (Ме – 59 лет). Источником метастазов являлись первичные опухоли почек (12,8%), молочной железы (12,8%), меланома кожи (8,5%), ЖКТ (8,5%), легких (6,4%), матки (4,3%) и другой локализации.Время от выявления первичной опухоли до метастазирования в головной мозг составило от 3 месяцев до 11 лет (Ме – 3 года). У 15 пациентов (31,9%) не удалось выявить первичную опухоль, несмотря на доскональное обследование всех систем организма возможными методами (КТ ОБП и ОГК, УЗИ ОБП, осмотр гинеколога, ФЭГДС и др.), а у 7 пациентов (14,9%) первичная опухоль была диагностирована в стационаре. Метастазы локализовались, в основном, в полушариях (63,8%) и мозжечке (23,4%). В большинстве случаев (93,6%) метастазы были одиночными и лишь у 3 пациентов (6,4%) обнаружены множественные метастазы (более 3-х).

Динамика симптоматики у пациентов до и после хирургического лечения представлена в таблице 1. Таким образом, заметно улучшение общего состояния пациентов и регресс симптоматики после проведения хирургического лечения.

Таблица 1.

	Головная боль, головокружение	Гемипарез	Атаксия	Нарушение речи	Нарушение зрения
До операции	38 (80,9%)	23 (48,9%)	13 (27,7%)	7 (14,9%)	5 (10,6%)
При выписке	9 (19,1%)	14 (29,9%)	5 (10,6%)	2 (4,3%)	1 (2,1%)

Изучение катамнеза проведено у 31 пациента. Из них умерло 23 пациента (74,2%) и 8 остались живы (25,8%). Летальный исход наступил в двухлетний период, начиная с 10 дня после проведения хирургического лечения.

Выводы. 1. Церебральные метастазы поражают трудоспособное население со средним возрастом 57,2 года, чаще болеют мужчины (57%). 2. У трети пациентов (31,9%) не удается выявить первичную опухоль**.** 3.Неблагоприятные исходы при лечении метастатического поражения головного мозга подтверждают необходимость совершенствования диагностики и специализированного лечения пациентов.

Кузьмина Н.Н., Макшицкая А.Ю.

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭХОКАРДИОГРАММЫ

Научный руководитель канд. мед. наук Кучук Э.Н.
Кафедра патологической физиологии

Введение. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) встречается в большинстве стран мира и в связи с высокой летальностью в настоящее время является основным показанием к трансплантации сердца. Так, только в США от ДКМП ежегодно погибает более 9 тыс. человек Накопленные сведения о встречаемости ДКМП зачастую противоречивы. Это, по-видимому, связано с различиями географических условий, подходов к отбору больных и использованных критериев диагностики, ни один из которых не может считаться строго специфичным, а также с редкостью самого заболевания.

Цель работы: описать основные механизмы нарушения гемодинамики и структуры миокарда при дилатационной кардиомиопатии, лежащие в основе развития и прогрессирования этой патологии, выяснить возможности исследования кардиогемодинамических нарушений с помощью ЭхоКГ.

Материалы и методы исследования. На основе анализа современных литературных данных обобщены сведения об этиологии ДКМП и статистике заболеваемости, а также по показателям ЭхоКГ описаны и проанализированы патофизиологические механизмы нарушений гемодинамики, развивающиеся при ДКМП.

Основные результаты работы. В патогенезе развития ДКМП играют роль следующие механизмы: вирусоиммунологические механизмы, аутоиммунные (возможно, вирусоиндуцированные), отсроченная во времени гибель клеток сократительного миокарда в результате атрофии, гибель кардиомиоцитов в результате несостоятельной гипертрофии, альтерация кардиомиоцитов, обусловленная нарушением обмена кальция в клетке, воздействие токсических веществ, алиментарный дефицит. Предрасполагающим фактором является наследственность. В основе ДКМП лежит нарушение сократительной способности миокарда, обуславливающее снижение сердечного выброса и увеличение остаточного объема крови в желудочках, что приводит к их дилатации и застою крови на путях притока (отсюда старый термин "застойная КМП"). При этом гипертрофия миокарда не достигает существенной величины и недостаточна для компенсации систолической дисфункции. Состояние кардиогемодинамики больных ДКМП изучено сравнительно хорошо. Независимо от характера возможного причинного или предрасполагающего фактора свойственное этому заболеванию диффузное поражение миокарда закономерно приводит к нарушению систолического опорожнения желудочков сердца, которое в большинстве случаев проявляется в клинике картиной застойной сердечной недостаточности. ДКМП свойственна резкая дилатация полости левого желудочка в диастолу, что приводит к значительному повышению конечно-диастолического стеночного напряжения, то есть преднагрузки. Это является одним из наиболее характерных признаков ДКМП и наблюдается в 100% случаев, развиваясь в соот-

ветствии с компенсаторным механизмом Франка—Старлинга. Нарушение эластических свойств миокарда у больных ДКМП обусловлено, по-видимому, развитием в нем процессов склероза и фиброза, которые достигают при этом заболевании значительной выраженности. Характерная для ДКМП дилатация желудочков закономерно приводит к растяжению фиброзных колец атриовентрикулярных клапанов и их относительной недостаточности.

Выводы. Таким образом, при дилатационной кардиомиопатии развиваются характерные нарушения гемодинамики и структуры миокарда, которые возможно выявить и проанализировать с помощью исследования ЭхоКГ (фракция выброса, конечный систолический и диастолический объем, объем камер сердца и конечное диастолическое давление др.), что может служить в качестве основных диагностических показателей при этой патологии.

Кузьмич А.А., Милашевская А.А.

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

Научный руководитель преп. Шафаревич И.О.
Кафедра социально-гуманитарных наук, ГрГМУ

Цель работы: роль философии в формировании мышления современного врача.

Философия в медицине – это одновременно и нечто незначительное, и нечто важное.

С одной стороны, врач каждый день занимается своим профессиональным делом – ведёт приём, пишет истории болезней, консультирует, назначает лечение. В этой практике он постепенно приходит к выработке некоторых навыков, которые составляют 90 % работы. Современные методы лечения вырабатывают у врача свои профессиональные инстинкты и алгоритмы. Сначала молодой врач годами нарабатывает в себе эти ролевые инстинкты, а затем во многом переходит на существование в профессии «в режиме автопилота». Такому врачу вряд ли понадобится философия.

Кроме большинства врачей, живущих в «ролевом автоматизме», в медицинской профессии всегда существовала и будет существовать некоторая «медицинская элита», которая всегда пыталась выражать иной образ медицины. Главным отличительным признаком этого типа врача является его изначальная направленность на теснейший союз философии и медицины.

Цицерон заявлял: «Культура духа (ума) есть философия».

Именно о таком враче Гиппократ говорил: «Врач-философ подобен Богам».

А вот мнение известного канадского эндокринолога Ганса Селье: «Чем больше мы знакомимся с литературой, не имеющей прямого отношения к вашей специальности, в том числе с философской и художественной, тем более обостряется ваша способность к значимым открытиям».

Философия формирует способность к анализу и синтезу фактов, логическому моделированию конкретной ситуации и системному мышлению. Мыслящий врач всегда попытается выйти за границы уже достигнутого, расширить горизонты познанного. Знания, получаемые врачом в клинике и на кафедре философии, часто существуют разрозненно. Врачу необходимо видеть связь между различными процессами и явлениями при развитии заболевания, т. е. суть патологического процесса. Так врач становится философом…

Для постановки правильного диагноза, определения причин заболевания, врачу необходимо иметь системное мышление, которое невозможно сформировать без философской основы.

Таким образом, врач-клиницист сможет действовать наиболее целесообразно и эффективно только тогда, когда он будет опираться не только на частные знания, а тогда будет рассматривать человека как сложную биосоциальную систему. Решение данной задачи возможно только в виде синтеза философского и медицинского знаний.

Куксов М.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК

Научный руководитель асс. Борисов В.М.
Кафедра военно-полевой терапии

Системные васкулиты – группа заболеваний, в основе которых лежит генерализованное поражение сосудистой стенки имунной природы, с развитием воспаления и некроза, приводящее к нарушению кровотока в органах и тканях.

Геморрагический васкулит – наиболее часто встречающийся из группы системных васкулитов. Его распространенность составляет 13,5-25 случаев на 100 тысяч населения в год. По литературным данным летальность при геморрагическом васкулите связана с развитием почечной недостаточности и составляет 1-2 %. В последние годы отмечаются общая тенденция к росту заболеваемости с увеличением его распространенности среди взрослого населения. В то же время не установлены критерии ряда аспектов, в том числе прогноза геморрагического васкулита.

Цель работы: изучение клинических особенностей течения геморрагического васкулита с поражением почек по анализу особенностей клинико-иммунологических и гемостазиологических нарушений в зависимости от клинических форм, а также эффективность проводимой терапии. На основе полученных данных обосновать прогностические критерии течения геморрагического васкулита, основные направления и объем назначаемой терапии.

На основании проведенного исследования – анализа историй болезни с клинико-лабораторными данными пациентов с геморрагическим васкулитом, клинического обследования 2 пациентов в ходе стационарного лечения и 1 динамического наблюдения в течение 6 месяцев с активным осмотром, анализа эффективности проведенного лечения, были сделаны следующие выводы:

1. Выявлены особенности клинических проявлений геморрагического васкулита у обследованных пациентов: частая хронизация – у 62,6%; у 40,8% больных развитие заболевания на фоне имеющихся хронических инфекций. Частота встречаемости ведущих синдромов составила: кожная пурпура – 100%, суставной синдром – 62,3%, абдоминальный – 16,4%, почечный – 23,3%. У 56,8% пациентов почечный синдром имел транзиторный характер, у 43,2% - хроническое течение.
2. В этиологических факторах возникновения геморрагического васкулита, в последнее десятилетие возросла роль физических и химических агентов, в том числе лекарственных препаратов, и снизилась роль инфекции.
3. У пациентов геморрагическим васкулитом выявлены наиболее часто встречающиеся клинические проявления дисплазии соединительной ткани, такие как клапанный синдром (чаще всего – пролапс митрального клапана), астенический, торакодиафрагмальный (сколиозы, кифосколиозы) синдромы и др.
4. У лиц с геморрагическим васкулитом при проведенной гормональной терапии высокий процент (66,6%) хронического течения заболевания.

Заключение. Клинические признаки дисплазии соединительной ткани отягощают течение геморрагического васкулита с поражением почек и указывают на высокую вероятность хронического течения заболевания. Активная начатая медикаментозная терапия с включением гормонов не изменила частоту хронизации процесса у пациентов геморрагическим васкулитом.

Кулага В.С., Рулько А.П.

ОЦЕНКА ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ВОЕННОПЛЕННЫХ В ПЕРИОД И ПОСЛЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель п-к м/с Лебедев С.М.
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Великая Отечественная война (далее ВОВ) явилась крупнейшей катастрофой за всю историю человечества. Она ужасает не только беспрецедентными масштабами боевых действий и разрушений, неисчислимыми человеческими жертвами, но и судьбой военнопленных. В период и после Великой Отечественной войны (далее ВОВ) эта судьба выпала на долю свыше 5 млн. военнослужащих нацистской Германии, фашистской Италии, императорской Японии.

Цель: оценка особенностей продовольственного обеспечения иностранных военнопленных в период и после ВОВ. Использовался аналитический метод исследования при изучении документов и материалов.

В результате проведенного исследования установлено, что в начальный период ВОВ вопросы, связанные с обеспечением питания военнопленных не имели большого значения. С 1941 г. согласно Положению о военнопленных была установлена заниженная норма питания. Недостаток в питании приводил к дистрофии и авитаминозу, которые составляли 70% среди других болезней и являлись причиной 80% всех смертельных случаев. После Сталинградского сражения были приняты многие директивные документы, в соответствии с которыми продовольственное снабжение лагерей военнопленных было возложено на Управление военного снабжения (УВС) Народного комиссариата внутренних дел СССР, было сформировано отделение материально-технического снабжения. Размер хлебного пайка зависел от выполнения норм выработки (от 400 г для выполняющих нормы до 50% до 900 г – свыше 150%), а для неработающих – от того, в какой группе находился военнопленный (от 300 г для находящихся на гауптвахте до 700 г для офицеров, находящихся в оздоровительных командах и антифашистских школах).

В мае 1945 г вводятся новые нормы продовольственного снабжения военнопленных. Рацион питания пленного по основной норме увеличился на 524 ккал., а для занятых на тяжелых работах – на 775 ккал. Выполняющие производственные задания получили дополнительное питание (583 ккал.). Калорийность основного пайка выросла за счет увеличения суточного рациона по вермишели с 70 до 90 г, рыбе – с 50 до 100 г, салу – с 10 до 15 г, маслу растительному – с 10 до 15 г, соли – с 10 до 30 г, картофелю – с 400 до 600 г и овощам – с 200 до 320 г.

В августе 1945 г через восточные границы Советского Союза стали поступать военнопленные японской армии. Питание военнопленных японцев осуществлялось по нормам, учитывающим особенности национальной японской кухни. Вместо 300 г хлеба японскому военнопленному полагалось 300 г полуочищенного риса. В рацион японцев была введена приправа к кушаньям из бобов (мисо). В отличие от военнопленных европейцев, в нормах японцев было предусмотрено на 20 г больше мяса, однако на 320 г меньше овощей, на 15 г соли, на 5 г масла растительного. В 1946 - 1947 гг. наблюдались частые перебои в снабжении, неполноценные замены отсутствующих продуктов другими, хищения продовольствия, что приводило к ухудшению физического состояния военнопленных. Суточный рацион военнопленного снизился с 3200 до 2368 ккал. В этих условиях возросло значение начисляемого военнопленным денежного вознаграждения, на которое они могли приобрести дополнительные продукты питания в ларьках и буфетах.

Таким образом, качество питания иностранных военнопленных изменялось в различные периоды ВОВ, но всегда было гарантировано питание по установленным нормам, несмотря на крайне тяжелое обеспечение продовольствием населения страны.

Кулик Р.М., Дробова С.Г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЕЕ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гедревич З.Э.
Кафедра онкологии

В структуре злокачественных новообразований в Беларуси частота злокачественных новообразований ободочной кишки в 2011 г. составила 5,8%. Среди вновь заболевших мужчин его доля составила 5,3%,а среди женщин – 6,4%.

За 10 лет (2002 – 2011 годы) отмечен рост первичной заболеваемости (на 100000 жителей) с 17,7 до 27,2. Мужчины болеют в 1,4 раза чаще женщин. Пик заболеваемости приходится на возраст 70–74 года. Среди заболевших из года в год растет число пациентов имеющих более одной злокачественной опухоли в толстой кишке, а течение заболевания и лечение этой категории пациентов имеют существенные отличия по сравнению с уницентрическим поражением.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения и лечения первично – множественного рака ободочной кишки.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили случаи рака ободочной кишки, выявленные у пациентов Минского городского клинического онкологического диспансера в 2009-2010 годах. В исследование включено 58 пациентов, которые были разделены на две группы. Основную группу составили 28(48,3%) больных, у которых имел место первично-множественный (мультицентрический рост) рак толстой кишки, в контрольную группу включены 30 (51,7%) больных с уницентрическим ростом.

Результаты и обсуждение. По распространенности опухолевого процесса в основной группе превалировали больные с I-II стадией болезни (64,3%), с распространенным раком в III-IY стадии болезни - 35,7%. В контрольной группе I-II стадия болезни выявлена в 56,6% , в третьей стадии 26,7% случаев и в запущенной IY стадии - 5(16,7%). По морфологической структуре в основной группе чаще всего встречалась аденокарцинома средней степени дифференцировки 15(53,6%), в контрольной группе аденокарцинома БДУ в 15(50%). Низкодифференцированная, высокодифференцированная и слизепродуцирущая аденокарцинома встречались в единичных случаях в обеих группах. Наиболее частой первичной локализацией рака в основной группе был правый фланг – 12 случаев и рак поперечно-ободочной кишки -11 случаев. В контрольной группе превалировали опухоли левой половины ободочной кишки -22 случая. Основной операцией при мультицентрическом раке была субтотальная колонэктомия -5(17,9%) и правосторонняя гемиколонэктомия 11(39,3%), в группе контроля наиболее часто выполнялись резекция сигмы 13(43,3%) и левосторонняя гемиколонэктомия - 4(13,3%). В работе изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения при уни- и мультицентрическом поражении кишки и качество жизни пациентов при различных объемах резекции органа.

Кулик Т.Н.

СОДЕРЖАНИЕ ЙОДА И ФТОРА В БЕЛОРУССКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОДАХ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Римжа М.И.
Кафедра общей гигиены

Микроэлементы фтор и йод играют важную роль в обменных процессах организма. Фтор, суточная потребность которого составляет 0,5-1,0 мг, необходим для образования костной ткани, зубной эмали, дентина, улучшает адсорбцию железа, способствует заживлению ран. Йода в организме человека содержится около 25 мг, большая часть которого депонирована в щитовидной железе, играющей ведущую роль в регулировании обмена веществ. Суточная потребность человека в йоде составляет 0,1-0,2 мг (примерно 3 мкг/кг массы тела). Указанные микроэлементы поступают в организм, в основном, с пищевыми продуктами, хотя имеются и в подземных водах. Частота обнаружения йода и фтора в некоторых минеральных водах, добываемых на территории Республики Беларусь, и составила цель настоящего исследования.

По результатам изучения микроэлементного состава 64 белорусских минеральных вод установлено, что фтор имеется в 23 (35,9 ± 6,0%), йод – в 3 (4,7 ± 2,6%), – одновременно оба микроэлемента – тоже в 3 (4,7 ± 2,6%). На территории Минской области фторсодержащими питьевыми водами с общей минерализацией до 10000 мг/л, являются «Минская-4» (содержание указанного микроэлемента от 1 до 5 мг/л), «Минская-4 легкая» (0,3-3,0 мг/л), «Минская-4 санаторная» (1,0-4,0 мг/л), поступающие из подземных скважин на территории завода безалкогольных напитков в г. Минске, а также воды «Нарочанская-1» и «Нарочанская-2», с концентрацией фтора 0,95-1,0 мг/л и санатория «Приозёрный» (0,6 мг/л), добываемые в Мядельском районе. На территории Брестской области указанный микроэлемент имеется в водоносных плстах в Пружанском районе, в частности в минеральной воде «Беловежский родник» (0,26 мг/л) и в воде санатория «Ружанский» (1,0 мг/л), а также в воде «Фрост» (менее 10 мг/л), добываемой в Дрогичинском районе. В Могилёвской области артезианские скважины с фторсодержащей водой (концентрация микроэлемента 1,09 мг/л) находятся на территории санатория им. Ленина в г. Бобруйске и санатория «Шинник» в Бобруйском районе, и с меньшим уровнем (0,5 мг/л) - в воде санатория «Дубровенка». На территории Гродненской области фтор в количестве 0,9 мг/л имеет питьевая вода санатория «Поречье»; в Гомельской области – санатория «Приднепровский» (0,8-0,9 мг/л); в Витебской области - санатория «Боровое» (0,33 мг/л).

Фтор обнаруживается не только в питьевых водах, но и в рассолах, имеющих более высокую минерализацию (от 18800 до 62000 мг/л), и используемых для бальнеологических ванн. Наиболее высокую концентрацию данного микроэлемента (2,7 мг/л) имеет вода санатория «Сосновый Бор» (Молодечненский район); в меньшем количестве (0,4 мг/мл) – санатория «Приозерный», а также санаториев «Приднепровский» (0,5 мг/л) и «Шинник» (0,5 мг/л соответственно).

Что касается йода, то уровень его оказывается одинаков (0,2 мг/л) в питьевых водах, добываемых на территории Лепельского военного санатория, а также санаториев «Энергетик» и «Белорусочка» (пос. Ждановичи).

Одновременно оба микроэлемента (фтор в количестве от 1,09 до 1,8, йод - 0,1 мг/л) содержит вода из скважин № 2 и № 4 санатория им. Ленина в г. Бобруйске, а в воде санатория «Боровое» концентрация обоих химических веществ одинакова (0,2 и 0,3 мг/л.

Таким образом, большинство подземных природных минеральных вод, добываемых на территории Республики Беларусь, не содержат ионов йода и фтора, что предопределяет необходимость восполнения данных микроэлементов путем йодирования и фторирования питьевых вод, пищевой соли, а также отдельных пищевых продуктов.

Кунцайтите М.Л.

ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ (GRADE-3,GRADE-4) У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель асс. Боровский А.А.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Опухоли ЦНС составляют 16-20% всех злокачественных новообразований у детей и занимают 2-е место в их структуре. Опухоли головного мозга высокой степени злокачественности составляют 31-35% всех опухолей головного мозга у детей и для них характерен высокий процент летальности и инвалидизации.

Цель: изучить структуру, отдалённые результаты лечения опухолей головного мозга высокой степени злокачественности(Grade 3, Grade 4) у пациентов в возрасте от 1 до 17 лет включительно.

Задачи исследования:1)изучить частоту встречаемости опухолей головного мозга высокой степени злокачественности у детей в возрасте от 1 до 17 лет включительно в зависимости от пола,возраста;2)изучить особенности локализации и возможности связанного с этим тотального удаления опухоли;3)проанализировать пятилетнюю выживаемость у пациентов в зависимости от гистологической структуры опухоли;

Материалы и методы. Клинический материал составили 50 пациентов в возрасте от 1-го до 17-и лет, которым было проведено хирургическое лечение опухоли мозга высокой степени злокачественности на базе детского нейрохирургического отделения УЗ«9-я ГКБ» в период с 2001 по 2006 г. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от гистологической структуры опухоли:1гр.-опухоли нейроэпителиальной ткани(анапластическая олигодендроглиома, анапластическая астроцитома, глиобластома, эпендимарные);2гр.-эмбрионалные(медуллобластома, примитивная нейроэктодермальная, тератоидная/рабдоидная эпендимобластома);3гр.-герминоклеточные(незрелая тератома) и смешанные глиомы.

Результаты. Из 22 девочек и 28 мальчиков из исследуемых групп пациентов, наибольшая частота встречаемости опухолей головного мозга высокой степени злокачественности выявлена в группе пациентов младшего школьного возраста(7-12 лет) и составила 34%.В 82% случаев опухоль располагалась инфратенториально.Частота тотального удаления опухоли при этом составила 14,6%.Частота прорастания опухоли в ствол головного мозга составила 44% ,при этом тотальное удаление опухоли было возможно всего в 2%случаев.В 18% случаев опухоль располагалась супратенториально.При этой локализации доля тотального удаления опухоли составила 44,5%.Опухоли 1-й группы встретились в 18% случаев,2-й группы-76%,3-й группы-6%.5-летняя выживаемость в 1-й группе составила 67%;во 2-й группе-45%;в 3-й группе-33%.

Выводы:1)наибольшая частота встречаемости у мальчиков 7-12 лет;2)супратенториальное расположении более благоприятно для тотального удаления, неблагоприятно-прорастание в ствол головного мозга;3)5-летняя выживаемость выше в 1-й группе пациентов.

Кунцевич О.А.

ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович Н.И.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель исследования: изучить обращаемость детей с папилломами челюстно-лицевой области за оказанием стационарной хирургической помощи в зависимости от пола, возраста пациентов и локализации образования.

Материалы и методы. Нами изучены истории болезни 103 детей с папилломами челюстно-лицевой области в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ “4-я городская детская клиническая больница” г.Минска в период с 2006 по 2010 гг.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что обращаемость детей за оказанием стационарной хирургической помощи с папилломами челюстно-лицевой области среди всех опухолей и опухолеподобных образований составила 7,68±0,45%.

Папилломы челюстно-лицевой области несколько чаще встречаются у мальчиков (54,37±4,91%), чем у девочек (45,63±4,91%).

Нами выявлено, что дети с папилломами челюстно-лицевой области обращались за стационарной хирургической помощью чаще в возрасте 1-5 лет (61,17±4,8%), чем дети в возрасте 6-11 лет (22,33±4,1%) и 12-17 лет (16,50±3,66%).

В большинстве случаев папилломы челюстно-лицевой области у детей встречались в щечной области (21,36±4,04%), в области верхней и нижней губы (21,36±4, 04%), на слизистой языка (13,59±3,68%).

Дети с папилломами челюстно-лицевой области находились на стационарном хирургическом лечении в осенне-зимний период (61,16±4,80%) в 1,6 раза чаще, чем в весенне-летний период (38,84±4,80%).

Дети с папилломами челюстно-лицевой области находились на стационарном лечении от 2 до 6 дней, что в среднем составило 3,84 койко-дней.

Выводы. 1. Обращаемость детей за оказанием стационарной хирургической помощи с папилломами челюстно-лицевой области среди всех опухолей и опухолеподобных образований составляют 7,7%. 2. Папилломы встречаются в 1,2 раза чаще у мальчиков, чем у девочек, преимущественно в возрасте от 1 до 5 лет (61%). 3. Типичной локализацией папиллом челюстно-лицевой области является щечная область (21%), верхняя и нижняя губа (21%), слизистая языка (13,6%). 4. Дети с папилломами в 1,6 раза чаще обращались за стационарной хирургической помощью в осенне-зимний период (61%) и находились на лечении в среднем 3,84 койко-дней.

Купрашвили А.А.

ГРАНУЛОЦИТАРНЫЙ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЙ ФАКТОР (G CSF) – БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА, ПРИМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бизунок Н.А.
Кафедра фармакологии

Гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Granulocyte Colony-Stimulating Factor, G-CSF) — ключевой стимулятор продукции нейтрофилов. Нейтрофилы – важнейшие клетки иммунной системы – составляют около 50% всех лейкоцитов и 94% гранулоцитов.

Путем анализа научной литературы и ретроспективных наблюдений в клинической практике был изучен фармакологический потенциал G-CSF, различные аспекты его клинического применения и обоснованы перспективные направления использования.

Установлено, что обширной областью клинического применения рекомбинантного G-CSF является онкогематология, включая фармакотерапию врожденных и приобретенных нарушений функций костного мозга. Лечение комбинациями цитостатиков, назначаемое таким пациентам, примерно в 40% случаев осложняется фебрильной нейтропенией, купировать которую удается назначением G-CSF. При этом G-CSF позволяет значительно увеличить курсо-

вые дозы химиотерапевтических средств за счет модификации режимов дозирования, что улучшает переносимость курсов химиотерапии и повышает комплаентность лечению. Вопрос об увеличении выживаемости онкологических пациентов, получавших G-CSF, остается пока открытым.

По данным экспериментальных исследований G-CSF может рассматриваться как потенциальное средство профилактики и лечения иммунных и аутоиммунных заболеваний, таких как: рассеянный склероз; системная красная волчанка; воспалительные заболевания кишечника; диабет 1-го типа; реакция «трансплантат против хозяина». Оказывая влияние на иммунную систему, G-CSF способен сдвигать профиль цитокинов Th1/Th2 в сторону Th2 и модифицировать функции клеток, презентирующих антигены. Полагают, что этот механизм лежит в основе его противовоспалительного и нейрозащитного действия. Кроме того, G-CSF подавляет программируемую гибель клеток, стимулирует стволовые клетки и способствует образованию новых кровеносных сосудов, тем самым, ускоряя процессы восстановления и реваскуляризации поврежденных тканей, благодаря чему может использоваться в кардиологии, в частности, для лечения инфаркта миокарда.

К другим перспективным направлениям клинического применения G-CSF: терапия стволовыми клетками, болезнь Альцгеймера, нейтропения при ВИЧ, церебральный инсульт, аутоиммунные заболевания.

Курец А.В., Святощик О.В.

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ИММУННО-ЭНДОКРИННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ АДАПТАЦИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Хурса Р.В.
Кафедра поликлинической терапии

Любая болезнь возникает не внезапно, а проходит в своем развитии стадии донозологических и преморбидных состояний. Функциональные состояния организма в интервале между нормой и патологией определяют риск возникновения и развития болезни, поэтому актуально диагностировать нарушения здоровья на доклинической стадии.

Цель: провести скрининговую оценку состояния иммунно-эндокринной составляющей адаптации организма и особенностей индивидуальной гемодинамики по параметрам артериального давления (АД) у практически здоровых молодых людей.

Материал и методы. Амбулаторно обследовано 132 практически здоровых молодых студента (59 мужчин, 73 женщины) в возрасте 24,1±1,5лет. Иммунно-эндокринная составляющая адаптации исследована по опроснику самооценки самочувствия (Л.Х. Гаркави с соавт.), функциональная диагностика гемодинамики проведена оригинальным методом количественного анализа связей параметров АД (КАСПАД). Анализировались также наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, распространенность курения и антропометрические данные.

Результаты и обсуждение. Средние значения антропометрических данных в группе выглядели следующим образом: индекс массы тела (ИМТ) -- 22,1±1,3кг/м^2, систолическое давление (САД) -- 119,7±4,9 мм Hg, диастолическое давление (ДАД) --74,4±3,4 мм Hg, пульсовое давление (ПД) -- 45,0±4,1 мм Hg. Установлена достоверная положительная корреляционная связь слабой силы между ИМТ и САД и ПД (коэффициент корреляции Спирмена ρ=0,42 и 0,35 соответственно). В группе наблюдения курили 20,5% (27 человек), имели отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям 39,4% (52 человека). При исследовании адаптации результаты распределились следующим образом: 61,4% (81 человек) имели физиологическая норму адаптации (ФН), 11,3% (15 человек) – срыв адаптации (СА, «болезнь»), 27,3% (36 человек) – донозологическое состояние (ДН, «предболезнь»). По

КАСПАД гемодинамику гармонического типа имели 74,2% (98 человек), у 2 человек (1,5%) был пограничный диастоло-гармонический тип, у остальных - дисфункциональные типы: диастолический (ДД) -- 18,9%, систолический (ДС) -- 5,3%. Дисфункциональные типы указывают на диспропорциональный вклад сосудов и сердца в процесс продвижения крови: при ДД «гипертрофировано» участие сердца, при ДС – сосудов. ДС в популяции вообще встречается редко (1,5-3%). В группе лиц с СА была достоверно больше доля пациентов с ДС-типом гемодинамики, чем в группе ФН (20% и 2,5% соответственно, P=0,03). Влияния курения и отягощенной наследственности на адаптацию организма и особенности индивидуальной гемодинамики не выявлено, что, вероятно связано с молодым возрастом исследуемых лиц.

Выводы. 1. У 11,3% практически здоровых молодых людей было выявлено нарушение иммунно-эндокринной составляющей адаптации, соответствующей ее срыву («болезнь»).

2. Патологические типы гемодинамики по КАСПАД были обнаружены у 25,8% обследованных, самым частым был диастолический дисфункциональный тип (18,9%).

3. Установлено, что при нарушении адаптации (СА) была достоверно больше доля пациентов с ДС-типом гемодинамики, чем в группе с нормальной адаптацией (20% и 2,5% соответственно), что указывает на наличие латентных проблем здоровья у этих лиц и требует их дальнейшего наблюдения и дообследования.

Курочкина Е.В.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОЧАГОВ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Научный руководитель: асс. Грачева С.А.
Кафедра общей хирургии

Наиболее точно подбор антибактериального препарата для лечения хирургической инфекции производится на основе антибиотикограмм, выполняемых после выделения бактерий из очага. Однако сроки выполнения этого анализа не отвечают критерию максимально раннего начала, потому первые несколько дней после обращения больного в стационар антибактериальная терапия подбирается эмпирически, на основании ожидаемых (а не истинных) характеристик возбудителя и с учетом соматического состояния больного, и лишь через несколько дней корригируется по антибиотикограмме. Потому важен мониторинг микробного пейзажа поражений у пациентов района обслуживания стационара, так как это позволит наиболее точно проводить эмпирическую терапию тех или иных заболеваний.

Цель: изучить микробный пейзаж поражений при деструктивных формах рожистого воспаления, в том числе при сравнении данных двух крупных стационаров.

Материал и методы. Были изучены карты стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделениях гнойно-септической хирургии 5 и 10 ГКБ г.Минска в 2009, 2011, 2012 году (всего 37 случаев в 5 ГКБ за 2011-2012 гг, 18 в 10 ГКБ за 2009, 2011, 2012 г). Критерием включения в исследование был диагноз рожистого воспаления (любой формы) и наличие нестерильного посева из очага. Оценивались: число штаммов, высеянных от одного пациента, их чувствительность к антибиотикам, время забора посева (до 3 суток с момента поступления или позже 3 суток); сравнивались показатели двух стационаров.

Результаты и обсуждение. Всего у пациентов 5 ГКБ было высеяно 8 различных микроорганизмов, наиболее часто выделялся золотистый стафилококк – 43% посевов, стрептококк составил 19%, протей, синегнойная палочка, энтерококки – 24% (в том числе в посевах до 3 суток). Стрептококк был чувствителен к цефазолину в 86% случаев, к цефтриаксону в 86% случаев, к доксициклину в 100% случаев. Стафилококк был чувствителен к цефазолину в 28% случаев, к доксициклину в 83% случаев. Синегнойная палочка была чувствительна к амикацину и полимиксину.

Всего у пациентов 10 ГКБ было высеяно 5 различных микроорганизмов, наиболее часто выделялся золотистый стафилококк – 58% посевов, стрептококк составил 19%, протей, синегнойная палочка, энтерококки – 29% (в том числе в посевах до 3 суток). Стрептококк был чувствителен к цефазолину, цефтриаксону и доксициклину в 100% случае. Стафилококк был чувствителен к цефазолину в 50% случаев, к доксициклину в 75% случаев. Синегнойная палочка была чувствительна к амикацину и полимиксину.

Выводы. Из очагов поражений при рожистом воспалении высевается не только стрептококк, но и прочая, в том числе внутрибольничная флора, обладающая в значительном проценте случаев полирезистентностью к стандартно назначаемым при рожистом воспалении цефалоспоринам и доксициклину. Микробный пейзаж посевов двух клиник не имел существенных различий относительно чувствительности к антибиотикам (кроме цефалоспоринов), что может объясняться территориальной близостью районов обслуживания двух стационаров.

Куфтина Е.А., Логовая Е.Н.

НОСИТЕЛЬСТВО СТАФИЛОКОККОВ И ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* У СТУДЕНТОВ БГМУ

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Усачева Л.Н.
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Человек является основным резервуаром таких условно патогенных микроорганизмов, как *S. aureus* и грибов рода *Candida*. По литературным данным, носителями стафилококка могут быть 15–40% взрослого населения, грибов – 15–50%. Носительство бывает преходящим или постоянным, что зависит от особенностей штамма, состояния макроорганизма и конкурирующей микрофлоры. К носительству предрасполагают частые контакты с источником инфекции и постоянные нарушения целостности кожных покровов, поэтому носителей особенно много среди медицинских работников – до 96% случаев (Сбойчаков, 2007).

Цель работы: выявление носителей *S. aureus* и грибов рода *Candida* среди студентов БГМУ.

Задачи исследования: 1. трехкратное обследование группы студентов 2 и 3 курсов.

2. Выделение чистых культур и идентификация штаммов *S. aureus*, *S. epidermidis*, грибов рода *Candida*. 3. Определение факторов патогенности стафилококков.

Материалы и методы исследования. Было проведено трехкратное обследование 102 студентов лечебного, стоматологического и медико-профилактического факультетов. Забор материала – отделяемое слизистой оболочки ротовой полости – осуществляли в сентябре, октябре и ноябре 2012 г. Материал высевали на элективные среды ЖСА и Сабуро и выращивали при температуре 37,0±0,2 ^{0}С в течение 1–2 суток.

Подсчитывали выросшие колонии стафилококков и грибов. Идентификацию проводили по морфологическим, тинкториальным и биохимическим свойствам, а также факторам патогенности. У 81 штамма золотистого и 15 эпидермального стафилококков определяли такие факторы патогенности как лецитиназа, мембранотоксин и плазмокоагулаза. Исследования осуществляли в соответствии с Приказом Минздрава СССР № 535 от 22.04.85.

Результаты и обсуждение. При первом обследовании стафилококки были выделены у 63,1% студентов, причем у 53,4% находился *S. aureus*, у 9,7% – *S. epidermidis*. Грибы рода *Candida* были обнаружены у 18,5% студентов. Второе обследование дало аналогичные результаты – 58,6%, 14,9% и 26,4% соответственно. Третье испытание показало присутствие *S. aureus* у 65,6% обследованных лиц, *S. epidermidis* – у 28,0%, грибы рода *Candida* – у 30,1% студентов. Отмечено увеличение случаев выделения стафилококков и грибов в ноябре по сравнению с сентябрьскими исследованиями. В то же время, лишь 18,4% студентов показали

полное отсутствие стафилококков и грибов в ходе трех испытаний. У 18,5% человек выявлено однократное выделение штаммов *S. aureus*, у 25,2% – двукратное.

Резидентное носительство золотистого стафилококка установлено у 36,9% лиц, грибов рода *Candida* – у 14,6%. Совместное носительство стафилококков и грибов зафиксировано у 8,7% студентов.

Изучение факторов патогенности показало, что 97,5% штаммов *S. aureus* были способны продуцировать лецитиназу; мембранотоксин – 59,3% штаммов и плазмокоагулазу – 86,4%. Все исследуемые факторы были обнаружены у 48,2% *S. aureus.* Среди *S. epidermidis* мембранотоксин вырабатывали 40,0% штаммов, лецитиназу – 13,3%.

Выводы. 1. Выявлено носительство *S. aureus* у 36,9%, грибов рода *Candida* – у 14,6% студентов. У 8,7% обследуемых лиц обнаружено совместное присутствие изучаемых микроорганизмов. 2. У 48,2% исследованных штаммов *S. aureus* установлено наличие таких факторов патогенности как лецитиназа, мембранотоксин и плазмокоагулаза.

Кухоцковолец Т.Ю.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ ФАРИНГОПЛАСТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Научный руководитель канд. мед. наук Макарина-Кибак Л.Э.
Кафедра болезней уха, горла, носа

Синдром обструктивного апноэ сна- широко распространенное заболевание, вызывающее клинически значимые дыхательные расстройства у 24% мужчин и у 9% женщин в возрасте от 30 до 60 лет («Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей» Р.В.Бузунов, Москва 2012).

Актуальность нашей работы определяет то, что методов лечения СОАС довольно много, как хирургических, так и консервативных, но сложность подхода к данной категории пациентов заключается в том, что имеется необходимость индивидуального подхода. При использовании различных методов хирургического лечения возникает большое количество осложнений: удушье в послеоперационном периоде, назофарингеальные стенозы, кровотечения и др. При использовании предложенного нами метода передней фарингопластики количество послеоперационных осложнений при правильном подборе пациентов может быть минимизировано.

Цель: повышение эффективности хирургического лечения пациентов с СОАС путем реализации метода передней фарингопластики. Нами поставлены следующие задачи:

1. определить показания к выбору данного метода лечения
2. сравнить предложенный метод с другими методами хирургического лечения
3. оценить эффективность использования метода лечения в раннем и позднем послеоперационном периоде

Материалы и методы. В исследование включено 140 пациентов с диагнозом СОАС легкой и средней степени тяжести, находившихся на лечении на базе РНПЦ оториноларингологии в 2011-2013 годах. В результате диагностического алгоритма (риноманометрия, спирометрия, боковая рентгенография черепа с цефалометрическим анализом, эндоскопия дыхательных путей, стандартный ЛОР-осмотр) выявлен орофарингеальный уровень обструкции. Для анализа в послеоперационном периоде использовались: шкала оценки боли, шкала SF-36 для оценки качества жизни, опросник дневной сонливости Эпворта через день после операции и через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждения. Использование данной методики хирургического лечения после предложенной нами схемы отбора позволяет обеспечить высокий результат: ИАГ снижается на 56,8% ($p < 0,05$), SF-36 увеличивается до 75,3%. Операция технически проста в исполнении, не требует длительной подготовки хирурга. В послеоперационном периоде боле-

вой синдром выражен незначительно, послеоперационные кровотечения минимальны, что позволяет предложить данный метод для широкого использования в хирургической практике.

Кушнаренко С.В., Петровская А.В.

КРУПНЫЙ ПЛОД: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Кажина М.В.,
канд. мед. наук Яговдик И.Н.
Гродненский государственный медицинский университет

Макросомия в акушерстве представляет собой значительную проблему в связи с риском развития осложнений как для матери, так и для новорожденного, по причине чего беременные крупным плодом относятся к группе высокого риска перинатальной патологии. Однако на первое место выходит отсутствие достаточных сведений о патофизиологии и планирования профилактики этой проблемы.

Именно поэтому, особую актуальность приобретает изучение возможных причин развития крупного плода.

Цель работы: возможность прогнозирования макросомии у беременных, с целью уменьшения перинатальных потерь.

Задачи: выявление и анализ факторов, предрасполагающих к развитию крупного плода у женщин, беременности которых закончились рождение ребенка массой 4000 кг и более.

Материалы и методы. Исследование проводилось методом ретроспективного анализа материалов акушерских отделений УЗ «ГК БСМП г.Гродно» за 2011-2012 года.

За указанный промежуток времени родилось 565 крупных детей. В 2012 году, по отношению к предыдущему, этот показатель возрос на 40%.

По литературным данным, среди факторов риска макросомии лидируют метаболические нарушения: сахарный диабет, в том числе и гестационный, избыточная материнская масса тела, нарушенная функция щитовидной железы.

Результаты и обсуждение. Из всех клинических случаев 47,8% матерей, имели эндокринно-обменные нарушения, выраженные в той или иной степени. У 67 женщин(12%) в 3 триместре беременности отмечалось нарушение толерантности к глюкозе – уровень сахара в крови выше 5,3 ммоль/л. Из них у 43% были выявлены признаки ожирения: индекс Кетле более 25. Относительная инсулиновая недостаточность, возникающая при ожирении, обуславливает увеличение нагрузки на поджелудочную железу. Именно поэтому рождение крупного плода является риском развития сахарного диабета у матери.

В общей выборке число женщин с нарушениями липидного обмена составило 30%: 20% пришлись на долю женщин с избыточной массой тела, 6% - с НЖО 1 степени, около 2% - НЖО 2 и 3 степеней. Рождение крупного плода было зафиксировано у 5,8% женщин, имеющих патологию щитовидной железы, преимущественно ЭДЗ 1-2 степени.

Весьма важным фактором является избыточная прибавка веса во время беременности – более15 кг. Данный факт имеет подтверждение в нашем исследовании: из анализируемых случаев 64% женщин имели прибавку в весе от 16 до 35 кг.

Физиологическое пролонгирование беременности находится в прямой связи с макросомией, о чем свидетельствует родоразрешение 58,2% женщин после 40 недель беременности.

Необходимо отметить, что 18,6% крупных детей родилось у женщин, уже имевших в прошлом роды крупным плодом. Всего же на долю повторных родов приходится 61% , что в 2 раза превышает случаи макросомии при первой беременности.

Таким образом, выделение в группы риска по развитию крупного плода женщин с метаболическими нарушениями, анатомо-физиологическими особенностями беременных, показателями состояния репродуктивного здоровья позволит с большей долей вероятности прогно-

зировать случаи макросомии, что, в свою очередь, приведет к снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Кушнир Л.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ДОФАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С МИКРОПРОЛАКТИНОМАМИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИНАМИЧЕСКОГО МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИПОФИЗА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Забаровская З.В.
Кафедра эндокринологии

Цель работы: сравнение эффективности использования лекарственных средств бромокриптина и каберголина в лечении женщин с пролактиномами.

Методика проведения исследования. На базе УЗ «Городской эндокринологический диспансер» (УЗ «ГЭД») г. Минска проанализированы 82 медицинские карты женщин с гиперпролактинемией на фоне микроаденомы гипофиза, получающих лечение бромокриптином или каберголином, которым выполнялось МРТ гипофиза в динамике. Из 82 пациенток 51 получала бромокриптин и 31 – каберголин, доза лекарственных средств титровалась до достижения нормализации уровня пролактина крови. Собирался анамнез, выполнялись общеклинические обследования, определялся уровень пролактина крови. Средний возраст (X±σ) пациенток составил 29,9±8,6 лет, наблюдение в УЗ «ГЭД» г. Минска в течение 2,6±1,0 лет. Установлены наиболее частые жалобы: нарушение менструального цикла — 52% (n=82); галакторея — 20% (n=82); бесплодие и неразвивающаяся беременность — 17% (n=82); головная боль — 8% (n=82).

Полученные результаты. В течение первого года лечения бромокриптином (средний возраст — 28,3±8,2 лет; длительность наблюдения — 2,5±1,0 лет) у 2 женщин из 11 отмечалась положительная динамика, у 2 — отрицательная и у 7 женщин МРТ-картина оставалась без динамики, в то же время при лечении каберголином (средний возраст — 32,0±8,8 лет; длительность наблюдения — 2,7±1,03 лет) у 4 женщин из 7 отмечалась положительная динамика и у 3 женщин МРТ-картина осталась без динамики. За два года лечения бромокриптином у 9 (33%) женщин из 27 отмечена положительная динамика, у 1 – отрицательная и у 17 (63%) женщин МРТ-картина осталась без динамики, на фоне лечения каберголином у 8 (53%) женщин из 15 отмечалась положительная динамика и у 7 (47%) женщин МРТ-картина осталась без динамики. При сравнении результатов МРТ гипофиза, выполненных с интервалом три года при лечении бромокриптином у 1 женщины из 13 отмечалась положительная динамика, у 3 – отрицательная и у 9 (69%) женщин МРТ-картина оставалась без динамики. При сравнении результатов МРТ, выполненных с интервалом три года при лечении каберголином у 4 женщин из 9 отмечалась положительная динамика, у 1 – отрицательная и у 4 женщин МРТ-картина осталась без динамики.

Целесообразно отметить, что за два года лечения каберголином у 3 женщин при МРТ гипофиза патологических образований не выявлено (регресс микроаденомы) и за три года лечения – у 2 пациенток.

Таким образом, у 34% (n=82) женщин, получавших агонисты дофамина на протяжении от одного до трех лет, установлена положительная динамика при МРТ гипофиза, из них у 57% – без отрицательной динамики. Отмечено, что на фоне приема каберголина у 52% женщин (n=31) уменьшились размеры микроаденомы гипофиза, а у 5 пациенток – регресс микропролактиномы. На фоне лечения бромокриптином только у 24% (n=51) пациенток достигнута положительная динамика, у 65% размеры микропролактиномы не изменились.

Лагодич Г.А.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВЫХ ПОЛОСОК ЧЕТВЁРТОГО ЖЕЛУДОЧКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ярошевич С.П.
Кафедра нормальной анатомии

Цель работы: изучение вариантности мозговых полосок четвёртого желудочка головного мозга у человека.

Материал исследования. 9 фиксированных в 10% формалине стволов головного мозга человека, предназначенных для учебных целей.

Объектом исследования явились мозговые полоски четвёртого желудочка.

Методы исследования. Препарирования, описательный, морфометрический, статистический. Длину и ширину мозговых полосок определили с помощью штангенциркуля (цена деления 0,01 мм).

Результаты и обсуждение. В учебниках и атласах анатомии человека мозговые полоски четвёртого желудочка описываются как постоянные образования, представляющие собой часть слухового пути. Они берут начало в заднем улитковом ядре, выходят на дорсальную поверхность моста в области вестибулярного поля, следуют поперёк ромбовидной ямки до срединной борозды, где погружаются вглубь и заканчиваются на нейронах заднего ядра трапециевидного тела.

В процессе изучения исследуемого материала обращалось внимание на количество, расположение мозговых полосок и их симметричность на левой и правой половинах ромбовидной ямки. Оказалось, что в 5 препаратах число мозговых полосок было большим в левой половине ромбовидной ямки, в 2-х – в её правой половине, в 1 препарате – одинаковым с обеих сторон. В одном препарате отдельные мозговые полоски не определялись, поскольку расположенные близко друг к другу волокна образовали треугольную пластинку, основанием обращённую к срединной борозде. Расположение мозговых полосок также было различным в разных препаратах. Только в одном препарате ход мозговых полосок соответствовал классическому описанию. В остальных случаях ход мозговых полосок значительно варьировал: некоторые полоски отклонялись в направлении верхнего или нижнего углов ромбовидной ямки, отдельные полоски на поверхности ромбовидной ямки протягивались от верхних мозжечковых ножек до пограничной борозды, треугольника блуждающего или подъязычного нерва. Некоторые полоски разделялись на ветви, идущие в разных направлениях, например до верхней мозжечковой ножки, sulcus medianus, trigonum nervi hypoglossi.

Длина мозговых полосок варьировала от 3,1 до 15,8 мм (в среднем – 8,31 ± 0,36 мм), ширина – от 0,1 до 2,6 мм (в среднем – 1,26 ± 0,08 мм).

Выводы. Выявлена асимметрия мозговых полосок четвёртого желудочка в правой и левой половинах ромбовидной ямки по количеству, расположению и показателям длины и ширины. Обсуждается альтернативная точка зрения о происхождении мозговых полосок четвёртого желудочка из дугообразных ядер.

Лагодская Л.И., Соболевский В.А.

ИНСУЛЬТ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научный руководитель д-р мед. наук., проф. Максимович Н.Е.
Кафедра патологической физиологии имени Д.А. Маслакова УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Актуальность. Сахарный диабет продолжает оставаться актуальной проблемой в медицине, сопровождаясь быстрым ростом заболеваемости и высокой степенью инвалидизации больных. Согласно официальным данным ВОЗ ежегодно регистрируется всё большее количество случаев выявления сахарного диабета, а к 2025 году прогнозируется увеличение ко-

личества таких больных до 300 миллионов человек. Несмотря на современное лечение и профилактику сахарного диабета у большого числа больных развиваются осложнения – микро- и макроангиопатии. Одним из клинических проявлений ангиопатий являются инсульты, формирующие высокий процент смертности у больных с сахарным диабетом.

Цель исследования: выявление частоты встречаемости инсульта у умерших больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Исследовано 200 протоколов патологоанатомических вскрытий умерших больных сахарным диабетом в Гродно и Гродненской области за 2010-2011 гг. Проведен анализ частоты встречаемости инсульта в зависимости от возраста и пола.

Результаты исследований. По данным анализа протоколов вскрытия патологоанатомического бюро Гродненской области за 2010-2011 гг. от осложнений сахарного диабета умерло 200 человек. У 35 умерших (18%), несмотря на проводимое лечение сахарного диабета, отмечался инсульт, в том числе у 19 мужчин (54%) и у 16 женщин (46%). В возрастной категории до 50 лет инсульт имел место только у двух умерших (6%), основное же число инсультов пришлось на возрастную категорию старше 60 лет (94%), причем в равной степени, как у мужчин, так и у женщин. Ишемический инсульт отмечался у 74% больных, умерших от инсульта, а геморрагический – у 17% умерших, что соответствует данным литературы.

Выводы. Достаточно высокая встречаемость осложнений сахарного диабета как причин смерти свидетельствует о тяжести течения сахарного диабета. Результаты исследований демонстрируют, что использование традиционных методов лечения сахарного диабета недостаточно для профилактики и предотвращения его осложнений, поэтому лечение сахарного диабета требует дополнительных методов патогенетической терапии. Учитывая, что возникновение ишемического инсульта может быть обусловлено ангиоспазмом, тромбозом сосудов мозга, очевидно, что использование эндотелиопротекторов позволит уменьшить возможность его развития вследствие наличия у этих препаратов вазодилататорных и антитромботических свойств.

Лагутина А.Н.

ФОНОСЕМАНТИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНО ЗАВИСИМОСТИ

Научный руководитель преп. Соловьев И.Д.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Цель работы: выявление фоносемантических индикаторов психологических защит у пациентов с синдромом алкогольной зависимости.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 21 реабилитационного наркологического отделения ГУ РНПЦ психического здоровья. Изучению и анализу подлежали тексты, написанные лицами с синдромом зависимости, вызванным употреблением алкоголя(активная зависимость (F.10.24. по МКБ-10)), а также результаты теста AUDIT и опросника Индекс Жизненного Стиля (50 человек). Группу сравнения составили люди, ведущие здоровый образ жизни и занимающиеся йогой(30 человек). В работе использовались клинико-психологические методы исследования: анкетирование, опросник Индекс Жизненного Стиля, тест AUDIT, метод фоносемантического анализа текстов(программа Vaal авторства доктора философских наук Шалака В.И.), статистические методы обработки данных (описательная статистика и корреляционный анализ).

Полученные результаты и обсуждения. Результаты теста AUDIT идентифицировали опытную группу, как людей с Синдромом Алкогольной Зависимости, со средним значением 27 баллов.

Опросник Индекс Жизненного Стиля позволил изучить механизмы психологических защит пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, а также группы сравнения и определить количественные различия по средним значениям характеристик психологической защиты.

Последующий качественный анализ показал достоверность различий (по t-критерию Стьюдента) для трех механизмов защиты: регрессия=0,012<0,050; проекция=0,014<0,050; замещение= 0,005<0,050 в опытной группе и группе сравнения, на основании чего можно сделать вывод о выявлении достоверных отличий по преобладающим механизмам психологических защит. Регрессия, являясь наиболее дезадаптивным механизмом психологической защиты, в совокупности с проекцией и замещением, предрасполагает к развитию психических расстройств.

Дальнейший качественный анализ показал достоверность различий (по t-критерию Стьюдента) для трех фоносемантических шкал: (хороший/плохой)=0,01<0,05; (красивый/отталкивающий)=0,01<0,05; (тяжелый/легкий)=0,04<0,05 в опытной и контрольной группе, на основании чего можно сделать вывод о выявлении достоверных отличий по данным фоносемантическим параметрам, что гипотетически можно считать маркером алкогольной зависимости пациентов.

В процессе исследования были выявлены линейные взаимосвязи между определенными фоносемантическими характеристиками пациентов и преобладающими механизмами психологических защит: коэффициент корреляции (R) шкалы «хороший/плохой » от МПЗ регрессия составил – 0,35, шкалы «величественный/низменный» составил – 0,37, что указывает на некоторое линейное увеличение показателей «плохой» и «низменный» при доминирующем механизме психологической защиты регрессия. R шкал «могучий/хилый», «яркий/тусклый» от МПЗ проекция составили -0,03 и -0,04 соответственно, из чего можно предположить, что показатели «хилый» и «тусклый» являются фоносемантическими индикаторами МПЗ проекция.

Лазаревич Я.А.

О ЗНАЧЕНИИ ФОРМАНТА -LOGIA В ОБЩЕНАУЧНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель канд. пед. наук, доц. Круглик Н.А.
Кафедра латинского языка

Латинский язык сыграл немалую роль в обогащении русской лексики (в том числе и терминологии), связанной преимущественно со сферой научно-технической и общественно-политической жизни. При изучении влияния латинского языка на другие языки особо стоит вопрос об использовании латинских корней в качестве операторов при образовании научно-технической терминологии.

Большинство терминов представляет собой производные слова, образованные от других, производящих слов (основ) посредством различных способов словообразования: использование приставок и суффиксов, осново- и словосложение. Значение таких производных слов обычно определяется семантикой (значением) их составных частей, которые принято называть терминоэлементами.

Цель работы: исследование латинских терминов с конечным формантом – logia в медицинской и общеупотребительной лексике.

Таких терминов в четырехтомном энциклопедическом словаре мы нашли 320.

Анализируя морфологическую структуру всех разновидностей терминов, оканчивающихся на –logia можно сказать, что в их составе всегда находится греческий или латинский корень.

Латинский терминоэлемент -logia имеет два отдельных значения:

1. сочетание формы, используемые в названиях наук или областей знаний, например, *теология* или *социологии* .

2. Терминоэлемент, который относится к видам речевой, письменной или коллекции письменной форме, например, *трилогии*.

Проанализировав термины с конечным терминоэлементом -logia, мы сделали вывод, что они иногда используется для описания предмета, а не его изучение (например, *технологи*я). Это использование особенно распространена в медицине, например, *патология* часто используется просто для обозначения "болезнь" само по себе (например, "Мы не нашли патологии еще"), а не "изучение болезни".

Терминоэлемент -logia в первую очередь обеспечивает выраженную интернационализацию медико-биологической терминологии. Благодаря тому, что греко-латинские терминоэлементы легко соединяются с разноязычными терминоэлементами, образуя слова-«гибриды», значительно возрастает терминообразовательный потенциал научного языка. Слова с конечным терминоэлементом -logia легко адаптируются ко многим национальным языкам.

Лазарь Е.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это состояние, при котором у пациента возникают многочисленные повторяющиеся остановки дыхания вследствие полной (апноэ) или частичной (гипопноэ) обструкции дыхательных путей во время сна на уровне глотки и прекращения легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, характеризующееся, как правило, наличием храпа, снижением уровня кислорода в крови, грубой фрагментацией сна, частыми пробуждениями и избыточной дневной сонливостью.

Известно, что около 24% мужчин и 9% женщин в возрасте 30–60 лет в различной степени страдают от нарушений дыхания во время сна. Несмотря на достаточно широкую распространенность СОАС в популяции, заболевание остается малодиагностируемым – более 80% случаев апноэ во время сна средней и тяжелой степеней остаются нераспознанными. Между тем синдром ночного апноэ в настоящее время признан одним из ведущих независимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В ряде исследований продемонстрировано наличие обструктивных нарушений дыхания во время сна у 20-40% пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (ИБС), инфарктом миокарда и инсультом в анамнезе. Интермиттирующая гипоксемия, оксидативный стресс, эндотелиальная дисфункция, ацидоз, метаболическая дисрегуляция, повышение и нестабильность АД, симпатическая вазоконстрикция в сочетании с перепадами внутригрудного давления могут быть провоцирующими факторами развития ишемии миокарда.

Цель исследования: оценить распространённость СОАС среди пациентов с ИБС, а также изучить клинические, биохимические, инструментальные показатели состояния сердечно-сосудистой системы у данной категории лиц.

Материалы и методы исследования. Участниками исследования стали пациенты с верифицированной ИБС, находившиеся на стационарном лечении в отделениях кардиологического профиля УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. У каждого пациента выполнялся сбор анамнеза с оценкой показателя дневной сонливости по шкале Эпворта (Epworth Sleepiness Scale), а также выполнением скринингого теста на

выявление СОАС. Осуществлена комплексная оценка данных клинико-инструментальных и лабораторных тестов, выполненных во время пребывания пациентов в стационаре.

Обработка полученных данных проводилась с использованием программных пакетов Statistica и Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования. Показана высокая распространенность синдрома ночного апноэ у пациентов с ИБС. При этом продемонстрировано влияние СОАС на клиническое течение ИБС и качество жизни данной категории пациентов, проведен анализ имеющихся у них кардиоваскулярных факторов риска и спектра коморбидной патологии.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности проведения скрининга пациентов с ИБС с целью своевременного выявления нарушений дыхания во время сна как фактора, ухудшающего клиническое течение основного заболевания и повышающего суммарный кардиоваскулярный риск.

Лазовский А.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Брагина З.Н.
Кафедра патологической анатомии

Ежегодно в мире регистрируется 1,2 млн. первичных случаев онко-заболеваний и прогнозируется их неуклонный рост к 2015 году до 1,7 млн. Одной из ведущих проблем онкологии является рак молочной железы (РМЖ).

Цель: На основе результатов морфологического исследования ,применении методов иммуногистохимии разработать критерии диагностики РМЖ , определить прогноз и способы лечения,характер и прогноз заболевания.

Задачи: 1. Определить частоту различных гистологических вариантов рака молочной железы , 2. Провести иммуногистохимический анализ определения рецепторов опухоли к прогестерону ,эстрогену , Ki-67 и Her2neu , **3.** Оценить метастатический потенциал при раке молочной железы на основе проведения имунногистохимии .

Материалы и метод исследования. Ретроспективный анализ 200 биопсийных карточек пацieток на базе МГКОД с сентября по декабрь 2012 года. Данные обрабатывались статистической программой Microsoft Excel 2010 .

Выводы. 1. Возраст пациенток варьировался от 30 до 86 лет : 35 -40 (9%), 41-50 (16%) , 51-60 (29%) , 61-70 (24%) ,71 более (22%). Основной возраст пациенток - 51-60 (29%).

2. Чаще поражался верхний наружный квадрант (72 (36%)). Другой локализации были следующие квадранты: нижний наружный - 18 (9%),нижний внутренний – 14 (7%),верхний внутренний – 28 (14 %),центральный -68 (34 %).

3. Размеры узлов колебались от 2-х до 7,2см.При этом до 2-х см были в 116 (58%) случаев, более 2-х см - у 84 (42 %) . Самые большие узлы - 5,4 см и 7,2 см располагались в верхнем наружном квадранте правой МЖ .

4. В 186 (93%) рост опухоли был односторонним, в 14 (7 %) случаев - двухсторонним. Правая молочная железа была поражена в 106 (53 %) , левая в 80(40%) .

Унicентрический рост отмечается в 150 (75%) случаев , мультицентрический в 50 (25%) .

5.Наиболее частым гистологическим вариантом рака молочной железы был инфильтрирующий рак 170 (85%) , другими формами были: дольковый 30 (15%), рак Педжета 4 (8%).

6. Согласно международной классификации 1 стадия (pT1pN0pM0) опухолевого процесса выявляется в 10(5%) случаев , 2А стадия (pT1pN1pM0)(pT2pN0pM0) в 85(42,5%), 2В стадия (pT2N1M0)(pT3N0M0) в 63 (31,5%) , 3А стадия (pT2N2M0)(pT3N1M0) в 30(15%), 3В стадия (T4N0M0)(T4N2M0) в 8(4%) , 3С стадия (T3N3M0) в 2(1%), 4 стадия (T3N1M1) в 2 (1%).

7. Во всех случаях проводилась иммуногистохимия с анализом чувствительности опухоли к следующим рецепторам : рецепторы к эстрогенам выявлялись в 118(59%)случаев, прогес-

терону в 85(42,5%). HER-2/neu положительные в 103(51,5 %) случаев , HER-2/neu негативные в 40(20%) и у 57(28,5%) пациенток наблюдалось неполное окрашивание мембран. Ki67 положительные в 68 (34%) случаев , отрицательные в 132 (66%) .

Лазуркевич Х.О.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ МУТАГЕНОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ С ПОМОЩЬЮ РАСТИТЕЛЬНЫХ ТЕСТ-ОБЪЕКТОВ

Научый руководитель д-р мед. наук, проф. Ковальчук Л.Е.
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

С целью повышения эффективности тестирования степени загрязнения окружающей среды разных районов Прикарпатья использовано три растительных тест-объекта.

Проведено трехразовое исследования образцов однотипных дерново-подзолистых почв: I - из горного Верховинского района (условно экологически чистая зона), II, III и IV - с химически загрязненных территорий городов Калуша, Бурштина, Ивано-Франковска в 2008, 2009 и 2011 годах. Цито-и генотоксичность почв оценивали по изменениям наследственного аппарата клеток верхушечной корневой меристемы Allium cepa, трансгенных линий Arabidopsis thaliana (Col-0 pTA/SIR-3; BAR pTA/SIR1-5; BAR pTA/SIR2-2; BAR pTA/SIR3-6 ; BAR pTA/SiR6-2; BAR pTA/SIR3-2) и гетерозиготных по мутации Sulfur (Su) гена Nicotiana tabacum. Проанализирована частота явлений интрахромосомной гомологической рекомбинации (ИГР) - маркера восстановления GUS-гена трансгенных растений (ТР) Arabidopsis thaliana по фотографиям этих растений, выращенных на образцах почв из разных районов Украины в 1998-2000 годах.

Установлено снижение интенсивности прорастания всех линий Arabidopsis thaliana и Nicotiana tabacum на химически загрязненных почвах по сравнению с контролем за весь исследуемый период. Выявлено снижение количества всходов Nicotiana tabacum на химически загрязненных почвах Калуша, Бурштина и Ивано-Франковска: до (61,01±2,65), (68,33±2,25) и (59,56±3,12) %; (30,00±1,23), (83,33±2,89) и (74,28±3,17)%; (30,02±2,00), (45,67±2,84) и (52,98± 3,14) %, соответственно в 2008, 2009 и 2011 гг. В условно экологически чистой зоне этот показатель составлял (97,52±2,00), (98,43±1,02) и (94,62±1,89) %. С помощью однофакторного дисперсионного анализа доказано наибольшую информативность двух показателей тест-объекта: количества и площади пятен на растениях. Подобную ситуацию зарегистрировано по ТР Arabidopsis thaliana. Идентифицированы задержка формирования розетки на этих же почвах (в 1,1 - 1,3 раза), уменьшение высоты (в 1,47 - 1,52 раза) и диаметра стебля (в среднем в 1,5 раза).

Следующим этапом работы было проведение количественного анализа явлений ИГР по количеству и площади синих пятен на фотографиях растений, пророщенных на образцах почв из разных районов Украины. Суммарный показатель ИГР у растений из экологически чистого Верховинского района составлял 0,48±0,05 мм². Почвы с Бурштина увеличивали ИГР до 6,25 (диапазон колебаний 0,44-11,57), из Снятинского района - 1,86 (диапазон колебаний 0,38-3,34), с Народичей - 6,27±0,35 и с Чернобыля - 30,03±0,01 мм². В случае выращивания ТР в зоне отчуждения синие пятна занимали треть или половину листьев.

Для проверки эффективности применения трансгенных растений в качестве тест-объектов использовано тестирование интенсивности загрязнения почв с помощью рекомендованного группой экспертов ВОЗ Allium cepa-теста. В клетках исследуемых растений зарегистрированы хромосомные аберрации - мосты, фрагменты, К-митозы. Между частотой последних и количеством и площадью пятен на ТР выявлены положительные корреляции (диапазон колебаний r составлял 0,856-0,571, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Комплексным применением трех растительных тест-объектов (Allium cepa, Arabidopsis thaliana, Nicotiana tabacum) выявлено наличие мутагенов в образцах почв различных районов Украины. 2. Доказана зависимость цито- и молекулярно-генетических нарушений в тест-объектах от интенсивности загрязнения окружающей среды. 3. Для индикации потенциальных мутагенов окружающей среды целесообразно применять ТР Arabidopsis thaliana и гетерозиготные по мутации Sulfur (Su) гена растений Nicotiana tabacum.

Ландюк М.М., Горбацевич Д.С.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Панкратова Ю.Ю.
1-ая кафедра внутренних болезней

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – патология, которая является четвертой по частоте причиной смертности в мире, представляет серьезную угрозу здоровью населения, поскольку многие люди долгие годы страдают данным заболеванием и преждевременно умирают от него или его осложнений. В течение ближайших десятилетий прогнозируется рост заболеваемости ХОБЛ в результате сохраняющегося влияния факторов риска и старения популяции. Для борьбы с ХОБЛ разработана система лечебных и профилактических мероприятий. В ее основе лежит комплексная оценка клинических и инструментальных данных для определения степени тяжести заболевания, его влияния на состояние здоровья пациента и определения риска будущих неблагоприятных событий. Для оценки выраженности симптомов у пациентов с ХОБЛ эксперты GOLD 2011 рекомендуют использовать опросники MRS и CAT. Однако в современной литературе недостаточно данных о возможности их применения и эффективного использования. Таким образом, целью нашей работы было изучение возможности использования опросников MRS, CAT в оценке клинических проявлений ХОБЛ, их взаимозаменяемость, а также комплексная оценка факторов риска, особенностей клинического течения, наличия коморбидных состояний, аспектов диагностики и лечения пациентов с ХОБЛ.

В основе исследования лежал клинический осмотр, опрос и анкетирование с помощью опросников MRS и CAT 31 пациента (5 женщин и 26 мужчин) с диагнозом ХОБЛ, проходивших стационарное лечение на базе УЗ «10 ГКБ». Диагностика заболевания основывалась на комплексной оценке анамнеза больного, данных клинического и инструментального исследований (спирометрия). Лечение пациентов с ХОБЛ производилось комплексно с учетом стадии заболевания и клинической группы. Средний возраст пациентов составил 63,2±9,3 года. Статистический анализ проводился с использованием SPSS Statistics 17.0.

В результате исследования получены данные о достаточной эффективности использования опросников MRS и CAT для оценки симптомов ХОБЛ, а также подтверждена их взаимозаменяемость. Лишь 1/2 пациентов самостоятельно справилась с опросниками: чем старше пациент, тем больше времени занимало анкетирование, тем больше требовалась помощь медработника. Кроме того, произведилась оценка основных симптомов ХОБЛ (одышка, кашель) с помощью ВАШ. При оценке модифицируемых факторов риска выявлено, что среди пациентов превалировало наличие профессиональных вредностей и длительный стаж курения. При оценке клинических данных основное внимание уделялось времени возникновения и продолжительности основных симптомов, частоте обострений и госпитализаций, влиянию болезни на трудовую и домашнюю деятельность. Производилась оценка наличия коморбидного фона: выявлено преобладание заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Лапанов П.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РОЛЕВЫХ ИГР В МОДЕЛИРОВАНИИ РЕАКЦИИ ГНЕВА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Игумнов С.А.
Гомельский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №3, поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсами дерматовенерологии и медицинской реабилитации

Известно, что одним из основных механизмов развития эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) считается симпатоадреналовый. При переживании нервных стрессов растёт психоэмоциональное напряжение, что сопровождается вегетативным ответом в виде повышения тонуса симпатической нервной системы. Одной из эмоций, сопровождающейся выраженной вегетативной реакцией, является гнев. Согласно психоэволюционной теории Роберта Плутчика, гнев возникает как реакция на физическое или психологическое препятствие, затрудняющее реализацию намерений человека. Очевидной реакцией на препятствие является его устранение, что эволюционно заложено в виде повышения реактивности сердечнососудистой системы (ССС). Одним из методов психотерапии, позволяющей воспроизвести эмоцию гнева, является психодрама. После предварительной подготовки, человеку предлагается разыграть ситуацию, вызывающую гнев. При достаточной силе и продолжительности эмоции развивается реакция ССС в виде повышения артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Цель работы: изучение реактивности ССС больных АГ в ответ на вызванную эмоцию гнева.

Материалы и методы. Основную группу (ОГ) составили 10 больных АГ без ассоциированных с гипертензией клинических состояний. Средний возраст обследуемых составил 47 лет, 4 мужчины и 6 женщин. Контрольную группу (КГ) составили 10 клинически здоровых исследуемых, средний возраст 52 года, 5 мужчин и 5 женщин. В обеих группах производилось измерение ЧСС и АД до испытания. Затем разыгрывалась сцена, вызывающая гнев, интенсивность которого фиксировалась испытуемым и наблюдателями. Мерой интенсивности стала усреднённая оценка испытуемого и наблюдателей. Повторное измерение ЧСС и АД производились непосредственно по окончанию сцены и через 5 минут.

Результаты и их обсуждение. В ОГ до испытания систолическое АД (САД) составило, в среднем, 146±5 мм рт. ст., диастолическое (ДАД) - 92±6 мм. рт. ст. ЧСС равнялась 78 ударов в минуту. Средняя интенсивность эмоциональной реакции, оцененной по десятибалльной шкале, составила 6,4±1,2 балла. Непосредственно после сцены АД составило САД: 154±8 мм рт. ст., ДАД: 103±4 мм. рт. ст., ЧСС 92 ударов в минуту. Через 5 минут АД составило САД: 148±4 мм рт. ст., ДАД: 91±6 мм. рт. ст., ЧСС 84 ударов в минуту.

В КГ до испытания систолическое АД (САД) составило, в среднем, 127±9 мм рт. ст., диастолическое (ДАД) - 83±5 мм. рт. ст. ЧСС равнялась 72 ударов в минуту. Средняя интенсивность эмоциональной реакции, оцененной по десятибалльной шкале, составила 6,9±0,9 балла. Непосредственно после сцены АД составило САД: 135±7 мм рт. ст., ДАД: 79±4 мм. рт. ст., ЧСС 78 ударов в минуту. Через 5 минут АД составило САД: 124±6 мм рт. ст., ДАД: 86±4 мм. рт. ст., ЧСС 72 ударов в минуту.

Выводы. 1. Для стимуляции эмоциональной реакции испытуемого эффективно применение клинических ролевых игр, где в качестве ключевых сцен проигрываются актуальные для испытуемого темы эмоций. 2. У больных АГ значения ЧСС, САД и ДАД повышались достоверно выше, чем в контрольной группе.

Лаптёнок Ю.В.

МИНИМАЛЬНАЯ РЕЗИДУАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ РЕЦИДИВЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

Научный руководитель д-р мед. наук, доц., Романова О.Н.
Кафедра онкологии

Цель работы: расширение применения молекулярно-генетического метода для определения минимальной резидуальной болезни у пациентов с рецидивом острого лимфобластного лейкоза.

Материалы и методы. В ходе работы изучены клинические данные 15 пациентов с рецидивом острого лимфобластного лейкоза и пунктаты костного мозга.

В начале исследования проведена стратификация пациентов по группам риска с учетом данных о времени возникновения и локализации рецидива. Далее с помощью морфологического метода устанавливался факт наличия ремиссии (бласты <5%). Затем, методом полимеразно-цепной реакции в режиме «реального времени» определялись клональные перестройки Т-клеточных рецепторов с целью установления факта наличия или отсутствия молекулярной ремиссии на этапах блоковой химиотерапии в соответствии с протоколом ALL-REZ BFM 2002.

Результаты и обсуждение. 1. Стратификация 15 пациентов по группам риска следующая: группа S2 – 12 пациентов (80%), группа S3 – 1 пациент (7%), группа S4 – 2 пациента (13%). 2. С помощью морфологического метода установлено, что все пациенты достигли ремиссии после проведения в течение 5 дней циторедуктивной профазы дексаметазоном 6мг/м². 3. В стратегической группе S2 при определении минимальной резидуальной болезни (далее - МРБ) после второго лечебного элемента F2 блоковой химиотерапии, согласно протоколу ALL-REZ BFM 2002, 10-ти пациентам (83%) необходимо проведение трансплантации костного мозга, так как уровень МРБ составил более 0,001. У 2-х пациентов (17%) уровень МРБ составил менее 0,001, что говорит о возможности дальнейшего проведения блоковой химиотерапии с последующим переходом на поддерживающую терапию длительностью 24 месяца. 4. После проведения блоковой химиотерапии у пациентов всех стратегических групп, нуждающихся в трансплантации костного мозга (13 пациентов) только у 7 (54%) удалось достигнуть молекулярной ремиссии. У остальных 6 (46%) соответственно повышается риск развития рецидива после трансплантации костного мозга.

Лапусто А.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВОВ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОГО РАЗГИБАТЕЛЯ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Беспальчук П.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Цель: Изучение результатов хирургического лечения подкожных разрывов сухожилия длинного разгибателя первого пальца кисти

Методика проведения. В Республиканском центре хирургии кисти г. Минска оперативное лечение подкожных разрывов сухожилия длинного разгибателя первого пальца выполняется путем транспозиции рядом расположенных сухожилий. Представлен опыт лечения 26 пациентов в возрасте от 22 до 68 лет, имевших подкожные разрывы длинного разгибателя большого пальца(14 случаев – правая кисть, 12 случаев – левая кисть). У всех пациентов ранее были диагностированы переломы дистального метаэпифиза соответствующей лучевой

кости. У 23 пациентов была выполнена транспозиция сухожилия собственного разгибателя указательного пальца на первый палец, в 3 случаях – транспозиция сухожилия длинного лучевого разгибателя кисти большого пальца. Оперативные доступы к дистальному фрагменту поврежденного и перемещаемого сухожилия осуществляли путем выполнения трех поперечных разрезов по тыльной поверхности кисти. В качестве соединения дистального участка сухожилия длинного разгибателя и трансионированного собственного, как правило, использовали внедряющийся сухожильный шов. Равновеликие по диаметру участки сухожилий фиксировали внутрисуставным сухожильным швом.

Результаты. В 25 наблюдениях было достигнуто полноценное восстановление функции большого пальца кисти. Один неудовлетворительный результат является следствием сроков и качества иммобилизационного периода.

Лахадынов А.С., Солёная Л.А.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ОТРАВЛЕНИЙ ГРИБАМИ ПО ДАННЫМ БСМП г. МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук Борушко Н.В.
Кафедра общей гигиены

По данным статистики в городе Минске за период 2007-2009г.г. произошло 527 отравлений веществами не медицинского назначения. Из них 239 приходится на отравления алкоголем и его суррогатами. Об отравлениях грибами точной статистики нигде не ведется. Но тем ни менее такие случаи происходят.

Цель работы: изучить частоту и структуру отравлений грибами.

Задачи: определить ежегодное количество отравлений; определить динамику отравлений в течении года; определить структуру пострадавших; изучить обстоятельства отравлений грибами ; определить исходы отравлений грибами.

Материалы и методы. Нами проведён ретроспективный анализ 527 историй болезни пациентов находившихся в токсикологическом отделении БСМП по поводу отравлений грибами за период с 2007 по 2009 года.

За изучаемый период в токсикологическое отделение поступило: 8403 пациента. Среди них по причине отравления грибами: 527 пациентов.

Результаты. Количество отравившихся грибами ежегодно составляет 5-7% от всех пациентов, поступивших в токсикологическое отделение с отравлением веществами не медицинского назначения. Пик отравлений приходится на август-сентябрь. Количество мужчин и женщин в структуре пострадавших практически равное. Среди мужского населения пик отравлений приходится на возраст 25-35 лет, а у женщин на 36-59 лет. Чаще всего отравления происходят среди работающего населения и пенсионеров.

Если анализировать обстоятельства отравлений, можно отметить следующее: в равной степени происходят отравления как маринованными, так и свежими грибами. Чаще всего происходят отравления грибами дома, т.е. из собственных заготовок.

Отравление грибов на фоне приёма алкоголя встречается лишь в 14% случаев.

Клиника развивается в первые четыре часа от момента употребления грибов. В ряде случаев у пострадавших наблюдаются симптомы общей интоксикации и острого гастроэнтерита, незначительная нефропатия и гепатопатия.

В последние годы отравления носят не тяжёлый характер. Сроки лечения составляют не более пяти дней.

Лахнеко Е.А.

ПРОЧНОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ВОССТАНОВЛЕННЫХ ФОТОКОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ИХ ДЕСТРУКЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чистякова Г.Г.
Кафедра общей стоматологии

Цель работы: изучение in vitro прочности твердых тканей зубов, восстановленных в зависимости от характера их деструкции.

Задачи исследования: 1. изучить прочность твердых тканей зубов в зависимости от топографии дефекта; 2. изучить прочность твердых тканей зубов в зависимости от толщины стенки полости зуба; 3. изучить прочность зубов в зависимости от используемого фотокомпозиционного материала.

Материалы и методы. Исследование проводили на 30 премолярах, удаленных по хирургическим показаниям. Образцы зубов были разделены на 10 групп в зависимости от топографии дефекта (I класс (О) по Блеку, МОД и МО полости II класса по Блеку), фотокомпозиционного материала для восстановления коронковой части («Gradia Direct» (GC, Япония) и «Мигрофил» (РБ)). В третью группу входили зубы, в которых проводи реставрацию коронки как после проведенного эндодонтического лечения, так и без него. Восстановленные зубы погружали в воскотопку, где на них наплавляли слой воска толщиной 0,3 мм равный ширине периодонтальной щели. Полученные образцы вносили в в специально изготовленную, разборную форму в виде цилиндра, заполненную пластмассой холодной полимеризации «Протакрил-М». После окончательной полимеризации пластмассы горячей водой выплавляли воск. Зуб извлекали из разборной формы и шлифовали корни в пескоструйном аппарате. В образовавшуюся «лунку» вносили силиконовый оттискной материал II типа для имитации связочного аппарата зуба (слой толщиной 0.3 мм вместо выплавленного воска). После чего повторно вводили зуб в «лунку». На базе Института порошковой металлургии проводили испытания прочности образцов зубов на аппарате «INSTRON1195».

Результаты исследования. Предполагаемые результаты исследования следующие: образцы зубов после проведенного эндодонтического лечения из-за меньшей толщины стенок полости будут испытывать наибольшее разрушение за счет низкой прочности твердых тканей зубов.

Лебедько А.А.

ОЦЕНКА БАЗОВОГО УРОВНЯ ВАЛЕОГРАМОТНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисова Т.С.
Кафедра гигиены детей и подростков

Актуальность проблемы. Сохранение и укрепление здоровья детей - одна из актуальных задач в нашей стране. Около 50% здоровья человека определяется образом жизни. Здоровый образ жизни предполагает выбор таких форм жизненной активности, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья. Непосредственный выбор определяется уровнем культуры человека, суммой знаний и жизнеутверждающих установок. Только высокая валеограмотность и гигиеническая культура населения, осознанная необходимость заботиться о своем здоровье, достаточная сформированность навыков здорового образа жизни ведут к по-

полнению ресурсов организма, сохранению и укреплению здоровья. Все это особенно важно уже в дошкольный период, так как определяет стартовый этап процесса здоровьясбережения.

Цель: изучить наличие гигиенических знаний и навыков у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Опрос 55 детей (4-6лет) методом устного анкетирования и методом выбора.

Результаты работы. Проанкетированная группа дошкольников характеризуется достаточно высоким уровнем валеограмотности, необходимой для данной возрастной группы. Дети 4-6 лет имеют правильное представление о таких понятиях как здоровье, сохранение здоровья, 9% из них дают грамотное определение термину «здоровый образ жизни».

Большинство из них владеет элементарными гигиеническими навыками и придерживаются основных компонентов здорового образа жизни: 12,7% делают утреннюю зарядку дома и 100% выполняют ее в дошкольном учреждении. 100% моют руки каждый день после улицы, перед едой, после туалета, половина из них знают, для чего это необходимо делать.

82% детей убеждены в пользе правильного питания и важности его для сохранения здоровья. Количество не просто приверженцев правильного питания, а валеограмотных детей нарастает по мере взросления. Так, если большинство 4-х летних дошкольников считают, что мороженое и конфеты нужны для укрепления здоровья и только некоторые из детей данной возрастной группы правильно расположили предложенные продукты в зависимости от их пользы для организма, то практически все дети 5-6 лет имеют верное представление о важных и полезных продуктах.

Все опрошенные чистят зубы каждый день и прибегают к полосканию рта после еды, находясь в детском саду, 67% из них знают и правильно объясняют для чего это нужно.

Большинство дошкольников соблюдает режим дня, практически все совершают ежедневные прогулки на открытом воздухе, 78% из них вовремя ложатся спать.

Вместе с тем, около 1/5 детей имеет дополнительные нагрузки в выходные дни, связанные с подготовкой к школе: 22% дошкольников посещает воскресную школу, 31% детей умеют считать, 18% - читать.

Практически все дети (94,5%) имеют дома ноутбук или компьютер. Несмотря на то, что 78% из них знает о вреде длительных просмотров телепередач или работы за компьютером, в выходные дни многие пренебрегают этим правилом.

У 3,6% детей есть мобильные телефоны, при этом они не пользуются ими в условиях детского сада вследствие запрета администрации дошкольного учреждения, но не ограничены в применении в домашних условиях.

Таким образом, дети дошкольного возраста обладают достаточно высоким уровнем валеограмотности и владеют необходимыми для данного возраста гигиеническими навыками. Вместе с тем, у части из них имеют место быть нарушения режима дня, особенно в выходные дни, что требует проведения профилактических бесед как с детьми, так и с их родителями.

Левская Ю.Р.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ФИТОТЕРАПИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Назаренко О.Н.
Кафедра пропедевтики детских болезней

Цель работы: изучение частоты встречаемости синдрома желудочной диспепсии в среде студентов-медиков с последующим установлением причин их возникновения и оценки эффективности фитотерапии.

Задачи исследования: установить частоту встречаемости жалоб, отражающих поражение верхнего отдела пищеварительного тракта; оценить, насколько обследованы студенты,

имеющие жалобы; установить частоту встречаемости вредных привычек и их влияния на возникновение симптомов синдрома желудочной диспепсии; оценить эффективность фитотерапии в отношении коррекции симптомов синдрома желудочной диспепсии.

Материалы и методы. С помощью разработанной анкеты, включающей блок вопросов , касающихся болевого , диспептического и астеноневротического синдромов и факторов риска были обследованы 62 студента.

15 из них, имеющие симптомы СЖД прошли десятидневный курс фитотерапии («Иберогаст») и вели дневник наблюдений.

Вывод. Установлено, что из всех опрошенных студентов 48% из них имеют частоту симптомов 1 раз в неделю и более. Это указывает на необходимость обследования. Из них обследованы и имеют установленный диагноз 43%.

При оценке взаимосвязи между факторами риска установлено , что у студентов , имеющих симптомы СЖД наблюдается нерегулярность питания ($p<0,05$)

Левшук О.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Научный руководитель асс. Алесина Г.А.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Пневмония является одним из наиболее часто встречающихся острых заболеваний лёгких. Число больных пневмонией в мире увеличивается с каждым годом. По данным официальной статистики, пневмония занимает пятое место в общей структуре летальности и первоерместолсредиоинфекционныхшзаболеваний.рЧащегпневмониирстановятсяоосложнениемрвирусной оинфекции.

«Золотой» стандарт в диагностике пневмонии включает следующие пять признаков: лихорадка, кашель, мокрота, лейкоцитоз и рентгенологически выявляемый инфильтрат. В анализе крови отмечается лейкоцитоз , повышение СОЭ.

Пневмония (др.-греч. πνευμονία от πνεύμων — «лёгкие») (воспале́ние лёгких) — воспаление лёгочной ткани, как правило, инфекционного происхождения с преимущественным поражением альвеол (развитием в них воспалительной экссудации) и интерстициальной ткани лёгкого.

Цель исследования: провести сравнительную характеристику рентгенологической картины бактериальной и вирусной пневмоний.

Материалы и методы. В ходе работы была изучена рентгенологическая картина острых пневмоний с учётом клиники, анамнеза, лабораторных данных и выявлено, что большинство исследуемых перенесли пневмонию бактериальной природы. Всем заболевшим выполнялась рентгенография органов грудной клетки.

Проанализировано 45 историй болезни больных острой пневмонией в возрасте от 22 до 89. Мужчин было 21 и женщин 24.

Выводы оформлены в виде сводной таблицы.

Лелевич С.В.

НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА В ТКАНЯХ КРЫС ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Лелевич В.В.
Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии

Среди большого количества вариантов алкоголизации в обществе наиболее часто встречается прерывистый прием алкоголя, который представляет собой чередование более или менее длительных периодов алкогольной интоксикации и отмены его потребления. Прерывистую алкогольную интоксикацию (ПАИ) необходимо рассматривать как новое клиническое состояние алкогольной болезни с учетом его выраженных клинических и патохимических симптомов.

Нами была разработана и экспериментально апробирована модель прерывистой алкогольной интоксикации, где периоды алкоголизации составляли 4 суток, а отмены – 3 суток. Этанол в виде 25% раствора вводился внутрижелудочно с интервалом в 12 часов в дозе 3,5 г/кг массы тела. Циклы алкоголизация / отмена повторялись 4 раза. В крови, ткани печени, скелетной мускулатуре, а также миокарде экспериментальных животных определялся ряд метаболических показателей.

ПАИ сопровождается определенными биохимическими изменениями в плазме крови крыс. При этом статистически значимо снижалось содержание мочевины (на 38%) и креатинина (на 16%), отмечалось повышение гликемии и активности креатинкиназы. На активацию процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при ПАИ указывало статистически значимое увеличение в плазме крови содержания диеновых коньюгатов (на 64%) и МДА (в 4,6 раза). Снижение содержания витамина Е в печени при ПАИ свидетельствовало о снижении системы антиоксидантной защиты в данных экспериментальных условиях. Определенные изменения ПАИ вызывало в содержании свободных аминокислот и структуре их пула.

В печени экспериментальных животных при этом отмечалось снижение содержания Асп, Тре, ГАМК, Тир, Вал, Три, Фен, Орн и Про, а также увеличение уровня таурина. Эти сдвиги приводили к понижению в данном органе суммы протеиногенных аминокислот (на 24,5%) и достоверному увеличению коэффициента АРУЦ/ААК.

В скелетной мускулатуре крыс изменения уровней аминокислот при ПАИ были менее выражены по сравнению с печенью и проявлялись в повышении концентрации Три, Орн и Про. На определенные изменения структуры пула аминокислот в мышечной ткани в данных условиях также указывало статистически значимое повышение соотношений заменимые/незаменимые и гликогенные/кетогенные аминокислоты.

В миокарде при ПАИ отмечалось снижение содержания ряда аминокислот и их производных. В частности, статистически значимо, в сравнении с контрольной группой, понижались уровни Глн, Арг, этаноламина, Вал, Фен, Лиз. Изменения основных показателей аминокислотного пула при ПАИ в миокарде аналогичны таковым в скелетной мускулатуре и выражались в повышении соотношений заменимых/незаменимых, гликогенных/кетогенных аминокислот.

Таким образом, прерывистая алкогольная интоксикация по схеме «3 суток введения этанола – 4 суток отмены» сопровождается достаточно выраженными метаболическими нарушениями в тканях экспериментальных животных. Это проявляется изменением ряда параметров в крови, а также нарушениями аминокислотного пула в печени, скелетной мускулатуре и миокарде.

Ленкова А.А.

3D-ПРИНТЕР В МЕДИЦИНЕ: НОВАЯ СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

Научный руководитель канд. физ - мат.наук, доц. Лещенко В.Г.
Кафедра медицинской и биологической физики

В настоящее время во многих отраслях инженерии и науки все шире используются новые достижения в области информационных технологий – так называемые 3D- принтеры, способные послойно «печатать» трехмерные объекты сложной формы из специальных затвердевающих материалов, создавая реальные макеты, модели и устройства.

Новую технологию трехмерной печати британские ученые предложили использовать для создания необходимой пространственной организации стволовых эмбриональных клеток человека (ЭСК).

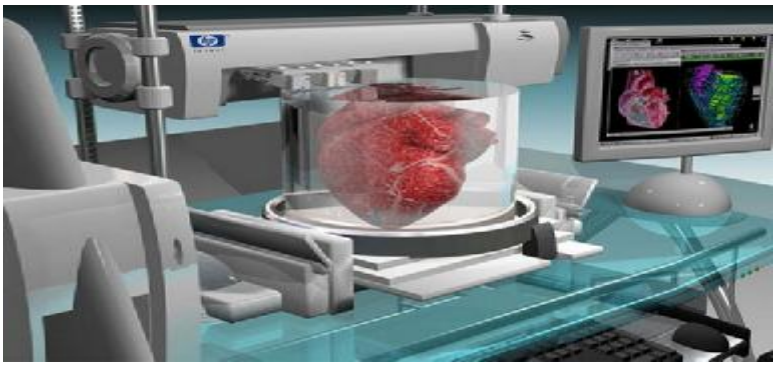


Рис.1. 3D-объект из стволовых клеток, «напечатанный» британскими учеными.

Эту универсальную методику трехмерной печати предполагается применить для создания органов и тканей человека с использованием стволовых клеток, дифференциацию которых можно запрограммиро-вать практически в любые требующиеся клетки тканей и органов.

3D-биопринтер создает ткани и органы, послойно нанося клетки друг на друга. Такой аппарат создан несколько лет назад в компаниях Organovo и Invetech. Такая биопечать не предполагает наличие каркаса и применяет два вида «чернил» — вспомогательные материалы и, собственно, клетки нужного типа.

Цель применения 3D-принтера с использованием эмбриональных клеток — создать универсальную методику формирования искусственных органов и тканей человека.

С помощью трехмерной печати уже сегодня начинают изготавливать элементы протезов, используемых затем в стоматологии и ортопедии. Так, в Голландии женщине в возрасте 83 лет вместо собственной челюсти, разрушенной раком была имплантирована титановая челюсть, изготовленная по компьютерной модели с использованием 3D принтера.

Ожидается широкое использование подобных биомоделей не только в клинической медицине, но и в общении будущих врачей, поскольку качественное обучение любого специалиста в области медицины не возможно без большого количества практических занятий с биотканями и отдельными органами. Специалисты медицинского отдела военного ведомства США впервые предложили использовать в качестве объектов для практических занятий модели человеческих мышц, костей и внутренних органов созданные при помощи 3D-принтера. Сейчас такими «распечатками» снабжены более десяти медицинских ВУЗов США. Теперь будущие хирурги совершают свои первые настоящие операции на элементах человеческих тел, полученных по технологии 3D-прототипирования. Кроме того, эти «распечатки» могут подвергаться любым методам медицинского сканирования (УЗИ, КТ или МРТ) и врачи общей практики смогут оттачивать мастерство диагностики на моделях человеческих органов.

Использование технологии 3D-прототипирования органов и тканей человека весьма перспективно не только с научной, этической, экономической точек зрения, но и открывает большие возможности ее применения в клинической медицине и учебном процессе.

Ленкова А.А

EFFECTS OF HORROR/3D FILMS ON CHILDREN'S EMOTIONAL HEALTH

Научный руководитель ст. препод. Абедковская И.Ю.
Кафедра иностранных языков

The aim of this work is to describe the advantages and disadvantages of watching horror/3D films. We have carried out a survey among people who have watched horror/3D films. We have interviewed people after watching the film in the cinema.

Horror films, by their nature, are designed to inspire terror and disgust in the viewer. Although this experience can be tolerated and even desired by adults, a child's mind is not as strong and not as able to separate fiction and reality. Watching fantasy films in childhood and adulthood becomes a way to find a safe emotional retreat from common life's most serious problems. In fact, a child's mind (still not fully developed) can be seriously and adversely affected by the viewing of graphic or mentally disturbing horror films. Some children can take in much violence on the television and movies, with apparently little outward effect. For others, the slightest amount of violence can be overwhelming. Additionally, it is possible that years of watching violence can weaken the emotional and even physical structure of the mind and its delicate brain cells and chemical balance, which can lead to emotional and psychological disorders later in life.

On the basis of the information obtained, it was concluded that viewing horror/3D films, especially for children, caused strong emotional feelings, phobias, nightmares, desire to use the slang and imitate some bad manners of the characters. Viewing 3D movies increased the incidence of nausea, oculomotor disturbances and disorientation. The symptoms of visual fatigue induced by images also included eye discomfort and tiredness, pain and sores around the eyes, dry or watery eyes, headaches and visual distortions such as blurred and double visions, and difficulty in focusing.

The findings of this project are believed to make parents better supervise their children to prevent their trusting, naive minds from the side effects of watching horror/3D films.

Леонард Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. МИНСКЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дронина А.М.
Кафедра эпидемиологии

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире ежегодно регистрируется более 800 000 случаев заболевания менингококковой инфекции (МИ), 10% которых закончились летально, более половины их них дети, 10-20% имели осложнения. МИ является проблемой глобального масштаба, занимает одно из ведущих мест среди антропонозных инфекционных заболеваний бактериальной природы по летальности и фактически является инфекцией, наносящей большой социально-экономический ущерб лицам детского возраста. Цель исследования: установить закономерности эпидемического процесса МИ в Минске.

Методика. В работе использованы материалы официальной регистрации заболеваемости МИ (уч.ф.01 - годовая, ф.060-у) с 1997 по 2012 гг., данные о численном составе возрастных групп населения в г. Минске. Для установления многолетней и годовой динамик заболеваемости были использованы экстенсивные (%) и интенсивные показатели на 100 000 соответствующей возрастной группы. Многолетнюю тенденцию определяли методом наименьших квадратов и оценивали по среднему темпу прироста (Тпр). Годовую динамику анализировали по типовой кривой. Месяцы сезонного подъёма определяли по отношению к среднемноголетнему медианному показателю, доверительные интервалы определяли методом Клоппера-Пирсона.

Результаты. Многолетняя динамика заболеваемости МИ с 1997 по 2012 гг. характеризовалась выраженной тенденцией к снижению заболеваемости (средний темп прироста - 13,89%). Показатели заболеваемости колебались от 1,1 в 2012 до 6,2 в 2005 г. на 100000 населения. Периодичность спадов и подъемов колебалась от 3 до 8 лет. Ожидается, что в 2013 году, если не произойдет существенных изменений социальных и природных факторов, заболеваемость МИ составит от 0,67 до 1,71 на 100 тысяч населения. В 2012 году в эпидемиче-

ский процесс были вовлечены 7 районов города из 9 (исключение составили Партизанский и Первомайский районы). Во всех районах показатели заболеваемости значимо не отличались от среднего показателя по г. Минску. Годовая динамика заболеваемости формировалась под влиянием сезонных и круглогодичных факторов. Максимальные показатели заболеваемость выявлены в марте, апреле, июне, октябре, ноябре и декабре. МИ регистрировалась во всех возрастных группах. Однако, доля детей в структуре заболевших и показатели в группах детей были выше, чем в группе взрослых (от 4,3 в 2001 до 21,4 в 2006 гг. против от 0,44 в 2012 до 3,78 в 2005 гг.). МИ регистрировалась в первую очередь в младших возрастных группах: доля детей в возрасте от 0 до 2-х лет составила 66,6%. Удельный вес генерализованных форм в сумме всех форм инфекции колебался от 74% до 95%. Доля госпитализированных в первые сутки от момента обращения за медицинской помощью колебалась от 80% в 2008 г. до 95,5% в 2012 г. От 39,1% до 92% диагнозов МИ были подтверждены бактериологически или микроскопически. От пациентов с МИ чаще выделялись менингококки групп В и С, от бактерионосителей – полиагглютинирующие, а также менингококки групп А и В.

Таким образом, многолетняя динамика заболеваемости МИ в г. Минске формировалась под влиянием постоянных и периодических факторов. Сила действия постоянных факторов значимо снижалась в течение анализируемого отрезка времени (Тпр -13,89%). Группой риска заболевания МИ являлись дети от 0 до 2 лет.

Леончик И.Н.

РОЛЬ АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ КРОВИ В РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Попутников Д.М.
Кафедра патологической физиологии

Введение. Аминокислоты выполняют жизненно важную для организма роль «строительного материала» в биосинтезе специфических тканевых белков, ферментов, пептидных гормонов, эндорфинов и энкефалинов, катехоламинов и других эндогенных аминов, вазо- и нейроактивных эндогенных субстанций, пуринов и пиримидинов, витаминов и т. д. Поскольку аминокислотам также принадлежит роль нейромедиаторов, связывающих между собой основные метаболические пути, исследование аминокислотного состава плазмы крови может служить интегральным показателем функционального состояния регуляторных систем организма.

Цель работы: проанализировать данные литературы о значимости аминокислот плазмы крови в регуляции системных функций при различных патологиях и перспективу их применения с терапевтической целью.

Методы исследования. Анализ научной литературы.

При многих патологических процессах отмечаются более или менее резкие сдвиги в химическом составе крови. Например, повышение содержания в крови некоторых аминокислот может служить ранним признаком развития сахарного диабета II типа.

При гипертиреозе направленность и степень изменений содержания отдельных аминокислот сыворотки крови не одинаковы. Статистически существенно увеличено содержание лишь двух аминокислот - тирозина и глютаминовой кислоты. При гипотиреозе намного повышается уровень аспарагиновой и глутаминовой кислот, а также метионина, фенилаланина и треонина.

Аминокислоты широко применяются в медицинской практике. Аспарагиновая кислота способствует повышению потребления кислорода миокардом, обладает антитератогенным действием. Панангин - препарат, содержащий аспартат калия и аспартат магния, применяют для лечения различного рода аритмий и ишемической болезни сердца. Метионин защищает организм при отравлениях бактериальными эндотоксинами и некоторыми другими ядами и

обладает радиопротекторными свойствами. Глутаминовая кислота используется в психиатрии при эпилепсии и в детской психиатрии для лечения слабоумия и последствий родовых травм. ГАМК влияет на обмен глюкозы, тканевое дыхание и окислительное фосфорилирование в головном мозге. Гаммалон, содержащий ГАМК, применяется при нарушениях мозгового кровообращение после инсульта, при атеросклерозе мозговых сосудов, потере памяти. Также ГАМК выполняет роль синаптического модулятора и функционирует во многих системах мозга как «тормозная субстанция». Те структуры мозга, в которых обнаруживается наибольшее содержание ГАМК, имеют одновременно и высокий уровень дофамина, так как ГАМК является физиологическим антагонистом дофамина в экстрапирамидной системе.

Вывод. Результаты работы, основанной на анализе научной литературы, свидетельствуют о значимой роли свободных аминокислот плазмы крови в регуляции системных функций организма при патологиях различного генеза. В частности, можно предположить значимость ГАМК в дисфункции щитовидной железы: повышение уровня ГАМК в головном мозге может привести к повышению уровня дофамина, который в свою очередь тормозит секрецию тиреотропина, и вызвать уменьшение секреции щитовидной железой тироксина и трийодтреонина, что важно для понимания патогенеза и его терапии.

Лецкая Т.А.

ГЛИКИЛИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН И ЗНАЧИМОСТЬ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ В КРОВИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Научный руководитель канд. хим. наук, ст. преп. Губкина Н.И.
Кафедра биоорганической химии

По оценке Всемирной организации здравоохранения, более 180 миллионов человек во всем мире больны СД, а к 2030 году эта цифра, вероятно, более чем удвоится. В 2005 году от диабета, по оценкам, умерло 1,1 миллиона человек. Согласно прогнозам ВОЗ, если в следующие 10 лет не будут приняты неотложные меры, то количество смертей возрастет более чем на 50 %. СД является причиной развития хронических осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы; диабетическая ретинопатия является причиной слепоты. Установлено, что после 15 лет болезни сахарным диабетом 2 % людей слепнут, у 10 % развиваются острые нарушения зрения. Диабетическая невропатия встречается у 50 % больных диабетом. Сочетание невропатии и нарушения кровообращения в нижних конечностях за счет развития атеросклероза повышает риск развития язв, гангрен и в итоге — ампутаций конечностей. От почечной недостаточности, вызванной сахарным диабетом, умирают 10–20 % больных диабетом. Диабет также повышает риск развития инфаркта миокарда и инсульта. 50 % больных диабетом погибает от сердечно-сосудистых заболеваний. Среди больных диабетом риск летального исхода в два раза выше риска смерти для тех, кто не болен диабетом.

Одним из методов диагностики СД, его контроля является определение уровня сахара в крови. Но полученный результат единичного определения глюкозы в крови показывает концентрацию глюкозы на момент взятия крови, поэтому сделать выводы о состоянии углеводного обмена в промежутках между измерениями сложно. Для контроля уровня гликемии понадобился показатель усредненного уровня сахара в крови за определенный промежуток времени. Таким показателем стал уровень гликилированного гемоглобина. По данным исследований, проводимых DCCT (Diabetes control and complications trial, 1983–1993), было показано, что риск развития и прогрессирования отдаленных осложнений СД 1-го типа тесно связан со степенью эффективности контроля уровня гликемии, выраженного в содержании гликилированного гемоглобина в крови.

Цель работы: изучение литературных данных о структуре и свойствах гликилированного гемоглобина, как клинического метода измерения содержания глюкозы в крови в течение

продолжительного периода и доказательство преимуществ его определения по сравнению с другими методами.

Задачи: изучение литературных данных о структуре гликилированного гемоглобина; изучение литературных данных о методах исследования гликилированного гемоглобина; предоставление преимуществ теста на гликилированный гемоглобин, по сравнению с другими тестами по диагностике и профилактике сахарного диабета.

Для достижения поставленной цели и поставленных задач была изучена и проанализирована соответствующая литература, благодаря чему и было доказано неоспоримое преимущество данного метода при контроле и профилактике сахарного диабета.

Лешик А.И.

КЛИНИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ОЧАГА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Григорьева Н.К.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Актуальность работы. Изучение бессудорожных проявлений эпилепсии, в том числе приступных психических расстройств, имеет большое значение для своевременной диагностики заболевания и назначения адекватной терапии. Однако этому аспекту уделяется недостаточное внимание, что приводит к тому, что больные с приступными психическими расстройствами нередко остаются вне динамического наблюдения эпилептологов.

Цель работы: установить взаимосвязь клинических проявлений психических расстройств с латерализацией эпилептического очага при височной эпилепсии.

Задачи работы: 1) выявить и дать оценку клиническим проявлениям приступных психических расстройств при височной эпилепсии. 2) Изучить особенности клинических проявлений приступных психических расстройств в зависимости латерализации очага эпилептической активности при височной эпилепсии.

Материалы и методы. Проявление приступных психических расстройств при височной эпилепсии имеет отличие в зависимости от локализации эпилептического очага в правом или левом полушарии.

Под наблюдением находилось 30 больных, страдающих височной эпилепсией. ЭЭГ-исследование выявило наличие острых-медленных волн на стороне локализации очага. Дебют психических расстройств при височной эпилепсии акцентуирован на возраст 14 – 18 лет. Были выявлены следующие психические расстройства в зависимости от латерализации эпилептического очага:

Правосторонняя локализация височного очага	***Левосторонняя локализация височного очага***
Высокое предрасположение к развитию психозов с формированием клиники шизофрено-подобных психозов.	Чаще имеют место аффективные расстройства.
Черты эксцентричности, гипомании, возбуждения или подавленности.	Высокая склонность больных к религиозности, умственной «жвачке», философским интересам.
Психосенсорные припадки с нарушением схемы тела, метаморфопсиями, переживанием «двойника» и анозогнезией.	Более характерно сочетание déjà vu на фоне сумеречных расстройств сознания.
Депрессии.	Тревожно-фобические расстройства.
«Ориентированные» сумеречные состояния, соматодеперсонализации, аффективные и делириозно-онейродные расстройства.	

Выводы. 1) Дебют психических расстройств при височной эпилепсии совпадает с 3 пубертатным биологическим кризом (14-18 лет). 2) Психические проявления при локализации очага в правой и левой височной области имеют свои клинические особенности, определяющие терапевтический характер оказания медицинской помощи.

Лизунов Е.С., Рыжевская Ю.Р.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Федулов А.С.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Цель исследования: выявить частоту и структуру головной боли среди студентов высших учебных заведений Республики Беларусь.

Задачи исследования: определить частоту и структуру головной боли и зависимость их от специфики обучения будущей профессии у студентов ВУЗов РБ; уточнить особенности клинической картины различных вариантов головной боли у учащихся ВУЗов; изучить и проанализировать стратегии применения различных лекарственных препаратов в терапии головной боли у студентов ВУЗов с описанием «моделей самолечения головной боли».

Материалы и методы: 119 студентов Белорусского Государственного Медицинского Университета. Анкеты были проанализированы согласно задачам данного исследования. В ходе определения вида ГБ были использованы диагностические критерии Международного Общества головной боли « the 2nd Edition of The International Headache Classification (ICHD-2)». Также была проанализирована частота приступов головной боли, их локализация, интенсивность и возможность связи с сопутствующей патологией.

Было проведено анонимное анкетирование 119 (n=119; мужчины- 56 (47%), женщины- 63 (53%); возраст респондентов- в диапазоне от 20 до 22 лет).

Результаты исследования. Согласно полученным данным, лишь 7 студентов из 119 (5,9%) отметили отсутствие головных болей в течении последних 5 лет (среди них 6 мужчин, 1 женщина). 90 респондента (75,6%) страдают от головной боли напряжения (39 мужчин, 51 женщина). 6 студента больны простой мигренью (5%; мужчины- 2, женщины- 4). 14 учащихся (11,8%) страдают от кластерной головной боли (8 мужчин, 6 женщин). 2 студента имеют головные боли неясного генеза и сложнообъяснимой клинической картины (1 мужчина, 1 женщина).

Приступы головной боли возникают в среднем несколько раз в месяц.

Выводы. На фоне того, что пароксизмы в большинстве случаев (65%) имеют умеренную или высокую интенсивность, можно говорить о значительном влиянии головной боли на все сферы жизни студентов и о необходимости определения вида головной боли для успешного дальнейшего лечения.

Линкевич Е.Э.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Малькевич Л.А.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Лечение и реабилитация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой важнейшую медицинскую и социальную задачу, так как инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидизации.

Цель исследования: оценить реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на стационарном этапе.

Методика проведения исследования. Реабилитационный потенциал (РП) — интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности больного и влияние среды его обитания на процесс восстановления функциональных возможностей, повседневной деятельности и профессиональной пригодности больного.

Наряду с РП оценивается реабилитационный прогноз (РПр). Под РПр понимают прогнозирование возможности реализации РП.

Направление больного на дальнейшие этапы реабилитации проводится путем отбора, зависящего от РП и состояния пациента к моменту направления на реабилитацию.

Для определения толерантности постинсультного пациента к общей физической нагрузке нами использовалась формула А.Н. Беловой (1995):

П = 19,7 + 22,1 х Х1+ 26,7 х Х2+ 18 х Х3+ 4,5 х Х4,

где П — пороговая нагрузка в Вт; Х1 — степень гемипареза (0 — выраженная, 1 — умеренная, 2 — легкая, 3 — нет); Х2 — повторность инсульта (0 — повторный, 1 — первичный); Х3 — клиническое проявление ИБС (0 — есть, 1 — нет); Х4 — степень изменений ЭКГ (0 — выраженные, 1 — умеренные, 2 — легкие, 3 — норма).

Если толерантность не превышала 25 Вт, назначался общий комплекс упражнений, свыше 25 Вт — в комплекс лечебной гимнастики включались упражнения на велоэргометре с контролем артериального давления и пульса.

Наблюдения проводились за 60 пациентами с ОНМК, находящимися на стационарном лечении в отделении патологии сосудов головного мозга УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска в течение 2010 - 2013 г.г. Для каждого пациента рассчитывалась толерантность к общей физической нагрузке в первый день проведения ранней медицинской реабилитации. В соответствии с результатом разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации. На 14 день у постинсультных больных снова определялась пороговая нагрузка.

Результаты. В первый день проведения ранней реабилитации пороговая нагрузка не превысила 25 Вт у 12 пациентов, у 48 – толерантность к общей физической нагрузке свыше 25 Вт. Пациентам проводились реабилитационные мероприятия, разработанные для каждого пациента индивидуально, но с учётом их толерантности к физической нагрузке. На 14 день медицинской реабилитации толерантность к общей физической нагрузке до 25 Вт определялась у 26 пациентов, а свыше 25 Вт – у 34.

Таким образом, определение толерантности к физической нагрузке позволяет оценить функциональные возможности организма и разработать индивидуальную программу реабилитации, что позволяет улучшить качество жизни данной категории пациентов.

Липницкая А.В.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С АВО СИСТЕМОЙ КРОВИ

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Толстой В.А.
Кафедра биологии

Цель исследования: обобщить современные научные данные о предрасположенности человека к определенному кругу заболеваний в зависимости от группы крови по системе АВО.

Материалы и методы. Произведен поиск сведений по предмету исследования в научной литературе и на электронных сайтах, осуществлена их проработка и анализ (всего 15 источников).

По современным представлениям механизм влияния группы крови на развитие различных заболеваний связан с особенностями взаимного действия генов системы АВО и других генов в генотипе человека. К примеру, ген, ответственный за превращение дофамина в норадрена-

лин, расположен по тому же адресу, что и гены системы АВО – 9q34. Этот факт во многом объясняет связь между группой крови и сопротивляемостью стрессу, психическим здоровьем и особенностями характера человека.

Полученные данные о предрасположенности человека к определенному кругу заболеваний в зависимости от группы крови по системе АВО приведены в таблице:

Группа крови	Предрасположенность к заболеваниям	Вероятные причины предрасположенности
0 (I)	заболевания ЖКТ, артрит, ревматизм, дисфункция щитовидной железы, аллергия, реже болеют сердечно-сосудистыми заболеваниями	затрудненное расщепление и выведение катехоламинов (адреналина и норадреналина) в условиях стресса
А (II)	сердечно-сосудистые заболевания, рак, болезни печени и желчного пузыря, радикулит, остеохондроз, подагра, преждевременное старение, синдром хронической усталости, психические расстройства	сходность некоторых опухолевых антигенов с А-антигенами группы крови, повышенный уровень кортизола
В (III)	ангина, болезни мочевыводящих путей, энтероколит, желчнокаменная болезнь, холецистит, атеросклероз	сходство нейрохимических реакций с людьми А (II) группы крови
АВ (IV)	болезни органов дыхания, ОРВИ, анемия, экзема, гипертония, сердечная недостаточность	сходство нейрохимических реакций с людьми 0 (I) группы крови

Однако информация, представленная выше, не является абсолютной, поскольку необходимо учитывать ряд других факторов, один из которых статус секретора – фактор крови, от которого зависит количество и местонахождение антигена группы крови в организме. У людей, называющихся секреторами, антиген группы крови присутствует не только на поверхности эритроцитов, но и в биологических жидкостях (слюне, слизи и сперме). Те, у кого антигены находятся только в крови, называются несекреторами.

Статус секретора оказывает прямое или косвенное влияние на целый ряд факторов: степень проникновения внешних микроорганизмов внутрь организма; баланс кишечной микрофлоры; свертываемость крови; состав материнского молока; уровень иммунитета; факторы риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы; генетический показатель склонности к алкоголизму и многое другое.

Таким образом, вышеприведенная информация может быть использована в работе врача для более осознанного и более индивидуального подхода к организации образа жизни пациента, его лечения, профилактики возможных заболеваний и осложнений.

Лисаева О.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА САЙТОВ СВЯЗЫВАНИЯ ИОНОВ Zn(II) БЕЛКАМИ БАКТЕРИЙ BACILLUS SUBTILIS И PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Научный руководитель канд. биол. наук, асс. Хрусталёв В.В.
Кафедра общей химии

Известно, что существуют характерные мотивы третичной структуры, с которыми предпочтительно связываются ионы цинка. В данной работе были изучены мотивы вторичной структуры, встречающиеся вокруг аминокислотных остатков, координирующих ионы цинка.

Цель работы: определить, какие элементы вторичной структуры достоверно чаще

встречаются вокруг аминокислотных остатков, связывающих ионы цинка.

Материалы и методы. Были использованы 53 файла с описанием 32 третичных структур белков *Bacillus subtilis* и 21 третичной структуры белков *Pseudomonas aeruginosa*. Процент аминокислотных остатков, наиболее часто участвующих в связывании ионов цинка, приведен ниже: 38,49% – гистидин; 19,25% – цистеин; 13,81% –глутаминовая кислота; 12,55% – аспарагиновая кислота. Частота использования гистидина достоверно выше частот использования остальных аминокислотных остатков в сайтах связывания ионов Zn^{+2}, в то время как различия между частотами использования остальных аминокислотных остатков не достоверны, что может быть связано с относительно небольшим размером выборки: 239 связывающих аминокислот. Важно отметить, что «полигистидиновые хвосты», часто присутствующие у рекомбинантных белков, были удалены перед началом обработки данных.

Поскольку наиболее часто среди связывающих цинк аминокислот встречается гистидин, микроокружение именно этих остатков было подвергнуто дальнейшему анализу. Были определены частоты использования аминокислот в пяти положениях до связывающего остатка и в пяти положениях после. Такие же частоты были вычислены и для тех остатков гистидина, которые не участвовали в связывании Zn^{+2}. Частоты использования аминокислот возле связывающих остатков гистидина были поделены на суммы частот использования возле связывающих и не связывающих остатков. Полученная величина является вероятностью связывания гистидином Zn^{+2} при условии нахождения данной аминокислоты в соответствующем положении. По результатам t-теста для относительных величин вокруг остатков гистидина, связывающих ионы цинка, достоверно чаще встречаются серин (в положении +1 – вероятность 0,75) и сам гистидин (в положениях -2, +2 и +4 с вероятностями 0,80, 0,78 и 0,84, соответственно).

Аналогичным образом были проанализированы частоты встречаемости различных элементов вторичной структуры (альфа-спиралей, спиралей 3/10, бета-тяжей) и участков белка, находящихся в неструктурированном состоянии, вокруг координирующих и не координирующих Zn^{+2} остатков гистидина. Как оказалось, в том случае, если остаток гистидина координирует ион цинка, в положениях -4 и -3 (то есть, по направлению к N-концу полипептидной цепи относительнонего), достоверно чаще присутствуют аминокислоты в бета-структурном состоянии. Для положения -4 встречаемость бета-структуры составила 35,23% в случае связывания Zn^{+2} и 22,10% в обратном случае. Для положения -5 разность ещё выше: 35,63% для связывающих остатков и 20,94% – для остатков, не участвующих в связывании.

Выводы.

1. Наиболее часто в сайтах связывания Zn^{+2} встречается гистидин.
2. Вокруг связывающих Zn^{+2} остатков гистидина повышена частота использования серина (в положении +1) и гистидина (в положениях -2; +2; +4).
3. Перед остатками гистидина, связывающими ион цинка, но не после них, часто располагается бета-тяж (в положениях -4 и -3).

Лисицкая В.П.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Батян Г.М.
1-ая кафедра детских болезней

В патогенезе геморрагического синдрома большое значение имеет иммунное воспаление с пролиферативно-деструктивными изменениями стенки сосудов, повреждением эндотелия, повышением сосудистой проницаемости, гиперкоагуляцией и ишемией в зоне повреждения сосудов.

Поражение стенки сосудов может развиваться как на фоне инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваний, так и при первичных системных васкулитах.

В последнее время в развитии системных васкулитов важную роль отводят антинейтрофильным цитоплазматическим антителам (АНЦА). Классическими АНЦА-ассоциированными системными васкулитами считают гранулематоз Вегенера, микроскопический полиангиит и др.

Цель работы: выяснение роли АНЦА в патогенезе геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите, болезни Кавасаки, а также при аутоиммунных и инфекционных заболеваниях.

Материалы и методы. Проанализировано 27 историй болезней пациентов, находящихся на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» в возрасте от 4 месяцев до 15 лет с диагнозами: геморрагический васкулит (10 пациентов), болезнь Кавасаки (8 пациентов), аллергосепсис Вислера-Фанкони (2 пациента), системная склеродермия (1 пациент), тромбоцитопеническая пурпура (1 пациент), аутоиммунный гепатит (1 пациент), инфекционный мононуклеоз (2 пациента), энтеровирусная инфекция (1 пациент), ОРИ (1 пациент) – у которых при поступлении были выявлены элементы геморрагической сыпи. У части пациентов имел место также абдоминальный и почечный синдромы.

Пациентам были проведены следующие исследования: определение АНЦА методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью тест-систем «АНЦА-РИФ-ТЕСТ», иммунограмма, коагулограмма, общий анализ крови, биохимический анализ крови.

В результате исследования АНЦА в сыворотке крови выявлено, что данные антитела обнаружены у 3-х пациентов с геморрагическим васкулитом (30%), 2-х пациентов с болезнью Кавасаки (25%), пациента с аутоиммунным гепатитом.

Рис.1 – Специфическое АНЦА свечение

Показатели коагулограммы (АЧТВ, фибриноген А, ПТИ, МНО) свидетельствовали о наличии гиперкоагуляции у 10 пациентов.

Несмотря на то, что в патогенезе геморрагического васкулита основным повреждающим сосудистую стенку фактором являются циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), по данным проведенных иммунограмм у большинства пациентов этот показатель был в норме, что можно объяснить оседанием ЦИК на эндотелии сосудов.

Принимая во внимание результаты нашего исследования, можно сделать вывод, что АНЦА наибольшее значение имеют в патогенезе системных васкулитов, могут встречаться при аутоиммунных заболеваниях (в частности при аутоиммунном гепатите) и не участвуют в развитии острого воспалительного процесса при инфекционных заболеваниях.

Литвинчик А.А., Стома С.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Жидков С.А.
Кафедра военно-полевой хирургии

Лечение осложненных форм хронической венозной недостаточности (ХВН) является актуальной и сложной проблемой. Разного рода трофические расстройства встречаются у 15-18

% больных, имеющих ХВН, а частота трофических язв у населения индустриально развитых стран составляет от 2 до 4 % в общей популяции.

Цель работы: 1) изучить клинику и особенности течения хронической венозной недостаточности в стадию трофических нарушений; 2) сравнить различные методы лечения трофических язв; 3) изучить опыт хирургических операций, выполненных с помощью эндоскопического оборудования при лечении трофических язв.

Объектом нашего исследования были пациенты с трофическими язвами, которым проводилось лечение на базе ГКБ №2 в период с января 2012 года по февраль 2013 года.

Материалы и методы. В ходе исследования изучены истории болезни 52 пациентов, из них 36 пациентов с трофическими язвами, 13-ти из которых была выполнена субфасциальная диссекция. На основании полученных данных могут быть сделаны следующие выводы:

Основываясь на данных венозной гемодинамики, характерной для осложненных форм варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) можно предположить, что эффективное лечение этих больных возможно при соблюдении трех главных условий:

-удаление или облитерация варикозно-измененного ствола подкожной вены,

-устранение патологической емкости варикозно-расширенных притоков,

-ликвидация путей горизонтального рефлюкса.

Данный подход диктует необходимость обязательной ликвидации горизонтального рефлюкса, что лучше всего достигается путем эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен, именно при лечении больных с трофическими расстройствами кожи.

Полученные факты помогают установить взаимосвязь ультразвуковой симптоматики с клиническими проявлениями хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ретроградный кровоток, диаметр подкожных вен, несостоятельность клапанов глубоких вен). Повышают возможность прогнозирования клинического течения ВБНК и ХВН и на этой основе оптимизируют выбор лечения.

Литвинчук Д.В.

HBV-ИНФЕКЦИЯ: НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц., Данилов Д.Е.
Кафедра инфекционных болезней

Актуальность. На сегодняшний день примерно одна третья часть населения планеты имеет серологические маркеры HBV инфекции, и около 350-400 миллионов людей являются носителями поверхностного антигена (HBsAg). Варианты клинических проявлений и течения хронической HBV инфекции весьма разнообразны: она может протекать как в виде неактивного носительства, так и в виде прогрессирующего хронического гепатита В, способствующему развитию цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Декомпенсация HBV-ассоциированных заболеваний печени, а также ГЦК, являются причиной более 1 млн смертей в год. Особенности организма больного и вируса, ко-инфекция другими вирусами, в частности HCV, HDV и HIV, а также наличие сопутствующих заболеваний и состояний (например, злоупотребление алкоголем, ожирение) могут в значительной мере влиять как на течение хронической HBV инфекции, так и на эффективность противовирусной терапии. Вероятность формирования цирроза в течение 5 лет без этиотропного лечения HBV у пациен-

тов с ХГВ составляет от 8% до 20%. У пациентов без лечения риск последующей декомпенсации по прошествии 5 лет после формирования цирроза составляет 20%. Пятилетняя выживаемость пациентов с прогрессирующим HBV-ассоциированным циррозом без этиотропной терапии составляет всего 14-35%.

Цель: анализ особенностей течения HBV-инфекции в зависимости от исходного состояния пациентов, оценка эффективности противовирусной терапии, оценка предикторов эффективности этиотропной терапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 3 этапа. На первом этапе сделан обзор отечественной и зарубежной литературы по гепатологии. На втором этапе ретроспективно изучены амбулаторные карты пациентов с диагнозом хронический гепатит В за 2002-2013 годы на базе УЗ «Городская инфекционная клиническая больница». На 3 этапе произведена обработка данных с помощью ПО MS Office Excel и StatSoft Statistica 10.0. Проведен анализ полученных данных, сделаны выводы.

Результаты. Исследовано 86 амбулаторных карт; из них 54% карт пациентов на этиотропном лечении; средний возраст 44,2 ± 14,8 лет; соотношение М/Ж = 1,4/1; проведена оценка эффективности этиотропной терапии; терапия ламивудином 54% пациентов; выработка клинической резистентности 62%; терапия тенофовиром 46% пациентов (как первичная терапия тенофовиром, так и переход с ламивудина на тенофовир); выработка клинической резистентности 0%; частота анти-HBe сероконверсии 18%; проведена оценка предикторов эффективности лечения; исследована клиническая значимость мониторинга основных показателей активности HBV в ходе лечения.

Выводы. Выявлена прогностическая важность оценки предикторов эффективности лечения; установлена взаимосвязь между динамикой основных показателей активности заболевания на первых месяцах терапии и вероятностью последующей эффективности лечения; тенофовир показал хорошую эффективность при лечении ХГВ инфекции, как среди получавших ламивудин, так и среди не леченых ранее больных. Выявлено отсутствие признаков резистентности к тенофовиру. Тенофовир может использоваться в виде монотерапии, или в комбинации с другими нуклеотидными ингибиторами, для длительного подавления репликации вируса.

Литомин И.А., Тараканов В.Н.

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НА УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель преп. Бурсевич В.В.
Кафедра философии и политологии

В связи с бурным развитием информационных технологий огромное значение в жизни человека занимает всемирная сеть и персональный компьютер. Каждый из нас значительную долю своей жизни проводит у экрана, как дома, так и на работе, учебе, поэтому можно говорить о компьютере как о современном институте социализации, оказывающем серьезное влияние на физиологическое, психологическое и эмоциональное состояние человека. Поскольку проблема воздействия компьютерных технологий слишком широка, мы в своем исследовании хотим обратиться лишь к одному из феноменов компьютерной индустрии, связанному с ее проникновением в сферу развлечений, а именно – к компьютерным играм. Целью исследования является выяснить, в какой степени компьютерные игры влияют на уровень агрессивности человека. Знания о воздействии современных технологий и гаджетов на психику человека в особенности значимы для врача, которому они, во-первых, могут облег-

чить процесс нахождения взаимопонимания с пациентами, увлеченными компьютерными играми, а во-вторых, помочь избежать конфликтов при работе с ними.

Агрессию часто принято понимать как поведение, наносящее вред объектам нападения, приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт. В гуманитарных науках создано множество теорий, по-разному объясняющих природу агрессии. Так, Фр. Ницше считал агрессию в виде «воли к власти», способности к активному проявлению себя и творчеству одним из основных качеств «сверхчеловека», которые отличают его от «человека толпы». Согласно теории З. Фрейда, человеческая агрессия имеет биологическую природу и представляет собой один из базовых жизненных инстинктов. В целом, теоретические осмысления агрессии в отличие от житейских представлений делают акцент на созидательной роли агрессии в культуре. Хотя, как отмечает Э. Фромм, при определенных социальных обстоятельствах агрессия часто может принимать деструктивные формы, выражаясь в садо-мазохистском поведении, склонности к авторитаризму.

Сегодня идея о том, что компьютерные игроки имеют более высокие показатели агрессивности и менее социализированы, уже стала общим местом. У большинства обывателей имеется весьма стереотипный образ «геймера», что подтверждается и проведенным нами опросом студентов, но этот образ, однако, не всегда соответствует реальному облику игрока. Чтобы избежать стандартного видения проблемы, мы попытались самостоятельно проверить гипотезу о зависимости между играми и агрессивностью, для чего был проведен опрос на основе разработанных психологических методик. Для сравнения была использована контрольная группа молодых людей, не увлекающихся играми. Как оказалось, у игроков, действительно, по сравнению со сверстниками наблюдается повышение агрессивности, но не значительное. Иными словами, сказать, что игры приводят к озлоблению подростков, будет преувеличением, тем более что данные опроса говорят о потенциальной агрессивности, которая может никогда и не перейти в активные действия.

Таким образом, на увлечение видеоиграми стоит посмотреть более широко. Молодым людям игры часто помогают снять эмоциональное напряжение и стресс, поскольку в них они могут хотя бы на время сменить социальную роль, сбросить оковы цивилизации. Кроме того, в настоящее время специфика большинства игр такова, что их действие разворачивается весьма стремительно, что требует от игрока умения быстро принимать решения, поэтому компьютерные игры способствуют развитию воображения, внимания, памяти и, в определённой степени, коммуникативных навыков. Компьютерные игры волей-неволей становятся неотъемлемой частью молодежной культуры, являясь достойной заменой таким отрицательным явлениям, как наркомания и алкоголизм.

Лихачева А.А.

ДИФФУЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

Научный руководитель асс. Самойлович М.В.
Кафедра судебной медицины

Диффузное аксональное повреждение (англ. Diffuse axonal injury (DAI)) — повреждение головного мозга, заключающееся в натяжении и разрыве аксонов нейронов.

Несмотря на большое количество публикаций, касающихся диффузного аксонального повреждения, в изучении этой проблемы остается много противоречий. Так, термин «диффузное аксональное повреждение» по смыслу подразумевает распространение процесса на весь мозг или значительные его территории. Однако, описывая ДАП, опираясь на морфологические и гистологические исследования, авторы ограничивают его повреждениями мозолистого тела, ствола головного мозга, границей белого и серого вещества или паравентрикулярной зоной. Следовательно, повреждение аксонов носит не диффузный, распространенный харак-

тер, а имеет определенную локализацию, где воздействие сил ускорения-торможения наиболее выражено.

Таким образом, для получения достоверных данных, касающихся диффузного повреждения, необходимы дальнейшие комплексные исследования с участием неврологов, гистологов, патофизиологов и физиков- биомехаников, с необходимостью уточнения возможности определения точки приложения направления резонирующего усилия, разрушающего аксоны.

Исходя из всего вышеперечисленного целью нашего исследования является: «Верификация клинического (на основе исследования неврологического статуса пациентов и данных МРТ) и судебно-гистологического диагноза диффузного аксонального повреждения с помощью применения различных гистологических методик».

Результаты исследования. В большинстве исследуемых случаев клинический диагноз (дап) был верифицирован достоверно, а подтверждение судебно-гистологический диагноза (дапа) осуществлялось с помощью примения следующих гистологических методов и методик : использование окраски гематоксилин -эозин и методом Марки или окраской на миелин по Kluver-Barrera.

Лиходиевский А.Д, Дегтярева Ю.А

МОРФОЛОГИЯ СТРУКТУР ПЕРВОГО ПЛЮСНЕ-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель ст. преподаватель Пасюк А.А.
Кафедра нормальной анатомии

Вальгусная деформация первого пальца стопы распространенная ортопедическая и хирургическая патология встречается у 36% населения. Во многих случаях существенно ухудшает качество жизни и требует оперативного лечения.

Целью работы: установить варианты строения структур, образующих первый плюсне-фаланговый сустав.

Были поставлены задачи изучить форму, размеры, варианты и особенности строения структур первого плюсне-фалангового сустава. Провести статистическую обработку полученных числовых данных.

Морфологическим и морфометрическим методами изучены 7 отпрепарированных стоп и 5 мацерированных препаратов. Оценивали форму головки первой плюсневой кости, измеряли её размеры, определяли форму и измеряли размеры выступов на её подошвенной поверхности. При изучении основания проксимальной фаланги большого пальца изучали её форму и размеры. Исследовали сесамовидные кости , участвующие в формировании плюсне-фалангового сустава первого пальца. Числовой материал обрабатывался методами вариационной статистики.

Установлено, что постоянными костными структурами первого плюсне-фалангового сустава являются головка первой плюсневой кости, основание проксимальной фаланги и медиальная и латеральная сесамовидные кости, которые постоянно включены в подошвенную часть капсулы этого сустава.

Первый плюсне-фаланговый сустава человека является сложным суставом: имеется сочленения между головкой первой плюсневой кости и основанием проксимальной фаланги большого пальца, а также сочленение в местах контакта головки первой плюсневой кости с подлежащими медиальной и латеральной сесамовидными костями. Размеры медиальной сесамовидной косточки преобладают над размерами латеральной. На подошвенной поверхности головки первой плюсневой кости расположены две суставные поверхности. Они представляют собой продольные углубления, которые ограниченны тремя гребнями: медиальным, промежуточным и латеральным. Промежуточный гребень характеризуется наибольшей длиной и высотой.

Лишик Е.В., Хотян А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ПОРАЖЕННЫХ КАРИЕСОМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОБРАБОТКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Научный руководитель канд. мед. наук Бутвиловский А.В.
2-ая кафедра терапевтической стоматологии

Цель исследования: изучить химический состав твердых тканей пораженных кариесом временных зубов после обработки экспериментальными препаратами.

Материалы и методы. Исследования проводились на 12-ти удаленных по причине физиологической смены временных зубах, имеющих полостные кариозные поражения на уровне плащевого дентина. В контрольной группе (6 зубов) проводили аппликацию на дно и стенки кариозных полостей 38%-ного раствора ФДС («Аргенат однокомпонентный», «ВладМиВа») и оригинального раствора, содержащего йодиды. В группе контроля (6 зубов) кариозные полости обработаны «Аргенатом однокомпонентным». Подготовленные резы зубов подвергали анализу на рентгеновском энергодисперсионном спектрометре «INCA 350» («Oxford Instruments», Великобритания) В каждом из образцов измерения содержания химических элементов проведены не менее чем в 10-ти точках. Полученные результаты обработаны методами описательной статистики, корреляция показателей оценена с помощью коэффициента Пирсона, достоверность различий определена по критерию Стьюдента.

Результаты. Результаты по содержанию отдельных химических элементов в области дна стенок кариозных полостей в опытной и контрольной группах представлены в таблице.

Таблица 1.

Содержание серебра, фтора, кальция, фосфора и йода в области стенок и дна пораженных кариесом временных зубов в опытной группе (после обработки ФДС и йодидами) и контрольной группе (после обработки ФДС)

	Группа зубов	Содержание Ag, вес %	Содержание F, вес %	Содержание Ca, вес %	Содержание P, вес %	Содержание I, вес %
Стенки	Опыт	13,73±2,77	3,15±0,64	26,14±2,03	14,63±0,93	4,50±1,12
	Контроль	11,20±1,57	7,92±0,86	24,65±1,86	12,52±0,81	-
Дно	Опыт	2,60±0,61	2,69±0,24	31,18±1,09	18,26±0,56	0,44±0,12
	Контроль	11,93±1,71	5,31±0,61	28,20±1,50	15,12±0,68	-

Установлена тенденция к повышению (по сравнению с контролем) содержания серебра в области стенок кариозных полостей в зубах опытной группы. Содержание серебра в области дна кариозных полостей зубов группы наблюдения (2,60±0,61%) в 4,6 раза ниже такового в зубах контрольной группы. Содержание фтора на поверхности стенок кариозных полостей зубов в группе наблюдения (3,15±0,64%) достоверно ниже аналогичного показателя по сравнению с зубами контрольной группы (7,92±0,86%; $p<0,001$). Проникновение в дентин дна кариозной полости фтора как второго активного компонента ФДС в присутствии йодидов достоверно снижается. Его среднее содержание в этой области (2,69±0,24%) в 1,97 раза меньше такового по сравнению с контролем. За счет меньшего содержания серебра и фтора в области дна кариозных полостей зубов опытной группы отмечается тенденция к увеличению (по сравнению с контролем) относительного содержания кальция (31,18±1,09% и

28,20±1,50%, соответственно) и достоверное (p<0,001) увеличение относительного содержания фосфора (18,26±0,56% и 15,12±0,68%, соответственно).

Выводы. 1) После сочетанной обработки кариозных полостей во временных зубах ФДС и йодидами наблюдается тенденция к повышению (по сравнению с контролем) содержания серебра на поверхности их стенок и достоверное снижение содержания серебра в области их дна. 2) Проникновение в дентин дна кариозной полости фтора как второго активного компонента ФДС в присутствии йодидов достоверно снижается.

Лобачевский Д.Н.

ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В СОВРМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Можейко Л.Ф.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. Акушерские кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре причин материнской смертности и составляют 20-25%. Отмечена тенденция к увеличению числа кровотечений, связанных с патологией плацентации, отслойкой нормально расположенной плаценты, нарушением состояния гемостаза. По данным литературы при абдоминальном родоразрешении кровотечения возникают в 3-5 раз чаще, чем при самопроизвольных родах.

Цель исследования: оценить эффективность проведения баллонной тампонады матки после родов и хирургической деваскуляризации матки во время операции кесарева сечения в комплексной терапии пациенткам групп риска по развитию массивной кровопотери.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов 96 пациенток, которые были родоразрешены в акушерских стационарах г.Минска в 2012 г. Возраст пациенток колебался от 19 до 42 лет. Пациентки были разделены на группы: 1 группа (n=4) пациентки, которым была выполнена баллонная тампонада матки после родов в связи с развитием кровотечения (3 ГКБ, 2009 – 2011гг), 2 группа (n=63) пациентки, которым была выполнена хирургическая деваскуляризация матки и кесарево сечение или консервативная миомэктомия, кесарево сечение и деваскуляризация матки (6 ГКБ). Контроль (3 группа) (n=29) составили пациентки с произведенными гистерэктомиями в связи с развитием массивных акушерских кровотечений (УЗ «1 , 3, 5, 6 ГКБ, роддом №2»).

Результаты и обсуждение. Показанием к применению баллонной тампонады явилось продолжающееся гипотоническое маточное кровотечение 4 (100%). Общая кровопотеря в среднем составила 1230мл. В 3 случаях кровотечение было остановлено, в 1 – произведена гистерэктомия (эндометрит). При анализе показаний к проведению хирургической деваскуляризации матки установлено, что показаниями явились: высокий риск - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 2(3,15%), предлежание плаценты 4(6,3%), многоплодная беременность 3(4,8%), гестоз тяжелой степени тяжести 5(7.9%), консервативная миомэктомия во время операции кесарева сечения 22(34,9%); средний риск - послеродовое кровотечение в анамнезе 5(7.9%), ожирение (ИМТ более 35) 6(9,6%), анемия (гемоглобин менее 90 г\л) 3(4,8%), экстренная операция кесарева сечения при аномалиях родовой деятельности 5(7,9%), крупный плод 6(9,6%), возраст первородящей более 40 лет 2(3,15%). Общая кровопотеря после операции у пациенток группы высокого риска составила 920 мл, что требовало дополнительно проведения в комплексной терапии гемотрансфузий 4 (6,3%), плазмотрансфузий 32 (50,8%), у пациенток группы среднего риска кровопотеря составила 610 мл, гемотрансфузия 1(1,6%) случай, плазмотрансфузия – 4(6,4%). В контрольной группе основные причины массивных акушерских кровотечений: 8 (27,5%) случаев – гипотония матки после родов через естественные родовые пути, после кесарева сечения по поводу миомы матки 7 (24,1%), в связи с патологией плаценты 6 (20,7%), разрывом матки 2 (6,9%), мат-

ка Кувеллера 3(10,4%) и др. 3(10,4%). По данным доплерометрии кровоток в магистральных сосудах у всех пациенток 2 группы полностью восстанавливается к 4-7 суткам послеоперационного периода.

Выводы. Внутриматочная баллонная тампонада и хирургическая деваскуляризация матки при производстве кесарева сечения являются эффективными методами профилактики массивных акушерских кровотечений. Применение данных методик уменьшает число гемотрансфузий у данной категории пациенток, а также снижает число гистерэктомий, что позволяет реализовывать репродуктивную функцию.

Ложечник Ю.В., Красовская Т.В.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИТАМИННОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бацукова Н.Л.

Установлена прямая взаимосвязь нарушения питания,в частности нарушения витаминно-минеральной обеспеченности, с частотой таких осложнений беременности как железо- и фолиеводефицитные анемии, невынашивание беременности, гестозы, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода. По данным исследователей, влияние недостаточности или несбалансированности питания во время беременности может быть сопоставимо с ролью генетических факторов и активных химических или инфекционных тератогенов.

Цель: оценить витаминную обеспеченность беременных женщин города Минска.

Методы исследования. Анкетирование, аналитический и статистический. Данные получены в результате анкетирования 40-ка беременных женщин в акушерско-гинекологическом отделении патологии беременности УЗ 6-ой городской клинической больницы и в акушерско-физиологическом отделении УЗ 6-ой ГКБ.

Результаты и выводы. У подавляющего большинства обследованных (70-80%) наблюдается сочетанный дефицит трёх и более витаминов, т.е полигиповитаминозные состояния независимо от возраста, времени года, места проживания и профессиональной принадлежности. В ходе наших испытаний было выяснено,что:

- 87,5% беременных женщин принимали во время беременности витамины.
- 57,5% беременных принимали поливитаминный комплекс «Элевит».
- 40% беременных принимали витамины всю беременность.
- 12,5% беременных принимали витамины без назначения врача.
- у 12,5% беременных были выявленные побочные действия после употребления витаминов.

У каждой 10-ой беременной женщины наблюдаются симптомы гипервитаминозов жирорастворимых витаминов (А,Д,Е),что вызывает опасение,поскольку общеизвестно токсической действие жирорастворимых витаминов(А,Д,Е,К),способных накапливаться в организме при их избыточном поступлении.

Лознухо В.А.

МИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Батян Г.М.
1-я кафедра детских болезней

Последнее десятилетие выделяют обширную группу митохондриальных заболеваний, связанных с глубокими дефектами структуры и функции митохондрий и влекущих за собой недостаточность энергетической продукции клеток.

Цель: провести анализ клинических и лабораторных проявлений митохондриальных болезней у обследованных пациентов.

Материалы и методы. Проанализировано 17 медицинских карт 10 пациентов в возрасте от 11месяцев до 9 лет, госпитализированных в стационар УЗ «ГДИКБ»,у которых в последующем было диагностировано митохондриальное заболевание. Для постановки диагноза использовались: УЗИ органов брюшной полости, сердца, головного мозга; МРТ, КТ головного мозга; ЭКГ; биохимический и общий анализы крови; генетическое исследование крови (в том числе исследование дефектов метаболизма методом жидкостной хроматографии).

Результаты. Большинство пациентов поступали в УЗ «ГДИКБ» в тяжелом состоянии, из них 60,5% в ОИТР, что позволяет судить о серьезности имеющейся патологии. Диагнозами при первичном поступлении в стационар в 40% случаев являлись - гастроэнтерит, диарея, колит; в 40% - ОРИ, бронхит, ларинготрахеит;10% патология ЦНС и 10% декомпенсированный метаболический ацидоз. Ни у одного из пациентов при первой госпитализации митохондриопатии выставлены не были. Диагноз был подтвержден только при последующих госпитализациях. Первые симптомы у пациентов появились в возрасте от 7 мес до 7 лет. Длительность установления диагноза с момента появления симптомов составила около 9мес. Количество госпитализаций в течение года в среднем составило 3,8.

Из акушерского анамнеза: 40% детей родились маловесными (средняя масса 2120 г), у 62,5% женщин беременность протекала неблагоприятно (гестоз тяжелой степени, гепатоз, нефропатия, слабость родовой деятельности, раннее излитие околоплодных вод, инфекции). Возраст родителей, количество беременностей и родов существенного значения не имели.

Патология со стороны сердца наблюдалась у 100% пациентов(миокардиодистрофия, кардиомиопатия). По данным УЗИ и ЭКГ выявлены: гипертрофия миокарда (40%), регургитация МК и ТК 1ст (50%), МАРС (ООО, ДХЛЖ-70%), гидроперикард (20%); тахикардия(80%), желудочковая ЭС (10%), WPW-синдром (10%), неполная блокада правой ножки пучка Гисса (10%),снижение вольтажа (20%),диффузные изменения в миокарде ЛЖ(50%). У 90% пациентов выявлены тяжелые изменения со стороны ЦНС - энцефалопатии, внутрижелудочковые кровоизлияния, задержка моторного и речевого развития. У 80% диагностированы гепатомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени, спленомегалия. При оценке лабораторных данных наблюдалась транзиторная гипогликемия(40%), метаболический ацидоз(40%), у 90% повышение АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК, КК-МВ, лактата, мочевины, креатинина. При генетическом обследовании было подтверждено 9 диагнозов митохондриопатий (из них 2 посмертно): деплеция мтДНК(2), болезнь Ли(3), LCHADD-синдром(3);β – метилкротонилглицинурия(1). По одному диагнозу генетического подтверждения уточнить не удалось.

Учитывая результаты проведенных клинических и лабораторных исследований, составлен перечень симптомов, подтверждающих вероятность митохондриопатий. Это позволяет провести целенаправленное генетическое обследование пациентов для своевременной диагностики и лечения данной патологии, а также улучшения прогноза жизни.

Тарасевич А.С.

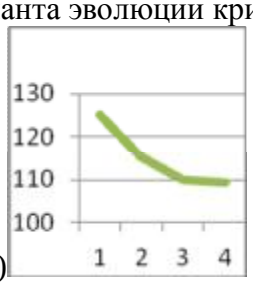
РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ

Научный руководитель доц. Семенович А.А.
Кафедра нормальной физиологии

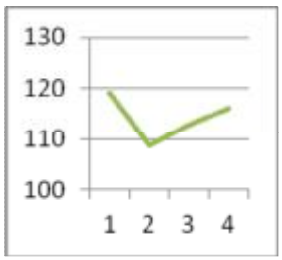
Артериальное давление - один из важнейших показателей гемодинамики, а также один из наиболее значимых витальных показателей. Давно известным является тот факт, что при многократных измерениях артериального давления (далее – АД) его показатели могут отличаться. Это обусловлено различными факторами, наиболее распространёнными из них являются нервное возбуждение пациента при первом измерение, обусловленное, в свою очередь, беспокойством за своё здоровье и так называемой «гипертонией белого халата»; различным развитием мускулатуры на обеих руках; неравное отхождение сосудов от аорты (плечеголовной ствол и подключичная артерия) и т.д.

Цель работы: изучить различные причины, влияющие на показатели АД и их физиологические механизмы, а так же влияние на АД непосредственно многократно проведённой процедуры его измерения.

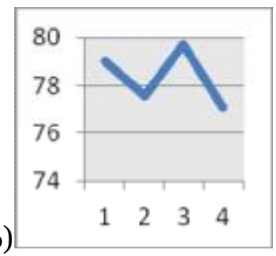
Данная работа включает в себя практическую и теоретическую части. Для получения опытных данных было проведено четырёхкратное измерение АД и частоты сердечных сокращений (по 2 раза сначала на левой, после на правой руке) у 30 испытуемых по методу Короткова. Большинство из них составляли студенты БГМУ. Систолическое давление по выборке составило (+\-3)122,7;113,7;119,4;118 при 1,2,3,4 измерениях соответственно. Наблюдалось 3 варианта эволюции кривой систолического давления:

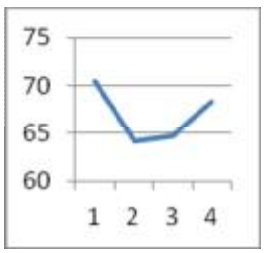
1.(60%лиц) 

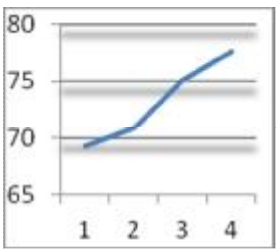
2.(13,3%)

3.(26,6%) 

Диастолическое давление по выборке: (+\- 2)75,3; 70;73,6;72,7 при 1,2,3,4 измерениях. Графики отображают 3 варианта изменений:

1.(30%) 

2.(13%) 

3.(57%) 

На основании измерений можно сделать вывод: высокое АД неизменно снижается, низкое – повышается (при повторных измерениях), нормальное – снижается во время 2-го измерения, но повышается при последующих (на правой руке).

Поскольку АД – важный диагностический показатель, а четкого разграничений понятий нормо- и гипертония нет, этот показатель должен быть найден наиболее корректно, чему помогает многократное измерение.

Лойко А.В., Тарасевич К.А.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научные руководители канд. мед. наук, асс. Трушина А.С.,
канд. мед. наук, доц. Павлович Т.П.
Кафедра поликлинической терапии, общественного здоровья и здравоохранения

Актуальность. В настоящее время актуальным в характеристике состояния здоровья является оценка качества жизни, связанного со здоровьем. На первый план выносится возмож-

ность полноценного функционирования при наличии патологических состояний. Так как, в век технического прогресса увеличивается нагрузка на организм, имеет место накопление патологических состояний в популяции, увеличивается продолжительность жизни человека. С другой стороны отмечается повышение качества жизни за счет развития индустрии: улучшения условий труда, отдыха, организации сферы обслуживания, здравоохранения, образования и состояния окружающей среды, улучшением качества медицинского обслуживания.

Цель: оценка качества жизни, связанного со здоровьем пациентов с ограничением жизнедеятельности.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 475 человек, проживающих в городе Минск. По полу респонденты распределились следующим образом: женщин – 65,9% (313 человек), мужчин – 34,1% (162). Возраст респондентов равноценен. Группа формировалась из молодых лиц в возрасте 37,4±0,55лет: женщин - 37,8±0,70, мужчин - 36,7±0,90 лет. В исследование включены лица, имеющие ограничение жизнедеятельности – 2 и 3 группы инвалидности. Оценка качества жизни осуществлялась с помощью опросника SF-36. Значимых различий в целом по критериям качества жизни у женщин и мужчин не выявлено.

Результаты анкетирования обрабатывались методами непараметрической статистики, оценку достоверности разности осуществляли по критерию Mann-Whitney. Данные представлены в виде Me (25%-75%). Значимыми принимали различия при вероятности безошибочного прогноза 95,5% ($p<0,05$).

Результаты. Показатели физического и психологического компонентов здоровья пациентов, имеющих ограничение жизнедеятельности, находятся на среднем уровне. Причем физический компонент здоровья значимо выше, чем психологический. На величину последнего в сторону снижения оказали влияние такие составляющие как жизненная активность и социальное функционирование, уровни которых ниже среднего. Данная ситуация объясняется тем, что пациенты с ограничением жизнедеятельности в связи с наличием патологических состояний имеют барьеры в среде обитания, что мешает им выполнять активную социальную функцию.

Физический компонент здоровья на 19,0% ниже, чем у пациентов без ограничения жизнедеятельности. Снижение показателя обусловлено низким уровнем ролевого функционирования и общего состояния здоровья.

Анализируя уровни показателей качества жизни отдельно в зависимости от пола, выявлено, что как у мужчин, так и у женщин физический компонент здоровья значимо ниже по сравнению со здоровыми.

Выводы. Качество жизни пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности имеет средние значения. Физические возможности пациентов ограничивают полноценную реализацию социальных функций.

Жолдасбекова Т.Б., Кожамжарова А.С.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ВЫДЕЛЕНИЯ СУММЫ ГА И СОЛАНИДИНА ИЗ РОСТКОВ КЛУБНЕЙ КАРТОФЕЛЬНОГО РАСТЕНИЯ

Научный руководитель д-р фарм. наук, проф. Байзолданов Т.Б.
Модуль «Фармацевт-токсиколог»
Казахстанский национальный медицинский университет

Интерес к стероидным соединениям, исследование которых ведется в нескольких направлениях не уменьшается. С одной стороны отдельные представители (соласодин, диосгенин и др), данной группы природных соединений используется для синтеза гормональных препаратов в фармацевтической промышленности. С другой, - возрастает интерес к стероидным соединениям, как веществам, обладающим широким спектром биологического действия на живые организмы. У данных соединений была обнаружена способность тормозит рост неко-

торых форм злокачественных опухолей, снижать уровень холестерина в крови и стимулировать овуляторные процессы у животных, фунгицидная, антимикробная и антивирусная активности. Стероидные соединения оказались эффективными при лечении ревматизма, бронхиальной астмы, гемолитической анемии и гемодиатеза.

Опыты проводились следующим образом: Измельченный длиной 1,5-2,0 см ростки картофеля воздушной сушки заливалась водой до зеркальной поверхности, подкислялось до pH 2,0-3,0 по универсальному индикатору серной, соляной и уксусной кислотами. Настаивалась при комнатной температуре в течение 24 часов, Извлечение процеживалась через плотную бязь, шрот повторно заливали водой, подкисляли соответствующей кислотой и продолжали настаивание еще 24 часа. Через 24 часа извлечение отделялось и оба извлечения объединялось, обрабатывалось 25% раствором аммиака до pH 9,0 - 9,5 по УИ. Выделенный осадок отфильтровывали через бумажный фильтр. Высушивали в термостате при 40°С до постоянного веса. Результаты, среднее из 5 серии опытов приведены в таблице №1.

Таблица №1.

№ п\п	Взято сырья	Выход с серной кислотой. %	Хлороводородной кислотой. %	Уксусной кислотой %
1	5 кг	2,4	2,2	2,0

Как видно, из приведенной таблицы на выход стероидных соединении из картофельных ростков оказывает более высокое влияние оказывает серная кислота. Далее изучили влияние тех же кислот на выход интересующих нас веществ в зависимости от концентрации кислот. Измельченный длиной 1,5-2,0 см по 5 кг ростки картофеля воздушной сушки заливалась растворами вышеуказанных кислот, имеющие концентрации 2, 3, 5 % до зеркальной поверхности, сырье настаивалось при комнатной температуре в течение 24 часов. Проверялось pH среды. Извлечение процеживалась через плотную бязь, шрот повторно продолжали настаивание еще 24 часа. Через 24 часа извлечение отделялось и оба извлечения объединялись обрабатывался 25% раствором аммиака до pH 9,0 - 9,5 по УИ. Выделенный осадок отфильтровали через бумажный фильтр. Высушивали в термостате при 40°С до постоянного веса.

Изучены условия выделения гликоалкалоидов и соланидина из ростков картофельного растения. 3% раствор серной кислоты рекомендован в качестве экстрагента для выделения суммы активных веществ из сырья, продолжительностью экстракции в течение 48 часов.

Нуржанова А.П., Темирбаева К.Б.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО г. АЛМАТЫ В ПЕРИОД С 2000 ПО 2010 ГОДЫ

Научный руководитель д-р фарм. наук, проф. БайзолдановТ.Б.
Модуль «Фармацевт-токсиколог»
Казахстанский национальный медицинский университет

Исследование носит аналитический характер, характеризующий состояние токсикологической ситуации населения г Алматы в период времени с 2000 по 2010 года, анализ проведен по основным актуальным аспектам токсикологической службы, это цифры обращаемости, нозологический характер, анализ возрастных, половых категорий, а так же анализ летальности.

Возрастная категория отравившихся представлена, в основном, около 80%, от 21 года до 59 лет, то есть это работоспособное население, среди подростков и людей пожилого возраста, отравления встречаются в среднем в 6-7% случаев.

Если рассматривать по годам, то выявилось снижение обращаемости в подростковом возрасте с 10% в 2000 году до 2% в 2010 году, вероятно, это обусловлено снижением медика-

ментозных отравлений за последние 10 лет, а именно в этом возрасте чаще всего встречается данная нозология, в частности суициды. Согласно статистическим данным острые отравления встречаются, в основном, у мужчин, и за последние 10 лет отмечалась увеличение процента встречаемости отравлений у мужчин с 60% в 2000 году до 80% в 2010 году, соответственно, у женщин – около 40% в начале и 20% в конце 2000-х годов, что так же объясняется снижением удельного веса медикаментозных отравлений. В начале двухтысячных годов (2000-2002гг.) тяжёлая степень отравлений, то есть состояния угрожающие жизни больного составляли треть от общего количества отравлений, а к 2010 году удельный вес тяжёлых отравлений снизился до 8%.

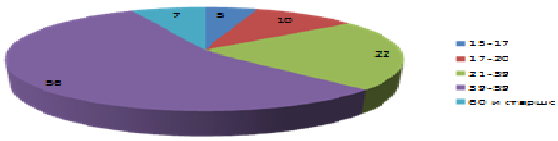


Рисунок 1. Возрастная категория больных.

Рисунок 2. Процент летальности за 10 лет

Выводы:

Таким образом, за последние 10 лет цифры обращаемости по острым экзогенным отравлениям остаются высокими, и в среднем за последние 6 лет составляют около 14000 обращений в год. На первом месте - отравления алкогольными продуктами, в том числе отравления суррогатами алкоголя, на втором месте отравления медикаментами. Значительно снизились отравления наркотическими веществами и абсолютное количество случаев отравления медикаментами, если рассматривать эту проблему в социальном аспекте, то можно заметить увеличение суицидальных отравлений в периоды тяжёлого экономического положения в стране, в конце 90х и начале 2000-х годов, а на фоне стабилизации социальных проблем и уменьшилось количество таких отравлений. Летальность при отравлениях снизилась более, чем в 3 раза.

Луговцов Н.А.

ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАНЦЕРОГЕНЕЗА. ТЕОРИЯ POLLY MATZINGER

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепетько М.Н.
Кафедра онкологии

Цель исследования: анализ имеющихся фактов о роли иммунной системы в канцерогенезе; исследование роли патологии иммунной системы в развитии новообразований; характеристика современных теорий взаимоотношения опухоль-иммунная система; роль компонентов иммунной системы в прогрессии опухоли; механизмы индукции толерантности к опухолевым клеткам.

Методика проведения. Анализ литературы и интернет-источников.

Полученные результаты. В ходе исследования было выявлено, что иммунная система поддерживает нормальный гомеостазис организма путем непрерывного контроля за образующимися «чужими» или «опасными» (гипотезис Polly Matzinger) клетками. Нарушения иммунного гомеостазиса вследствие патологии в звеньях иммунной системы (наследственные синдромы, иммуносупрессанты, HIV-инфекция) ведут к повышению вероятности разви-

тия опухолевых заболеваний по сравнению с показателем заболеваемости в популяции, что подтверждено множеством многоцентровых исследований. По «классической» теории закономерностей иммунного контроля за опухолевыми клетками, в основе выявления и развития иммунного ответа лежат принципы дискриминации клеток иммунной системой как «свои» - «не свои», т.е. классическая эволюционно выработанная реакция иммунной системы на возникновение в организме чужеродных клеток. Таким образом, из этого следует, что закономерности противоопухолевого иммунного ответа детерминированы теми же особенностями развития иммунного ответа, как и при инфекционной патологии: необходимо наличие антигенов («мишени»), кооперация и полноценность звеньев иммунной системы, формирование опухоль-индуцированного воспалительного микроокружения. Отношения опухоли и иммунной системы (immunoediting) могут развиваться по следующим возможным вариантам: элиминация (иммунный надзор), равновесие, ускользание опухоли от иммунного ответа. Вопрос перехода, т.е. наличия последовательности данных фаз при опухолевой прогрессии еще остается недоказанным и данную схему следует рассматривать как принципиальный подход к развитию стандартов иммунодиагностики и разработке маркеров терапевтической интервенции. Однако, в силу неполноценности и упрощенности данного подхода, иммунологи предлагают альтернативные концепции, которые либо дополняют существующую, либо предлагает принципиально новые подходы к пониманию работы иммунной системы. Таковой концепцией является теория Polly Matzinger, предложившей в конце XX века «Модель опасности» (“Danger Model”), согласно которой, основными критериями развития противоопухолевого иммунного ответа является опухоль-индуцированное повреждение тканей, в то время как опухолевые клетки сами по себе неспособны к индукции специфического ответа.

Луговцов Н.А., Луговцова П.А

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ CEA КАК МОДЕЛИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АУТОАНТИГЕНОВ В ТИМУСЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Беловешкин А.Г.
Кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии

Цель исследования: выявление иммунореактивности к карциноэмбриональному антигену (CEA) в тимусе человека, определение закономерностей распределения CEA.

Методика проведения. Материалом исследования служил операционный материал тимуса, удаленный по хирургическим показаниям в Минском детском кардиохирургическом центре. Проводилось иммуногистохимическое исследование с антителами к CEA (производство Daco, USA).

Полученные результаты. Презентация аутоантигенов в тимусе человека в эмбриональном периоде и периоде раннего детского возраста является необходимой для поддержания центральной толерантности организма. Аутоантигены, экспрессируемые в тимусе, далее захватываются дендритными клетками тимуса человека, и презентируются тимоцитам. Тимоциты, высокоафинные к антигенам, претерпевают апоптоз и в дальнейшем фагоцитируются макрофагами, либо превращаются в регуляторные Т-клетки (негативная селекция). Таким образом поддерживается центральная толерантность - специфическая ареактивность иммунной системы к конкретному антигену, феномен, который является гарантом безопасности клеток и тканей организма от иммунной аутоагрессии. Нарушения в процессах центральной толерантности лежат в патогенезе ряда аутоиммунных заболеваний. Исследование и детальное описание структур, участвующих в поддержании центральной толерантности, приведет к более полному пониманию закономерностей протекания процессов в тимусе человека, которые находятся под пристальным вниманием иммунологов в связи с участием тимуса в онкогенезе и принципиальной возможности индукции толерантности к антигенам трансплантата.

Карциноэмбриональный антиген (CEA) является Aire-зависимым аутоантигеном и может служить хорошей моделью для изучения распределения аутоантигенов в тимусе человека.

В ходе исследования выявлено, что CEA иммунореактивность определяется внутри телец Гассаля – структур, уникальных для тимуса, состоящих, в основном, из концентрически расположенных ретикулоэпителиоцитов. Ретикулоэпителиальные клетки демонстрируют чрезвычайно высокий уровень аутофагии, что является механизмом достижения высокой степени экспрессии аутоантигенов на мембранах клеток. Мы выяснили, что в непосредственной близости к тельцам Гассаля располагаются незрелые дендритные клетки, которые захватывают содержимое телец, содержащее аутоантигены, и в дальнейшем диффузно распределяются по мозговому веществу тимуса человека, представляя собой зрелую и созревающую субпопуляции дендритных клеток тимуса. Эпителиальные клетки телец Гассаля с высокой степенью экспрессии и огромной контактной мембранной поверхностью служат резервуарам аутоантигенов, в то время как дендритные клетки осуществляют презентацию антигенного материала созревающим тимоцитам.

Лужинская Е.Н., Макарчук А.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ

Научный руководитель асс.. Довнар-Запольская О.Н.
Кафедра детских инфекционных болезней

Введение. Лайм-боррелиоз (синонимы: болезнь Лайма, хроническая мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшютца) – инфекционное природно-очаговое заболевание с трансмиссивным путем передачи, вызываемое Borrelia burgdorferi и характеризующееся полисистемным поражением, склонностью к хроническому и рецидивирующему течению. **Актуальность**. Изучение болезни Лайма объясняется его широкой распространенностью на территории Республики Беларусь, Российской Федерации и других регионов Европы и Америки, высокой восприимчивостью детского населения, многообразием клинических форм, значительной частотой отдаленных последствий и высокой вероятностью перехода в хронические формы. Число инфицированных Лайм-боррелиозом ежегодно увеличивается на 3-4%.

Цель и задачи исследования: изучить клинические и лабораторные показатели у детей с Лайм-боррелиозом.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 33 пациента с болезнью Лайма (I группа), средний возраст которых составил 9 лет, из них 15 мальчиков (49,5%) и 18 девочек (50,5%). Стандартизация показателей производилась на группе контроля (II группа) из 33 практически здоровых детей I и II групп здоровья, не болевших ОРИ на протяжении трех недель до обследования. Средний возраст детей II группы составил 10 лет, из них 19 мальчиков (57,5%) и 14 девочек (42,5%). Предметом исследования были данные анамнеза, результаты клинических, лабораторных (показатели гемограммы, биохимические показатели, показатели серологического и бактериологического исследования) и инструментальных (электрокардиографии, ультразвуковых и рентгенологических) исследований. Полученные данные обрабатывались с помощью программы Statsoft Statistika 6,0 с достоверным уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате оценки клинико-анамнестических данных было выявлено, что у 18 пациентов (54,5%) был установлен укус клеща. На наличие Borrelia burgdorferi в клеще было обследовано 4 клеща (22,2%), из них только в 1 клеще была выявлена Borrelia burgdorferi (5,5%). У 24 пациентов (72,7%) болезнь Лайма была диагностирована на I стадии, среди них с эритемной формой выявлен 21 пациент (63,6%). У 7 пациентов (21,3%) заболевание было диагностировано во II стадии и у 2 пациентов (6%) в III стадии. Из общего числа наблюдаемых детей с болезнью Лайма, нейроборрелиоз был выявлен у 4 паци-

ентов (12,1%), поражение опорно-двигательного аппарата у 2 пациентов (6%). По данным УЗИ органов брюшной полости патологические изменения со стороны гепатобилиарной системы и поджелудочной железы диагностированы у 2 (6%) пациентов с боррелиозом во II стадии течения заболевания. При ультразвуковом исследовании сердца (ЭхоКГ) были выявлены изменения в виде различных вариантов малых сердечных аномалий (дополнительные хорды в полости левого желудочка и пролабирование створок митрального клапана 1 степени) у 15 (47%) пациентов. Статистический анализ показателей гемограммы I группы детей выявил достоверное снижение уровня тромбоцитов ($p<0,01$), лимфоцитов ($p<0,01$), моноцитов ($p<0,01$), а также достоверное повышение уровня эозинофилов ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой. Анализ полученных данных показал также достоверное повышение уровня СРБ ($p<0,05$), АСЛ-О ($p<0,05$) в I группе пациентов по сравнению с группой контроля.

Лукашевич К.О.

ENDLICH WIEDER WIEßE ZÄHNE: ZAHNBLEACHING

Научный руководитель ст. преп. Скачинская И.А.
Кафедра иностранных языков

Zum menschlichen Schönheitsideal gehören sicherlich auch gesunde, weiße Zähne. Bereits seit Jahrhunderten wurde versucht, dauerhaft strahlend weiße Zähne zu bekommen. Doch waren bisher die meisten Versuche relativ erfolglos. Das Zahnbleaching – also die Zahnaufhellung – ist die erste Innovation, welche bei Zähnen schonend eingesetzt werden kann und trotzdem den gewünschten Erfolg beschert.

Die Umfrage der Studenten des 1. Studienjahres unserer Universität hat gezeigt, dass 80% der Befragten verschiedene Methoden der Zahnaufhellung schon ausprobiert haben. 40% von ihnen hatten aber keine konkrete Information über Vor- und Nachteile dieser Methode.

Ziel unserer Arbeit besteht in der Analyse der allgemeinen Mechanismen von Zahnbleaching und Schilderung der negativen Folgen dieser Methode. Es gibt insgesamt drei methodische Ansätze zum Aufhellen der Zähne. Zum einen kann der Patient sich eine Kunststoffschiene anfertigen lassen, welche mit einem Aufhellungsgel versehen wird, welche zwischen einer und acht Stunden getragen werden muss, abhängig von der Hartnäckigkeit der Verdunklung. Insgesamt werden nur wenige Behandlungen von dieser Art benötigt, um die Zahnaufhellung als gelungen zu kategorisieren. Zum anderen kann man sich die Zähne auch direkt beim Zahnarzt aufhellen lassen, indem er das so genannte **„In-Office-Bleaching"** anwendet. Hierbei werden die Zähne, welche einer Zahnaufhellung unterzogen werden sollen, mit einem Bleaching-Gel zwischen 15 und 30 Minuten und einer verstärkenden Bleaching-Lampe behandelt, wodurch sehr schnell gute Erfolge erzielt werden. Soll nur ein einzelner abgestorbener Zahn behandelt werden, kann dies durch die dritte Methode, nämlich die direkte Einsetzung eines Bleaching-Gels im abgestorbenen Zahn geschehen.

Bleaching ist nicht für jeden zu empfehlen. Die Zähne müssen intakt und sollten frei von Karies sein. Schwangere Frauen sollten auf ein Bleaching verzichten.

Es gibt grundsätzlich zwei potentielle *Risiken* bei Zahnaufhellung. Statistisch gesehen kommt es bei 4 von 10 Patienten, die sich einer Zahnaufhellung unterziehen, zu leichten bis mäßigen Beschwerden. **Einer der häufigsten** *Nebenwirkungen* ist *Reizung*, ausgelöst durch einen leichten Ätzschaden. Dieser entsteht, wenn das Bleachinggel mit dem Zahnfleisch in Berührung kommt. Auslöser kann mangelnde Technik bei der Behandlung in der Klinik, fehlerhafte Anwendung des Bleachingmittels oder der Bleachingschienen mit schlechter Passform sein. **Eine weitere** häufige *Nebenwirkung bei Zahnaufhellung* ist ein bohrender Schmerz und Überempfindlichkeit. In gewissen Fällen kann der bohrende Schmerz als konstant andauernd und äußerst lästig empfunden werden. Grund dafür ist das Bleachingmittel, das die äußere Schicht des Zahnes durchdringt und somit den Nerv im Zahn reizt. **In bestimmten** Fällen wird beim In-Office-Bleaching in Über-

einkunft mit dem Patienten ein erhöhtes *Risiko* für *bohrende Schmerzen* bewusst in Kauf genommen, um länger behandeln und somit ein besseres Endergebnis zu erreichen. **Abgesehen davon**, welche Beschwerden man nach einer *Zahnaufhellung* hat, klingen diese in der Regel 24-48 Stunden nach der abgeschlossenen Behandlung ab. Nur wenige Patienten empfinden die Nebenwirkungen als derartig störend, dass sie eine Behandlung deshalb abbrechen. **In der Praxis** gibt es, bei gesundem Menschenverstand und bei Befolgung der Anweisungen, kein *Risiko*, sich zu vergiften oder auf Grund der angewandten Stoffe zur *Zahnaufhellung* irgendwie zu erkranken.

Лутик И.Л., Дубатовка Е.И.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛИПОСОМАЛЬНЫХ ФОРМ СТРЕПТОКИНАЗЫ ПРИ ОСТРОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Адзерихо И.Э.
Белорусская медицинская академия последипломного образования
ГНУ «Институт химии новых материалов НАН Беларуси»

Одним из перспективных направлений медицины является создание липосомальных систем доставки препаратов, позволяющих увеличить концентрацию лекарственных средств в зоне их действия и снизить частоту побочных эффектов. Целью настоящего исследования была оценка эффективности тромболитического действия липосомальных форм стрептокиназы в сравнении с обычной (свободной) формой препарата по данным морфометрического анализа степени свободного просвета (ССП) вены на модели острого венозного тромбоза.

Материалы и методы. В работе использовали липосомы с включённым препаратом стрептокиназы (РУП «Белмедпрепараты», Беларусь), представляющие собой смесь фосфохолинов и холестерина в молярном соотношении 2:1. Степень включения препарата в липосомы составила 75%. Проведены эксперименты на 34 беспородных самцах крыс массой 320-350г. Моделирование тромба проводили путём введения в яремную вену на участке длиной 1 см, ограниченном лигатурами, 0,1 мл раствора тромбина с дополнительным пережатием сосудистой стенки корнцангом в течение 5-10 секунд. Общее время формирования тромба составило 30 минут. Все животные были разделены на три группы. Первым 2-м группам вводили стрептокиназу:1 группа – липосомальная форма (n=14); 2 группа - свободная форма (n=14). 3 группа - без введения препарата (группа контроля) (n=6). Дозу стрептокиназы вводили из расчёта 150 тыс. ЕД/кг. Время наблюдения после формирования тромба составило 120 минут и 24 часа. После выведения животных из эксперимента путём внутривенного введения этаминала натрия фрагменты участка вены зоны формирования тромба иссекали и готовили из них микропрепараты. Микропрепараты окрашивали гемотоксилин-эозином, после чего изучали в световом микроскопе и проводили количественный анализ изображения по определению процента ССП вены.

Результаты. Во всех животных в 100% случаев был смоделирован окклюзирующий тромбоз. Через 120 минут после введения липосомальной формы стрептокиназы степень восстановления свободного просвета сосуда составила 83,4±6,3%, что было недостоверно значимым в сравнении со свободной формой препарата (90,2±5,8%, $p>0,05$). При морфологическом исследовании вены установлено освобождение просвета вены от тромботических масс, при этом мелкие остатки красного тромба, лишённые нитей фибрина, располагались свободно вдоль сосудистой стенки. Через 24 часа после введения липосомальной формы стрептокиназы достоверных различий в ССП сосуда по сравнению с 2-хчасовой точкой не наблюдали (81,8±5,2%, $p>0,05$). При введении свободной формы стрептокиназы, напротив, отмечено уменьшение ССП сосуда наполовину, что составило 41,2±6,1% ($p<0,05$). Кроме того у 1-й (14,2%) крысы через 24 часа наблюдали полную реокклюзию. В течение всего вре-

мени наблюдения в группе контроля значимых изменений ССП сосуда по отношению к исходному не наблюдали (p>0,05).

Выводы. Таким образом, липосомальная форма стрептокиназы обладает более длительным тромболитическим действием по сравнению с обычной формой препарата.

Лухверчик А.А

РОЛЬ ЗЕРКАЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ В СТАНОВЛЕНИИ И НАРУШЕНИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ АУТИЗМЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, ст. преп. Лемешонок Л.С.
Кафедра патологической физиологии

Цель работы: изучить механизмы функционирования зеркальных нейронов и их роль в организме человека.

Задачи: 1. дать определение такому понятию как «зеркальные нейроны». Определить их локализацию и функции; 2. установить особенности функционирования головного мозга у людей с аутизмом; 3. определить роль зеркальных нейронов в данном заболевании.

Зеркальные нейроны были открыты итальянским нейрофизиологом Джако́мо Риззола́тти в середине 1990-ых годов. Эти нейроны играют огромную роль на этапе формирования в коре головного мозга зрительных образов и в процессах импринтинга, которые включаются с первых часов жизни и имеют важнейшее значение в процессах копирования, обучения и адаптабельности организма. Они обеспечивают «зеркальное» отражение, сопереживание воспринимаемой информации, а также феномен имитации – подражания. Способность к имитации, импринтинг – важнейшие механизмы развития психоневрологических, когнитивных функций. Одним из заболеваний, связанных с нарушением адаптационной способности детей к окружающей среде, является аутизм.

Аути́зм — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трёх лет.

Исследования в области зеркальных нейронов показали взаимосвязь между психическими нарушениями у детей с аутизмом и снижением активности зеркальных нейронов. Так дисфункция зеркальных нейронов островковой и передней поясной коры могут обусловливать неспособность к сопереживанию, а нарушения зеркальной системы угловой извилины – дефекты речи. При аутизме аберрация чувства сопереживания, а также неспособность распознавать цели и намерения действий и переживаний других людей связаны с отсутствием активизации зеркальных нейронных систем при наблюдении за действиями и намерениями других. Отсутствие «чувства сопереживания» определяет появление и других специфических признаков аутизма, таких как эгоцентрические поведенческие и речевые реакции, замыкающиеся «на себя».

Вывод. По результатам анализа литературных данных, была выявлена неоднозначная оценка роли зеркальных нейронов в развитии аутизма. Тем не менее, достаточный объем научных фактов позволяет сделать вывод о том, что зеркальные нейроны играют важнейшую роль в приспособлении человека к окружающему его миру, социальной среде и в формировании когнитивных функций, осуществлении анализа и возможности прогноза своих действий еще до начала таковых.

Лухверчик А.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАТУРАЛЬНЫХ И ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ

Научный руководитель асс. Турсунова И.И.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Наука далеко шагнула вперед, все большее и больше проводится исследований в области создания искусственных продуктов питания. В пищевой промышленности активно используется огромное количество различных химических добавок и консервантов для улучшения органолептических свойств продуктов, увеличения сроков хранения, дешевизны их производства.

Отрасль производства безалкогольных напитков не стала исключением. Современный ассортимент в этой области предоставляет покупателю огромный выбор самых разнообразных вариантов и именно здесь используется множество различных добавок. Для исследования мы взяли наиболее популярные напитки среди молодежи: Coca-Cola, квас и натуральные соки.

Целью работы: доказать, что в состав газированных напитков входят вещества, негативно влияющие на организм человека.

Материалы и методы. Проведи сравнительный анализ соков, кваса и кока-колы. Исследовали состав соков, кваса и кока-колы. Доказали полезность соков и кваса.

Методы. Исследовали состав путем проведения качественных реакций на углекислый газ, ионы железа, красители, кислоты и витамин С.

Результаты. Содержание CO_2 в кока-коле 1,2%. В квасе и кока-коле обнаружен краситель. Высокая кислотность в соках. Анионы PO_4^{3-} присутствуют во всех напитках. Катионы железа содержатся только в соках. Витамин С содержится во всех напитках.

Выводы.

1. Проведя опыты было доказано, что наибольшее содержание углекислого газа в кока-коле. В квасе газ является натуральным продуктом брожения и находится в меньших количествах. В соках углекислый газ не содержится.
2. В квас и кока-колу добавляют искусственный краситель, так как натуральные красящие вещества адсорбируются в меньше степени.
3. При добавлении в раствор гидрокарбоната натрия $NaHCO_3$ произошло выделение углекислого газа в соках. Значит, кислоты в соках диссоциируют быстрее и их pH ниже, чем в остальных напитках.
4. В кока-колу анионы PO_4^{3-} добавляют искусственно, а в соках они образуются в результате биохимических процессов.

Люлькович А.А.

ВЛИЯНИЕ МУЛЬТИФУНКЦИОННОЙ МАССАЖНОЙ КУШЕТКИ С ИНФРАКРАСНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель доц. Рысевец Е.В., асс. Кошина С.М.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

В последние годы наметилась отчетливая тенденция к ухудшению состояния здоровья студенческой молодежи. Для решения вопроса об оздоровлении студентов, имеющих факторы риска, наряду с адекватными физическими нагрузками проведен курс терапии с использованием мультифункциональной массажной кушетки с инфракрасным излучением (ИК излучением).

Цель: оценить влияние мультифункциональной массажной кушетки с ИК излучением на психоэмоциональное состояние и степень выраженности болевого синдрома у студентов.

Задачи:

- снять (уменьшить) степень выраженности болевого синдрома;
- улучшить психоэмоциональное состояние студентов.

Исследование проводилось на базе УЗ «11 ГКБ» г. Минска с ноября по март 2012-2013 года, в котором принимали участие 20 студентов. Студенты были разделены на 2 группы. Первая группа – наряду с занятиями физической культурой прошла десятидневный курс терапии с использованием мультифункциональной массажной кушетки с ИК излучением. Вторая группа, группа сравнения, занималась оздоровительной физической культурой. В работе использовались следующие тесты: тест-опросник Р.Кеттелла, для определения уровня эмоциональной устойчивости, тревожности и напряженности; тест Р.С. Немова, для определения самочувствия, активности, настроения; тест-опросник Спилберга-Ханина, для определения ситуационной и личностной тревожности; визуально-аналоговая шкала боли.

Средний уровень тревожности имели 60% всех исследуемых студентов, у 20% наблюдалась тенденция к плохому настроению и у 35% к изменчивому, что подтверждает факт распространенного наличия нестабильного психоэмоционального состояния студентов, а также подтверждает актуальность данной работы. При оценке болевого синдрома в первой группе исследуемых наблюдалась положительная динамика: до исследования боль присутствовала у 50% студентов, после курса проведенных процедур этот показатель стал равен 20%. Причем боль осталась у 10% (1 человек) и у10% (1 человек) она появилась.

Оценивая уровень ситуационной и личностной тревожности, были получены следующие результаты:

Уровень тревожности	Ситуационная тревожность		Личностная тревожность	
	до	после	До	после
Средний	30%	-	70	20
Низкий	70	50	30	40
Очень низкий	-	40	-	40

При исследовании наблюдалось четкая тенденция к улучшению настроения у студентов.

Уровень настроения	До	После
Хорошее	60	90
Изменчивое	30	10
Плохое	10	-

Выводы. Использование мультифункциональной массажной кушетки с ИК излучением улучшает психоэмоциональное состояние студентов и уменьшает степень выраженности болевого синдрома.

Лях О.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ АДЕНОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Научный руководитель асс. Долина И.В., доц. Буцель А.Ч.
Кафедра болезней уха, горла, носа

Актуальность темы. В РБ как и во всём мире увеличивается число встречаемости гипертрофии аденоидов. В различных возрастных группах количество пациентов, имеющих эту патологию различно. Развитию аденоидов способствуют заболевания, вызывающие воспаление слизистой оболочки полости носа и миндалин (острые и хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей).

Цель: изучить гистологическое строение аденоидов в различных возрастных группах.

Задачи: 1. проанализировать особенности гистологического строения аденоидов у детей 3-5лет, 8-10 лет, 11-13 лет; 2. определитьзаболевания, сопутствующие гипертрофии аденоидов.

Материалы исследования. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни в 4 возрастных группах (3-5 лет,8-10 лет, 11-13 лет, 18 и старше). Количество пациентов в каждой группе 25. Истории болезни были взяты из архива 3 ГДКБ,4ГКБ.

Метод. Проведено ретроспективное исследование. Статистическая обработка полученных результатов гистологического исследования удаленных аденоидов.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что гистологическое строение аденоидов в различных возрастных группах не отличается и удаленная ткань представленав виде фолликулярной гиперплазии.

В возрастной группе 3-5 лет (средний возраст 4,21±0,81)сопутствующим заболеванием была гипертрофия небных миндалин (68%). У детей 8-10 лет (8,54±0,56) в 12% случаев выявленагипертрофия небных миндалин. В период пубертатного периода 11-13 лет (средний возраст 8,54±0,56)гипертрофия аденоидов сочеталась с искривлением носовой перегородки (16%), ав возрасте 18- 47 лет (26,73±9,17)– с вазомоторным ринитом(25%).

Выводы. 1.Установлено, что различий гистологического строения аденоидов в различных возрастных группах не выявлено. 2. Наиболее частая сопутствующая патология у детей 3-5 лет – гипертрофия небных миндалин, 8-10 лет – гипертрофия небных миндалин, 11-13 лет – искривление носовой перегородки, у лиц 18 лет и старше – вазомоторный ринит.

Мазур Ю.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГАРМОНИЧНОСТИ СООТНОШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН ГИПЕРТОНИКОВ

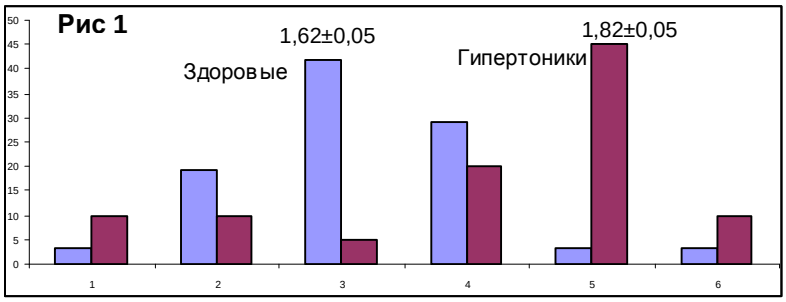
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Семенович А.А.
Кафедра нормальной физиологии

Наше исследование выполнено с целью разработки нового теста, пригодного для выявления ранних предвестников артериальной гипертонии. На данном этапе этой работы поставлена задача: выяснить имеются ли у людей с артериальной гипертонией гармонические соотношения между показателями артериального кровяного давления, соответствующие тем, которые обнаружены (Семенович А.А. и соавт.,2006, 2010) у здоровых людей.

Сведений же о соотношении этих показателей у больных артериальной гипертонией в доступной литературе мы не встретили.

Исследование выполнено с привлечением 60 испытуемых добровольцев, в возрасте 18-65 лет, среди которых была контрольная группа (31 практически здоровых женщин и 29 женщин с проявлениями артериальной гипертонии). Артериальное давление у испытуемых определялось по стандартным правилам с применением электронных измерителей “Omron” и ”Microlaif”.

Обнаружено, что в контрольной группе испытуемых величины Рс, Рд, Рп и Рсгд были соответственно 118±1,5; 72±0,9; 46±1,1 и 88±1,1 мм рт.ст. Средняя величина соотношения Рс/Рд составила 1,65 и не имела достоверных отличий от уровня золотого сечения - 1,62, а соотношение Рсгд/Рп равнялось 1,99±0,04 и не имело статистически значимых отличий (t=0,22) от целочисленной кратности – 2,00. Частоты встречаемости разных величин соотношения Рс/Рд у испытуемых контрольной группы соответствовали нормальному распределению с медианой соответствующей золотому сечению. У гирпертоников средняя величина Рс составила 150±3,6; диастолического 86±1,9 мм рт.ст., а среднее соотношение Рс/Рд было 1,75±0,35 достоверно (P<0,02) отличаясь как от уровня золотого сечения, так и от показателя нормотоников. Частоты встречаемости разных величин соотношения Рс/Рд у испытуемых контрольной группы соответствовали нормальному распределению с медианой (1,62±0,05) соответствующей золотому сечению (рис1), а у гипертоников медиана расположилась на уровне 1,82±0,05 т.е. занимала ассиметричное положение со сдвигом вправо.



Полученные данные свидетельствуют о том, что в условиях относительного физиологического покоя у практически здоровых женщин между показателями артериального кровяного давления имеются гармонические соотношения, а у гипертоников они нарушены. Эти данные показывают, что на пути дальнейшего изучения гармоничности соотношений показателей кровяного давления может быть получена информация, позволяющая выполнить разработку нового теста для выявления ранних нарушений регуляции кровяного давления.

Мазуркевич Д.А., Мрочко Л.А.

FOLK MEDICINE: FOR AND AGAINST

Научный руководитель ст. преп. Костюшкина О.М.
Кафедра иностранных языков

Since ancient times people have observed flora and fauna and have accumulated vast experience in the treatment of many diseases by natural means. In the modern world, many books and magazines are being published on the issue; there are TV shows on treatment with folk remedies. Our work is devoted to the study of the pros and cons of folk medicine, as well as its relevance in today's society.

The term folk medicine refers to the methods of healing practices and ideas of body physiology and health preservation, the treatment of various diseases, knowledge passed down from generation to generation for centuries. Some folk remedies have no alternative in conventional medicine.

Folk medicine is not only herbs, but also the various spells, and other health systems (yoga, spirituality, etc.). Folk medicine is still popular, and it is not capable of replacing conservative methods of treatment. Folk remedies, of course, are good for many diseases and doctors do not deny it. Some folk medicine remedies are advised to the patients alongside with synthetic drugs by many doctors. Folk practices include hirudotherapy, thalassotherapy, aromatherapy, lithotherapy, cryotherapy and other methods that have been successfully applied in the official medicine.

Many people are afraid to see a doctor, they practice self-medication. It is often but erroneously assumed that because the medicines are herbal or natural they are completely safe. But any herb or substance can be not only a medicine, but poison at the same time. You cannot always use the herbs. Indeed, some herbs with prolonged use can only harm the patient, cause allergies and other adverse effects. Therefore, even seemingly harmless folk medicines should be used under the supervision of a specialist.

Although over 100 countries have regulations on folk medicines there are still some risks associated with the use of them, especially when they are used without supervision. When taken without supervision there is a risk of overdosing resulting in mineral toxicity in the body. Many of these herbal medicines are available through online resources and do not require a prescription and run the risk of overdosing. There is also a possibility of the herbal medicines interfering with prescription medicines that patients may be taking under their doctor’s orders.

According to the inquiry held among first-year medical students, the most common practice is taking herbal medicines. Herbs were used as teas, syrups, pills or tablets, liquids or oils rubbed in. The most wide-spread ones were Echinacea, St. John’s wort, Ginkgo, Valerian, Chamomile, and Ginseng. Those asked stated that taking herbal medicines reduced their chance of getting a cold, cut

the length of their illness. St. John's wort worked as a natural antidepressant, and Valerian exerted a mild sleeping or relaxant effect. Supplying medicinal herbs includes two main ways: direct gathering from nature or cultivation. The participants reported that cultivated herbs were seen as effective and reliable phytotherapy remedies with good shelf-life which undergo careful product quality control mechanisms.

Мазуркевич Д.А., Журова А.В.

ПОДБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИММЕРСИОННОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БИОЛГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ С ВЫСОКИМ РАЗРЕШЕНИЕМ

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. И.Ф. Медведева
Кафедра медицинской и биологической физики

Цель работы: подобрать иммерсионную жидкость с наименьшими аберрациями.

Задачи и этапы:

1. изучение литературы по данной проблеме;
2. иммерсионные жидкости, используемые в настоящее время: типы, физико-химические характеристики, параметры эффективности, предпочтения при использовании, экономический фактор;
3. обоснование наиболее рационального варианта выбора иммерсионной жидкости.

Материалы и методы. На сегодняшний день в медицинской практике оптическая микроскопия применяется для большого количества исследований. Благодаря высококачественным оптическим приборам, которые совершенствуются на основе знаний об аберрациях и методах их устранения посредством применения иммерсионных жидкостей, можно проводить исследования на молекулярном уровне. Получение изображения с таким разрешением позволит решить сложные проблемы.

Главная задача оптической системы состоит в получении действительного изображения объекта с высоким разрешением, что возможно при соблюдении следующих условий: каждая точка плоскости изображается стигматически (стигматическим называется изображение, которое формируется элементарным пучком, имеющим общую точку пересечения лучей); все точки изображения лежат в плоскости, перпендикулярной к оси системы; увеличение имеет постоянное значение (коэффициент) для всего изображения.

Нарушение первого и второго условий получения действительного изображения объекта ведет к уменьшению резкости, второго и третьего – к деформированию изображения. В практической оптике эти условия не соблюдаются из-за необходимости использования для повышения освещенности и увеличения поля зрения широких пучков, что приводит к искажению изображения. Погрешностями изображений, которые привносят оптические системы, являются аберрации.

В данной работе разобраны физические основы аберраций (продольных сферической и хроматической, поперечной сферической) оптической системы, в качестве которой использовалась линза. С учетом одного из наиболее эффективных методов устранения таких погрешностей, каким является использование иммерсионной системы, обоснован выбор оптимальных иммерсионных жидкостей с учетом их физико-химических и оптических свойств.

Выводы: на основе изученной литературы по проблеме использования иммерсионных жидкостей и проведенных опытов с использованием в качестве иммерсионных жидкостей воды, глицерина, физиологического раствора, вазелинового и кедрового масел для снижения оптических аберраций, предложен рациональный способ выбора иммерсионной жидкости.

Мазуро Д.М.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Губкин С.В.
3-я кафедра внутренних болезней

Актуальность. Интерес к метаболическому синдрому в последние годы резко возрос со стороны различных специалистов. Согласно данным ВОЗ, избыточную массу тела и ожирение имеют более 30% жителей планеты и их количество прогрессивно увеличивается. Учитывая, что абдоминальный вариант ожирения является центральным звеном метаболического синдрома, стремительно увеличивается распространенность и этой патологии. Полученные в данной работе результаты показывают влияние метаболического синдрома на развитие нарушений ритма.

Цель: установить закономерность, частоту и характер нарушений ритма у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследовано 150 больных, из них 103 пациента с метаболическим синдромом и аритмией (1 группа; 75 женщин, 28 мужчин; возраст 66,7 ± 6,2 года) и 47 пациентов с метаболическим синдромом без аритмий (2 группа; 29 женщин,18 мужчин; возраст 65,5 ± 5,8 года). Критерии исключения: перманентная форма ФП, гемодинамически значимые пороки сердца, инфаркт миокарда с наличием зубца Q в анамнезе, аневризма сердца, тяжелая сопутствующая патология.

Выводы. Развитие аритмий у больных с метаболическим синдромом вероятно при длительном абдоминальном ожирении и АГ, повышенной активности метаболических факторов (выраженная инсулинорезистентность, гипертриглицеридемия, снижение уровня ХС ЛПВП и повышение ХС ЛПНП, альбуминурия, увеличение окружности талии).

Важным фактором в развитии аритмий у пациентов с метаболическим синдромом является ремоделирование сердца. Гипертрофические типы ремоделирования ЛЖ являются прогностически неблагоприятными в отношении желудочковых экстрасистол, а также наджелудочковых аритмий. При увеличении размера левого предсердия от 37 до 40мм риск развития наджелудочковых нарушений ритма увеличивается в 3,1 раза у пациентов с метаболическим синдромом.

Различные формы фибрилляций предсердий (персистирующая и пароксизмальная) преобладают у больных с МС – 47,57%.

На втором месте следуют экстрасистолы – 31,06%. При этом желудочковая ЭС встречается чаще, чем суправентрикулярная .

На третьем месте – блокада ЛНПГ (17,48%).

Таким образом, метаболический синдром является как благоприятным фоном для реализации факторов риска развития нарушений ритма, так и самостоятельным фактором, предрасполагающим к развитию разнообразных аритмий.

Мазурова С.И.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У БОЛЬНЫХ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ КРИТИЧЕСКОЙ ЧАСТОТЫ МЕРЦАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ HEPATONORM-АНАЛИЗАТОРА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Лукашик С.П.
Кафедра инфекционных болезней

Цель работы: совершенствование диагностического алгоритма печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени на основе применения Hepatonorm-анализатора.

Задачи исследования: 1. оценить эффективность психометрического теста связывания чисел (ТСЧ) в диагностике печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени; 2. оценить эффективность нейрофизиологического теста по измерению критической частоты мерцаний при помощи Hepatonorm-анализатора для определения печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени; 3. определить диагностическую значимость сравниваемых методов определения стадии печеночной энцефалопатии у пациентов с хроническими заболеваниями печени.

Материалы и методы. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты госпитализаций больных циррозом печени, что обусловлено тяжелыми осложнениями заболевания. Печеночная энцефалопатия у больных циррозом печени представляет собой одно из наиболее частых и тяжелых осложнений. Нарушения психической сферы определяют клиническую картину и тяжесть течения заболевания, ухудшают показатели качества жизни пациентов, наиболее часто являются первым проявлением хронического заболевания печени и причиной ранней инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста. Неврологические и психические нарушения при печеночной энцефалопатии в большинстве случаев потенциально обратимы, что подтверждает значимость исследований, направленных на раннее выявление изменений церебральной гемодинамики на фоне цирроза с выделением наиболее клинически значимой минимальной печеночной энцефалопатии.

По результатам комплекса клинико-лабораторных и инструментальных исследований делается заключение о наличии у пациента печеночной энцефалопатии, что требует дополнительной коррекции в лечении. Общими недостатками этих методов является поздняя диагностика энцефалопатии и неспецифичность лабораторно-инструментальных методов.

В последнее время ряд исследователей показали информативность измерения «критической частоты мерцаний» (КЧМ) в диагностике ЛПЭ с помощью аппарата Hepatonorm-анализатор. Было продемонстрировано, что КЧМ корелирует с уровнем аммиака крови и функциями печени, не зависит от возраста и уровня образования. Кроме того, было установлено, что КЧМ ассоциирована с быстрым развитием клинической ПЭ: около 2/3 пациентов с циррозом класса тяжести B и C развили клиническую ПЭ в течение первого года.

Таким образом, проблема своевременной диагностики печеночной энцефалопатии выдвигается на одно их ведущих мест современной гепатологии и определяется ее медико-социальную значимость. Неврологические и психические нарушения у больных циррозом печени ухудшают течение основного заболевания и показатели качества жизни пациентов, а также являются причиной ранней инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста. Оптимизация диагностического алгоритма печеночной энцефалопатии является актуальным направлением современной медицины.

Маилянц Д.Г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Научный руководитель канд. мед.наук, асс. Рубахова Н.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. Гиперплазия эндометрия на сегодняшний день является одной из распространенных гинекологических заболеваний среди женщин любого возраста, но частота ее встречаемости значительно возрастает к периоду перименопаузы. При наличии противопоказаний к гормональному и хирургическому лечению гиперпластических процессов эндометрия у женщин с соматической патологией, аблация эндометрия может быть альтернативным методом терапии.

Цель исследования: провести сравнительную оценку клинической эффективности лечения гиперплазии эндометрия методами лазерной и электрической аблации на основании клинико-инструментального анализа.

Методика проведения исследования. В зависимости от вида аблации эндометрия пациентки разделены на 2 группы, которые были сопоставимы по возрасту. Первая состояла из 22 пациенток, которым проводилась лазерная аблация, вторая включала 20 пациенток с проведенной электрической аблацией. Проанализированы отдаленные результаты различных методов лечения гиперпластических процессов эндометрия следующими методами исследования: клинико-анамнестические (характер нарушений менструального цикла, акушерско-гинекологический анамнез), лабораторные (уровень гемоглобина, количество лейкоцитов, глюкоза крови), инструментальные (ультразвуковое исследование матки до и после хирургического вмешательства).

Результаты исследования. По результатам УЗИ органов малого таза у 13(59%) женщин 1 группы выявлена полная облитерация полости матки с визуализацией линейного м-эха, у 9(40,9%) – равномерное снижение ширины м-эха менее 5 мм. Во 2 группе женщин в 55% отмечено однородное уменьшение м-эха, в 30% – частичная облитерация полости матки и лишь у 3(15%) женщин – полная облитерация полости матки с визуализацией линейного эхосигнала от срединной маточной структуры. В обеих группах отмечено достоверное повышение индексов резистентности в аркуатных и радиальных артериях миометрия, что, вероятно, является отражением фиброза в полости матки.

На основании полученных результатов обследования, оценки эффективности различных методов лечения установлено, что как при лазерной, так и при электрической аблации были получены удовлетворительные результаты лечения. У женщин в возрасте пременопаузального периода наблюдалась гипоменорея, постменопаузального периода – вторичная аменорея. Было установлено, что лазерная аблация эндометрия позволяла достичь более полного удаления эндометрия, снизить кровопотерю во время операции, уменьшить водную перегрузку, сократить продолжительность операции.

Кириленко О.С. Майорова У.В.

ОРГАНИЧЕСКИЕ КРАСИТЕЛИ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Глинник С.В.
Кафедра биоорганической химии

Красители являются антисептиками с относительно невысокой токсичностью для человека. Чувствительность различных микроорганизмов к красителям неодинакова.

Особенностью противомикробного действия красителей является известная избирательность их действия на определенные группы микробов, состоящая в том, что некоторые микроорганизмы оказываются особенно чувствительными к действию тех или иных красок, что и определяет их использование в фармации.

В рамках данной работы сделана попытка систематизировать отдельные данные литературы по химической природе таких красителей: бриллиантовый зеленый, риванол, трипафлавин и метиленовый синий, а также оценить их фармакологическую активность и механизм действия.

Цель и задачи работы: изучить назначение, фармакологические свойства и область применения органических красителей. Изучить лекарственные препараты, которые содержат органические красители.

Объект изучения. Органические красители в лекарственных средствах.

Методы. Анализ литературных источников; сравнительный; обобщение.

Выводы. Изучены и проанализированы литературные данные по наличию органических красителей в лекарственных препаратах, а также их химический состав, фармакологическая активность.

Установлено, что трипафлавин отличается большой силой противомикробного действия, угнетающе влияет на возбудителя дифтерии и кокковую флору (стрептококки, стафилококки, менингококки, гонококки). Применяется так же как химиотерапевтическое средство, при пироплазмозах животных (вводится внутривенно).

Метиленовая синь в медицине используется в качестве антисептика, антидот при отравлении цианидами, угарным газом и сероводородом. Имеются сообщения о высокой эффективности этого соединения при лечении болезни Альцгеймера.

Этакридина лактат находит широкое применение как антисептическое средство в различных областях медицины (в хирургии, гинекологии, урологии, отоларингологии, дерматологии и др.).

Бриллиантовый зеленый является высокоактивным и быстродействующим антисептиком (активен в отношении грамположительных бактерий), также оказывает фунгицидное действие в отношении некоторых патогенных грибов.

Майорова У.В.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ЭХИНАЦЕЯ ПУРПУРНАЯ И ЛИМОННИК КИТАЙСКИЙ

Научный руководитель канд. фарм. наук, доц. Мушкина О.В.
Кафедра организации фармации

На фоне сложившейся неблагоприятной экологической обстановки значительно возросло количество заболеваний, основным патогеническим звеном которых являются нарушения со стороны иммунной системы организма. В этой связи в настоящее время ведутся активные исследования в плане поиска новых иммуностимулирующих лекарственных средств (ЛС). Однако большинство этих лекарственных средств являются индивидуальными химическими веществами, которые нередко грубо вмешиваются в деятельность иммунной системы и вызывают целый ряд побочных эффектов. Поэтому не случайно, что в поле зрения ученых все чаще стали попадать лекарственные растения, перспективные в качестве источника получения мягких иммуномодулирующих средств.

Цель и задачи работы: изучение литературных данных о растениях рода Эхинацея и Лимонник, их биологически активных веществах, определяющих фармакологическую активность, ареалах распространения и методах стандартизации. Изучение ассортимента препаратов на мировом рынке, в состав которых входят растения рода Эхинацея и Лимонник. Выявление возможности новых путей использования в научной медицине.

Объекты изучения. растения рода Эхинацея (Echinacea purpurea, E. pallida, E. angustifolia)

Лимонник китайский (Schisandra chinensis), Ассортиментный перечень ЛС на основе Эхинацеи пурпурной и Лимонника китайского.

Методы. Патентно-информационный поиск по данной теме. Сравнительный. Обобщение.

Результаты. Проведен патентно-информационный поиск литературных данных по химическому составу, методам контроля качества, ботанической характеристике, ареалу распространения и фармакологической активности, определяющей пути использования растений рода Эхинацея и Лимонник. Установлено, что Эхинацея и Лимонник не являются типичными представителями флоры Республики Беларусь, имеют богатый химический состав, обусловливающий их фармакологическую активность и широкое применение в медицине. Наличие разнообразных лекарственных средств на основе Эхинацеи и Лимонника, выпускаемых производителями стран ближнего и дальнего зарубежья, в том числе в ассортименте

фармацевтических предприятий Республики Беларусь, определяет перспективность их дальнейшего изучения с целью создания новых лекарственных средств.

Майорова У.В.

СОВМЕСТИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мараховская С.В.
Кафедра общей гигиены

Оптимизация фармакотерапии достигается не только за счет внедрения в медицинскую практику новых высокоэффективных лекарственных препаратов, но и путем рационального использования существующих. Одним из факторов повышения эффективности фармакотерапии при пероральном применении лекарственных средств (ЛС) является рациональное сочетание их с пищевыми продуктами.

Большинство лекарственных средств назначают внутрь, и при поступлении их в пищеварительный тракт могут произойти самые разнообразные взаимодействия как между собой, так и с пищеварительными соками и ингредиентами пищи, что может изменить всасывание препаратов, ослабить или усилить фармакологический эффект. Прием ЛС вместе с пищей может отразиться на фармакокинетике и фармакодинамике препарата. В некоторых случаях одновременный прием ЛС с пищевыми продуктами является благоприятным, но чаще снижается или даже теряется его фармакологическая активность вследствие прямого или опосредованного взаимодействия с содержимым желудка и кишечника. Правильное сочетание лекарств и пищи с учетом коррекции времени их приема позволяет не только повысить эффективность ЛС и уменьшить их дозы, но и избежать нежелательных побочных явлений.

Цель и задачи работы: изучение литературных данных, содержащие информацию о правильной совместимости ЛС с продуктами питания.

Объект изучения. Совместимость ЛС с продуктами питания.

Методы. Анализ литературных источников; Сравнительный; Обобщение.

Выводы. Изучены и проанализированы литературные данные, содержащие информацию о правильной совместимости ЛС с продуктами питания. Выяснено, что некоторые продукты питания способны не только уменьшить или усилить воздействие определенного лекарства на организм, но и совершенно изменить его, нанося непоправимый вред здоровью человека. Установлены принципы правильного применения ЛС в зависимости от приема пищи. Рассмотрены основные шесть групп продуктов, которые обладают способностью существенно изменять действие ЛС: алкоголь, молоко и молочные продукты, грейпфрут, соки, продукты, содержащие цитраты, кофе и чай. Отмечено правильное применение некоторых групп ЛС с продуктами питания.

Майсюк А.И., Осипчик Д.С.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕНТГЕНОЛОГИИ В ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель асс. Губарь Л.М.
Гродненский государственный медицинский университет

Открытие Рентгеном Х-лучей в 1895г. и его первый снимок кисти определили блестящую судьбу рентгеновских лучей в военной медицине по сей день.

Цель: изучить исторические аспекты применения рентгенологических методов диагностики в военных условиях.

Методы. Анализ научно-методической литературы по истории развития рентгенологии.

Результаты. Использование в медицинских целях рентген-излучения началось в 1896 г. с распознавания инородных металлических тел, переломов костей. В дальнейшем разработана

рентгенодиагностика заболеваний сердца, легких и др. Лучевой диагностикой увлекались многие видные ученые-врачи: Н.В. Склифосовский, В.Н. Тонков, П.Н. Дьяконов, Н.В. Вихрев, Н.Г. Егоров. Изобретатель радио А.С. Попов в 1896 г. изготовил I в России рентгеновский аппарат и выполнил ряд исследований. В Русско-японскую войну 1904-1905 гг. на местах военных действий при лазаретах и госпиталях были уже развернуты рентген-кабинеты. При Цусиме в 1905г. В.С. Кравченко произвел блестяще рентген-исследования 40 раненым и обнаружил осколки, переломы там, где их вовсе не ожидали.

Во время I Мировой войны особую ценность составляли работы по локализации инородных тел огнестрельного происхождения с учетом симптомов и с использованием инструментария (А. Желтов, Л.И. Кордыш, П.П. Лазарев, Н.А. Петров, Ю.П. Тесленко, П.Я. Харченко, Э.Ф. Бердяев и др.). А. Тиле, Я.Г. Либерзон описали рентген-признаки ранений, нанесенных разрывными пулями. В 1915 г. А.В. Айзенштейн и В.М. Минц коснулись рентгенологической локализации инородных тел легких, диафрагмы и перикарда, Н.М. Крон - развития оссифицирующего миозита после ранения. 19.12.1916 г. состоялся I съезд рентгенологов России, на нем рассмотрены проблемы военной рентгеновской науки и практики, запрещено врачам других специальностей производить R-исследования.

В период ВОВ на I план выдвинулись проблемы рентгенодиагностики огнестрельных ранений, их осложнений и особенности организации рентгеновской помощи на этапах эвакуации (Г.А. Зедгенидзе, Д.С. Линденбратен, М.И. Неменов). Первоочередное внимание привлекла рентгенодиагностика огнестрельных ранений черепа и позвоночника (В.С. Майкова-Строганова и Н.С. Косинская). Вопросы рентгенодиагностики инородных тел сердца и перикарда впервые изучены М.А. Иваницкой. Рентгендиагностика огнестрельных повреждений живота блестяще отражена в «Очерках военной рентгенологии» С.А.Рейнберга (1942). Во фронтовых госпиталях прибегали к рентгеноконтрастным исследованиям. Были описаны рентгенсимптомы раневых свищей легких, плевры и диафрагмы. И.И. Ефимов в 1942 г. продемонстрировал серию фистулограмм при ранениях мочевых органов.

Наибольшее число публикаций военных лет посвящено рентгенодиагностике огнестрельных ранений конечностей (особенно остеомиелита), что не случайно, т.к. повреждения конечностей составляли 76,7% от общего количества раненых (В.П. Задворнова, Е.И. Захаров, А.А. Никитин, Д.Г. Рохлин, А.Е. Рубашева, Л.В. Фунштейн и др.).

Послевоенные годы ознаменовались эрой комплексных лучевых технологий. В медицине начали внедрять радионуклидные исследования, УЗИ, РКТ и МРТ. Наступил новый период в развитии отечественной медицинской радиологии.

Выводы. Рентгеновская наука находится на подъеме и лучи, открытые В. Рентгеном более 100 лет назад, приносят пользу в медицине, прежде всего благодаря вкладу ученых-медиков за всю историю их применения.

Макаренко С. В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ДЛЯ АНАЛИЗА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ДОПИНГ-КОНТРОЛЯ

Научный руководитель канд. хим. наук, ст. преп. Беляцкий В.Н.
Кафедра биоорганической химии

В настоящее время вопросы контроля качества и стандартизации лекарственных средств приобрели свою актуальность в связи с общим увеличением числа зарегистрированных лекарственных средств, поступающих, как правило, от разных производителей, имеющих разные торговые марки. Одним из новейших методов анализа лекарственных средств является хромато-масс-спектрометрия, которая позволяет разделять компоненты смеси и проводить их идентификацию. Сочетание газовой хроматографии с масс-спектрометрией дает метод, с

помощью которого все компоненты сложной смеси позволяет сначала разделить, а затем и определить их, даже если содержание вещества в пробе составляет 10^{-12}г. Хромато-масс-спектрометрия является гибридным методом анализа (позволяет не только разделить смесь на отдельные составляющие, но и идентифицировать их), что характеризует его как перспективный, удобный способ анализа фармацевтических препаратов, а также допинг-контроля.

Цели и задачи работы: изучение литературных данных по методу хромато-масс-спектрометрии, оценка возможности и целесообразности его использования для анализа фармацевтических препаратов, а также допинг-контроля.

Методы. Хромато-масс-спектрометрия; анализ литературный данных, систематизация и обобщение материала по интересующим объектам.

Результаты. Осуществлён литературный поиск по теоретическим основам и экспериментальным возможностям методов газовой и жидкостной хромато-масс-спектрометрии и проведён их сравнительный анализ. Изучены возможности идентифицирования сложных органических соединений методами газовой и жидкостной хромато-масс-спектрометрии. С использованием баз данных интернет-ресурсов показана возможность применения хромато-масс-спектрометрии в анализе фармацевтических препаратов (витамина D_3, кортикостероидов), допинг-контроля (амфетамина, анаболических стероидов, станозолола, эритропоэтина). Приведены хроматограммы и масс-спектры тетрагидрогестиринона, гестринона.

Макаренко С. В.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ЗОЛОТОТЫСЯЧНИК ЗОНТИЧНЫЙ И ВАХТА ТРЁХЛИСТНАЯ

Научный руководитель канд. фарм. наук, доц. Мушкина О.В.
Кафедра организации фармации

Лекарственные растения и получаемые из них фитопрепараты издавна используются для лечения, а также с целью профилактики практически всех заболеваний человека. Наряду с поиском новых лекарственных растений весьма актуальным и перспективным является дальнейшее химическое и фармакологическое изучение тех лекарственных растений, которые давно применяются в официнальной медицине и не утратили своего значения в настоящее время. Большое внимание уделяется изучению биологически активных веществ (БАВ) в растениях, которые определяют новые виды фармакологической активности давно известных лекарственных растений и новые пути их использования в научной медицине. С этой целью проводится большой комплекс фитохимических научных исследований с использованием современных методов анализа, позволяющих идентифицировать, стандартизировать и выделять неизученные БАВ.

В данной работе будут подробно рассмотрены ареал распространения, химический состав, а именно биологически активные вещества, обуславливающие фармакологическую активность, а также области применения в научной медицине растений рода Золототысячник и Вахта.

Цели и задачи работы: изучение литературных данных по биологически активным веществам, которые определяют новые виды фармакологической активности и новые пути использования в научной медицине растений рода Золототысячник и Вахта. Изучение ассортимента препаратов на мировом рынке, в состав которых входят растения рода Золототысячник и Вахта.

Методы. Патентно-информационный поиск по данной теме; сравнение и анализ.

Результаты. Изучены и проанализированы литературные данные по ботаническому описанию, ареалу распространения, химическому составу, фармакологической активности, областям применения в научной и народной медицине растений рода Золототысячник и Вахта,

а также перечень препаратов на их основе. Установлено, что Золототысячник и Вахта широко распространённые лекарственные растения флоры РБ, имеют разнообразный химический состав, определяющий разнообразную фармакологическую активность и широкое применение в научной медицине. Наличие разнообразных ЛС, на основе золототысячника и Вахты, выпускаемых производителями стран ближнего и дальнего зарубежья и отсутствие таких ЛС в ассортименте фармацевтических предприятий РБ определяет перспективность создания новых ЛС с использованием Золототысячника и Вахты. Отсутствие в настоящее время доступных методов количественной оценки иридоидных гликозидов говорит об актуальности разработки методик стандартизации травы золототысячника.

Макеева Н.В.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАРИОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Модринская Ю.В.
1-ая кафедра терапевтической стоматологии

Методы диагностики и лечения кариозной болезни постоянно совершенствуются. Международная классификация и система контроля кариозной болезни (ICCMS™ – International Caries Classification and Management System™) была разработана в 2010-2012 гг. на основе международной системы диагностики и оценки кариеса ICDAS.

Международная система диагностики и оценки кариеса (ICDAS - International Caries Detection and Assessment System) – новый принцип диагностики кариозной болезни, базирующийся на научно обоснованных данных, полученных в ходе систематического обзора литературы по клиническим системам выявления кариеса (Ismail, 2004; Chesters et al., 2002; Ekstrand et al., 1997; Fyffe et al., 2002; Ekstrand et al., 2001; Ekstrand et al., 2005; Ricketts et al., 2002; B. Nyvad 1999)

Индекс ICDAS представляет собой бинарный код, первая цифра в котором обозначает наличие силанта, реставрации или коронки, а вторая – степень развития кариозного процесса.

Преимуществами системы ICDAS являются: возможность ранней диагностики кариеса, точность отображение клинической ситуации, возможность диагностики кариеса цемента корня. Однако, можно выделить и ряд недостатков: необходимость создания специальных условий для осмотра (очищение зубов от зубного налета, хорошее освещение, возможность использования аэратора для высушивания поверхностей зубов, наличие пуговчатого зонда), необходимость прохождения предварительного обучения и калибровки.

Для предварительного обучения, организационный комитет ICDAS специально разработал электронную обучающую интернет-программу, которая размещена на официальном сайте icdas.org и включает в себя несколько последовательных глав теории, а так же раздел проверки полученных знаний путем оценивания клинических ситуаций по фотографиям.

Целью нашего исследования было изучение возможностей данной электронной программы для обучения студентов 3 и 5 курсов стоматологического факультета международной классификации кариозной болезни, а также дальнейшее применение ее в клинической практике. Для этого группе студентов-добровольцев было предложено пройти предусмотренный обучающей компьютерной программой тест, который заключался в оценке кариозных поражений ряда клинических ситуаций. Затем следовало 90-минутное обучение online, а после повторялась тестовая проверка. Результаты тестирования до и после обучения сравнивались и статистически обрабатывались. В клинической практике при работе со стоматологическими пациентами применяли международную классификацию кариозной болезни и проводили

оценку риска возникновения новых кариозных поражений с помощью интерактивной компьютерной программы «Кариограмма».

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы: 1. обучающая компьютерная программа значительно улучшает навыки студентов в диагностике кариозной болезни; 2. использование международной системы ICCMS™ и программы «Кариограмма» в клинической практике обеспечивает современный подход к диагностике, профилактике и планированию лечения кариозной болезни.

Макейчик Е.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ ПЛОДА

Научный руководитель асс. ТерешкоЕ.В.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования: изучить медико-социальные и клинические факторы риска макросомии плода, определить ведущие из них для предупреждения развития осложнений у беременных и плода.

Методика проведения. Проведено анкетирование и ретроспективный анализ историй родов пациенток, родоразрешенных в УЗ «1 ГКБ» г. Минска в 2012г. Исследуемую группу составили 30 женщин, дети которых при рождении имели массу тела более 4000 г. Контрольную группу – 30 женщин, родивших детей с массой тела менее 4000 г. Анализировались антропометрические показатели, акушерско-гинекологический анамнез и социальные факторы, соматический статус, экстрагенитальные заболевания и гестационные осложнения. Обработка данных осуществлялась с использованием программы StatSoft Statistica v6.0.

Результаты исследования. 1.Основными факторами риска макросомии плода являются: возраст матери более 28,7 лет, избыток массы тела (индекс массы тела более 28,26 кг/м²), пониженная физическая активность, повторные роды, крупный плод в анамнезе, наследственная предрасположенность, заболевания сердечно-сосудистой системы, питание в течение беременности продуктами с повышенным содержанием углеводов и жиров. 2. Наиболее частыми осложнениями беременности крупным плодом являются анемия легкой и средней степени тяжести, гестоз и угроза невынашивания. 3.Роды через естественные родовые пути у пациенток исследуемой группы чаще, чем у рожениц контрольной группы осложнялись аномалиями родовой деятельности и угрозой разрыва промежности. Частота родоразрешений путем операции кесарево сечение при макросомии плода составила 23,4%. 4.Вследствие осложненных родов у детей с массой тела более 4000 г чаще, чем у новорожденных контрольной группы встречались кефалогематомы теменной и теменно-затылочной области (23% и 10 % соответственно), переломы ключицы (3% - 0%).

Максимович Е.Н., Сикор Д.В.

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Максимович Н.Е.
Кафедра патологической физиологии имени Д.А. Маслакова
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последнее острое значение приобрела проблема курения, которое распространено не только у юношей, но и у девушек, что обусловлено желанием молодых людей быть современными. Однако известно, что курение приводит к раннему возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваниям со стороны органов дыхания, в

том числе онкологического характера, органов пищеварения, печени, иммуннодефицитных состояний и др.

Цель исследования: оценка вентиляции лёгких у курящих и некурящих студентов обоего пола.

Методы исследования. Исследование вентиляционной функции проведено у 82 студентов в возрасте 19-20 лет с нормальной массой тела, в том числе у 34 юношей (27– некурящих и 7– курящих со стажем курения от 1 до 5 лет), а также 48 девушек (40 – некурящих и 8 – курящих со стажем 1-2 года) спирометрическим и пневмотахометрическим методами по показателям статических и динамических показателей вентиляции лёгких на автоматизированном многофункциональном спирометре «МАС-1».

Результаты. При проведении исследований выявлено, что у студентов мужского пола отмечалось снижение статических показателей вентиляционной функции лёгких (дыхательный объём (ДО) на 36%, резервный объем вдоха ($РО_{вд}$) на 14%, резервный объем выдоха ($РО_{выд}$) на 33%, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) на 12%) и динамических объёмов и потоков, регистрируемых при форсированных манёврах пневмотахографическим методом путём регистрации кривой «поток-объём» (форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) на 3%, минутный объем дыхания (МОД) на 15%, форсированной объёмной скорости при выдохе 25%, 50% от ФЖЕЛ на 19% и 12%, соответственно).

Данные показатели свидетельствуют о наличии изменений как обструктивного характера (уменьшение $РО_{выд.}$ и показателей, характеризующих максимальную объёмную скорость на уровне выдоха), так и рестриктивного характера (снижение ЖЕЛ). Снижение МВЛ и ЖЕЛ свидетельствует о развитии скрытой стадии недостаточности функции внешнего дыхания у курящих юношей.

У девушек характер обнаруживаемых изменений изучаемых показателей был менее выражен, различие изучаемых показателей не носили достоверного характера, за исключением снижения МВЛ на 20% и показателей объёмных скоростей на уровне выдоха 25% и 50% на 24% и 18%, соответственно. Данные изменения могут быть связаны с нервно-мышечной слабостью, развивающейся у девушек при курении и наличием нарушений со стороны вентиляционной функции легких обструктивного характера.

Выводы. У курящих студентов-медиков выявлены изменения некоторых показателей со стороны функции легочной вентиляции обструктивного и рестриктивного характера, свидетельствующие о развитии начальной стадии дыхательной недостаточности. Причина менее выраженных отклонений у курящих девушек может быть обусловлена меньшей продолжительностью стажа курения, а также меньшим количеством выкуриваемых сигарет.

Малашко А.В.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БЦЖ-ОСТИТОВ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кривошеева Ж.И.
Кафедра фтизиопульмонологии

Введение. БЦЖ-остит – специфическое воспаление костной ткани, развивающееся как осложнение противотуберкулезной иммунизации с использованием вакцины, приготовленной из штамма Mycobacterium bovis BCG. По классификации, предложенной Международным союзом по борьбе с туберкулезом ВОЗ в 1984 г., остит относится к неблагоприятным последствиям прививки БЦЖ 2 категории.

Актуальность. Осложнения при вакцинации БЦЖ известны давно, сопровождают ее с начала массового применения вакцины и составляют около 90% от всех осложнений вакцинации детей.

Тяжелое течения БЦЖ-оститов, требующих часто оперативного вмешательства, а также трудности выявления возбудителя заболевания определяют актуальность проблемы диагностики этого осложнения вакцинации БЦЖ.

Цель исследования: изучить современные методы диагностики и их принципы, а также особенности течения БЦЖ-оститов у детей.

Задачи: 1. оценить клинические и лабораторные проявления БЦЖ-оститов у детей; 2. оценить эффективность новых лабораторных методов диагностики: Диаскинтеста и

«Хайн-теста»; 3. определить тактику ведения пациентов с БЦЖ-оститами.

Материалы и методы. Ретроспективное клиническое исследование, проведенное на основании анализа медицинской документации – медицинских карт 28 стационарных больных в возрасте от 1,5 до 3 лет, находившихся на лечении в РНПЦ ПФ с клинической картиной БЦЖ-остита за период времени с 2010 по 2012 гг.

Результаты исследования. Клинические проявления БЦЖ-оститов у детей характеризовались малосимптомным и постепенным началом. При развитии заболевания у большинства пациентов отмечались умеренно выраженные симптомы интоксикации, местные проявления и на рентгенограмме – очаги костной деструкции,

Выводы. При выявлении у детей раннего возраста остеомиелита, имеющего подострое начало и/или хроническое течение и при отсутствии успеха от традиционного лечения, следует подозревать туберкулезную этиологию заболевания. Медленное развитие БЦЖ-остита обуславливает позднее обращение родителей за медицинской помощью. От вакцинации до клинических проявлений проходит длительный период времени: от нескольких месяцев до 1 года. Хайн-тест позволяет выделить и идентифицировать Mycobacterium bovis BCG на раннем этапе заболевания. Диаскинтест позволяет дифференцировать туберкулез от БЦЖ осложнений при отсутствии культуры возбудителя.

Малевич А.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Панкратов В.Г.
Кафедра кожных и венерических болезней

В годы подъема заболеваемости сифилисом вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек доминирует над другими клиническими формами сифилиса, а в годы снижения волны заболеваемости занимает второе место после раннего скрытого сифилиса.

Цель: изучить клинические проявления современного вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек, и клиническую эффективность применявшихся схем лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 236 больных вторичным сифилисом, получавших лечение в 2005- 2008 годах и снятых с учета. Среди них было 98 мужчин и 138 женщин в возрасте от 18 до 54 лет. Больные получали лечение по следующим схемам : ретарпен – 24 больных, пенициллин 1 * 4 (28 дней) – 37 больных, пенициллин 1 * 6 (28 дней) – 28 больных, новокаиновая соль пенициллина – 29 больных , бициллин -5 1,5 миллиона ЕД 2 раза в неделю 6 недель – 57 больных, бициллин -5 1,5 миллиона ЕД 3 раза в неделю 5 недель – 49 больных, ПСАМ – 27 больных.

Результаты. Среди клинических проявлений вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек преобладали : наличие твердого шанкра – у 40,7 % ,розеолезная сыпь – 58,6 % , папулезный сифилид – 56,7%, розеолезно-папулезная сыпь – 24,2% ,поражение слизистой оболочки – 58,5% , пустулезный сифилид – 2,4% , лейкодерма сифилитическая – 0,8 %

В течение первого года после лечения негативация МРП (КСР) зарегистрирована у 149 больных (63,1%), замедленная негативация МРП (КСР) отмечена у 70 больных (29,7%), серорезистентность у 21 больного. Спустя 24 месяца негативация КСР отмечена у 202 больных (85,6%). Спустя 36 месяцев – у 224 (94,9%). 10 больных сняты с учета с положительной МРП (2+ и 3+). Им назначается дополнительное лечение и 5 – 7 лет клинического и серологического наблюдения.

Малевич М.В.

LA MUCOVISCIDOSE

Научный руководитель канд. психолог. наук, доц. Корнева З.Ф.
Кафедра иностранных языков

Le but de ce travail a été d'étudier de plus près une maladie telle que la mucoviscidose. Peu de gens sont informés correctement sur les causes et les conséquences de cette maladie, qui mérite d'etre mieux connue. Il est important de sensibiliser la population pour mieux prévenir et traiter les malades. Pour cela, ont été utilisées certaines sources provenant du réseau Internet, des ouvrages médicaux, des résultats de recherches cliniques.

La mucoviscidose ou fibrose kystique du pancréas est une des maladies génétiques les plus fréquentes (1/2500 naissances environ) avec des variations selon les régions. Elle résulte d'une anomalie du transport trans-épithélial du chlore et de l'eau. Cette maladie héréditaire atteint différents organes, dont les voies respiratoires, le tube digestif et les glandes responsables de la production de sueur. Elle se déclare aussi bien à la naissance que pendant l'enfance, voire l'âge adulte dans les formes les moins sévères. La mucoviscidose est due au dysfonctionnement d'un gène situé sur le chromosome 7. Or ce gène code pour une protéine responsable du bon transfert de l'ion chlore au sein des membranes cellulaires de l'organisme, la protéine CFTR. Ainsi lorsque ce transfert est altéré, les sécrétions (mucus) deviennent de plus en plus importantes et s'accumulent dans les voies respiratoires, dans le tube digestif, dans les glandes responsables de la transpiration, ainsi que dans les voies génitales.

Depuis 2002, le dépistage néo-natal de la maladie obligatoire permet de déceler la mucoviscidose dès la naissance pour une meilleure prise en charge de la maladie. Il est réalisé sur quelques gouttes de sang séché, prélevé au troisième jour de vie. Le diagnostic est ensuite confirmé par un dernier test dit «test de la sueur ». En dehors du dépistage néo-natal systématique, certains signes cliniques peuvent orienter le diagnostic : prise de poids insuffisante malgré un appétit vorace, une mauvaise digestion, des douleurs abdominales et des selles abondantes, une toux sèche, répétitive et épuisante, une sueur particulièrement salée. Un diagnostic prénatal est proposé uniquement en cas de risque élevé d'avoir un enfant malade (parents porteurs d'un gène muté ou cas de mucoviscidose dans la famille) et/ou si des signes évocateurs de la maladie sont décelés à l'échographie.Le diagnostic d'un cas de mucoviscidose dans une famille peut mener à la recherche d'une mutation du gène CFTR chez d'autres membres de la famille. Une consultation dans un centre de génétique médicale permettra une évaluation du risque.

Il n'est pas possible de prévenir l'apparition de la mucoviscidose. En revanche, lors du diagnostic après dépistage néonatal, des actions préventives sont entreprises qui permettent de ralentir l'évolution de la maladie. Par ailleurs, il est possible pour un couple à risque d'éviter, s'il le souhaite, de donner naissance à d'autres enfants atteints en ayant recours au diagnostic prénatal. A ce jour, il n'existe aucun traitement curatif, il existe néanmoins des traitements symptomatiques, assez lourds et contraignants.La recherche sur la mucoviscidose est très active en France et dans le monde. Les principales pistes concernent l'amélioration des traitements symptomatiques, la recherche de molécules capables d'améliorer le fonctionnement de la protéine CFTR défectueuse et la thérapie génique, consistant à introduire dans les cellules malades des gènes CFTR fonctionnant correctement. Ces techniques sont faisables mais elles ne sont pas encore efficaces en pratique.

Les progrès de la prise en charge de la mucoviscidose ont permis d'améliorer la qualité et l'espérance de vie des patients ; ainsi en France, l'espérance de vie à la naissance est passée de 7 ans en 1965 à 47 ans en 2005.

Малец Н.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Научный руководитель канд. мед. наук Нехайчик Т.А.
Кафедра военно-полевой терапии

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) встречается у третьей части населения и может иметь непосредственное отношение к механическим свойствам миокарда, активности репаративного фиброза и другим факторам патогенеза коронарной патологии («мышечные мостики», анатомические аномалии сосудов коронарного русла, диспластикозависимые нарушения микроциркуляции). Установлено, что инфаркт миокарда (ИМ) у лиц с ДСТ чаще осложняется формированием постинфарктных аневризм, отличается более низкими показателями сократительной способности миокарда, более выраженной диастолической дисфункцией, затяжным периодом реабилитации. Вместе с тем, оценка ДСТ как фактора риска или фонового состояния, отягощающего течение ИБС, в настоящее время не имеет широкого распространения среди практикующих врачей.

Цель: изучить проявления ДСТ в сопоставлении с структурно-функциональными характеристиками сердечно-сосудистой системы у лиц с ИБС.

Материалы и методы. По данным компьютерной базы исследований ГУ «432 ВКМЦ» выполнена выборка историй болезни пациентов с ИБС в возрасте до 65 лет с данными коронароангиографии (КАГ) и эхокардиографии (ЭХО-КГ). Отобраны 82 истории болезни, из которых на текущем этапе проанализированы 34. Целенаправленно изучали сопутствующие проявления со стороны органов и систем, которые могли быть обусловлены соединительнотканной дисплазией.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 52,86±6,73 года (39 - 62 года). Нозологически патология была представлена ОИМ 22,05% (7) и стенокардией напряжения ФК I–III (ФК III - 42,11% (11)). Оценены традиционные факторы риска, наиболее значимыми из которых оказались: артериальная гипертензия I-III ст. - 60,9% (21), ожирение I-III ст. - 46,58% (15), курение - 47,83% (16). МАС выявлены у 18 из 34 пациентов (52,17%). Наиболее часто визуализировали аномально расположенные хорды (20,83%), дефект межпредсердной перегородки (12,5%), реже - гиперподвижность МПП, расширение аорты на уровне синусов Вальсальвы, пролапс митрального клапана (по 8,7%). Погранично узкий (18-19 мм) и погранично широкий (40-41) корень аорты в общей группе наблюдали в одинаковом количестве случаев, что в сумме составило 34,4% (12). Отмечено увеличение диастолической толщины межжелудочковой перегородки (1,21±0,17 см), конечного систолического объема ЛЖ (56,38±24,7 см). При оценке диастолической функции ЛЖ по данным трансмитрального кровотока, у пациентов с МАС определено преобладание рестриктивного (у 10 из 18) и псевдонормального (у 5 из 18) типов нарушения, что не является патогномоничным для изолированного ИМ. Результаты КАГ соответствовали среднестатистическим данным: наиболее часто стенозирующий процесс выявляли в передней межжелудочковой ветви - 56,52% (19) и правой коронарной артерии - 43,48% (14). Частое (47,83% (16), но не стенозирующее поражение было отмечено для огибающей ветви. В 68,42% случаев признаки ДСТ (МАС и внесердечные проявления) были ассоциированы с мультифокальным поражением, обширными зонами гипокинеза. У пятерых пациентов отмечены аномалии отхождения коронарных артерий и их истончение в дистальных отделах.

Проявления ДСТ распространены у пациентов с ИБС и должны учитываться в качестве фактора риска либо фонового процесса, отягощающего течение коронарной патологии.

Малькевич А.В.

ОБЩАЯ КРИОТЕРАПИЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Каленчиц Т.И.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Клинические проявления **псориатического артрита (ПА)** влияют не только на функциональные возможности суставов, но и на психику больных.

Цель: изучить влияние общей криотерапии (ОКТ) на психоэмоциональное состояние у больных с ПА.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 15 больных ПА.

Больным основной группы на фоне традиционного медикаментозного лечения назначалась ОКТ. Больные контрольной группы получали только медикаментозную терапию.

До и после курса лечения оценивались уровень депрессии и личностной невротизации больных ПА. С целью изучения влияния общей криотерапии на уровень депрессии и личностной невротизации использовали метод анкетирования по опросникам В.В. Бойко (диагностика уровня личностной невротизации) и Т.И. Балашовой (определение депрессии).

Опросник В.В. Бойко (диагностика уровня личностной невротизации) состоит из 40 вопросов, на которые необходимо давать однозначные ответы в форме «да» или «нет». Обработка результатов осуществлялась путем подсчета числа положительных ответов. Чем больше полученный результат, тем выше уровень невротизации. Интерпретация уровней: 40 баллов – 100% - коэффициент = 1; 16 баллов - коэффициент = 0,4 – низкий уровень; 28 баллов - коэффициент = 0,7 – высокий уровень. Опросник Т. И. Балашова (диагностика уровня депрессии) состоит из 20 вопросов.

Результаты и их обсуждение. У больных псориатическим артритом отмечался высокий уровень личностной невротизации, диагностировалась легкая депрессия ситуативного характера (у 87% больных), истинное депрессивное состояние (у 13%).

После проведенного курса общей криотерапии отмечается снижение уровня невротизации ($p<0,05$) и истинной депрессии, в то время как в контрольной группе значительных изменений не выявлено.

При проведении ОКТ не наблюдалось неблагоприятных побочных явлений, пациенты отмечали улучшение сна, физической активности и подъем психоэмоционального состояния.

Выводы. Общая криотерапия уменьшает уровень личностной невротизации, способствует снижению уровня депрессии, стабилизирует состояние нервной системы (нормализация сна, повышение работоспособности, эмоциональная стабильность, исчезновение слабости и недомогания), приводит к подъему психоэмоционального состояния у больных, поэтому данную процедуру необходимо рекомендовать использовать в комплексном лечении больных псориатическим артритом.

Малько М.Ю.

GALVANOTHERAPIE IN DER BEHANDLUNG VON KREBSTUMOREN

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Молош Н.К.
Кафедра иностранных языков

Das Thema unserer wissenschaftlichen Arbeit ist „Galvanotherapie in der Behandlung von Krebstumoren“.

Das Problem ist zur Zeit besonders aktuell, weil die Sterblichkeit infolge der onkologischen Krankheiten den zweiten Platz nach der Sterblichkeit infolge der Herz- und Kreislaufkrankheiten einnimmt.

Jedes Jahr werden mehr als 6 Mio. Neuerkrankung registriert. Nach Angaben der WHO kamen wegen des Krebses im Jahre 2005 über 7,6 Mio. Menschen ums Leben, was fast 13 % aller Todesfälle ausmacht. In unserem Land leidet jeder 40-ste Mensch an einem Tumor. In den letzten zehn Jahren stieg die Erkrankungshäufigkeit in Belarus um 35%.

Es gibt heute eine große Menge der überlieferten Behandlungsverfahren der Geschwülste und auch neue Methoden. Die Galvanisierung oder bioelektrische/elektrochemische Therapie(BET/ECT) gehört zu den alternativen Krebstherapien. Die Galvanisierung wurde noch im XVIII. Jahrhundert vom italienischen Biophysiker, Anatom und Arzt Luigi Galvani entdeckt, aber als die Behandlungsmethode der onkologischen Erkrankungen wurde sie zum ersten Mal 1988 vom schwedischen Professor Bjorn Nordenstrem angewendet. Heute erzielt diese Methode große Erfolge in Westeuropa, vorzüglich in Deutschland.

Die BET/ECT ist eine ausgesprochen schonende Behandlung mit keinerlei Nebenwirkungen. Bei dieser Form der ganzheitlichen Krebsbehandlung werden die Tumorzellen nicht operativ, sondern nicht-invasiv mittels Gleichstroms abgetötet. Mit der Hilfe der zwei Elektroden wird auf den Tumor Strom gerichtet. Der Tumor wird bei der Behandlung mit flachen Elektroden belegt, durch welche lokal begrenzt Gleichstrom fließt, der das Tumorgewebe unter Strom setzt.

Nach dem Prinzip des geringsten Widerstandes wirkt Strom auf die Tumorzellen ein, aber nicht auf das gesunde Gewebe, d.h. die zellzerstörenden Effekte wirken ausschließlich im Tumorgewebe. Betroffene Organe sowie das angrenzende Gewebe werden nicht verletzt.

Eine positive Nebenwirkung dieser Krebstherapie ist die Aktivierung des Immunsystems, da bei der Prozedur Tumorantigene freigesetzt werden. Diese Antigene locken weitere Immunzellen an, die den Abbau der Krebszellen weiter beschleunigen.

Diese Therapie wird in der Regel ambulant durchgeführt und dauert zwischen 1 und 3 Stunden. Die Patienten werden während der gesamten Behandlungszeit ständig von dem geschulten Team überwacht, der Therapieverlauf erfolgt computergesteuert.

Die Therapie BET/ECT ist besonders für die nicht zu operierenden Arten von Tumoren wirksam, die sich auf der Oberfläche oder in der Tiefe des Körpers befinden: Brustkarzinome, Hautkrebs, Metastasen in den weichen Geweben und in der Haut.

Zu den Nachteilen der Galvanotherapie gehören:

- Probleme der genauen Errechnung der Konzentration des Wirkstoffes;
- Unmöglichkeit der Verwendung der Medikamente , deren Polarität unbekannt ist;
- Unwirksamkeit bei der Behandlung von Tumoren und Metastasen in solchen wichtigen Körperteilen wie Herz, Gehirn, Augen, Knochen, Wirbelsäule, Nieren, Blase, bei Leukämie, Hodgkin-Krankheit, aktiven Autoimmunerkrankungen, schweren Erkrankungen des Herzens und der Nieren.

Мальцевич О.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ ТОКСИНАМИ ГРИБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ

Научный руководитель канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

В настоящее время считается, что разделение острых отравлений грибами по их видам (этиологическому фактору) не является рациональным, т.к. часто различные виды грибов вызывают сходную клиническую симптоматику. В подавляющем большинстве случаев от-

равления токсинами грибного происхождения являются случайными, и пострадавшие не могут указать конкретный вид грибов, вызвавших отравление, поскольку уверены, что употребляли в пищу съедобные грибы.

В связи с вышесказанным, ключевая роль в диагностике острых отравлений грибами отводится детальному анализу клинических и анамнестических данных. Вместе с тем, в доступной литературе информация об особенностях клинических проявлений при острых отравлениях грибами, произрастающими в Республики Беларусь, встречается достаточно редко.

Объектом исследования явились случаи благоприятного исхода при острых отравлениях грибами, произрастающими на территории Республики Беларусь.

Цель: расширить знания об особенностях клинической картины при острых отравлениях токсинами грибного происхождения при благоприятном исходе.

Материалы и методы. Проведена ретроспективная оценка результатов лечения 32 пациентов, находившихся на лечении в токсикологическом отделении ГКБ СМП г. Минска методом сплошной выборки. Критериями включения пациентов в исследование служили: возраст старше 18 лет, а также установленный факт связи острой химической травмы с употреблением грибов. Дизайн исследования: одномоментное, пассивное, ретроспективное.

Статистическая обработка результатов проведена в пакете прикладных программ «STATISTICA» (Version 6 – Index, Stat. Soft Inc., USA) с использованием непараметрических методов статистики.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что среди пострадавших лиц мужского пола было 47%, женского – 53%. Средний возраст пациентов составил 34,5 [26; 50] года. Среднее время с момента употребления грибов до наступления клиники составило 11,5 [7,5; 14,5] часов; а до поступления в стационар – 15 [9; 27] часов. При поступлении в 88,7% случаев состояние расценено как средней тяжести, в 11,3% - как удовлетворительное. 68,8% пациентов потребовалось лечение в условиях реанимационного отделения, при этом средний койко-день составил 1,9 суток. Общая длительность нахождения в стационаре составила 2,7 [2; 3] суток.

Установлено, что наиболее частым симптомокомплексом при поступлении в стационар явилась токсическая гастроэнтерапатия, установленная у 84,4% пациентов. При этом диспептический синдром наблюдался у 81,3%; диарейный – у 40,6%, а болевой – у 62,5% пациентов. Одной из наиболее распространенных жалоб при поступлении явилось головокружение, выявленное в 25%. В 21,8% случаев установлены лабораторные признаки токсической гепатопатии легкой степени, в 6,3% - токсической нефропатии. В 40,6% наблюдений при поступлении у пациентов выявлялись признаки синдрома системного воспалительного ответа, при этом в 25% отмечены 2, в 9,4% - 3 и в 6,3% - 2 признака соответственно.

Выводы.

1. При благоприятном исходе острая интоксикация грибами с коротким (менее 6 часов) латентным периодом в настоящем исследовании встречается в 2,7 раза чаще, чем с длительным.

2. Высокий удельный вес лиц трудоспособного возраста среди пациентов (81,3%) (18-55 лет), подчеркивает высокую медико-социальную значимость проблемы.

Мальцевич О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛОГОВ ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОНОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Смирнова Т.А.
Кафедра акушерства и гинекологии

Миома матки – доброкачественная гормональнозависимая опухоль, состоящая из гладкомышечных клеток и фиброзных соединительных элементов. Миома матки не склонна к малигнизации. Она составляет до 1/3 гинекологических заболеваний. Чаще встречается у женщин репродуктивного возраста. По данным статистики у 20% женщин, достигших 30-летнего возраста, имеется миома матки.

Миома матки считается гормональнозависимой гипертрофией и гиперплазией миометрия, так как она возникает и прогрессирует у женщин репродуктивного возраста, когда высока гормональная активность яичников, и нередко регрессирует после наступления менопаузы, когда резко снижается уровень половых гормонов. С другой стороны, миому матки рассматривают как результат патологической регенерации поврежденного миометрия, риск которых (внутриматочные вмешательства, половые инфекции) выше у женщин детородного возраста. Кроме того, в патогенезе миомы матки играют определенную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, нарушения гемодинамики малого таза, которые могут приводить к гипоксии.

В настоящее время широко используется консервативная терапия миомы матки агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов. Люприд-депо – самый назначаемый препарат в мире из этой группы. Механизм их действия заключается в «медикаментозной кастрации». Они воздействуют на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему, подавляя ее функции. Наступает аменорея, происходит уменьшение миоматозных узлов, снижается боль, вызываемая опухолью.

Объект исследования: женщины в возрасте от 32 до 66 лет, которые страдают миомой матки на протяжении разного промежутка времени.

Цель: исследование возможностей агониста гонадотропин-рилизинг гормонов – люприда-депо в лечении миомы матки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 амбулаторных карт пациенток с миомой матки. Возрастной состав колебался от 32 до 66 лет и в среднем составил 49,2 года. Каждой женщине на протяжении 3-5 месяцев вводились внутримышечные инъекции препарата «люприд-депо» по схеме: 1 инъекция в 28 дней. Всем пациенткам до и после лечения было выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза с целью сравнения параметров матки, размеров миоматозных узлов.

Результаты и их обсуждения. По данным клинико-лабораторных исследований, проведенных до лечения, было установлено, что 90% женщин имеют сопутствующую генитальную патологию, у 70% выявлена сопутствующая внегенитальная патология. У 2 женщин (20%) индекс массы тела составлял 30,5 и 32 кг/м^2. После лечения объем матки у этих пациенток уменьшился на 40,2 и 25% соответственно. У 1из этих пациенток наблюдался побочный эффект – повышение артериального давления, но после коррекции данного параметра лечение было продолжено. Следовательно, применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов у женщин с метаболическим синдромом эффективно и безопасно. У всех пациенток наступила аменорея, что привело к улучшению их самочувствия, произошло значительное снижение объема и размеров матки.

Маляревич С.П., Левша Е.С.

СТРУКТУРА УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПОТРЕБОВАВШЕЙ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Гинюк В.А.
Кафедра общей хирургии

Для современной хирургии характерно множество узких специализаций, однако необходимо помнить о существовании так называемого общего хирурга - врача, владеющего всеми основными способами лечения заболеваний разных органов и систем, особенно угрожающих

жизни больного. Причем часто помощь хирурга нужна срочно, в экстренном порядке. Зная хирургические патологии, требующие экстренного вмешательства, частоту их встречаемости, распределение по полу, возрасту и сезону хирург имеет возможность выстроить для себя структуру обследования экстренных больных и быстрее поставить правильный диагноз.

Цель: анализ ургентных состояний пациентов прооперированных в 3 ГКБ им.Клумова в период с 2008-2012 год включительно.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ по данным журналов экстренных оперативных вмешательств за 2008-2012 год включительно.

Результаты и их обсуждение. В период с 2008 по 2012 год включительно было проведено 3266 экстренных операций, из которых 70% составили операции по поводу острой хирургической патологии (острый аппендицит, острый холецистит, осложнённая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), ущемленная грыжа, желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), острая кишечная непроходимость (ОКН), панкреатит):

§ Острый аппендицит. Наибольшее количество данной патологии встречается в весенне-летний период. Преобладает острый аппендицит у женщин. Чаще встречается в возрастной группе 20-40 лет.

§ Острый холецистит. Данная патология преобладает у женщин. Более 80% случаев острого холецистита зарегистрировано в возрасте после 40 лет. Наблюдается стойкое увеличение встречаемости в возрастной группе 20-40 лет. С каждым годом, начиная с 2010г., наблюдается увеличение экстренных оперативных вмешательств по поводу острого холецистита летом.

§ Осложнённая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. С 2008 по 2012 год значительно сократилось разница между частотой встречаемости язвы желудка и язвы ДПК. От 70 до 90% составляют прободные язвы. За исследуемый нами период наблюдается стойкий рост данной ургентной патологии в возрасте до 40 лет. В 2008 году процент прооперированных больных по поводу осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте до 40 лет составил 15%, а в 2012 году превысил 50%.

§ Ущемлённые грыжи. С 2010 года наблюдается увеличение экстренных операций по поводу данной патологии с 3% до 7%. К первым по частоте встречаемости относятся ущемлённые паховые грыжи, которые преобладают у мужчин. Наибольшее количество случаев наблюдается в возрастной группе старше 60 лет.

§ Желудочно-кишечное кровотечение. Процент экстренных оперативных вмешательств по поводу ЖКК с 2008 по 2012 год вырос с 1,3% до 4,2%. Данная ургентная хирургическая патология чаще встречаются у мужчин. В 2008-2010 годах ЖКК преимущественно встречается в возрасте 40-60 лет, а с 2011 года в возрастной группе до 40 лет и старше 60 лет.

§ Острая кишечная непроходимость. С 2008 по 2012 год наблюдается рост ОКН в возрастной группе старше 60 лет от 40% до 70%.

Мамедова Гульшат

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Кожухова Н.Е.
Кафедра белорусского и русского языков

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд диарейных заболеваний, около 5 млн детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека, вызываемых патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими. Возбудители ОКИ локализуются главным образом в кишечнике.

Источник инфекции являются человек и (или) животные. Ведущий путь передачи инфекции детям раннего возраста – контактно-бытовой, детям старшего возраста и взрослым – пищевой или водный. Воздушно-капельным путем кишечные инфекции не передаются. Подобные инфекционные заболевания встречаются как в виде единичных случаев, так и в виде эпидемических вспышек или групповых заболеваний, как правило, при употреблении инфицированных пищевых продуктов или воды. Для кишечных инфекций бактериальной этиологии (дизентерия и др.) характерен летнее-осенний подъем заболеваемости, для вирусных (ротавирусная инфекция) – осеннее-зимний период. Удельный вес кишечных инфекций вирусной этиологии у детей среди госпитализированных в стационары в последние годы составляет до 70-80%, а у детей старшего возраста и взрослых – до 20-30% от общего количества больных кишечной инфекцией.

Клинические кишечные инфекции характеризуются симптомами интоксикации (вялость, сниженный аппетит, лихорадка и др.), нередким развитием синдромов инфекционного токсикоза (гиперемия, судороги, потеря сознания, обезвоживание организма и др.), являющихся одной из причин летальных исходов. Практически во всех случаях отмечаются нарушения функции желудочно-кишечного тракта, рвота, абдоминальные боли и диарея, т.е. учащение и увеличение объема испражнений за счет жидкости.

Несмотря на значительные достижения в изучении особенностей патогенеза и клинических проявлений, этиология ОКИ (в настоящее время насчитывается около 60 возбудителей) при использовании только традиционных лабораторных исследований в 50-80% случаев остается нераспознанной. В начальном периоде заболевания для построения терапии ОКИ решающее значение имеет не столько установление возбудителя с помощью лабораторных исследований, сколько определение пускового механизма развития диареи и инфекционного процесса, которые могут быть однотипными для группы заболеваний.

Мартыненко А.С.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Емельянцева Т.А.
Кафедра психиатрии с медицинской психологией

В последнее время внимание исследователей направлено на изучение нейробиологических причин девиантного поведения, где проблеме дефицита исполнительных функций или дефицита «запрещающего» поведения, связанного с определенной дисфункцией лобных долей мозга, отводится центральная роль.

Подросток / молодой человек не способен «остановиться и подумать», как учат его взрослые. Очень часто проблема «поведения без тормозов» связана с «синдромом дефицита удовольствия», когда экстремальное поведение улучшает настроение и является своеобразным антидепрессантом.

Цель: оценить девиантное поведение в контексте нейрокогнитивного дефицита исполнительных функций в гендерном аспекте в поиске новых возможностей профилактики различных его видов.

Задачи:

1. Оценить склонность к различным видам ДП в популяции студентов медицинского ВУЗа в гендерном формате.
2. Определить средние значения исполнительных функций в популяции молодых людей в гендерном формате.

3. Изучить зависимость различных видов ДП от дефицита исполнительных функций в гендерном формате.

4. Определить гендерные различия клинических проявлений дефицита исполнительных функций.

Материалы и методы. В рамках работы нами было исследовано 125 студентов 1-3 курсов БГМУ в возрасте 17-21 лет (м=54, д=71) на основании добровольного анкетирования с возможностью анонимного заполнения и получения обратной связи.

Использованы методы:

1. Клиническое интервью дефицита исполнительных функций (Structured Clinical Interview of Executive Functioning).
2. Опросник склонности к ДП, содержащий шкалу делинквентного, аддиктивного, вызывающего, самоповреждающего, агрессивного поведения и проблем эмоционального контроля, а также шкалу лжи.
3. Статистические методы SPSS-13.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что студенты БГМУ склонны к различным видам ДП в 4-6% случаев, студенты мужского пола несколько в большей степени, но без статистически значимых различий. Дефицит исполнительных функций у представительниц женского пола в среднем составляет 28,38±14,31 и в статистически значимой степени определяет проблемы эмоциональной регуляции, агрессии, делинквентного и зависимого поведения. Дефицит исполнительных функций у лиц мужского пола в среднем составляет 33,24±14,46 и в статистически значимой степени определяет проблемы оппозиционного и зависимого поведения. Таким образом, у лиц обоих полов риск зависимого поведения определяется дефицитом исполнительных функций. У представительниц женского пола нейрокогнитивный дефицит определяет более широкий спектр проблем ДП, что требует дальнейших комплексных исследований.

Мартынец Н.Н., Зеленко Е.Н.

ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПУТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Научный руководитель асс. Клюй Е.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Нарушение проходимости нижней полой вены (НПВ) вызывает развитие окольных путей оттока крови, в котором системе непарной и полунепарной вен принадлежит основная роль.

Цель: изучить рентгенанатомию основных и дополнительных путей коллатерального оттока у пациентов с нарушением проходимости НПВ на основании данных спиральной компьютерной томографии (СКТ) с контрастным усилением.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования 23 пациентов с нарушением оттока крови по НПВ. При гипо – или аплазии инфраренального отдела число больных составило 6 человек (26,1%), гипо – или аплазии супраренального отдела – 5 (21,7%), гипо – или аплазии инфра-супраренального отделов – 5 (21,7%), гипоплазии печёночного отдела – 2 (8,7%), субтотальной и тотальной аплазии НПВ – 3 (13,1%), тромбозе инфраренального отдела НПВ после имплантации кава-фильтра – 2 (8,7%).

Результаты и их обсуждение. Во всех наблюдениях у пациентов с нарушением проходимости НПВ регистрировалось увеличение диаметра непарной, полунепарной вен, восходящих поясничных вен. Визуализировались в норме не определяющиеся вены переднебоковой стенки живота, вены позвоночного венозного сплетения. Самое значительное увеличение диаметра непарной и полунепарной вен наблюдалось при субтотальной и тотальной аплазии НПВ (ср.21,6 ± 1,8 мм, и 15,89 ± 1,4 мм соответственно). Наиболее выраженная дилатация

ВосхПВ была отмечена также при окклюзии НПВ на всем протяжении (ср.13,1±1,6 мм справа).

Кроме того у этих пациентов имелись расширение стволов почечных вен, (главным образом левой), левой яичковой вены, подвздошно–поясничных вен, вен позвоночного сплетения. Также регистрировалось расширение вен переднебоковой стенки живота: vv. epigastrica superficiales, vv. circumflexaileum superficiales, vv. pubica. Левая яичковая и левая почечная вена были значительно дилатированы. Дополнительным путем оттока крови могут служить связи между надпочечниковыми и нижними диафрагмальными венами, венами капсулы почки и селезенки.

Выводы.

1. Система непарной и полунепарной вен и ВосхПВ как ее начальное звено играют ведущую роль в запуске механизма коллатерального оттока при окклюзии НПВ.
2. Самое значительное увеличение диаметра непарной и полунепарной вен и ВосхПВ наблюдалось при субтотальной и тотальной аплазии НПВ.
3. Дополнительными путями коллатерального оттока при окклюзии НПВ служат вены переднебоковой стенки живота, стволы почечных вен, левой яичковой вены, подвздошно–поясничных вен, вен позвоночного сплетения.

Мартынец Н.Н., Санько М.И.

ОБЩАЯ СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Научные руководители канд. мед. наук Клецкий С.К.,
канд. мед. наук, доц. Сержанина В.Н.
Кафедра патологической анатомии

Цель: анализ структуры причин смертности у детей с онкогематологическими патологиями в современных условиях.

Материалы и методы. В среднем показатель смертности по всей онкогематологической патологии у детей в нашей республике равен примерно 50%. Пиковый возраст заболеваемости приходится на 4 года. Большое количество онкологических диагнозов ставится пациентам в возрасте от 13 до 17 лет. В целом в Беларуси различные онкогематологические диагнозы на сегодняшний день имеют более 4 тыс. детей в возрасте до 18 лет. Одним из вариантов лечения онкогематологических заболеваний является пересадка костного мозга, при этом есть вероятность развития острой или хронической РТПХ, которая является одним из самых грозных осложнений. Нами были отобраны случаи смертности детей с онкогематологическими патологиями за последние 10 лет. Их число составило 70 случаев. Основное количество случаев приходится на лейкозы – 53, из них чаще встречается острый лимфобластный лейкоз – 37 случаев. Причинами смертности детей с онкогематологическими заболеваниями являются осложнения, либо прогрессирование основного заболевания. Процент смертности от основного заболевания составляет – 25%, а основной процент смертей приходится на осложнения. Среди осложнений главная роль отводится инфекциям.

Результаты и их обсуждение.

1) Среди онкогематологических патологий наиболее частая как заболеваемость, так и смертность приходится на лейкозы. При лейкозах частота смертности выше у детей мужского пола. Наиболее вероятные причины смерти при онкогемотологических заболеваниях - это инфекционные, неинфекционные, смешанные осложнения.

2) Инфекционные осложнения являются самой частой причиной смерти у детей с онкогематологическими патологиями. И чаще всего они вызваны грибами рода Aspergillus, Mucor, а также бактериями (Гр-) и вирусами (ЦМВ).

3) Среди неинфекционных осложнений ведущая роль отводится геморрагическому, цитопеническому синдромам, СПОН и др.

Марук (Иванова) О.А.

АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ПЕРВИЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ И ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ В ГРУППАХ СЕМЕЙ С ОТЯГОЩЁННЫМ АКУШЕРСКО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович С.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель: изучение клинико-генетических аспектов патологии репродуктивной функции различного генеза.

Материалы и методы. Установление популяционных частот первичного бесплодия (ПБ) и первичного невынашивания (ПН) беременности проводилось с помощью генетико-эпидемиологического исследования после предварительного получения демографической характеристики популяции г. Гродно и гродненской области. Проведено заочное анкетирование выборки семей по г. Гродно и гродненской области по стандартизированной схеме (составление медико-генетической карты семьи по 3м поколениям с указанием всех наследуемых факторов моногенного и хромосомного генеза) с 2005 по 2009 гг. В течении указанного времени был проведён анализ 8008 семейных пар, из которых у 3293 пар после первичных и повторных обращений были зарегистрированы различные генетические аномалии моногенного и хромосомного генеза, привычное невынашивание и первичное бесплодие в анамнезе и рождение детей с множественными недифферинцированными комплексами врождённых аномалий, что составило 41,4% от общего числа опрошенных. Проведен анализ репродуктивности браков за 4-9 лет супружеской жизни, собрана информация об исходах 11156 беременностей у 3145 женщин, оценивалась брачная плодовитость с учетом возраста вступления в брак, рассчитывался интергенетический интервал. Кроме того, получены данные о числе и исходах беременностей за последние 7 лет по ежегодным отчетам лечебных учреждений города. Объектом исследования являются супружеские пары репродуктивного возраста, вступившие в брак с 2005 по 2009гг. Проведено исследование 915 супружеских пар: I гр. - 427 семей с ПБ и II гр. - 488 семей с ПН. По характеру репродуктивного анамнеза было выделено 4 группы семей: I гр. с нормальной репродуктивной функцией - 2557 (77,65%-); II гр. с 1 СА - 429 (13,03%); III гр. с ПН - 159 (4,83%); IV- с ПБ - 148 (4,49%). Исследование хромосомного набора в группах проводилось равнозначно методике дифференциального кариотипирования: G`, C`, методика с детализацией фрагментов всех отделов 46 хромосом, установление моногенных наследуеых аномалий проводилось на базе НИИ акушерстваи гинекологии им. Д.О.Отта (г.Санкт-Петербург) лаборатория пренатальной диагностики под руководством д.м.н., профессора Баранова В.С.

Результаты и их обсуждение. Патология репродуктивной функции представляет собой сложные и гетерогенные нозологические группы, требующие проведения различных дифференциально-диагностических тестов и различных подходов в оценке генетического риска. Исходя из этого, методика медико-генетического консультирования семей с патологией репродуктивной функции должна основываться, во-первых, на определении причины репродуктивных нарушений. Во-вторых, при определении прогноза в случаях недифференцированной этиологии повторный риск должен рассчитываться на основе семейных частот.

Марченко Е.О., Покало А.В.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО В УСЛОВИЯХ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кривонос П.С.
Кафедра фтизиопульмонологии

Ежегодно в мире более 2 млн. человек умирает от рака легкого, что связано с высокой заболеваемостью, отсутствием специфических симптомов и поздней диагностикой. В структуре рака легкого в среднем 28,2% составляет периферический рак легкого (ПРЛ). Трудности диагностики опухоли во многом обусловлены схожестью рент-генологических симптомов ПРЛ с проявлениями других заболеваний, в частности туберкулеза. В связи с этим возникает необходимость в выборе более информативных в отношении дифференциальной диагностики ПРЛ и туберкулеза легких методов исследования.

Цель: провести сравнительную оценку различных методов исследования, применяемых во фтизиопульмонологических учреждениях при проведении дифференциальной диагностики ПРЛ и туберкулеза легких.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов клинико-рентгенологического, бронхологического и морфологического исследований у 36 пациентов с впервые установленным ПРЛ, находившихся на обследовании в РНПЦПиФ в 2006-2011 гг. Пациенты были разделены на 3 гр.: 1-я - 15 больных, у которых симптомы ПРЛ можно было выявить при стандартном рентгенологическом исследовании, 2-я - (15 чел.) ПРЛ проявлялся признаками, напоминающими воспалительный процесс (пневмония, абсцесс, туберкулез), 3-я - (6 чел.) основным рентгенологическим проявлением ПРЛ была легочная диссеминация.

Результаты и их обсуждение. В 1 гр. при поступлении в РНПЦПиФ чаще всего подозревался туберкулез легкого (6 чел.) или данное заболевание рассматривалось как альтернативный диагноз, наряду с неспецифическим воспалением (3 чел.) или опухолью (6 чел.); во 2 гр. - с диагнозами туберкулез легких (8 чел.) или дифференциальная диагностика между туберкулезом и неспецифическим воспалением (7 чел); в 3 гр. - с диагнозами милиарный туберкулез (1 чел.), саркоидоз легочно-медиастинальная форма (1чел.), обострение ХОБЛ (3 чел.), диагностика туберкулеза и саркоидоза (1 чел.).

В результате проведенного обследования у всех 36 больных ПРЛ был верифицирован по результатам морфологического исследования биоптатов, полученных при бронхоскопии.

Сроки установления диагноза ПРЛ в клинике РНПЦ составили: до 10 дней – 17 чел. (47,2%), 15 -25 дн. – 14 (38,9%), 1,5 мес. – 4 чел. (11,1%), 3,3 мес. – 1 чел (2,8%).

У большинства больных (30 чел.- 83,3%) выявлены 3-4 стадии болезни, и только у 6 больных (16,7%) диагностирована 1 стадия ПРЛ.

Выводы.

1. Основными причинами, затрудняющими выявление ПРЛ являлись:

- ошибочная интерпретация рентгенологических изменений;
- при остром начале болезни, наличии синдрома интоксикации длительное время проводится дифференциальная диагностика воспалительного процесса неспецифической и специфической природы;
- при наличии заключения онколога об исключении опухоли легкого, при отрицательной динамике процесса диагностика с опухолевым процессом не проводится;
- неполноценное обследование, в частности недостаточное применение компьютерной томографии, инструментальных методов исследования;

2. Возможности ранней диагностики ПРЛ повышаются при своевременном проведении компьютерной томографии и повторных бронхоскопий с трансбронхиальной биопсией легкого.

Марчук С.А.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АУТИЗМЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Докукина Т.В.
2-ая кафедра детских болезней

В основе психических болезней детского возраста лежит нарушение формирования нервных сетей. Нарушение механизмов формирования нервной системы проявляется нарушением типологической структуры активности на ЭЭГ, амплитудно-частотных характеристик основных ритмов, динамики формирования основных ритмических компонентов ЭЭГ.

Цель: изучить особенности ЭЭГ детей больных аутизмом в возрасте от 3 до 15 лет по сравнению с детьми, страдающими шизофренией и со здоровыми детьми того же возраста.

Задачи:

1. Выявить нарушения структуры мозговой активности на ЭЭГ у детей с аутизмом;
2. Установить основные признаки и значения компьютерной ЭЭГ, позволяющие дифференцировать ЭЭГ здорового и больного аутизмом в каждом конкретном случае.

Материалы и методы. Всего обследованию подлежали 30 пациентов с аутизмом (F84.0 по МКБ-10). Контрольные группы состоят из 70 здоровых детей и 30 пациентов с шизофренией. Все обследуемые разбиты на 4 возрастные группы: 3-4 года, 5-6 лет, 7-10 лет и 11-15 лет. Анализировались результаты компьютерной обработки ЭЭГ файлов с аутизмом. Исследовались следующие показатели: индексы и относительная мощность основных ритмов, частота основного пика мощности в диапазоне от 4 до 30 Гц.

Результаты и их обсуждение. Результаты компьютерной обработки ЭЭГ файлов детей с аутизмом показали, что относительная мощность альфа-активности оказалась снижена по сравнению со здоровыми детьми в различных отделах мозга в 3-4 раза. Если в затылочных отделах у здоровых детей с возрастом (с 3 до 10 лет) относительная мощность альфа-ритма возрастает с 21 до 40%, то у больных с аутизмом – лишь с 5,8 до 9,3%. У детей с аутизмом в возрастной группе 3-6 лет относительная мощность бета2-активности в лобно-теменно-височных отделах составляет 1,36 - 1,5%, а у здоровых детей – 0,6 - 0,8%, в возрастной группе 7-10 лет – 1,2% и 1,0% соответственно, а среди детей 11-15 лет – 1,68% и 1,1%. Таким образом, мощность бета2-активности у детей с аутизмом в различных возрастных группах от 1,5 до 2 раз выше, чем у здоровых детей. Важным отличительным признаком ЭЭГ пациентов с аутизмом от ЭЭГ здоровых детей являлось отсутствие пика мощности в диапазоне частот от 4 до 30 Гц, что особенно выражено в возрасте до 11 лет. В данной возрастной группе пик мощности определялся лишь в 3 (11%) случаях из 23, а у здоровых детей – в 35(90%) случаях из 39.

Выводы. Для дифференциальной диагностики ЭЭГ детей больных аутизмом и ЭЭГ больных шизофренией, а также здоровых детей были использованы следующие 3 признака: отсутствие пика мощности основного ритма, наличие патологического фокусирования бета1- и бета2-активности, индекс альфа-ритма менее 15% для детей в возрасте до 4 лет и индекс альфа-ритма менее 20% для детей в возрасте 4 года и старше. Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных признаков указывало на наличие аутизма. При использовании этого правила ЭЭГ детей больных аутизмом в возрасте от 3 до 15 лет была распознана правильно в 27 (90%) случаях из 30, что позволило дифференцировать её от ЭЭГ больных шизофренией и от ЭЭГ здоровых детей.

Марчук С.А.

О РОЛИ ДИСБАЛАНСА МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В РАЗВИТИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Докукина Т.В.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Данные научных исследований последних лет свидетельствуют о том, что обеспеченность детей витаминами и минералами ниже физиологических потребностей отрицательно сказывается на росте, нервно-психическом и когнитивном развитии. Это связано с тем, что многие макро- и микроэлементы влияют на морфофункциональное созревание нервной системы человека и отклонения содержания данных элементов может являться одним из факторов развития расстройств аутистического спектра.

Цель: выявить и определить характер дисбаланса макро- и микроэлементов в развитии расстройств аутистического спектра у родившихся и проживающих на территории РБ детей.

Задачи:

1. Исследовать макро- и микроэлементный статус детей с клиническими проявлениями расстройств аутистического спектра и их родителей;

2. Определить характер дисбаланса макро- и микроэлементов у детей с РАС родившихся и проживающих на территории Республики Беларусь. 3. Произвести сравнительный анализ элементного статуса детей и их родителей.

Материалы и методы. Были обследованы 86 детей с РАС: 62 мальчика и 24 девочки, в возрасте от 3 до 14 лет, и 86 родителей. В качестве биосубстрата использовалась прикорневая часть волос. Исследования проводились на лазерном многоканальном атомно-эмиссионном спектрометре LSS-1. В качестве нормы содержания для анализируемых биоэлементов использовались данные Скального А.В. (2002) и Коломийцевой М.Г. (1970).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что для детей с РАС и их родителей характерно нарушение метаболизма таких микроэлементов, как: кальций, медь, цинк, железо, алюминий. Наиболее отчетливые отклонения прослеживаются по концентрациям меди и цинка. У подавляющего большинства обследованных детей (90,7%) выявлен дефицит меди и у 65,1% - дефицит цинка. Нормальное содержание цинка отмечено - у 29,1%, а меди - только лишь у 3,6%. Избыточное содержание элементов встречалось редко: 5,9% по меди и цинку. Частота встречаемости сниженного содержания микроэлементов у детей с расстройствами аутистического спектра и их родителей полностью сопоставима по меди (90,7%) и несколько выше показателей их родителей по цинку (65,1% у детей и 58,2% у их родителей).

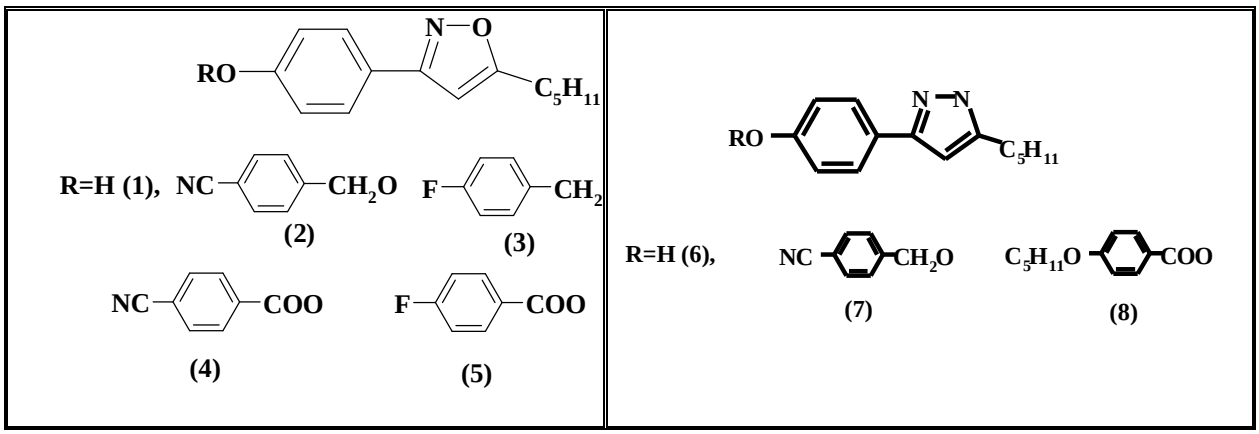
Выводы. При исследовании волос на содержание микроэлементов чаще наблюдаются изменения в сторону снижения показателей (снижение содержания меди в 90,7% случаев, цинка – 65,1%). Учитывая, что изменение содержания меди и цинка является косвенным маркером обмена белка металлотионеина можно предположить отклонение содержания данного белка, что и является возможным этиопатогенетическим фактором развития расстройств аутистического спектра. Полученные результаты исследований волос родителей коррелировали с таковыми у их детей. Данное обстоятельство может быть обусловлено генетическими особенностями, экологической ситуацией либо сложившимися особенностями питания этих семей.

Марщак Я.А., Поляк Е.С.

ИНГИБИТОРЫ КСАНТИНОКСИДАЗЫ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ИЗОКСАЗОЛА И ПИРАЗОЛА

Научный руководитель канд. хим. наук, доц. Ковганко Н.Н.
Кафедра биологической химии

Цель: изучить влияние соединений, содержащих изоксазольный (**1-5**) или пиразольный (**6-8**) гетероциклы и являющихся структурными аналогами фебуксостата, на работу фермента ксантиноксидаза.



Материалы и методы. Изучение способности полученных соединений ингибировать работу фермента ксантиноксидаза проводили при 37°С в условиях открытого воздуха при pH 7.4 (фосфатный буфер). Для того, чтобы оценить ингибирующие свойства синтезированных соединений, использовали методику, основанную на спектрофотометрическом определении количества образовавшейся мочевой кислоты в УФ-области при 293 нм. К буферному раствору добавляли ксантин (20 μМ), синтезированное вещество (5,3 μМ) и фермент ксантиноксидазу. В качестве контроля использовали раствор ксантина и исследуемого вещества (для нивелирования поглощения при длине волны 293 нм). Стандартный образец представлял собой раствор в буфере ксантина (20 μМ) и фермента. По разности оптических плотностей стандартного и опытного образцов определяли % ингибирования действия фермента в присутствии синтезированного соединения с концентрацией 5,3 μМ.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты приведены в таблице:

Соединение	% ингибирования при 5,3 μМ
1	Не активно
2	Не активно
3	1,3
4	Не активно
5	Не активно
6	2,1
7	2,0
8	Не активно
аллопуринол	92,2

* Активность менее 0.5%.

Маслова Ю.С.

ABERGLAUBE, SEINE GRÜNDE UND FOLGEN

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Молош Н.К.
Кафедра иностранных языков

Der Wunsch des Menschen, sich vor den unbekannten Kräften zu schützen oder für sich das gute Schicksal zu schaffen, hat zum Erscheinen Tausende und Tausende Aberglauben weltweit gebracht.

Trotz der technischen, wissenschaftlichen und kulturellen Entwicklung bleibt das Thema immer noch sehr aktuell.

Manchmal bemerkt der Mensch Zusammenhänge zwischen bestimmten glücklichen oder unglücklichen Ereignissen. Das bringt ihn zur Überzeugung darin, dass unsere Schicksale vorherbestimmt sind. Man darf nicht verneinen, dass Omen und Aberglauben in der ganzen Welt und auch bei uns eine große Rolle im Leben der Menschen spielen.

Die Ergebnisse der Umfrage haben gezeigt, dass 15 % der Befragten an verschiedene Omen fest glauben und immer die Rituale einhalten, die mit dem Aberglauben verbunden sind. 82 % der Befragten haben bestätigt, dass sie den Traditionen und Bräuchen folgen. Die Traditionen und Bräuche sind oft Erscheinungsformen der Aberglauben. Und nur 3 % der Befragten haben behauptet, dass sie an Omen nicht glauben.

Das Problem der Aberglauben ist nicht eindeutig und ruft viel Streite herbei. Es verlangt die Untersuchung mehrerer Aspekte, solcher wie Religion, Psychologie, Kultur usw.

Die Aberglauben widerspiegeln sich also in der Kultur der Gesellschaft. Bräuche, Rituale, Traditionen werden in den Sprichwörtern, Märchen, Volksliedern, Legenden dargestellt. Das Kennenlernen der Folklore des Landes der Zielsprache (Deutschlands) hilft uns die Geschichte und die Gemüter des Volkes besser zu verstehen. Die Forschung der Traditionen, Omen und Rituale ruft bei den Studenten das Interesse an der Geschichte des Landes hervor.

Das Thema ist noch ungenügend untersucht. Viele Fragen werden oft verschwiegen. Die Entwicklung der Wissenschaft über die paranormalen Erscheinungen befindet sich auf einem ziemlich niedrigen Niveau.

Die Ziele unserer Untersuchung sind:

- die Erscheinungsformen der allgemeingebräuchlichen Omen und Aberglauben darzustellen;
- die Vergleichsanalyse der Aberglauben in der belarussischen und deutschen Kultur durchzuführen;
- die Rolle der Aberglauben im Leben der Studenten der BSMU festzustellen und die wahrhaften Gründe des Erscheinens der Aberglauben zu erklären;
- die Information über die Einwirkung des Aberglaubens auf psychische Gesundheit des Menschen zu vermitteln.

Die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur zum Thema und die Ergebnisse der anonymen

Umfrage der Studenten der Belarussischen Staatlichen Medizinischen Universität haben gezeigt, dass die Belarussen mehr Wert auf Aberglauben legen, als die Deutschen. Die Folgen äußern sich in Depressionen, Mangel der Initiative, Gesundheitsschädigungen.

Aus diesem Grund scheint es uns besonders wichtig, eine umfassende Aufklärungsarbeit unter den Jugendlichen durchzuführen.

Wenn der Mensch die wahrhaften Gründe des Erscheinens der Aberglauben wissen wird, kann er dem psychologischen Unbehagen entgehen, das vom Glauben an die Unvermeidlichkeit des Schicksals herbeigerufen ist.

Масько И.С., Денисенко Н.П.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МОЛОДЫХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гедревич З.Э.
Кафедра онкологии

В Республике Беларусь продолжается рост заболеваемости раком молочной железы. По уровню смертности рак молочной железы устойчиво занимает первое место среди всех злокачественных новообразований у женщин. Пик заболеваемости приходится на возрастную категорию 55-60 лет. Однако, в последние годы все чаще заболевание стало регистрироваться у пациенток фертильного возраста не достигших 30 лет.

Цель: изучить особенности течения рака молочной железы у молодых женщин.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты больных лечившихся в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в период с 2006 по 2012 год по поводу рака молочной железы. Основную группу составили 23 женщины, средний возраст которых на момент установления диагноза составлял 26+/- 2,8 лет. В первую контрольную группу методом случайной выборки включены 20 пациенток в возрасте 50-59 лет, во вторую контрольную группу - 20 пациенток в возрасте 60-69 лет.

Результаты и их обсуждение. В основной группе в 18 (78,3%) случаев опухоли обнаружены самостоятельно и в 5(21,7%) – при профосмотрах. В первой контрольной в 12 (60%) случаев опухоли обнаружены самостоятельно,в 8 (40%)– врачом при профосмотре и во второй контрольной группе: 13 (65%) случаев опухоли обнаружены самостоятельно,в 7 (35%) – врачом при профосмотре.

Среди жалоб в основной группе преобладали следующие: 5 пациенток жалоб не предъявляли,16 определяли уплотнения в груди, у 1 женщины-кровянистые выделения из соска. В первой контрольной группе:4 пациентки жалоб не предъявляли,15 определяли уплотнения в груди, у 1 эррозия по краю соска, во второй контрольной группе: 6 пациенток жалоб не предъявляли,12 определяли уплотнения в груди, у 1 кровянистые выделения из соска,у 1 – нагрубания и отёк молочной железы.

В основной группе в 100% случаев выявлена узловая форма рака молочной железы. В первой контрольной - узловая в 95% случаев,5% случаев - рак Педжета, второй контрольной - узловая 18 (90%), инфильтративно-отечная – 2 (10%).

В основной группе в I стадии заболевания – 8 пациенток (34,7%), II– 10 (43,5%), III – 4 (17,4%), IY – 1 (4,4%), пациентки первой контрольной группы:I стадия- 4 случая (20%),II-6 (30%), III – 8 (40%), IY- 2 (10%).Во второй контрольной группе распространенность процесса соответствовала : I стадия – 5 пациенток (25%), II-8 (40%), III-5 (25%), IY – 2 (9%).

Тактика лечения в группах отличалась. Так, в основной группе в 78,3% случаев выполнена радикальная резекция молочной железы, в 17,4% - мастэктомия по Маддену и в одном случае хирургическое лечение не применялось. В 1-ой контрольной группе – в 90% случаев мастэктомия по Маддену, в 10%-хирургическое лечение не проводилось. Во 2-й контрольной группе лечение начато с мастэктомии по Маддену в 90%, в остальных случаях хирургическое лечение не проводилось. Послеоперационная лучевая терапия в дозе 40 Гр. проведена у 4% пациенток основной группы и в дозе 50 Гр.-96% пациенток, в 1-ой контрольной-лучевая терапия в дозе 40Гр у 5 пациенток(25%),50 Гр.-у 11(55%),лучевая терапия не проводилась у 4(20%)пациенток и во 2-ой контрольной группе лучевое лечение в дозе 40 Гр. у 6(30%) случаев,50 Гр.- у 9(45%), лучевая терапия не проводилась у 5(25%) пациенток. Оценены результаты комбинированного и комплексного лечения в основной и контрольных группах.

Матусевич А.Л., Хомич Т.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРУЖИНЫ ПЛЕТЧЕРА (T-SPRINGS) ДЛЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Тимчук Я.И.
Кафедра ортодонтии

Поражения первых постоянных моляров кариесом является одной из частых причин их раннего удаления в период смешанного и постоянного прикуса. Это, в свою очередь, приводит к смещениям зубов, а в дальнейшем и к нарушениям прикуса. Во многих случаях прорезывание вторых постоянных моляров происходит уже при отсутствии в зубном ряду первых постоянных моляров с нежелательным мезиальным наклоном или смещением. Перед врачом стоит вопрос закрыть этот промежуток от удаленного первого постоянного моляра мезиальным перемещением второго постоянного моляра или сохранить пространство для будущего протезирования? Но более рациональным решением является мезиальное перемещение второго постоянного моляра, чтобы в дальнейшем сохранить целостность зубного ряда и создать контакт в боковых отделах, а не ожидать окончания роста костей лицевого скелета, с последующим применением протетического метода лечения.

Цель: изучить особенности и эффективность применения пружины Плетчера для мезиального перемещения постоянных моляров.

Материалы и методы. Нами было обследовано 3 человека с отсутствующими по причине осложненного кариеса первыми постоянными молярами на нижней и 2 человека с отсутствующими вторыми премолярами на нижней челюсти. По результатам клинического обследования было принято решение переместить мезиально первые и вторые постоянные моляры. Для этого была использована пружина Плетчера с последующим динамическим наблюдением один раз в две недели.

Результаты и их обсуждение. На диагностических моделях челюстей было измерено расстояние между дистальной поверхностью первого премоляра и мезиальной поверхностью первого постоянного моляра, среднее значение которого составило 4.1 мм и между дистальной поверхностью второго премоляра и мезиальной поверхностью второго моляра, среднее значение которого составило 5.2 мм. По истечению двух недель мезиальное перемещение в обоих случаях составило в среднем 0.5 мм.

Выводы. Пружина Плетчера легка в установке в полости рта, удобна для пациента (не травмирует слизистую оболочку полости рта в отличие от более громоздких аппаратов). Мезиальное перемещение моляров на 0.5 мм в течение двух недель свидетельствует об эффективности её действия.

Махнач А.С., Куликовская А.В.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Тимошенко П.А.
Кафедра болезней уха, горла, носа

По данным последних исследований хроническим тонзиллитом болеют 10-30% взрослого населения и 20-40% детей. Признаком декомпенсации хронического тонзиллита является наличие в анамнезе паратонзиллярных абсцессов, частых ангин, заболеваний со стороны сердца, почек, суставов. Наиболее эффективным методом лечения хронического декомпенсированного тонзиллита является хирургический – вскрытие паратонзиллярного абсцесса, двухсторонняя тонзиллэктомия. Вскрытие параттонзиллярного абсцесса и тонзилэктомия могут сопровождаться различными осложнениями, среди которых наиболее опасными для жизни являются кровотечения. Поэтому определение встречаемость операций в динамике в зависимости от пола и изучение послеоперационных осложнений тонзиллэктомиии и вскрытия паратонзиллярного абсцесса являются актуальными.

Цель: проанализировать истории болезней пациентов, перенесших тонзиллэктомию и вскрытие паратонзиллярного абсцесса в ЛОР-отделении 4 ГКБ за период с 2010 по 2012 гг. с

оценкой частоты ранних и отдаленных осложнений в зависимости от возраста, пола, сопутствующих заболеваний.

Задачи:

1. Определить встречаемость операций в зависимости от возраста и пола;
2. Сравнить частоту встречаемости ранних и отдаленных осложнений в период за 2010-2012 гг. после вскрытия абсцесса и двухсторонней тонзиллэктомии.

Объектом исследования являлись 669 пациентов (из них 325 пациентов, перенесших вскрытие паратонзиллярного абсцесса, 344 пациента, перенесшие тонзиллэктомию) на базе 4 ГКБ г. Минска.

Результаты и их обсуждение.

1.Таблица 1. Встречаемость операций в динамике в зависимости от пола.

Вскрытие паратонзиллярных абсцессов					Тонзиллэктомия			
Год / Критерий	2010	2011	2012	Всего	2010	2011	2012	Всего
Общее кол-во	79	144	102	325	48	132	164	344
Количество мужчин	48	84	65	197	26	51	87	164
Количество женщин	31	60	37	128	22	81	77	180

2. Были выявлены следующие осложнения тонзиллэктомии в 38 случаях (11,0%). Из них 35 эпизодов послеоперационных кровотечений, 3 случая отека гортани, один из которых привел к абсцессу гортани.

3. Осложнения вскрытия паратонзиллярного абсцесса в 19 случаях (5,8%). Из них 8 кровотечений, 6 случаев отека мягкого неба, 2 флегмоны шеи, 3 вскрытия повторно.

Выводы.

1. Наблюдается тенденция к увеличению численности пациентов с ХДТ.
2. Наблюдается снижение количества вскрытий паратонзиллярных абсцессов, что связано с возрастанием количества тонзиллэктомий.
3. Самым частым осложнением хирургического лечения является кровотечение: у 10% пациентов при тонзиллэктомии, у 2,5% пациентов при вскрытии паратонзиллярного абсцесса.
4. Чаще тонзилэктомия выполнялась женщинам, а вскрытие абсцесса – мужчинам.

Махова А.А.

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Малевич Ю.К.
Кафедра акушерства и гинекологии

Современная популярность ВЭ как метода влагалищного оперативного родоразрешения стало шире применяться в странах Европы и СНГ. ВЭП имеет свои преимущества перед другими методами родоразрешения в плане экстренного порядка и экономии времени оказания помощи при нарастании слабости потуг и гипоксии плода.

Цель: сравнение ближайшего исхода родов для матери и новорожденного при использовании влагалищного оперативного родоразрешения путём вакуум-экстракции плода и родов через естественные родовые пути.

Задачи:

1. Сравнение акушерского анамнеза рожениц, показаний к наложению ВЭ;

2. Изучить осложнения после использования ВЭ как со стороны матери, так и со стороны новорожденного;

3. Определить состояние новорожденных и матерей при выписке из родильного дома.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «5 ГКБ г.Минска», УЗ «1 ГКБ г. Минска». Для проведения исследований был избран метод клинического катамнестического наблюдения. Полученные результаты обработаны при помощи пакета прикладных программ Microsoft Office 2003. Для ретроспективного анализа использовались индивидуальные карты, истории родов женщин, которые были родоразрешены путем ВЭ за 2005-2007 г. (n=91) и истории развития новорожденных от этих же матерей(n=91). Контрольную группу составили женщины, которые родоразрешены через естественные родовые пути(n=91) и истории развития новорожденных детей от этих же матерей (n=91).

Выводы. I. В обеих исследуемых группах преобладали первородящие женщины. II. Все анализируемые роды были срочными. Все дети родились живыми, доношенными. По структуре гестационных осложнений и перенесенных во время беременности заболеваний пациентки обеих групп не отличались. III. Показания для оперативного влагалищного родоразрешения распределились в группах следующим образом: 1. Острая гипоксия плода 38 (42%), 2. 2-ая слабость родовой деятельности 39 (42,9%), 3.Тяжёлый гестоз 3 (2,7%),4. Миопия высокой степени 9 (8,2%), 5. Патология ССС 2 (1,8%) IV. Анализ осложнений для матери: 1. Кровопотеря в родах у родильниц двух групп, независимо от показаний для операций, достоверно не отличалась и составила в среднем 315 мл. 2. Всем роженицам в первой группе была произведена эпизиотомия.3. Разрыв влагалища 3 (3,3%) 4.Нарушение мочеиспускания 2 (2,1%) V. Анализ осложнений для плода: 1. Перинатальная смертность 0 (0%) 2. Ссадины 7 (7,5%) 3. Кефалогематома 3 (5,6%) 4.Внутричерепные кровоизлияния 2 (2,2%). VI. Исход для новорожденного:

1. Выписка домой в удовлетворительном состоянии на 4-7 сутки 89 (96%);
2. Перевод на этапное выхаживание 1 (1,09%);
3. Перевод в реанимационное отделение на ИВЛ 1 (1,09%).

Таким образом, использование новых усовершенствованных моделей ВЭ расширяет возможности оперативного родоразрешения через естественные родовые пути и, при соблюдении условий, показаний и техники наложения, не оказывает неблагоприятного влияния на течение раннего неонатального периода у новорожденных детей и безопасно для матери.

Мацкевич Е.В.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Лемешевский А.И.
Кафедра общей хирургии

Острый панкреатит (ОП) в структуре острой хирургической патологии занимает одно из ведущих мест. Тяжелое течение острого панкреатита имеет место примерно у 20% больных с этой патологией. Именно эта группа больных и формирует показатели летальности при ОП. По результатам различных авторов летальность при тяжелом течении ОП колеблется от 20 до 80%. Такой большой разброс данных о летальности свидетельствует не только о различных подходах к лечению больных с рассматриваемой патологией, но и о различных методиках и критериях в оценке тяжести ОП. Крайне важна для результатов лечения ранняя диагностика, оценка тяжести течения, прогнозирования исхода заболевания.

Продолжающийся на протяжении десятилетий до настоящего времени поиск критериев оценки тяжести ОП свидетельствует о сложности проблемы.

Цель: изучение клинического течения и исхода заболевания у пациентов с тяжелым острым панкреатитом (обострением хронического панкреатита), пребывавших в стационаре более одного месяца.

Материалы и методы. Исследование носило ретроспективный характер, проводилось на базе 3 ГКБ им. Е.В. Клумова. В исследование были включены 32 пациента с тяжелым течением панкреатита, пребывавших в стационаре более одного месяца на период с 2009-2012 гг.

Среди пациентов с ОП определена половая и возрастная структура, смертность среди, высчитано среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, а также количество койко-дней, проведенных в отделении интенсивной терапии и реанимации.

Степень тяжести заболевания определялась по следующим шкалам: Ranson, APACHE II, Бальтазару, а также по сумме диагностических баллов (данная методика разработана на базе Городской больницы святого великомученика Георгия, г. Санкт-Петербург). Кроме того, в ходе проведения исследования были отмечены наиболее частые осложнения, возникающие у пациентов с тяжелым течением панкреатита.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с тяжелым течением панкреатита за период 2009-2012гг. выявлено 60% мужчин и 40% женщин. Их средний возраст составил 45 лет. Среднее количество койко-дней – 57. 75% пациентов были направлены в отделение интенсивной терапии и реанимации (65% из хирургического отделения, 10% из приемного отделения).

Определение степени тяжести заболевания по шкалам Ranson и APACHE II было затруднено в связи с отсутствием в истории болезни пациентов необходимых лабораторных данных (количество альбуминов, ЛДГ и пр.) Установлено, что наиболее информативной в отношении оценки степени тяжести заболевания в условиях хирургического отделения 3 ГКБ им. Е.В. Клумова является метод расчета суммы диагностических баллов. Полученные в ходе исследования данные указывают на необходимость внедрения в повседневную практику шкалы определения тяжести течения панкреатита, наиболее адаптированной к условиям данного стационара с целью улучшения лечебно-диагностической тактики в отношении пациентов с тяжелым панкреатитом.

Машель В.В.

АНАЛИЗ ПАТОГЕНЕЗА МИОПАТИИ ДЮШЕННА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Колесникова М.Л.
Кафедра нормальной физиологии

Миопатия Дюшенна – тяжёлая наследственная патология, возникающая вследствие повреждения гена белка дистрофина и характеризующаяся прогрессирующими дегенеративными процессами в мышечных волокнах и мышечной слабостью. Заболевания нервно-мышечного аппарата стали актуальной проблемой медицины в последние годы, в том числе и наследственные. Миопатия Дюшенна занимает среди них особое место по ряду причин:

- Патогенез заболевания не изучен до конца.
- Современная медицина может обеспечить лишь симптоматическое лечение.
- Невозможность диагностирования до начала необратимых изменений в организме.
- Быстрое, злокачественное течение.
- Малая продолжительность и низкое качество жизни пациентов.

Поэтому важной задачей современной медицины стало нахождение оптимальных методов профилактики, диагностики, лечения и прогнозирования этой патологии. Для решения данной проблемы необходимо исчерпывающее понимание патогенеза этого заболевания, отличий нормальных физиологических процессов от патологических.

Цель: провести анализ патологических изменений в ходе развития болезни, выявить связь, между морфо-функциональными повреждениями рабочих органов (мышечных волокон) и клиническими проявлениями.

Результаты и их обсуждение. В работе проведён анализ отечественной и зарубежной литературы, о механизмах патогенеза, диагностике и лечении данной патологии. Также прове-

дено исследование истории болезни пациента с данной патологией. Обобщены результаты проведённого медикаментозного лечения.

Миопатия Дюшенна является тяжёлой патологией с необратимыми дегенеративными изменениями в мышечной ткани, детерминированными повреждениями генетического кода. На современном этапе развития, медицина может предложить лишь паллиативное лечение. Однако ранняя диагностика и своевременное назначения лечения могут значительно повысить срок и качество жизни пациента. Профилактические мероприятия и пренатальная диагностика дают возможность снизить общую заболеваемость популяции, но ставят перед медициной совершенно иной, этический вопрос.

Машкин А.И., Филимоненкова В.Ю.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ AZF-ФАКТОРА В АЛГОРИТМЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юшко Е.И.
Кафедра урологии

Около 15% супружеских пар в Беларуси бесплодны. Мужской фактор бесплодия составляет 35-40%. В ряде случаев мужское бесплодие связано с азооспермией или олигозооспермией тяжелой степени, обусловленными микроделецией локуса AZF Y-хромосомы. AZF-локус содержит три неперекрывающихся субрегиона: AZFa, AZFb и AZFc. Делеции AZFa- и AZFb-субрегионов ассоциированы с невозможностью получения зрелых половых клеток, а у пациентов с AZFc-делециями примерно в 71% случаев удается получить зрелые сперматозоиды.

Задачи:

1. Изучить частоту азооспермии и тяжелой олигозоспермии, ассоциированной с наличием генетических аномалий в виде микроделеций AZF локуса Y-хромосомы в бесплодных браках;
2. Установить частоту микроделеций локуса AZF Y-хромосомы среди пациентов с азооспермией, изучить структуру AZF-фактора в селективной группе пациентов и разработать показания для использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ);
3. Определить целесообразность проведения биопсии яичка у пациентов с азооспермией с наличием микроделеций разных субрегионов.

Материалы и методы. Исследуемую группу из 423 мужчин с бесплодием составили пациенты с азооспермией и тяжелой степенью олигозооспермии, обратившихся в МЧУП «Центр репродуктивной медицины» города Минска в течение 2006-2012 гг. Всем пациентам проведено комплексное в т.ч. генетическое обследование по протоколам ВОЗ.

Результаты и их обсуждение. Микроделеции AZF локуса выявлены у 22 (5,2%) из 423 пациентов. Диагностическая биопсия проведена 18 пациентам из 22 вышеуказанных. В случае сочетания делеции локусов AZFb и AZFc (3 случая) сперматозоиды не получены. Из 15 случаев делеции локуса AZFc у 5 (33,3%) пациентов сперматозоиды не получены, а у 10 (66,7%) пациентов получены единичные сперматозоиды, которые подверглись криоконсервации для использования в программе ВРТ. Процедура ЭКО+ICSI проведена 8 пациентам из 10 (2 проходят подготовку). В 3 (37,5%) случаях наступила беременность. В последующем в 2 случаях из них беременность завершилась срочными родами, в 1 случае - спонтанным абортом в 7-8 недель.

В ходе клинического обследования с учетом анамнестических факторов были выделены причины, которые могли стать возможным поводом наступления инфертильного состояния или утяжелить его степень. К числу данных причин нами были отнесены: соматическая патология (аллергические заболевания, псориаз)-8(36,4%) пациентов, оперативные вмешательства (грыжесечение, операция Ивасевича)- 5(22,7%) пациентов, перенесенные инфекционные

заболевания (эпидемический паротит, инфекционный гепатит)-2(9%), заболевания половых органов (гипоплазия одного яичка, травмы яичка) -15(68%), воспалительные заболевания половых органов (простатит, эпидидимит)-8(36%), урогенитальная инфекция (хламидийная, ассоциации возбудителей)-16(72,7%) пациентов.

Исследование микроделеций Y-хромосомы у мужчин с тяжелой формой олигоспермии и азооспермии является важным диагностическим и прогностическим критерием, определяющим рациональную тактику лечения, выбор метода преодоления бесплодия, а также прогноз для потомства мужского пола.

Медведева К.В.

СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Манак Т.Н.
Кафедра общей стоматологии

В наше время существуют различные методы препарирования корневого канала и множество разнообразных эндодонтических инструментов. Постоянное их совершенствование направлено на реализацию давнейшей мечты эндодонтов всего мира о создании универсальных и идеальных инструментов. При наличии даже таких инструментов остается не ясным, какой метод препарирования корневого канала стоит использовать в своей практике. Кроме усовершенствованных эндодонтических инструментов, на сегодняшний день появляются новые методы, которые требуют своего практического применения.

Цель: повысить эффективность обработки корневого канала.

Задачи:

1. Разработать анкету для определения частоты использования врачей различных методов препарирования корневых каналов;
2. Изучить методы препарирования корневых каналов;
3. На основании объективных критериев оценки сравнить эффективность препарирования корневых каналов различными методами.

Материалы и методы. В эксперименте было использовано 48 удаленных зубов по ортодонтическим показаниям, которые до начала эксперимента хранились в 10% растворе формалина. Трепанацию зубов проводили алмазными борами. Для каждого корня отдельно определяли рабочую длину. Затем все зубы были разделены на 4 группы таким образом, чтобы в каждой из них было по 10 корневых каналов. Группа № 1 – контрольная. Проводилось удаление содержимого канала ручным способом по методике «Crown-Down» + промывание дистиллированной водой. Группа № 2. Проводилось удаление содержимого каналов + ручная обработка корневого канала. Группа № 3. Проводилось удаление содержимого каналов + механическая обработка корневого канала с использованием системы ProTaper. Группа № 4. Проводилось удаление содержимого каналов + механическая обработка корневого канала с использованием системы Wave One.

Результаты и их обсуждение. 1. Получена хорошая форма корневых каналов. 2. Количество ошибок снижено к минимуму при механической обработке корневого канала в сравнении с ручным методом. 3. Возможность наилучшей медикаментозной обработки наблюдается при машинном методе. 4. На обработку корневого канала машинным методом затрачивается меньше времени и меньшее количество эндодонтического инструментария по сравнению с ручным методом.

Медведева К.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТБЕЛИВАЮЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Александрова Л.Л.,
канд. мед. наук, доц. Манак Т.Н.

1-ая кафедра терапевтической стоматологии
Кафедра общей стоматологии

Все большее количество людей хотят иметь красивые белые зубы – символ молодости, здоровья и успеха. Достигнуть этого возможно применением современных зубных паст, обладающих отбеливающим эффектом.

Цель: оценить эффективность использования отбеливающих зубных паст (ОЗП) у респондентов.

Задачи:

1. Провести социологический опрос для выявления информированности населения об использовании ОЗП;

2. Разработать анкету;

3. Определить эффективность использования ОЗП у респондентов; 4. Изучить зависимость отбеливающего эффекта от состава ОЗП; 5. Провести сравнительную оценку эффективности воздействия ОЗП.

Материалы и методы. В социологическом опросе участвовало 1224 человека, которые были разделены по возрасту от 18 до 29 лет. Из числа опрошенных было отобрано 260 респондентов для дальнейшего исследования и анкетирования, которые были разделены на 25 подгрупп (по 10 человек) в зависимости от марки использованной ими отбеливающей зубной пасты. Контрольная группа составляла 10 человек из лиц не использующих ОЗП. При проведении исследования респонденты в домашних условиях в течение двенадцати месяцев чистили зубы 2 раза в неделю мягкими щетками и различными по составу и абразивности лицензированными в РБ отбеливающими зубными пастами. В остальные дни респонденты проводили общепринятые гигиенические мероприятия. Перед проведением исследования респонденты были обучены стандартному методу чистки зубов, была проведена оценка гигиены полости рта и с помощью шкалы Vita и KERASKOP каждому респонденту был определен первоначальный тон зубов.

Результаты и их обсуждение. При проведении социологического опроса 1224 респондентов (68,4 %) используют ОЗП. Установлено, что наибольшую отбеливающую эффективность имеют ОЗП с отбеливающим компонентом химического действия и абразивом с RDA до 100. Наименьшую отбеливающую эффективность - ОЗП с отбеливающим абразивным компонентом и RDA больше 100.

Медведева А.С., Василевич В.М.

VASCULAR CHANGES IN CARDIAC MYXOMAS RESEMBLING THOSE IN MERKEL CELL CARCINOMA

Научные руководители Тихонович И.А., канд. мед. наук, доц. Юдина О.А.

Кафедра иностранных языков, кафедра патологической анатомии

Background. Cardiac myxomas are the most well-known cardiac tumours to date, yet the morphology of their vascular component has not been widely depicted in literature. The purpose of this study is to fully characterize the features of vascular changes associated with cardiac myxomas and to determine their frequency and differential diagnostic implications. Through our study we aim to compare the peculiarities of vascular changes in cardiac myxomas with those in Merkel Cell Carcinoma (MCC) to show that the classification of vessel changes in MCC is applicable to myxomas. This aspect, in turn, can be widely used by the specialist dealing with heart tumours in order to improve the diagnosis. MCC was chosen for its prominent vascular changes, which have not been very well studied until recently.

Materials and Methods. The key method of our study was light microscopy. 34 hematoxylin and eosin–stained histologic specimens of cardiac myxomas, diagnosed between 2006 and 2011 were included in the study. Microphotographs were taken with the help of a Leica DFC 425-C Camera and the necessary program equipment; statistical analysis was performed with the help of STATISTICA 6.21. The clinical information and follow-up data were obtained from the clinical database and referring pathologists of Minsk City Bureau of Pathology and the Republic Scientific and Practical Centre “Cardiology”, Minsk, Republic of Belarus.

Results. Having analysed 34 cases of cardiac myxomas we found out that vessels in such tumours are combined of one or more layers of myxoma cells and exhibit the so called treelike structures in 85,7% of cases. The peculiarities of vascular changes in myxomas can be compared with those in MCC. Vascular changes in MCC are classified into the following 7 patterns: pericyte hyperplasia, pyogenic granuloma–like, hemangioendothelioma–like, epithelioid hemangioma–like, peliosis–like, follicular dendritic cell tumor–like pattern and Azzopardi phenomenon. The following 3 types are the most characteristic of cardiac myxomas: pericyte hyperplasia, pyogenic granuloma–like pattern and peliosis–like pattern.

Conclusion. In terms of prominent vascular changes, cardiac myxomas can be considered somehow similar to Merkel Cell Carcinoma. The use of the classification of such a phenomenon in MCC can improve and simplify the diagnosis of myxomas. Thus, the most characteristic vascular changes in cardiac myxomas include pericyte hyperplasia, pyogenic granuloma–like pattern and peliosis–like pattern.

Медведский И.Н, Попова И.И.

ВЛИЯНИЕ 3-(2-ГИДРОКСИЭТИЛТИО)-4,6-ДИ-ТРЕТ-БУТИЛПИРОКАТЕХИНА НА АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС И АКТИВНОСТЬ ДЕТОКСИЦИРУЮЩИХ ФЕРМЕНТОВ ЭРИТРОЦИТОВ И ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бизунок Н.А.
Кафедра фармакологии

Пространственно экранированные дифенолы, включая производные пирокатехина, являются индукторами детоксицирующих ферментов (глутатион-S-трансферазы, УДФ-глюкуронозилтрансферазы, хинонредуктаза) in vivo и ингибируют химически индуцированный канцерогенез у экспериментальных животных, обладают противовоспалительной, антигипоксической и антиоксидантной активностью.

Цель: определить влияние пространственно экранированного производного пирокатехина 3-(2-гидроксиэтилтио)-4,6-ди-трет-бутилпирокатехина (BS-08) на антиоксидантный статус и активность детоксицирующих ферментов эритроцитов и печени мышей.

Материалы и методы. Мыши-самки массой 23 – 26 г. были рандомизированы в 4 группы (плацебо; BS-08 в дозах 20, 50 и 126 мг/кг) по 6 животных в каждую. В течение последующих 4 суток мышам внутрижелудочно вводился препарат соединения BS-08 или плацебо. На

5 сутки животные подвергались эвтаназии. Кровь для изучения активности супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионредуктазы, глутатион-S-трансферазы, восстановленного глутатиона и малонового диальдегида забиралась из сердца. В гомогенатах печени определялась активность глутатион-S-трансферазы и глутатионредуктазы. Статистическая значимость различий оценивалась при помощи точных критериев Джонкхиера-Терпстра и Краскела-Уоллиса, а также критерия Данна при $p < 0,05$. Связи между биохимическими параметрами оценивалась, при помощи коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ).

Результаты и их обсуждение. Внутрижелудочное введение 3-(2-гидроксиэтилтио)-4,6-ди-трет-бутилпирокатехина в течение 4 суток приводило к статистически значимому ($p < 0,05$) снижению содержанию восстановленного глутатиона в цельной крови и повышению активности глутатионредуктазы в эритроцитах в дозах 50 и 126 мг/кг по сравнению с контрольной группой. Корреляционная связь между активностью глутатионредуктазы в эритроцитах, концентрацией восстановленного глутатиона и дозой препарата BS-08 характеризовалась как прямая умеренной силы ($\rho = 0,67$) и обратная умеренной силы ($\rho = -0,49$) соответственно. Между активностью глутатионредуктазы эритроцитов и концентрацией восстановленного глутатиона выявлена обратная корреляция умеренной силы ($\rho = -0,52$). В печени отмечалось статистически значимое увеличение активности глутатион-S-трансферазы и глутатионредуктазы в дозе 126 мг/кг.

Мелешко С.В.

АТИПИЧНЫЕ МИКОБАКТЕРИОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Морозкина Н.С.
Кафедра фтизиопульмонологии

На сегодняшний день описано более ста сорока видов микобактерий, из них сорок способны вызвать заболевания у человека. До пандемии ВИЧ-инфекции атипичный микобактериоз (АТМБ) диагностировали крайне редко, как правило, у лиц с выраженной иммуносупрессией. С начала 1990-х гг. в большинстве экономически развитых стран всех регионах мира отмечают неуклонный рост заболеваемости. Следует отметить, что реальные эпидемические показатели АТМБ далеки от регистрируемых, т. к. в настоящее время отсутствуют точные критерии соответствия микробиологических данных и клинических проявлений.

Цель: изучить особенности клинических проявлений и диагностики АТМБ у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Задачи: рассмотреть этиопатогенетические аспекты заболевания, выявить основные клинические симптомы, характерные для АТМБ при ВИЧ-инфекции, изучить методы диагностики АТМБ, указать принципы лечения больных с АТМБ.

Материалы и методы. Данная работа выполнена путем анализа русскоязычной и англоязычной литературы за период с 1994 по 2011 гг.

Результаты и их обсуждение. АТМБ, вызванные M. avium complex (MAC) – суперинфекция, составляющая группу СПИД-ассоциированных оппортунистических инфекций.

АТМБ специфичны для выраженного иммунодефицита (уровень CD_4^+ составляет менее пятидесяти).

Основные клинические проявления: хроническая диарея, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, колит, поражение лимфоузлов (часто мезентериальных).

Для диагностики АТМБ предпочтителен трехкратный сбор мокроты в разные дни. При невозможности получения мокроты рекомендовано исследование бронхиального смыва. Если диагностика микробиологическими и рентгенологическими методами затруднена, то пациенту показаны бронхоскопия с биопсией легочной ткани, диагностическая торакотомия, эксцизионная биопсия лимфоузлов с гистологическим исследованием биоптата.

В схеме лечения могут быть использованы традиционные противотуберкулезные препараты (спектр применения ограничен устойчивостью к ним АТМБ, побочными эффектами, имеющейся сопутствующей патологией). Возможны и хирургические методы лечения.

Мелешко С.В.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИД

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Навроцкий А.Л.
Кафедра кожных и венерических болезней

Проблема ВИЧ-инфекции неоднократно рассматривалась на межгосударственном уровне в различных регионах мира. В результате в целях усиления борьбы с распространением СПИДа во всех странах Европы и Центральной Азии были созданы межведомственные координирующие органы, внесены соответствующие изменения в законодательную базу регионов.

В последние годы наблюдается изменение характера эпидемического процесса: активизировался половой путь передачи инфекции, о чем свидетельствует значительное увеличение количества инфицированных ВИЧ в результате незащищенного гетеросексуального контакта. Отмечается феминизация эпидемии и рост количества случаев передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов. Все это, бесспорно, создает предпосылки для распространения инфекции среди широких слоев населения и делает актуальными исследования, направленные на профилактику данного заболевания.

Цель: изучить информированность по проблеме ВИЧ-инфекции студентов медицинского университета.

Задачи: оценить уровень знаний студентов 1 и 5 курсов лечебного факультета по основным аспектам ВИЧ-инфекции, выявить наиболее и наименее освещенные аспекты данной тематики.

Материалы и методы. Объектом исследования были студенты 1 и 5 курсов лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ). Определение уровня знаний проводилось путем анонимного анкетирования с последующей обработкой полученных результатов методами вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. На блок вопросов анкеты, посвященный этиологии ВИЧ-инфекции, удельный вес правильных ответов среди первокурсников составил 71%, а среди студентов 5-го курса – 83%. Блок вопросов по патогенезу ВИЧ правильно оценили 59% первокурсников и также 83% пятикурсников. Вопросы по клиническим проявлениям верно оценили 64% и 83% студентов соответственно. Блоки по диагностике и лечению СПИДа оказался для студентов 1-го курса самыми сложным. Правильно ответили лишь 52% и 50% ответивших. А на 5-ом курсе правильные ответы были у 85% и 95% студентов. Вопросы, посвященные вертикальному пути передачи ВИЧ-инфекции, правильно оценили 52% первокурсников и 82% пятикурсников. Наиболее успешными были ответы по вопросам профилактики. Правильные ответы в 100% случаев дали студенты обеих групп.

Таким образом, в целом по всем аспектам ВИЧ-инфекции студенты 5 курса продемонстрировали более высокую информированность. Установлено, также, что некоторые из них знакомы не только с учебной программой по ВИЧ в разрезе курса инфекционных болезней, но и знакомы со специальной литературой по данному вопросу (Национальное руководство по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, методические рекомендации ВОЗ для европейского региона).

Мелько А.Я.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НИЗКОЙ КОСТНОЙ МАССЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Остеопороз – это заболевание, характеризующееся снижением прочности кости и повышению риска переломов, преимущественно позвоночника, бедренной кости, предплечья. Остеопороз и обусловленные им переломы ассоциированы с высокой инвалидизацией и смертностью пациентов. Согласно прогнозам экспертов Всемирной Федерации Остеопороза (IDF) по мере старения населения ожидается увеличение количества перелома, обусловленных остеопорозом. Среди наиболее доказанных факторов риска остеопоротических переломов выделяют: генетические, факторы риска падения, переломы при минимальной травме в анамнезе, перелом ШБ у родственников первой линии родства, наличии менопаузы, курение, чрезмерное употребление алкоголя, ревматоидный артрит, прием глюкокортикостероидов более 3-х месяцев, вторичные причины остеопороза.

Цель: оценка факторов риска и частоты встречаемости низкой костной массы у медицинских работников г. Минска.

Материалы и методы. Оценка факторов риска остеопороза проводилась с использованием анкеты, рекомендованной экспертами Всемирной Федерации Остеопороза, включающей 19 вопросов. При выявлении высокого риска развития остеопороза пациенткам проводилась оценка состояния МПК методом двойной рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) осевого скелета. В анкетировании приняли участие 129 женщин, средний возраст которых составил 54 года; из них 82 врача и 47 медицинских сестер.

Результаты и их обсуждение. Выявлена следующая частота встречаемости анализируемых факторов риска: нарушение осанки типа «вдовий горб» у родителей-14%; переломы при минимальной травме либо остеопороз у родителей- 14%; уменьшение роста после 40 лет более чем на три см-13%; переломы при минимальной травме- 9%; гиперфункция щитовидных/паращитовидных желез- 7%; окончание менструаций до 45 лет- 5%; частые падения – у 4% опрошенных женщин; прекращение менструации более чем на 12 месяцев (за исключением периода беременности, по причине менопаузы либо удаления матки)-4%; прием глюкокортикоидов- 2%; удалены яичники в возрасте до 50 лет и отсутствует прием заместительной гормональной терапии - 2%. Возраст опрошенных женщин от 29 до 72 лет. Количество женщин в менопаузе - 112.

По результатам ДРА осевого скелета у 57 женщин выявлена остеопения, у 27 – остеопороз.

Частота встречаемости в зависимости от возраста: 40-50 лет - у 11% женщин остеопения; 50-60 лет- 23,8% остеопороз, 44,4% остеопения; 60-70 лет- 37,9% остеопороз, 62% остеопения.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой частоте встречаемости остеопении - 44% и остеопороза-19% у медицинских работников г. Минска.

Мельник А.В.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ В СОСТАВЕ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

Научный руководитель д-р фармацевт. наук, проф. Эльяшевич Е.Г.
Кафедра организации фармации

Цель: познакомиться с развитием фармации на территории Белоруссии в составе Российской империи

Задачи: проследить за развитием фармации на территории Белоруссии; изучить статьи отечественных учёных-фармацевтов о взаимодействии фармации и общей культуры, влиянии важнейших теорий и открытий на состояние, объем и характер фармации.

Материалы и методы. Историко-медицинский (изучение архивных документов), логический.

В борьбе с болезнями в недрах народных масс вызревала и совершенствовалась медицинская помощь, сформировались ее носители в виде волхвов, ведунов. Еще в период древнерусского государства при крупных монастырях создавались шпитали, средства на их содержание и открытие завещали магнаты.

В период феодализма в связи с развитием ремесел, торговли, а, следовательно, и ростом городского населения создались благоприятные условия для появления первых аптек. Первая аптека на Полесье была открыта в. Пинске в 1561 г. Спустя 5 лет, в 1566 г. была открыта аптека в Бресте аптекарем Станиславом.

В аптеках продавались не только лекарства, но и заморские пряности, краски, производилась возгонка спирта и приготовление ликеров. И только около 30% всех товаров составляли лекарства.

Вместе с ростом капиталистического производства и объема торговли, развитием медицинской науки и увеличением количества врачей наблюдался рост сети аптек.

Рост сети аптек 1804-1825 г. происходил неравномерно, так как развитие капиталистического производства происходило в одних районах значительно быстрее, чем в других. Большинство аптек располагались в уездных городах и в крупных местечках.

Подготовку аптекарских помощников к фармацевтической практике проводили провизоры вольных аптек. В середине XVIII в. была учреждена Медицинская канцелярия, которая стремилась привлекать молодых людей для подготовки их по фармации. Образование включало следующие этапы: 5-6 лет ученик работал в аптеке и, выдержав экзамен на гезеля, 2-3 года служил в полевой аптеке, затем, выдержав экзамен на провизора (аптекаря), получал право на самостоятельную фармацевтическую деятельность.

28 июля 1808 года было открыто фармацевтическое отделение для подготовки провизоров при Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. Это было первое учебное заведение, в котором готовили кадры с высшим фармацевтическим образованием для России, Белоруссии и Украины.

Появились труды по медицине, медицинской ботанике, лекарственной химии, лечебники и фармакопеи. Большой вклад в развитие фармацевтической науки внесли отечественные учёные: Н.К. Карпинский, С.П. Крашенинников, Н.П. Соколов, В.Ф Зуев и др.

Результаты и их обсуждение. Нам удалось проследить за открытием и ростом аптек, и развитием фармацевтического образования на территории Беларуси в составе Российской империи. Мы ознакомились с работами естествоиспытателей в области лекарственной флоры. В процессе исследования было установлено, что истоками аптечного дела была народная медицина и народные врачеватели, передающие из поколения в поколение свой опыт.

История фармации неразрывно связана с историей медицины, т.к. в древние времена врачеванием и изготовлением лекарств занималось одно и то же лицо.

Мельник А.В., Гриц С.Е.

ФИТОТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Барковский Е.В.

Кафедра общей химии

Цель: изучение возможностей применения лекарственных растений при изготовлении препаратов, используемых при лечении онкологических заболеваний.

Задачи:

- проследить развитие фитотерапии и онкологии;
- изучить химические элементы и биологически активные вещества входящие в состав лекарственных растений;
- изучить свойства и структуру лекарственных препаратов, применяемых при онкологических заболеваниях;
- рассмотреть эксперименты ученых-врачей по применению новых противоопухолевых веществ растительного происхождения.

Материалы и методы. Историко-медицинский (изучение архивных документов), теоретический анализ.

Результаты и их обсуждение. Большинство изученных нами препаратов природного происхождения обладают широким спектром терапевтического действия: противовоспалительным, антитоксическим, антидепрессивным или успокаивающим, регенераторным, в ряде случаев – обезболивающим. Например, выделенные алкалоиды из безвременника великолепного (Colchicum Speciosum Stev.) демекольцин (колхамин) и близкий к нему по строению колхицин, содержащиеся в клубнелуковицах растения, обладают антимитотической активностью. Механизм действия колхицина обусловлен в первую очередь тем что, связываясь с тубулином, он приводит к дезагрегации митотического аппарата и вызывает т.н. К-митоз (колхициновый митоз) – клеточное деление нарушается на стадии метафазы и последующей анафазы, при этом хромосомы не могут разойтись к полюсам клетки, в результате образуются полиплоидные клетки. Колхицин широко используется в экспериментальных исследованиях в качестве мутагена. Это позволяет полагать, что они могут быть использованы в качестве симптоматических средств у онкологических больных, у которых исчерпаны возможности активного лечения.

Множество химических элементов и биологически активных веществ, используемых для создания противоопухолевых препаратов, можно выделить у ряда растений: ломонос шестилепестковый (Clematis hexapetala Pall.), молочай острый (Euphorbia esula L.), ноготки лекарственные (Calendula officinalis L.), пижма обыкновенная (Tanacetum vulgare L.), пеон необычный (Paeonia anomala L.) и т.д.

Тем не менее, несмотря на недостаточно полную изученность фармакологической активности препаратов из лекарственных растений, сегодня уже можно с уверенностью говорить о целесообразности поисков и исследований в этом направлении.

Мельникова Е.И.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Терехова Т.Н.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель: изучить распространенность вредной привычки курения среди подростков 11-х классов и выявить знания подростков о влиянии курения на состояние органов и тканей полости рта.

Материалы и методы. Распространенность вредной привычки курения среди подростков 16-17 лет установлена при анонимном анкетировании. Исследование проводилось в гимназии №12 г. Минска среди учащихся 11-х классов. Было проанкетировано 38 (17 лиц мужского пола и 21 женского) подростков. Весь цифровой материал статистически обработан с применением методов вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого нами исследования установлено, что курит 8 (21,05±6,5%) подростков, из них 5 (29,41±11,7%) парней и 3 (14,29±7,6%) девушки; 2 (11,77±7,5%) парня ранее курили, однако прекратили курение; 28 (73,68±7,3%) человек никогда не курили, из них 10 (58,82±11,3%) парней и 18 (85,71±7,7%) девушек.

Основываясь на проведенных исследованиях можно утверждать, что большинство подростков (37 человек или 97,37±2,7%) осведомлены о зависимости состояния органов и тканей полости рта от курения.

Таким образом, несмотря на наличие знаний у подростков о вреде курения, многие из опрошенных курят. В связи с этим необходимо повысить мотивационную работу по устранению вредных привычек среди подростков.

Мельникова К.В.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА, ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ СУЩЕСТВУЮЩЕГО КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Яговдик-Тележная Е.Н.
Кафедра инфекционных болезней

Цель: анализ динамики клинико-биохимических, вирусологических показателей пациентов с вирус ассоциированным циррозом печени в зависимости от проводимого лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось по средством несплошного выборочного архивного исследования пациентов стоящих на диспансерном учете в «центре инфекционной гепатологии» УЗ «ГИКБ» г. Минска. Обследовано 33 пациентов, среди них 18 мужчин и 15 женщин. У 26 этиологическим фактором хронической патологии печени определен вирус гепатита С, у 4 – вирус гепатита В, у 2 – D, у 1 – сочетанное поражение вирусом гепатита В и С. Комплексное обследование, позволившее установить стадию заболевания и отследить динамику состояния пациентов соответствовало международным стандартам и включало: ОАК (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, лейкоциты, ретикулоциты, СОЭ), БАК (билирубин общий и прямой, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ), протеинограмма, определение уровня альфа-фетопротеина, вирусную нагрузку, генотип вируса, УЗИ ОБП, ФГДС, гормонов щитовидной железы и др. В зависимости от получаемого лечения, все пациенты разделены на три группы. 1- ую составили те, кто получал этиотропную терапию, 2-ю – патогенетическую и симптоматическую, 3-ю – хирургическое лечение – проводилась трансплантация трупной печени.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый промежуток времени среди находившихся под наблюдением, произошло прогрессирование цирроза у пациентов на симптоматическом лечении (А-12,5-45,83%; В-20,83-29,17%; С-0-25%), в отличие от групп получавших этиотропном лечении (нет цирроза-20-14%; А-20-57%; В-20-0%; С-20-29%), при хирургическом лечении (нет цирроза-0-75%, А-25-1%, В-25-0%, 25-25%). Высокий уровень альфа-фетопротеина свыше 200, при динамическом наблюдении выявлено у пациентов получавших исключительно патогенетическую и симптоматическую терапии.

Мельничук Ю.А.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ОДНОРЯДНОГО И ДВУХРЯДНОГО КИШЕЧНЫХ ШВОВ В ХИРУРГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дечко В.М.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Удаление патологического очага с последующим восстановлением непрерывности является основным лечебным действием в хирургии желудочно-кишечного тракта. Проблема соединения органов очень актуальна, так как осложнения со стороны анастомоза на любом уровне кишечной трубки чреваты тяжелыми последствиями и, нередко, смертью больного. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в отношении наиболее рациональной методики наложения кишечного шва. Сторонники однорядного шва приводят достаточно большой статистический материал, в котором наглядно показывают его преимущества, в то время как множество экспериментальных работ посвящено защите двухрядного кишечного шва.

Цель: изучение в сравнительном аспекте однорядного непрерывного и двухрядного кишечных швов на основе обзора данных литературы и проведения экспериментальных исследований на трупном материале.

Задачи:

1) изучить в сравнительном аспекте преимущества однорядного непрерывного и двухрядного кишечных швов на основе данных литературы;

2) изучить в сравнительном аспекте недостатки однорядного непрерывного и двухрядного кишечных швов на основе данных литературы;

3) подтвердить полученные литературные данные путем проведения экспериментальных исследований на трупном материале;

4) проанализировать полученные данные и сделать заключение об использовании однорядного непрерывного и двухрядного швов в создании кишечных анастомозов.

Материалы и методы. Для достижения поставленных задач была изучена литература об использовании однорядного непрерывного и двухрядного швов в хирургии желудочно-кишечного тракта, где были выявлены преимущества и недостатки данных кишечных швов. На базе УЗ Городского клинического патологоанатомического бюро был осуществлен забор трупной тонкой кишки. На выделенном тонком кишечнике было сформировано 10 тонкокишечных анастомозов. 5 анастомозов сформировано с помощью однорядного непрерывного шва, 5 – с помощью двухрядного шва.

Результаты и их обсуждение.

1) При проведении экспериментального исследования для оценки массы инородного материала, оставляемого хирургом в ткани кишечной стенки при формировании анастомозов выявлено, что используя однорядный непрерывный шов в тканях кишки остается значительно меньше шовного материала, чем при использовании двухрядного шва. Поэтому в первом случае выраженность воспаления в ткани будет меньше, что так же подтверждено данными литературы.

2) Методом пневмопрессии была определена сила разрыва кишечных анастомозов. Наибольшая устойчивость к разрыву выявлена при использовании однорядного непрерывного шва.

Мелюх А.В., Рабцевич М.Л.

РЕАЛЬНЫЕ ДОПИНГИ В СОВРЕМЕННОМ СПОРТЕ

Научный руководитель доктор мед. наук, проф. Дубовик Б.В.

Кафедра фармакологии

Среди множества проблем современного спорта всё большее значение начинает приобретать проблема допинга. Она является чрезвычайно сложной, поскольку включает в себя тесно взаимосвязанные между собой медицинские, юридические и нравственные аспекты.

Медицинские аспекты обусловлены тем, что использование допингов спортсменами приводит к негативным, а в ряде случаев трагическим последствиям для их здоровья - зарегистрирован ряд случаев инвалидизации и даже смертельных исходов в результате их применения. В связи с этим международные спортивные и медицинские организации на протяжении нескольких десятилетий ведут борьбу с допингом. Однако эта борьба не дала желаемых результатов: использование допинга спортсменами продолжается.

Цель: изучение влияния наиболее широко используемых допингов на здоровье спортсменов.

Задачи:

1) ыыявить наиболее широко применяемые допинги среди спортсменов;
2) составить сравнительную характеристику положительных клинических эффектов и побочных действий наиболее используемых допингов;
3) Оценить уровень знаний о вреде допинга среди спортсменов;
4) Проанализировать организацию борьбы с допингом в современном спорте, определить эффективность этой борьбы в нашей стране.

Материалы и методы. Анкетирование, изучение результатов клинико-лабораторных обследований, статистический метод.

Результаты и их обсуждение. В результате выполненного исследования получены новые результаты, которые могут стать основой для разработки программ применения допингов, обладающих наибольшей эффективностью и максимальной безопасностью для здоровья.

А также эти результаты можно использовать в воспитательной и разъяснительной работе со спортсменами в антидопинговой пропаганде.

Мерибанова Ю.С., Шевяко А.Д.

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Научный руководитель асс. Грачева С.А.
Кафедра общей хирургии

Рожистое воспаление (РВ) – патология, актуальная для современной хирургии, ввиду высокой распространенности, как самого заболевания, так и факторов, к нему предрасполагающих. Серьезную проблему представляют деструктивные формы РВ и рецидивирующее течение, потому способы прогнозирования осложненного течения РВ важны в лечении заболевания.

Цель: оценить прогностическую ценность лейкоцитарных индексов у пациентов в динамике лечения РВ.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование специфичности лейкоцитарных индексов в зависимости от формы заболевания в течении РВ. Изучены карты 219 стационарных пациентов УЗ «5-я ГКБ», получавших лечение в отделении гнойно-септической хирургии (ГСХ) с диагнозом «РВ». Оценивались демографические показатели, данные общего анализа крови (на момент поступления и на момент выписки, при утрате данных использовался метод переноса данных последнего наблюдения вперед) после проведенного стационарного лечения. Учитывалась форма рожистого воспаления, наличие сопутствующих заболеваний - факторов риска развития РВ. Оценка ОАК проведена с помощью подсчета лейко-

цитарных индексов: ЛИИ, ЯИ, РОН, ИСЛСОЭ, ИСЛЭ, ГПИ. Полученные результаты обрабатывались с использованием программы Excel 2007 и пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В 2011-2012 годах с направительным диагнозом «РВ» в отделение ГСХ 5 ГКБ поступило 288 пациентов, диагноз позднее был подтвержден у 219 человек (46% мужчин, средний возраст 59,11 лет). Первичная рожа составила 82,2%, вторичная – 7,8%, рецидивная - 10%. К недеструктивным (эритематозная форма) относились 66,2% случаев, к деструктивным – 33,8% (числе 31,1% первичных, 0,9% вторичных и 1,8% рецидивных). Среди деструктивных (n=74) буллезная форма составила 70,3%, некротическая – 16,2%, флегмонозная – 13,5%. Сопутствующие заболевания - факторы риска РВ отмечались в 37,4% случаев; в 11,4% - при деструктивных формах. В ходе анализа было выяснено, что параметры лейкоцитарных индексов статистически достоверно отличались при сравнении до и после лечения следующих индексов: РИН и ГПИ – в группе деструктивного РВ; ЯИ, РИН, ИСЛСОЭ; ГПИ до и после лечения в группе недеструктивного РВ; ЛИИ, ЯИ, ИСЛСОЭ, ГПИ – в группе первичного РВ; ГПИ в группе рецидивного РВ. В зависимости от формы РВ статистически значимыми были отличия индексов до и после лечения в следующих группах: ЛИИ, ЯИ, РИН, ГПИ – при эритематозном РВ, РИН, ИСЛСОЭ, ГПИ при буллезном РВ. Различия между формами РВ при поступлении имели численный тренд в пользу худших значений при деструктивных формах, но разница была статистически не значимой.

Выводы. Лейкоцитарные индексы могут быть ценным фактором оценки ответа на лечение РВ вне зависимости от формы заболевания; при сравнении индексов между формами РВ при поступлении имел место численный тренд в пользу худших значений при деструктивных формах, но разница не достигала статистической значимости.

Метельский А.А., Рутковский А.К.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гавриленко Л.Н.
Кафедра клинической фармакологии

Цель: фармакоэпидемиологический анализ проведения антигипертензивной терапии в условиях работы бригад скорой медицинской помощи Республики Беларусь.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем выкопировки данных и анализа карт вызовов бригад скорой медицинской помощи Минского района у пациентов с диагнозом артериальная гипертензия (АГ) или гипертонический криз (ГК) за период с 20.04.2012 по 30.10.2012.

Результаты и их обсуждение. Авторами проведен первичный анализ 1171 карты из 10 000 карт, что составило 12% всех обслуженных вызовов за указанный период. Проведен анализ всех назначений лекарственных веществ, в том числе в парентеральных лекарственных формах и формах, назначаемых внутрь.

В структуре назначений при оказании скорой помощи по поводу АГ и ГК доля лекарственных средств, введенных пациентам с АГ и ГК, составила 22% (1872 назначения в абсолютных числах) от всех медикаментозных назначений при обращениях в службу скорой помощи за исследуемый период времени. Это составило, соответственно, 1,5 назначения на один установленный диагноз АГ или ГК.

Авторами исследования было установлено, что лидирующие позиции в общей структуре лекарственных назначений занимают два препарата: «Магния сульфат, раствор для инъекций 25%» и «Фуросемид, раствор для инъекций 2%», которые составили, соответственно, 30% и 27% в структуре назначений, что говорит о высокой «популярности» этих лекарственных средств среди медперсонала бригад скорой помощи. Однако, приоритетный выбор «Магния

сульфата, раствор для инъекций 25%» не соответствует требованиям приказа МЗ РБ от 09.02.2012 №155 «Об утверждении алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, ОКС и острым нарушением мозгового кровообращения на амбулаторном этапе» и противоречит основным положениям приказа МЗ РБ от 30.09.2010 №1030 «Об утверждении клинического протокола оказания скорой неотложной помощи взрослому населению».

Обращает на себя внимание тот факт, что среди прочих назначений довольно высока доля назначения лекарственных средств, не рекомендованных к назначению при АГ – Корвалол, Метоклопрамид, Димедрол и др. (суммарно составили около 20%).

Первые результаты фармакоэпидемиологического исследования оказания скорой помощи при АГ и ГК позволяют установить несоответствие реальной клинической практики современным международным и национальным клиническим рекомендациям и протоколам лечения и обосновывают необходимость проведения работы по повышению уровня компетентности врачей и среднего медицинского персонала бригад скорой помощи в области знаний целей терапии артериальной гипертензии и гипертонических кризов в соответствии с клиническими рекомендациями, основанными на данных доказательной медицины, что может привести к более высоким результатам и значительной экономии средств, затрачиваемых в Республике Беларусь ежегодно на лечение и реабилитацию больных заболеваниями системы кровообращения.

Милькото Д.Г.

НЕКОМПАКТНЫЙ МИОКАРД У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чичко А.М.
1-ая кафедра детских болезней

Некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ) является редкой, недостаточно изученной врожденной кардиомиопатией, из-за чего заболевание нередко не распознается, либо диагностируется несвоевременно. Этиология и патогенез заболевания до конца не изучены.

Цель: изучить клинические проявления заболевания и структурно-функциональное состояние миокарда у больных некомпактным миокардом левого желудочка.

Материалы и методы. Были изучены анамнез, клинические проявления, данные историй болезней двух пациентов в возрасте 9 и 11 лет с некомпактным миокардом левого желудочка, находившихся на лечении во 2-ой ГДКБ.

При оценке клинических проявлений и инструментальных данных оказалось, что первые проявления болезни у одного пациента были выявлены три года тому назад, когда на фоне ОРВИ были обнаружены признаки сердечной недостаточности и в результате обследования и лечения был установлен диагноз: дилятационной кардиомиопатии. У второго ребенка отмечалось малосимптомное течение заболевания.

У обоих детей некомпактный миокард располагался в области верхушки и задней стенки левого желудочка.

По данным ЭКГ у детей была синусовая тахи- или брадикардия, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с изменениями в переднеперегородочной и области верхушки, замедление внутрипредсердной проводимости, удлинение интервала QT. Нарушения ритма сердца при ЭКГ и холтеровском исследовании выявлено не было.

При ЭхоКГ исследовании выявление в миокарде левого желудочка некомпактного эндокардиального слоя с локализацией в области верхушки и задней стенки левого желудочка. Характерным являлось наличие множества трабекул с образованием между ними глубоких межтрабекулярных пространств, выстланных изнутри эндокардом и сообщающихся с полостью ЛЖ.

Лечение одного включало пациента включало сердечные гликозиды, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, мочегонные, дезагреганты. Обоим пациентам проводились курсы кардиометаболической и витаминотерапии.

Результаты и их обсуждение. Синдром некомпактного миокарда - это заболевание, которое не распознается, либо диагностируется несвоевременно, что обусловлено неспецифичностью его клинических и инструментальных признаков и недостаточной осведомленностью широкого круга практикующих врачей.

Эхокардиография обладает высокой информативностью в распознавании некомпактного миокарда левого желудочка и проведении дифференциальной диагностики с другими кардиомиопатиями, что позволяет использовать ее в качестве основного наиболее доступного и приемлемого метода. Как дополнительный метод диагностики может быть использована магнитно-резонансная томография сердца.

Мильто Е.В., Кудло И.О.

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ. УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ОБ ИХ НАЛИЧИИ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мараховская С.В.
Кафедра общей гигиены

Пищевые добавки – вещества, которые в технологических целях добавляются в пищевые продукты в процессе производства, упаковки, транспортировки или хранения для придания им желаемых свойств (аромата – ароматизаторы, цвета – красители, длительности хранения – консерванты, вкуса и т. п.). Применение пищевых добавок – это часть современной технологии производства продовольственных товаров. Потребность в них особенно возросла в последнее время, т.к. с их помощью улучшаются питательные свойства продукта и внешний вид, увеличивается его срок хранения. Однако многие потребители не владеют знаниями о том, что многочисленные пищевые добавки имеют свойство накапливаться в организме человека и могут вызывать различные реакции: от расстройств желудка и аллергических реакций до обострения хронических заболеваний и развития злокачественной опухоли. Трудность анализа воздействия пищевых добавок на организм в том, что полностью определить размер полученного вреда человеком можно только спустя годы.

Цель: выявить уровень грамотности студентов 2 курса лечебного факультета в вопросах о значении и действии пищевых добавок, а также, используя данные литературы, изучить возможные последствия употребления продуктов питания, содержащих пищевые добавки.

Задачи: определить путём анкетирования, какие элементарные знания о пищевых добавках имеются у студентов; получить краткие сведения о видах и значении пищевых добавок; используя литературные данные, изучить список запрещённых и неразрешённых в Республике Беларусь пищевых добавок; определить, какими элементарными знаниями о пищевых добавках следует обладать, чтобы выбирать качественные продукты питания; используя полученные данные, рекомендовать способы развития компетентности по вопросам воздействия пищевых добавок на организм.

Материалы и методы. Исследование проводилось путём анкетирования среди студентов 1 потока 2 курса лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета. Было проанализировано 124 анкеты, на основании которых был получен ряд результатов. Представляем некоторые из них: 1) большинство студентов (64%) не обращают внимание на состав покупаемых продуктов; 2) 40% опрошенных являются противниками пищевых добавок; 3) многие опрошенные имеют представление об элементарных пищевых добавках; 4) 19% студентов не знают о вреде регулярного употребления продуктов, содержащих пищевые добавки, 44% лишь догадываются о негативном воздействии; 5) большая

часть опрошенных (69%) не обсуждают с родителями или сверстниками проблему воздействия пищевых добавок на организм, то есть даже имеющиеся у студентов по этому вопросу знания широко не распространяются, ограничиваясь только узким кругом лиц.

Результаты и их обсуждение. Анкетирование показало, что опрошенные студенты обладают недостаточным уровнем знаний по вопросам значения и действия пищевых добавок на организм человека. В связи с этим, были разработаны рекомендации по расширению среди студентов знаний о пищевых добавках.

Минько Е.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Кондратенко Г.Г.
1-ая кафедра хирургических болезней

Цель: оценить эффективность применения эндоскопических методов гемостаза у пациентов с гастродуоденальным кровотечением (ГДК).

Материалы и методы. Были изучены результаты фиброгастродуоденоскопии, которые были проведены на базе УЗ «10-ая городская клиническая больница города Минска» за период с января 2011 года по декабрь 2011 года.

Результаты и их обсуждение. Иисследованы результаты эндоскопического пособия 539 пациентов с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (исключая пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода). Мужчин было 393 (72,9%), женщин 146 (27,1%). По возрастному составу пациенты были разделены на 4 группы следующим образом: группа от 17 до 39 лет – 131 (24,3 %), 40-59 – 214 (39,7%), 60-79 – 155 (28,76%), старше 80 – 39 (7,24%) больных.

В подавляющем большинстве наблюдений ГДК имели язвенную этиологию – 384 пациента (71,24%). ГДК неязвенной этиологии наблюдались в 155 случае (28,76%). Наиболее часто источником кровотечения являлись хронические язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 199 (36,92%), вторым по частоте источником кровотечения были хронические язвы желудка – 107 (19,85%), третьим – острые язвы желудка – 44 (8,16%), далее – язвы гастроэнтероанастомоза 26 (4,82%) и реже всего источником кровотечения являлись острые язвы ДПК – 8 (1,48%). Этиология неязвенных ГДК была следующей: синдром Меллори-Вейса встречался наиболее часто – 120 пациентов (22,26%), эрозивно–язвенный эзофагит – 24 (4,45%), рак желудка 5 (0,92%) и синдром Делафуа 5 случаев (1,1%).

Для остановки кровотечения применялось 4 вида эндоскопического гемостаза. В подавляющем большинстве случаев использовался инъекционный гемостаз – в 517 (95,92%) случаях, клипирование – 17 (3,15%), орошение источника кровотечения раствором аминокапроновой кислоты – 1 (0,19%) и комбинированный механический (клипирование) в сочетании с инъекционными методами – 4 (0,74%). Среди средств для инъекционного эндоскопического гемостаза наиболее часто использовалась комбинация спирт + адреналин – 241 (53,2%) случаев, этоксисклерол 0,3 - 0,5% – 168 (37,1%), спирт + адреналин + этоксисклерол – 17 (3,8%), этоксисклерол + адреналин – 19 (4,2%), физиологический раствор + адреналин – 4 (0,9%), спирт – 4 (0,9%).

Первичный гемостаз независимо от его вида и источника кровотечения достигнут в 91,9% случаев. Однако в различные промежутки времени наблюдались рецидивы кровотечений, всего их было 62 (11,5%). Наибольшая частота рецидивов наблюдалась на вторые сутки после проведенного гемостаза - 31 (50%), в первые 24 часа от момента первичного гемостаза - 25 (40,3%), на третьи сутки – 3 (4,8%), более 3 суток –3 (4,9%). У 46 пациентов (74,2%) произошел один рецидив кровотечения, у 10 (16,1%) – два рецидива, у 6 (9,7%) – три рецидива.

Выводы.

1. До настоящего времени применяемые в клинической практике методы и средства эндоскопического гемостаза при ГДК не являются абсолютно эффективными и надежными.

2. Существует необходимость совершенствования методов и разработки высокоэффективных средств для обеспечения эндоскопической остановки гастродуоденальных кровотечений.

Мирзомогомедова В.Г.

ВОДА И НАШЕ ЗДОРОВЬЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Афанасьева Т.Н.
Кафедра патологической физиологии

22 марта 2005 года ООН объявила о начале Декады воды, чтобы обратить внимание человечества на проблему дефицита воды и её загрязнения. Девиз декады – «Вода для жизни».

Цель: с учетом новых данных, выяснить, какое влияние вода оказывает на наше здоровье.

Впервые о роли воды высказал своё мнение древнегреческий философ Фалес Милетский. Он утверждал, что вода является фундаментальным элементом Вселенной, т.к. только она имеет 3 агрегатных состояния: твердое, жидкое и газообразное. Сейчас же известно 42 вида воды.

Во все времена и у всех народов вода в реальной жизни и в сказаниях использовалась как во вред, так и во благо. Вода несла смерть и возвращала к жизни.

Мы начинаем нашу жизнь в виде плода, который состоит из воды на 99 %. Когда человек рождается, вода составляет 90 % от массы его тела, а к тому времени, когда он достигает зрелого возраста, содержание воды снижается до 70 %. Если человек умирает в глубокой старости, то его тело состоит из воды приблизительно на 50 %. Иными словами, на всем протяжении нашей жизни мы существуем, главным образом, в виде воды.

На сегодняшний день доказано, что вода – информационно заряженное вещество. Она хранит информацию обо всем, с чем соприкасается при помощи кластеров. Вода распознает направленные к ней информационные сигналы, и потому ее можно программировать и перепрограммировать, насыщать энергией и даже воссоздавать ее уникальные природные свойства, т.е. структурировать воду. Современная модель воды названа кластерно-фрактальной.

Каждые 15 дней наш организм обновляет кровь. Вода, основная составляющая нашего организма, также полностью обновляется, в среднем через 16-20 суток, а у беременной женщины – ежедневно. Вода выполняет следующие функции в организме: способствует доставке кислорода в клетки, транспортирует питательные вещества, обеспечивает гидратацию клеток, способствует поддержанию кислотно-щелочного баланса (pH), регулирует температуру тела, выводит из организма отходы жизнедеятельности, предотвращает адгезию клеток, улучшает клеточную коммуникацию, поддерживает нормальные электрические свойства клеток, ускоряет естественные процессы регенерации в организме. Считается, что для поддержания водного баланса необходимо выпивать 30 мл воды на кг веса человека. Если потеря воды в организме составит 2% от массы тела, возникнет сильная жажда. Если процент потерянной воды увеличится до 10, то серьезных проблем со здоровьем не избежать. При потере 12% - человек не сможет восстановиться без помощи врача. При потере 20% - человек умирает. Человеческий организм не располагает запасами воды, способными поддерживать его жизнедеятельность в условиях обезвоживания. В среднем за свою жизнь человек потребляет (и выделяет) от 50 до 75 тонн воды. Но отнюдь не любая жидкость способна удовлетворить потребность организма в воде. Так, например, чай, кофе, пиво, алкоголь, искусственные напитки помимо того, что содержат воду, также имеют в своём составе и обезвоживающие средства.

Вода – основная составляющая нашего организма. С её помощью становится возможным протекание в организме важнейших биологических, биохимических, физиологических про-

цессов. И качество этих процессов будет напрямую зависеть от качества и количество воды в нашем организме.

Миронов С.А.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук Волчек А.В.
Кафедра фармакологии

Как известно, проблема старения организма волнует человечество на протяжении всего его сознательного существования. Поиски способа продления жизни с античных времен стимулировали развитие науки, дали начало химии и биологии, легли в основу медицины. В настоящее время, несмотря на достигнутые успехи в лечении прежде смертельных заболеваний, мы все еще не можем управлять продолжительностью жизни человека. И на сегодняшний день, по данным ВОЗ, «лекарство от старости» является самым ожидаемым лекарственным средством.

Эксперименты на животных показывают, что, воздействуя на экологические или генетические факторы, можно успешно управлять старением. Сейчас хорошо изучено влияние диеты на продолжительность жизни. Так, ограничение калорийности пищи достоверно продлевает жизнь лабораторным животным. И наоборот, излишне калорийная и насыщенная жирами диета укорачивает жизнь. К успехам медицины последнего десятилетия следует отнести доказательство эффективности ресвератрола, который способен противодействовать пагубному влиянию на продолжительность жизни диеты с высоким содержанием жиров.

Перспективным подходом к разработке модуляторов старения является контроль экспрессии генов. Исследования в этом направлении привели к открытию более сотни генов и факторов транскрипции, нескольких путей активации этих генов, что позволило детально изучить механизм старения и дает материал для подбора наиболее перспективных мишеней фармакологической коррекции старения.

Недавно была доказана способность противобластомного препарата рапамицин продлевать жизнь «взрослых» и «пожилых» мышей. Детальное изучение механизма действия рапамицина показало, что увеличение продолжительности жизни связано со способностью ингибировать сигнальный комплекс mTORC1 (буквально переводится как белок – мишень рапамицина у млекопитающих). MTORC1 инициирует трансляцию мРНК и является ключевым стимулятором биосинтеза белка, отвечая за жизнедеятельность клетки, процессы деления и старения. Поскольку способность mTORC1 влиять на старение клетки сопряжена со снижением митотической активности, рапамицин подавляет и клеточный иммунитет. Эта особенность модуляторов mTORC1 снижает их ценность в качестве потенциальных модуляторов старения.

По современным данным, в качестве наиболее подходящих мишеней для потенциальных модуляторов старения следует рассматривать факторы транскрипции IGF1R и FOXO3. Показано, что продолжительность жизни клонов мышей с низкой активностью IGF1R и FOXO3 существенно увеличивается, при этом параметры основного обмена и иммунитета соответствуют норме. Поэтому по оптимистичным прогнозам, создание лекарственных средств – ингибиторов IGF1R и FOXO3 может позволить контролировать процесс старения и принести беспрецедентную пользу человечеству.

Миронова Е.В., Згирская В.О.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Назаренко О.Н.
Кафедра пропедевтики детских болезней

Цель: определение характерной клинической картины пневмоний различной этиологии у детей.

Задачи:

3. Определить особенности анамнеза заболевания и клинической картины пневмоний;
4. Дать характеристику изменений общего анализа крови;
5. Выявить характерные рентгенологические признаки пневмоний типичной бактериальной этиологии и вызванных хламидиями и микоплазмой.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 101 истории болезни детей с пневмониями, находившихся на лечении в педиатрическом отделении 4 детской клинической больницы с октября 2012 года по январь 2013 года. Истории были отобраны методом сплошной выборки (все пациенты с данным диагнозом). Из 101 ребёнка, находившегося на лечении, обследовано на предмет наличия хламидий и микоплазмы, 17 пациентов, 9 из них имели подтверждённый диагноз, а у 8 данные микроорганизмы выявлены не были. Таким образом, было сформировано 3 группы: с неустановленной этиологией (п=84), атипичные (п=9, АП), и бактериальные (п=8, БП). Подробному анализу и сравнению были подвергнуты данные второй (АП) и третьей (БП) групп. Средний возраст детей с АП составил 10,8 лет, с БП – 9,0 лет.

Результаты и их обсуждение. Сравнение частоты встречаемости различных вариантов основных диагнозов показало, что в обеих группах преобладали очаговые пневмонии, но в группе АП с одинаковой частотой наблюдались право- и левосторонние пневмонии (по 44,44%) и в 33,33% случаев имели место очагово-сливные пневмонии, а в группе БП преобладали левосторонние очагове пневмонии (62,5%). При анализе сопутствующих диагнозов существенных различий в частоте ринофарингитов, синуситов, интоксикационного и обструктивного синдромов выявлено не было. При оценке выраженности и длительности лихорадки установлено, что выраженность этого показателя была одинаковой (средняя температура – 38,1), а длительность при АП составила 4,9 дня, а при БП – 5,6 дней. При анализе гемограмм в начальный период заболевания установлены существенные различия: при АП имел место более выраженный палочкоядерный сдвиг формулы крови (11,75±1,25) по сравнению с БП (5,3±0,7), $P<0,05$ и существенно более высокое СОЭ ($P<0,05$).

Полученные данные представляют определённый интерес, поскольку позволяют предположить, у каких пациентов имеется более высокая вероятность наличия хламидийных и микоплазменных пневмоний с назначением соответствующего лечения.

Миронович А.С.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ПО ВОПРОСАМ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА С АНАЛИЗОМ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ НА БАЗЕ МИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Курченкова В.И.
2-ая кафедра внутренних болезней

Болезнь крона (БК) – хроническое воспалительное заболевание кишечника – одно из самых загадочных заболеваний. Эта патология, впервые описанная в 1932г., упорно не желает раскрывать свои тайны. Постоянный интерес к заболеванию обусловлен, прежде всего тем, что несмотря на многолетнюю историю изучения до настоящего времени этиология БК остаётся неизвестной, а патогенез полностью неясен.

Цель: изучение современного состояния диагностической тактики, необходимой дифференциальной диагностики в постановке диагноза БК.

Задачи:

1) составление наиболее полного литературного обзора по данной проблеме, систематизация имеющихся в отечественной и зарубежной литературе данных;
2) Разработка плана лечения и индивидуального ведения пациентов с диагнозом БК на амбулаторном этапе;
3) Разбор клинических случаев.

Материалы и методы. Проведён литературный обзор современных медицинских источников за последние 5 лет. Работа с медицинской документацией – анализ историй болезни пациентов с БК из архива и курируемых пациентов.

Результаты и их обсуждение.

1. Своевременная диагностика, подбор адекватной медикаментозной терапии и индивидуальный подход к ведению пациентов на амбулаторном этапе является ключом к успешному лечению БК и предотвращению развития состояний, угрожающих жизни пациента и значительного снижения её качества.
2. Необходимо расширять базу клинических исследований по данной проблеме, проводить ознакомление врачей с новыми методами диагностики, лечения и ведения пациентов с данной патологией на амбулаторном этапе с целью снижения количества диагностических ошибок.

Мирончик Ю.М., Орехова М.А.

АНАЛИЗ БАКТЕРИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ/РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ БРОНХИТ, К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Научный руководитель Бочкарева Н.А.
Кафедра фармакологии

Антибиотикорезистентность на современном этапе является «угрозой национальной безопасности». Терапия внегоспитальных пневмоний и обострения хронического гнойного бронхита – актуальная, не теряющая своего значения задача, в связи с высоким уровнем заболеваемости. В связи с широким и часто необоснованным применением антибиотиков в общей врачебной практике заболевания принимают хроническое, затяжное течение, имеется риск возникновения синдрома системного воспаления, а также развития тяжелых, угрожающих жизни осложнений.

Цель: установить спектр возбудителей, вызывающих внегоспитальные пневмонии и хронический гнойный бронхит с определением чувствительности/резистентности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам для оптимизации проводимого лечения данной патологии.

Задачи:

1. Изучить спектр этиологически значимых бактерий при внегоспитальных пневмониях и хроническом гнойном бронхите у разных возрастных групп за 2012 г.;

2. Проанализировать чувствительность/резистентность причиннозначимых патогенов к наиболее широко используемым антибиотикам;

3. Провести анализ адекватности проводимой догоспитальной и госпитальной антибактериальной терапии у пациентов с указанной выше патологией.

Материалы и методы. Исследование проводится на базе 6 ГДКБ; для учёта использованы истории болезни пациентов пульмонологического отделения №1; проанализированы истории болезни пациентов с внегоспитальными пневмониями и хроническим гнойным бронхитом; период исследования -2012г.

Результаты и их обсуждение. В спектре выделенных микроорганизмов преобладают грамположительные бактерии; наиболее часто встречаемые виды: St. haemolyticus, St. aureus, St. pneumonia, St. pyogenes, St. epidermidis, Pseudomonas aeruginosa; при лечении данной патологии широко использовались препараты, действующие преимущественно на грамотрицательную микрофлору; с учетом преобладания грамположительной флоры, препаратами, активно действующими на данные микроорганизмы, являются антибиотики пенициллинового ряда и макролиды.

Проводимое исследование подтверждает необходимость непрерывного мониторинга спектра возбудителей в конкретных лечебных учреждениях (отделениях) для повышения эффективности антибактериального лечения пациентов и предотвращения увеличения резистентных штаммов микроорганизмов.

Мирончик Ю.М., Орехова М.А.

ЗАКОН ЖИЗНИ

Научный руководитель ст. преп. Гурлев В.С.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Ежегодно в Беларуси на пожарах гибнет более 1 тыс. человек, что составляет около 7% общего числа гибелей людей по стране. В 2012 году ущерб только от лесных пожаров в Беларуси составил 368,4 млн. рублей, сгорело и повреждено леса на корню на 308,9 млн. рублей. Расходы, связанные с тушением и ликвидацией последствий пожаров, в 2012 году составили 314,5 млн. рублей. Всего в прошлом году произошло 544 лесных пожара, по неустановленным причинам произошло 369 пожаров, из них только в Минской области 112. Из-за нарушения населением правил пожарной безопасности в лесах случилось 126 пожаров, в результате сельскохозяйственных палов, грозовых разрядов, по вине лесозаготовителей, экспедиций и других организаций — 49 пожаров. В целом 2012 году общее количество пожаров в нашей стране снизилось на 6% по сравнению с 2011 годом. Несмотря на это, общая обстановка остается напряженной: с начала 2013 года на пожарах погибли уже 986 человек, в том числе 17 детей. Основная причина трагедий - неосторожное обращение с огнем. Поэтому нельзя не отметить человеческий фактор в возникновении столь опасных для человека экстремальных ситуаций, в которых гибнет огромное количество людей.

Цель: профилактика возникновения пожаров среди населения страны.

Задачи:

1. Изучить проблему ЧС – пожаров, охарактеризовать опасные для человека факторы пожара;

2. Изучить, проанализировать, дать краткое описание событию, произошедшему в клубе «Кисс» 27 января 2013г.;

3. Сформировать сознание необходимости правильного поведения у людей, направленного на снижение риска возникновения пожаров.

Результаты и их обсуждение. Формирование у людей сознания необходимости соблюдения основных правил пожарной безопасности, с целью предотвращения возникновения чрезвычайных ситуаций – пожаров.

Огонь – не игрушка! Это все знают, но не каждый по каким-то причинам хочет понимать и соблюдать общепринятые правила пожарной безопасности. Необходимо отметить, что полностью избежать возникновения пожаров невозможно, но уменьшить вероятность возгораний за счет снижения отрицательного влияния человеческого фактора необходимо. Для этого каждый человек должен выполнять общие правила поведения в области пожарной безопасности и соблюдать их в повседневной жизни. Надо помнить и о том, что необходимость соблюдения правил пожарной безопасности диктуется не только законом РБ, где предусмотрены определенные права, обязанности и ответственность в области пожарной безопасности, но и законом жизни.

Мисько А.А.

ФАРМАЦИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВ ДРЕВНИХ ЦИВИЛИЗАЦИЙ

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Капитула Л.С.
Кафедра латинского языка

Цель: краткая характеристика технологии лекарств древних цивилизаций.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные из учебной и справочной литературы по истории фармации, аптечному делу и технологии приготовления лекарств.

Для работы с отобранным материалом был использован метод сравнительно-исторического анализа технологии лекарств Месопотамии, Древнего Египта, Древнего Китая, Древнего Рима и Арабских халифатов.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что во всех древнейших цивилизациях в качестве лекарств широко использовались растительные средства, продукты минерального и животного происхождения. При изготовлении лекарств применялись следующие технологии: измельчение, просеивание, настаивание, процеживание, отжимание и др.

Наибольший вклад в развитие фармации внес великий врач, анатом и фармацевт римского периода Клавдий Гален. Его классификация лекарственных средств имеет сходство с современной: слабительные, вяжущие, смягчающие, мочегонные, болеутоляющие, кроветворные средства, противоядия и др. Примечательно, что современное развитие фармацевтической технологии основано на опыте приготовления лекарств древних цивилизаций.

Мисько Е.А., Апанасик О.С.

ФИЗИОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (НАГЛЯДНОЕ ПОСОБИЕ)

Научный руководитель ст. преп. Никитина О.С.
Кафедра нормальной физиологии

Цель: создание наглядного пособия (плаката) с целью наилучшего восприятия и изучения физиологии, анатомии и ферментативной системы поджелудочной железы.

Поджелудочная железа – орган пищеварительной системы. Она расположена в забрюшинном пространстве поперек позвоночника на уровне I и верхней части II поясничных позвонков в виде уплощенного тяжа длиной 15-25 см и шириной 3-9 см, вес 70-80 г. Сзади прилежит к нижней полой вене, левой почечной вене и аорте. Выводной проток поджелудочной железы, или Вирсунгов проток, принимает многочисленные ветви, которые впадают в него

почти под прямым углом; соединившись с ductus choledochus, проток открывается общим отверстием с последним на papilla duodeni major.

Внешняя (экзокринная) секреция поджелудочной железы состоит в периодическом выделении в двенадцатиперстную кишку панкреатического сока, который играет большую роль в процессах пищеварения. Внутренняя (эндокринная) часть поджелудочной железы образована лежащими между ацинусов панкреатическими островками, или островками Лангерганса. Островки состоят из клеток - инсулоцитов, среди которых на основании различных физико-химическим и морфологическим свойствам гранул выделяют 5 основных видов. В ацинозных клетках pancreas непрерывно образуются и выделяются гранулы, число которых растет после раздражения блуждающего нерва, или впрыскивания в кровь поликарпина (алкалоид растительного происхождения, возбуждающий периферические М-холинорецепторы и вызывающий усиление секреции пищеварительных и бронхиальных желез, повышающий тонус гладких мышц, бронхов, кишечника).

Михайлова С.А., Порватова В.А.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ СУХОЖИЛЬНОГО РЕФЛЕКСА

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. Иванов А.А.
Кафедра медицинской и биологической физики

Одним из наиболее доступных и распространенных тестов в неврологии является проверка сухожильного рефлекса. Неврология – раздел медицины, занимающийся вопросами возникновения заболеваний ЦНС и ПНС, изучающий механизмы их развития, симптоматику, способы диагностики, лечения, профилактики.

Цель: объективизация метода исследования неврологическим молотком сухожильных рефлексов.

Задачи:

- изучить литературу по данному вопросу;
- изучить существующие аналоги неврологического молотка;
- разработать принципиальную схему устройства;
- сделать выводы на основании полученных данных.

Для диагностики коленного рефлекса используется неврологический молоток. Однако данные, полученные при таком исследовании не всегда объективны. Поэтому мы предлагаем использовать усовершенствованный прибор, оснащенный датчиком и микроконтроллером, который преобразует механический импульс в электрический сигнал и выводит числовые значения на экран. На рис.1 приведена принципиальная схема устройства неврологического молотка.

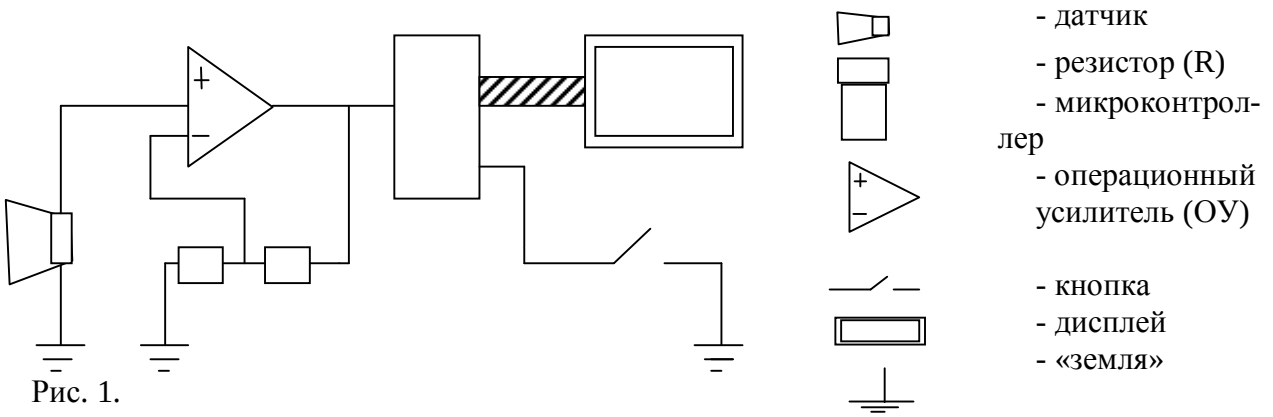


Рис. 1.

Для проведения исследования при добровольном информированном согласии было подобрано 2 группы. Контрольную группу составили 30 человек без неврологической патологии, средний возраст которых 22,4 ± 3,1; М : Ж – 1:1 . Исследуемую группу составили 10 человек с неврологическими нарушениями, средний возраст группы 56,3 ± 10,8; М : Ж – 3:2.

Результаты и их обсуждение.

- была изучена литература по данному вопросу;
- изучены аналоги существующих устройств;
- разработана принципиальная схема устройства;
- проведены предварительные исследования;
- сделаны выводы на основании полученных данных.

Михалевич И.В., Золотухина А.Н.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ЭКЗАМЕНАЦИОННАЯ СЕССИЯ И АДАПТАГЕНЫ

Научный руководитель асс. Гайдук А.В.
Кафедра фармакологии

Астенический синдром (астения) - болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов.

В общей популяции астенические расстройства встречаются в 12,2-18,3% случаев.

На современном этапе развития общества отмечается тенденция к росту таких расстройств среди студентов. Получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима.

Цель: 1) изучить характер влияния экзаменационной сессии на психо-эмоциональный статус студентов 1-5 курсов БГМУ; 2) изучить адаптивное действие элеутерококка в данных условиях.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 30 студентов-добровольцев, разделенных на 2 равные группы. Во второй группе участники принимали элеутерококк в течение трех недель экзаменационной сессии. Для изучения психо-эмоционального статуса студентов был разработан специальный опросник на основе шкалы астенического состояния (Л.Д.Малкова, Т.Г.Чертова). Опросник содержал 30 пунктов-утверждений, ответы на которые оценивались в пределах от 1 до 4 баллов. Таким образом, каждый участник исследования мог набрать от 30 до 120 баллов. С увеличением количества набранных баллов возрастала и степень тяжести астенического расстройства: от 30 до 50 -отсутствие астении, от 51 до 75 - слабая астения,-от 76 до 100 - умеренная астения, от 101 до 120 -выраженная астения.

Анкетирование проводилось в два этапа: до сессии и в последние дни сессии. Полученные данные обработаны с помощью ППП Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение. До сессии в 1 группе было 8 студентов с астеническим синдромом (6-слабая астения, 2-умеренная астения); во 2 группе- 6 студентов (слабая астения). Средний балл тяжести астении в 1 группе-52, во 2-50. В последние дни сессии в 1 группе было 14 студентов с астеническим синдромом (7-слабая астения, 7-умеренная астения); во 2 группе- 3 студента(слабая астения). Средний балл тяжести астении в 1 группе-70, во 2-43.

Результаты исследований свидетельствуют, что число студентов с астеническим синдромом в 1 группе увеличилось на 40%, средний балл тяжести астении увеличился на 31%. Число студентов с астеническим синдромом во 2 группе уменьшилось на 50%, средний балл тяжести уменьшился на 14%.

Экзаменационная сессия у студентов БГМУ провоцирует развитие астенического синдрома и усугубляет его тяжесть. Установлено, что применение элеутерококка предупреждает развитие астенического синдрома у студентов в период экзаменационной сессии.

Михневич Е.П.

ОСОБЕННОСТИ ТАНАТОГЕНЕЗА ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Киселев П.Г.
Кафедра патологической анатомии

Злокачественные новообразования детского возраста остаются важной проблемой не только в педиатрии, но и медицины вообще. В структуре детской смертности опухоли занимают второе место после травм, что объясняет их социальное, экономическое и медицинское значение. Среди злокачественных опухолей у детей гемобластозы занимают первое место по частоте. Успехи в лечении данной группы пациентов достигнутые в последние десятилетия, в том числе и в нашей стране, привели к изменению процессов танатогенеза при них. На первое место среди причин смерти у пациентов с гемобластозами вышли не прогрессирование опухолевого процесса, а ряд инфекционных осложнений с последующей генерализацией процесса.

Цель: установить особенности танатогенеза у детей с гемобластозами.

Материалы и методы. Результаты патологоанатомического исследования 26 детей с гемобластозами за период с 2010 по 2012 годы.

Результаты и их обсуждение. За 2010-2012 годы выявлено 26 случаев патологоанатомического исследования умерших детей находившихся на лечении в РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии. Возраст пациентов варьировал от 8 месяцев до 16 лет, в среднем – 7 лет и 9 месяцев. Соотношение полов в исследованной группе составило М:Ж=1:1,4. Наиболее частой формой гемобластоза по нашим данным был острый лимфобластный лейкоз – 14 (54%) пациентов, затем острый миелобластный лейкоз – 7 (27%), затем неходжкинские лимфомы – 4 (15%) и в одном случае наследственный синдром Ниджмиген с трансформацией в бифенотипический лейкоз. Причинами смерти пациентов с гемобластозами в исследованной группе в подавляющем большинстве случаев было присоединением вторичной инфекции в форме двусторонней пневмонии, сепсиса, которые возникали на фоне вторичного иммунодефицита связанного с проводимым лечением. Рецидивы опухоли были выявлены в 3 случаях, однако непосредственной причиной смерти были инфекционные осложнения в виде сепсиса. У двух пациентов вследствие поражения опухолью кишечника возникла перфорация с последующим перитонитом и сепсисом. В одном случае, после лечения острого лимфобластного лейкоза, развился микронодулярный цирроз печени.

Млявая О.Ю.

ЖАРОПОНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Галькевич Н.В.
Кафедра детских инфекционных болезней

Повышение температуры тела - один из самых частых симптомов инфекционных заболеваний у детей и одна из самых частых причин обращения родителей за помощью к педиатру. Лихорадочные состояния представляют собой самый распространенный повод к применению медикаментозных средств.

Цель: определение уровня подготовленности родителей в отношении проведения жаропонижающей терапии у детей.

Материалы и методы. Нами проведено анкетирование 150 родителей детей, находившихся на лечении в УЗ ГДИКБ г. Минска в 2012 г. с различной инфекционной патологией.

Результаты и их обсуждение. Были опрошены родители разной возрастной категории (19-46 лет), большая часть (72%) из них в возрасте от 24 до 36 лет. Среди анкетируемых 66% имеют одного ребёнка, чаще в возрасте до 3-х лет. Выявлено, что опрошенные родители в 10% случаев имели среднее образование, в 31% - среднее специальное и в 59% - высшее. Большинство родителей (79%) отметило, что изучают специальную литературу по уходу за ребенком, в то же время источником знаний также становятся Интернет (39%), родственники и подруги (35%). Только 57% опрошенных матерей получали информацию по правилам снижения температуры от медицинских работников. Среди приборов, применяемых для термометрии наибольшей популярностью пользуются электронные градусники (51%), на втором месте – ртутные термометры (33%). Однако только 10% родителей осведомлены о том, что время экспозиции ртутного термометра составляет не менее 10 мин. Большинство опрошенных (63%) знают, что сигналом для проведения жаропонижающей терапии, является повышение температуры до 38,5°С, однако многие их них начинают снижать температуру уже при 37,8-38,0°С. «Скорую помощь» 65% мам вызывали при лихорадке свыше 39°С, при температуре до 38°С – 12%. Из опрошенных 92% родителей считает необходимым снижение температуры до уровня менее 38,0°С. По полученным данным 47% родителей в стремлении снизить температуру использует повторную дачу жаропонижающих препаратов до 4-6 раз в сутки с интервалом в 30 мин (5 %), 1 час (15%), 2 часа (27%). Только 53% респондентов применяли антипиретики повторно не ранее 4-х часов после предыдущего приема. Среди наиболее часто употребляемых препаратов для снижения температуры отмечены ибупрофен (48%) и комбинация ибупрофена с парацетамолом (28%), изолированно парацетамол применяется реже (19%). В то же время в 2% случаев имело место использование в качестве жаропонижающего средства у детей анальгина, и в 1% – аспирина. Помимо медикаментозной терапии, 71% опрошенных родителей используют другие методы снижения температуры у детей, среди них: раздевание, обтирание теплой водой, влажные компрессы и т.д. Среди использующих другие методы охлаждения 39% респондентов в качестве жаропонижающей терапии проводит обтирание детей спиртом (водкой).

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что у многих родителей имеются неправильные представления о рациональном использовании антипиретиков. Недостаточные познания родителей в области жаропонижающей терапии приводят к нерациональному, часто избыточному, использованию антипиретиков, что может повлечь за собой развитие различных осложнений со стороны внутренних органов. Таким образом, для осуществления рациональной медицинской деятельности, когда первая помощь при повышении температуры должна правильно и безопасно оказываться родственниками больного, необходимо шире проводить обучение населения навыкам оказания первичной медицинской помощи.

Млявая О.Ю.

СОВРЕМЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Галькевич Н.В.
Кафедра детских инфекционных болезней

Заболеваемость токсоплазмозом к настоящему времени не имеет тенденции к снижению. Инфицированность населения различных стран составляет от 4 до 68%. В последние годы в связи с экологическими, социальными и другими факторами эта проблема стала ещё более актуальной во всем мире. Особенно большую угрозу токсоплазмоз представляет для беременных женщин, так как трансплацентарное инфицирование может привести к преждевременным родам, гибели плода, развитию у новорожденного необратимых осложнений. Кроме того актуальность проблемы токсоплазмоза заключается в ограниченности методов подтверждения связи наличия в организме человека токсоплазм с имеющимися клиническими проявлениями и невозможности добиться полноценной санации макроорганизма с помощью известных сегодня методов терапии (антибиотики, химиопрепараты).

Цель: анализ клинико-лабораторного течения различных форм токсоплазменной инфекции у детей.

Материалы и методы. Проанализировано 17 историй болезни детей в возрасте от 2 мес до 18 лет с подтвержденным диагнозом токсоплазмоза, получавших лечение в отделениях и/или находившихся под диспансерным наблюдением в консультативно-диагностическом кабинете УЗ ГДИКБ г. Минска за период с 2007 по 2013 гг. Все дети в зависимости от клинической формы токсоплазмоза были разделены на 2-е группы: 1-ая группа - дети с врожденным токсоплазмозом (4 детей) и 2-ая группа – дети с приобретенным токсоплазмозом (13 детей). Критериями включения пациентов в исследование было присутствие сведений о положительных результатах серологических (ИФА) и/или молекулярно-генетических (ПЦР) тестов на наличие токсоплазмоза. Осуществлялась оценка клинических симптомов, анализ показателей ОАК, биохимического анализа крови, иммунограммы, данных УЗИ различных систем и органов, РКТ головного мозга, данных осмотра узкими специалистами (невролог, офтальмолог) в динамике.

Результаты и их обсуждение. При проведении анализа клинической картины пациентов обеих групп отмечался характерный для данного заболевания полиморфизм проявлений, обусловленный пантропизмом возбудителя. В 1-ой группе детей с врожденным токсоплазмозом (от 2 мес до 1 года) ведущими по тяжести в клинике были поражения ЦНС, среди них отмечались – гидроцефальный синдром (75%), множественные кальцинаты головного мозга (50%), кистозная трансформация головного мозга (25%), спастический тетрапарез (25%). Со стороны других органов и систем на первом месте по встречаемости были выявлены поражения глаз в виде центрального хориоретинита (75%), диссеминированного хориоретинита (25%), периферического хориоретинита (25%). При осмотре неврологом обращало на себя внимание значительное отставание в нервно-психическом и физическом развитии большинства детей. Во 2-ой группе детей с приобретенным токсоплазмозом (от 11 мес до 18 лет) клиническая картина была представлена поражениями глаз в виде хориоретинита (38%), лимфаденитом (46%), гепатомегалией и спленомегалией (23%), изменениями в сердечно-сосудистой системе (31%). У некоторых больных (23%) первым признаком заболевания был длительный субфебрилитет (1 – 18 мес).

Таким образом, токсоплазмоз сохраняет свою актуальность в связи с имеющимся риском инфицирования детского населения, а существующий полиморфизм клинико-лабораторных проявлений и отсутствие специфических признаков требуют внимательного подхода к дифференциальной диагностике.

Мовкаленко А.В.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ РЕЧИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кармалькова Е.А.
Кафедра стоматологии детского возраста

Развитие речи – это сложный и многообразный процесс, для правильного осуществления которого необходимы: нормальная функция головного мозга, нервных проводящих путей и нормальное развитие зубочелюстной системы. Важно учитывать степень зависимости правильной артикуляции звука от конкретной аномалии в строении артикуляционного аппарата. Среди многообразия факторов крайне важно своевременно выявить патологию прикуса.

Цель: изучение состояния прикуса у детей с различными нарушениями звукопроизношения и без таковой.

Задачи: определить характер прикуса у детей с нарушениями речи, изучить возможную взаимосвязь патологических форм прикуса и дефектного звукопроизношения.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись дети младшего школьного возраста(6-7 лет), учащиеся СШ №187 Советского района г. Минска общим количеством 60 человек. Среди них 22 девочки и 37 мальчиков. Дети были разделены на две обследуемые группы. Группу №1 составили дети с нарушениями речи общим количеством 21 ребёнок, группа №2 состояла из детей с правильным звукопроизношением в составе 39 детей. Регистрация прикуса осуществлялась в группе №1 и группе №2 при хорошем естественном освещении с использованием стандартного набора стоматологического инструментария в условиях стоматологического кабинета. Оценка прикуса осуществлялась в трёх плоскостях: сагиттальной, вертикальной, трансверзальной. Изучались речевые карты обследуемых детей (группа №1), заполненных учителем-дефектологом, где регистрировался характер аномального звукопроизношения.

Результаты и их обсуждение. *В группе №1(дети с нарушениями речи)* нейтральный прикус имели 11 детей (52,3±11,1%); дистальный открытый прикус 9 детей (42,7±10,7%); мезиальный прикус 1 ребёнок (4,7±4,73%);; *в группе № 2 (дети с правильным звукопроизношением)* нейтральный прикус зарегистрирован у 34 детей (87,1±5,43%); дистальный открытый прикус у 5 детей (12,81±5,42%); мезиальный прикус не выявлен (0%).

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о наличии у 47,4±11,1% детей с нарушениями речи патологических видов прикуса. У детей с правильным звукопроизношением встретились патологические формы прикуса, которые у детей с правильным звукопроизношением встретились только в 12,81±5,42% случаев.

Могильная В.А., Мухо А.А.

ЛЕЧЕНИЕ СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Адащик Н.Ф.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель: установить частоту обращения пациентов на детском амбулаторном хирургическом приёме со слюнокаменной болезнью; изучить применяемые методы диагностики и лечения детей со слюнокаменной болезнью.

Материалы и методы. Использованные материалы: амбулаторные карты пациентов со слюнокаменной болезнью. Методы: статистический анализ.

Результаты и их обсуждение. Слюнокаменная болезнь (сиалолитиаз) является заболеванием слюнной железы. Характер заболевания заключается в том, что в выводном протоке или в теле самой слюнной железы образуются камни. Находящиеся в ротовой полости слюнные железы вырабатывают слюну. Камни образуются при кристаллизации веществ растворенных в слюне. При их образовании выводные протоки слюнных желез перекрываются. Кроме того, невозможностью оттока слюны, провоцируется воспалительный процесс самой слюнной железы. Чаще всего слюнокаменной болезнью поражаются подчелюстные железы, в более редких случаях - околоушные слюнные железы. Проявлениями сиалолитиаза являются: трудности при открытии рта или при глотании, сухость в ротовой полости (ксеросто-

мия), боль во рту или в лицевой области, отечность шеи или лица. Особенно выражено эти симптомы проявляются в процессе приема пищи или жидкости.

При изучении амбулаторных карт пациентов на базе 1-ой ДСП было выявлено 7 человек с диагнозом слюнокаменная болезнь, из которых 2 девочки (возраст 11-12 лет) и 5 мальчиков (12-15 лет). Двое из них были госпитализированы, остальные лечились амбулаторно. Всем пациентам проводилась рентгенография дна полости рта и обзорная рентгенография, у 2-х пациентов камни не были обнаружены на рентгенограммах – диагноз поставлен на основе клинических проявлений (иногда случается, что структура рисунка при рентгенографии слюнной железы получается сильно смазанной, причиной тому становится многократное наложение прилегающих тканей.). Дополнительно двум пациентам было назначено УЗИ слюнных желёз. Пациентам в стационаре проводилась контрастная сиалография - контрастным веществом служил йодолипол, который подогревали в горячей воде, а затем с помощью притупленной иглы для инъекций или через специальные канюли вводили в слюнной проток. После этого делался снимок, на котором отчетливо видны пределы распространения введенного больному контрастного вещества и место перекрытия протока камнем.

Амбулаторно было назначено и проводилось следующее лечение: бужирование слюнного протока, массаж слюнной железы, инстилляция слюнного протока, а также слюногонная диета, антибиотикотерапия, противовоспалительные средства, иммуностимуляторы. По окончанию лечения пациенты были поставлены на диспансерный учёт.

Моковская Е.А., Закревская Е.В.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ, ПОСЛЕДСТВИЯ ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

Научный руководитель асс. Петровская О.Н.
Кафедра общей гигиены

Работа посвящена оценке гигиенических аспектов влияния интернета на школьников старших классов и студентов БГМУ. Актуальность данной проблемы обусловлена массовым использованием интернета в современном мире в условиях недостаточного информирования о последствиях влияния на здоровье и эмоциональное развитие подрастающего поколения. Целью работы было изучить влияние интернета на успеваемость, здоровье и психоэмоциональное состояние молодежи. В процессе исследования решались следующие задачи: 1)изучить особенности проявления и выявления интернет-зависимости среди школьников и студентов; 2)проанализировать результаты, полученные с помощью анкетирования и данных об успеваемости; 3)оценить влияние интернета на подрастающее поколение; 4)установить группы риска распространения интернет-зависимости среди школьников и студентов; 5)предложить способы борьбы с интернет-зависимостью.

Анкетирование проводилось среди студентов Белорусского Государственного Медицинского Университета, а также учеников 7 и 11 класса средней школы №2 города Новолукомля. Учащимся было предложено 10 вопросов, ответы на которые позволили сделать некоторые выводы.

Было опрошено 78 школьников и 90 студентов. В результате получено, что на вопрос «Какие ассоциации возникают у Вас со словом Интернет?» 21% школьников и 47% студентов ответили «средство общения», на вопрос «Сколько времени Вы проводите в Интернете» 33% школьников и 47% студентов ответили «в течение всего дня». На вопрос «Наиболее часто посещаемые сайты» 48% школьников и 100% студентов ответили «социальные сети», «Есть ли у Вас навязчивое желание проверить свою страницу в социальных сетях» 32% школьников и 52% студентов ответили положительно. На вопрос «Ощущаете ли Вы дискомфорт при отсутствии Интернета в течение хотя бы одних суток?» 59% школьников и 43% студентов ответили положительно. На вопрос «Можете ли Вы отнести себя к Интернет-

зависимому человеку?» 53% школьников и 14% студентов дали положительный ответ.

Многие школьники заметили, что на их пристрастие к Интернету оказывают влияние родители. То есть родители обеспечивают своеобразную «защиту» детей от компьютера и, в частности, от Интернета. Студентов же в 70% случаев никто не ограничивает.

Как студенты, так и школьники в большинстве случаев отмечали раздражительность, головные боли и ощущение дискомфорта при нахождении в Интернете более, чем 2 часа. А также опрошенные ответили, что контролировать время нахождения в Интернете практически не возможно.

Проанализировав полученные данные можно сделать вывод, что наиболее подверженными влиянию Интернета являются студенты.

Момяко Я.А.

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ФАКТИЧЕСКОМ ПИТАНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Замбржицкий О.Н.
Кафедра общей гигиены

На основе принципов доказательной медицины получены принципиально новые данные в отношении биологической роли для человека так называемых минорных биологически активных веществ. Минорные и биологически активные вещества пищи с установленным физиологическим действием – природные вещества пищи установленной химической структуры, присутствуют в ней в миллиграммах и микрограммах, играют важную и доказанную роль в адаптационных реакциях организма, поддержании здоровья, но не являются эссенциальными пищевыми веществами. Дефицит пищевых веществ и биологически активных компонентов в рационе приводит к снижению резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды (маладаптации), формированию иммунодефицитных состояний, нарушению функции систем антиоксидантной защиты, хронизации болезней, повышению риска развития распространенных заболеваний, снижению качества жизни и эффективности лечебных мероприятий.

Цель: оценить обеспеченность содержания фактического питания студентов-медиков такими биологически активными соединениями как инозит, коэнзим Q10, липоевая кислота, метилметионинсульфоний, оротовая кислота, парааминобензойная кислота.

Материалы и методы. Изучение фактического питания студентов УО «БГМУ» для установления обеспеченности такими биологически активными соединениями как инозит, коэнзим Q10, липоевая кислота, метилметионинсульфоний, оротовая кислота, парааминобензойная кислота, выполнено с помощью метода 24-х часового воспроизведения питания с использованием таблиц химического состава продуктов. В процессе работы были получены данные от 100 респондентов в возрасте 19-25 лет (50 юношей и 50 девушек).

Результаты и их обсуждение. Практически по всем (кроме инозита) биологически активным соединениям полученные статистические данные содержания в фактическом питании студентов – медиков значительно ниже физиологических норм потребления.

Моржина Л.А.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЁНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Нехаев А.Н.,
д-р мед. наук, проф. Федорук А.М.
Кафедра общей хирургии

Механическая желтуха – исторически вошедший в клиническую практику термин, объединяющий большую группу болезней гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, обуславливающих нарушение естественного пассажа желчи. Большинство больных с механической желтухой попадают в стационар уже с явлениями холангита и проявлениями печеночной недостаточности различной степени выраженности.

Оперативные пособия в таком состоянии являются рискованными и сопровождаются высокими цифрами летальности. Это диктует необходимость выполнять декомпрессию билиарного тракта.

Цель: оценить эффективность методов чрескожной чреспечёночной холангиостомии (ЧЧХС) как в качестве окончательной методики нормализации показателей холестаза, так и в качестве подготовительного этапа для дальнейшего хирургического лечения.

Материалы и методы. Нами изучены результаты транскутанного дренирования желчевыводяших путей у 95 пациентов, которые лечились по поводу механической желтухи различного генеза в 9-ой и 5-ой ГКБ-цах в 2012 году. Возраст пациентов колебался от 41 года до 82 лет, и в среднем составил 65 лет. Из них мужчин было – 49 человек (51,6%), а женщин – 46 чел. (48,4%). Механическая желтуха, обусловленная доброкачественной патологией, была у 31 (32,6%) больного, а злокачественными заболеваниями – у 63 (67,4%) пациентов. У основной массы пациентов после выполнения вмешательства наблюдалось быстрое снижение уровня билирубина в крови и постепенное восстановление функции печени и почек. Однако у 12 (12,6%) пациентов потребовалось выполнение повторного дренирования, а у некоторых – и два и даже три раза. Для оценки эффективности дренирования использовали показатели холестаза (билирубин, щелочная фосфотаза, ГГТП) (рис. 1).

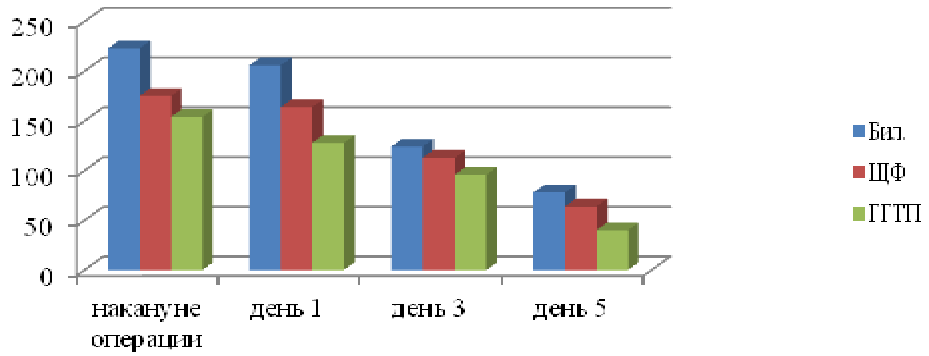


Рис. 1. Динамика показаталей холестаза при ЧЧХС.

Осложнения отмечены у 15 (15,8%) человек: миграция дренажа – в 7 (7, 4%) случаях, холангит – в 4 (4,2%) случаях, подтекание желчи мимо дренажа – у 3-их больных (3,2%) окклюзия холангиостомы – в 1 случае (1,1%).

Таким образом, ЧЧХС является эффективным малоинвазивным методом подготовки пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза для дальнейшего оперативного вмешательства, а так же способом оказания паллиативной помощи онкологическим больным с механической желтухой.

Мороз Н.В.

СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Переверзева Е.В.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Увеличение продолжительности жизни и активного долголетия является несомненным достижением развития медицинской науки и социального благополучия во многих регионах мира. Часть пациентов кардиологических отделений в Республике Беларусь могут составлять больные пожилого и старческого возраста. Исследование состояния когнитивных функций у этих людей представляет интерес по ряду причин.

Почти все они страдают мультифокальным атеросклерозом, в том числе с поражением сосудов головного мозга; большинство из них болеет артериальной гипертензией, для которой органом-мишенью является сеть церебральных сосудов (даже при отсутствии в анамнезе сосудистых катастроф). Встречающаяся у таких больных анемия различной этиологии усугубляет дисфункцию ЦНС вследствие постоянной гипоксемии. При угнетении когнитивных функций у этой группы пациентов может снижаться приверженность к лечению, обусловленная как недостаточным пониманием, так и затруднениями в самостоятельности и даже самообслуживании больных, что ухудшает прогноз.

Кроме того, за маской гипертонической и атеросклеротической энцефалопатии у людей старшей возрастной группы может скрываться болезнь Альцгеймера. В этом случае прогрессирующее снижение когнитивных функций приводит к «огромным потерям для семьи и общества в целом, ломает жизненные планы как пожилого человека, так и его близких» (Р.А. Евстегнеев, 2008) при отсутствии своевременной диагностики, адекватного лечения, комплексной патронажной помощи.

Для работы с такими пациентами медицинскому персоналу требуются особый подход и большее время как на сбор анамнестических данных, так и на разъяснительную работу; нередко необходимо активное участие родственников в выполнении врачебных рекомендаций либо регулярная помощь патронажной медицинской сестры.

Цель: выявление доли пациентов с выраженным снижением когнитивных функций среди больных старшей возрастной группы, которое проводилось с помощью теста Mini Mental State Examination по Folstein и теста «Часы».

Количественная оценка позволила разграничить больных на группы: без явных нарушений когнитивных функций; с умеренными когнитивными расстройствами; с деменцией. Учитывалось также время выполнения тестов. Некоторые больные после проведения тестирования были проконсультированы психиатром.

Морочко М.И.

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель ст. преп. Евхута Д.В.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Цель: разработать предложения по повышению качества оказания неотложной стоматологической помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) с травмами челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Задачи:

изучить организацию оказания неотложной стоматологической помощи в республике Беларусь;

проанализировать своевременность и качество оказания неотложной стоматологической помощи с травмами ЧЛО пострадавшим в ДТП в Минске и Минской области;

определить перспективы и направления совершенствования организации оказания неотложной стоматологической помощи пострадавшим в ДТП.

Материалы и методы: исторический; статистический; системного анализа; социологический; логического и математического моделирования.

По данным различных источников более 78% граждан пострадавших в ДТП нуждаются в оказании медицинской помощи, а около 60-65% из них в мероприятиях неотложной медицинской помощи. Структура локализации полученных в результате ДТП травм указывает на то, что из общего количества пострадавших, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи, травмы головы различной степени тяжести составляют более 70%. Наметившаяся стойкая тенденция роста числа ДТП, как в г.Минске так и в целом по стране, анализ показателей нуждаемости в оказании неотложной медицинской помощи граждан получивших травмы головы, изучение и оценка качества организации оказания неотложной стоматологической помощи в Республике Беларусь, указывают на то, что определение перспективных направлений совершенствования и внедрение новых организационных форм в организацию оказания неотложной стоматологической помощи как пострадавшим в ДТП, так и населению в целом является составной частью повышения уровня качества оказания стоматологической помощи.

Проведенные анализ и оценка существующей организации оказания неотложной стоматологической помощи уже позволяют сделать вывод о необходимости и важности обеспечения принципа своевременности ее оказания. Обеспечение возможности ранней диагностики и проведения неотложных мероприятий стоматологической помощи позволяют избежать различных осложнений, снизить сроки лечения и реабилитации, улучшить исходы лечения пострадавших в ДТП с травмами ЧЛО.

На каждом этапе оказание медицинской помощи пострадавшим с травмами головы медицинскому персоналу необходимо уметь анализировать влияние сопутствующей патологии на организм в целом при принятии решения о госпитализации в конкретное специализированное отделение в зависимости от доминирующего симптомокомплекса, что в большинстве случаев на месте происшествия сделать достаточно сложно.

В связи с этим, создание специализированных бригад оказания неотложной стоматологической помощи, оснащенных и способных в кратчайшие сроки прибыть в территориальные организации здравоохранения, обеспечивающие оказание неотложной медицинской помощи, а также размещение и организация работы их на базе указанных организаций здравоохранения, несомненно, является одним из направлений совершенствования организации оказания неотложной стоматологической помощи пострадавшим в ДТП.

Москалёва М.М.

ЭКСПРЕССИЯ ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛУТАМИНАЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Портянко А.С.
Кафедра патологической анатомии

На колоректальный рак приходится 10% всех онкологических заболеваний. Он занимает 4 место в мире по причине смерти от злокачественных заболеваний. Хирургическое лечение

является необходимым условием для полного выздоровления. Для адекватной оценки злокачественности опухоли и подбора лучевой и химиотерапии обязательным является гистологическое исследование. Данная работа направлена на оценку потенциальной значимости тканевой трансглутаминазы (tTG). Целью данной работы явилась оценка экспрессии tTG в колоректальном раке, как возможного маркера ремоделирования внеклеточного матрикса в инвазивном фронте.

Исследование было основано на 35случаях колоректального рака. Гистологические препараты операционного материала опухолей были окрашены с помощью метода иммуногистохимии. Оценивались интенсивность и площадь окраски в центре опухоли и в инвазивном фронте.

Для центра опухоли использовалась следующая схема оценки площади позитивного окрашивания: при окрашивании менее 5% стромы - 0, от 5 до 30% - 1, 31-60% - 2, 61-90% - 3, 91-100% - 4. В инвазивном фронте оценивался периметр позитивного окрашивания: окрашивание отсутствует – 0, менее 1/3 – балл 1, 1/3-2/3 – 2, более 2/3 – 3, 3/3 – 4. Интенсивность окрашивания как в центре, так и на периферии оценивалась по балльной шкале: 0 – отсутствие окрашивания, 1-слабое окрашивание, 2-умеренное окрашивание, 3-интенсивное окрашивание. Также использовался интегральный показатель экспрессии, представляющий собой сумму произведений интенсивностей и соответствующих им площадей экспрессии.

Были установлены различия между экспрессией tTG в центре и в инвазивном фронте, в частности установлено увеличение интенсивности окрашивания стромы в области максимальной инвазии. Требуются дальнейшие исследования для уточнения клинической роли полученных данных.

Москвитин Е.Н.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДИОДНОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ЭВЛК) ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Перепелица С.И.
Кафедра военно-полевой хирургии

Во всем мире огромную популярность получил радиальный световод (Radial Fiber) немецкого производства. Световод является одноразовым, а его стоимость составляет 400 у.е. Использовать подобные дорогостоящие одноразовые системы в государственных клинических учреждениях не представляется возможным.

Цель: доказать преимущества применения многоразового световода с торцевым излучением отечественного производства.

Материал и методы. На базе 2-ой ГКБ г. Минска в период с 24.02.2012 г. и до настоящего времени для проведения коагуляции вен используются 2 лазерных световода с торцевым излучением (ФОТЭК) отечественного производства, стоимость каждого из которых составляет 300 у.е. У световода наружный диаметр составляет 400 мкм, а длина – 3,5 м. С их помощью нами было произведено 117 ЭВЛК. Каждый световод подвергся 416 циклам газовой стерилизации с оксидом этилена. До сих пор они в рабочем состоянии и качество их работы остается на высоком уровне.

Для проведения ЭВЛК использовалась диодно-волоконная хирургическая лазерная система (ФОТЭК) с длиной волны 970 нм. Через разрез кожи до 1 см на медиальной лодыжке пациента обнажалась большая подкожная вена (БПВ). В ее просвет вводился световод. В 9 из 10 случаев, без использования специальных проводников, нам удавалось провести световод от истока до устья. Позиционирование конца световода в БПВ производилось по общепринятой методике под контролем УЗИ.

Затем проводилась тумесценция обычным шприцом с 0,5% раствором новокоина за световодом. Данный способ был обусловлен отсутствием роликового насоса и для предотвраще-

ния компрессии вены, затрудняющей прохождение световода вперед. Целью тумесценции служили защита паравазальных тканей от термического поражения и сужение просвета БПВ для более эффективной коагуляции.

ЭВЛК выполнялась в импульсном режиме, мощность излучения составляла 12 Вт с продолжительностью импульса 1 с.

Результаты и их обсуждение. Во время операции, когда удаляли притоки по Нарату, зажимом Микулича извлекали участок БПВ для патологоанатомического исследования. Карбонизация вен и ожог в них были столь выражены, что мы не видим существенных преимуществ использования радиального световода перед торцевым.

При контрольном УЗИ, выполненном у 30 пациентов спустя 6 месяцев, коагулированная вена на бедре была представлена фиброзным тяжом без признаков кровотока.

Учитывая цену диодного лазера отечественного производства ФОТЭК, по сравнению с зарубежным аналогом, а также, низкую стоимость расходных материалов, мы считаем рациональным использование лазера и расходных материалов отечественного производства.

Москвитин Е.Н., Аникович Н.Г.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Севковский А.И.
Кафедра детской хирургии

Кровотечения из пищеварительного тракта представляют разнообразную по причинам возникновения, тяжести течения, возможностям диагностики и способам лечения группу хирургических заболеваний.

Нами было проанализировано 68 историй болезней детей, лечившихся в ДХЦ с 2010 по 2012 года с кровотечениями из пищеварительного тракта. Состояние половины (53%) из них описывалось, как среднетяжелое и тяжелое и было обусловлено выраженной анемией и в некоторых случаях геморрагическим шоком.

Отдельно анализировались причины кровотечений из верхних отделов (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка) и нижних (интестинальных, колоректальных) отделов желудочно-кишечного тракта.

Задачей исследования было определить наиболее частые причины кровотечения из различных отделов пищеварительного тракта с выявлением некоторых анамнестических данных и клинических симптомов, позволяющих их прогнозировать.

По нашим данным, основными причинами кровотечений из верхних отделов были: синдром портальной гипертензии (29%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки (12%), эрозивный гастрит (6%). Клиническими проявлениями их служили: рвота кровью со сгустками, либо «кофейной гущей», с последующим появлением примеси крови в стуле различного характера.

Мы установили, что внешними проявлениями портальной гипертензии могут служить:

1. Обнаружение при осмотре увеличенного в объеме, «твердого» при пальпации живота, формирующегося за счет венозного полнокровия желудка, кишечника и передней брюшной стенки, в результате затруднения портального кровотока. При этом, в отличие от взрослых пациентов, венозный рисунок в виде «caput medusae» не обнаруживался у большинства. В некоторых случаях симптом выявлялся у отдельных пациентов неотчетливо;
2. Наличие спленомегалии;
3. Непосредственно перед очередным эпизодом кровотечения из портальных вен отмечался подъем температуры до 38-39С°. При этом симптомы ОРВИ были лишь в половине случаев. У другой части пациентов повышение температуры не сопровождалось симптомами ОРВИ. Таким образом, появление гипертермии у больных с портальной гипертензией может

настораживать в связи с возможностью кровотечения в ближайшее время. Выяснить причины этого - задача дальнейшего исследования.

Причиной всех случаев интестинальных кровотечений служил воспаленный дивертикул Меккеля, что составляет 15% от всех эпизодов. Кровотечения сопровождались жидким стулом с большим количеством сгустков крови. При этом в динамике количество крови увеличивалось, и она становилась светлее. Следует отметить стадийность болевого синдрома предшествующего кровотечению: после утихания боли, синхронно с началом кровотечения (аналог симптома Бергмана) появляются сильные коликообразные боли из-за усиленной перистальтики тонкой кишки.

Для кровотечений из полипа прямой кишки, 6% от всех кровотечений, были характерны анамнестические данные на тянущие боли внизу живота при дефекации, выявленные в старшей возрастной группе. Способствующим фактором кровотечения была задержка стула.

Москвитин Е.Н., Гайдукевич Д.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ ТЕСТОСТЕРОНА В СПОРТЕ

Научный руководитель канд. фарм. наук, доц. Борисевич С.Н.
Кафедра биоорганической химии

Цель: изучить актуальность исследований посвященных применению и методам определения тестостерона как допинга в спорте.

В настоящее время применение тестостерона переживает свою "вторую молодость", потому что некоторые спортсмены вполне легально стали использовать тестостеронзамещающую терапию. Этот гормон вырабатывается в организме естественным способом, в отличие от анаболических стероидов, которые по своей природе абсолютно неестественны для организма, так как они в нем не вырабатываются, и потому их применение нужно маскировать другими препаратами, чтобы пройти допинг тест. Применение тестостерона не требует маскировки.

Тестостерон относится к наиболее часто выявляемым у спортсменов эндогенным анаболическим стероидам. По данным ВАДА за 2004 год около 36% (429 спортсменов) положительных результатов на применение допинга были обусловлены тестостероном и его производными.

Большинство современных методов определения тестостерона в организме не способно достоверно выявить факт его употребления уже через 36 часов после приема. В тоже время Т1/2 тестостерона равна 8 часам. Это определяет проблемы установления случаев употребления тестостерона.

Для выявления приема синтетических или эндогенных стероидов предложено использовать определение стероидного профиля, то есть количественное определение совокупности концентраций и соотношений стероидов. Впервые использовать стероидный профиль для выявления применения тестостерона предложил Манфред Донике в 1984 году.

Для обнаружения применения различных эндогенных стероидов существует несколько критериев, установленных ВАДА, однако наибольшее диагностическое значение имеет только один - соотношение концентраций тестостерона/эпитестостерона (Т/Е). У большинства мужчин соотношение Т/Е примерно 1:1. В зависимости от этнических различий и времени суток у 95% мужчин это соотношение никогда не превышает 3,7:1, а у 99% максимальная норма 5:1. Именно поэтому международный антидопинговый комитет допускает максимальное соотношение 4:1.

Ведущим методом исследования тестостерона, утвержденным ВАДА, является газовая хроматография-сжигания-изотопной масс-спектрометрии (ГХ/С/ИМС). Но этот метод не распространен из-за дороговизны и сложности пробоподготовки. Другим методом принятым ВАДА для такого рода исследований является газовая хромато-масспектрометрия (ГХ-МС)

Для него необходимо проведение предварительной дериватизации для перевода исследуемых соединений в соответствующие летучие производные. Данный подход позволяет определять большинство эндогенных стероидов на уровне 10 нг/мл в реальных образцах. Что не является высоко информативным.

На данный момент национальная антидопинговая лаборатория РБ использует метод исследования "Количественное определение концентраций тестостерона, эпитестостерона и их отношения в моче человека методом ГХ-МС низкого разрешения с предколоночной дериватизацией N-Meraui-N-(триметилсилил)трифторацетамидом".

Результаты и их обсуждение. Исследования, посвященные применению и методам определения тестостерона как допинга в спорте актуальны. По нашему мнению следует разрабатывать и применять в нашей стране более чувствительные методы для определения стероидов, в том числе в организме спортсменов.

Москвитин Е.Н., Журавлева А.М.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ АЛЛЕРГИЯ С СИМПТОМАМИ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Самаль Т.Н.
1-я кафедра детских болезней

У детей грудного возраста гастроинтестинальная аллергия протекает в виде желудочно-кишечной диспепсии, которая часто расценивается как ОКИ.

Цель: выявить больных с гастроинтестинальной аллергией среди пациентов госпитализированных по поводу ОКИ и определить критерии дифференциального диагноза этих заболеваний.

Материалы и методы. В процессе работы было рассмотрено 480 историй болезни, из которых было выбрано 8, (что составляет 2 %) с интересующими нас лабораторными анализами и клиническими проявлениями: эозинофилия с отсутствием признаков воспаления (температура, лейкоцитоз и др.); был использован метод статистического анализа. В основе анализа лежало разделение пациентов на 2 группы: с искусственным и естественным вскармливанием, с последующим выявлением у них наличия: внежелудочно-кишечных проявлений атопии, наследственной отягощенности, а так же сравнение диагноза при поступлении и заключительного клинического диагноза и анализ проведенного лечения. Определялась связь сроков введения прикорма и его характера с наличием клинических проявлений диспепсии.

Результаты и их обсуждение. У 2% детей госпитализированных в отделения ОКИ были выявлены лабораторные и клинические данные, которые укладываются в картину гастроинтестинальной аллергии с симптомами диспепсии у детей первого года жизни.

Отсутствие в практике врачей Республики Беларусь диагноза гастроинтестинальной аллергии с симптомами диспепсии у детей первого года жизни привело к установлению диагноза ОКИ, что привело к назначению антибактериальной терапии у 50 % детей, которым она не требовалась. Вследствие чего у данной группы детей повышается риск атопических проявлений и хронизации данного процесса, дисбиотических нарушений.

Москвитин Е.Н., Комягина Е.Ю.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель асс. Сергиенко Е.Н.
Кафедра детских инфекционных болезней

РСВ-инфекция является значимой медико-социальной проблемой, обусловленной высокой заболеваемостью, потребностью в госпитализации, лечении в отделениях ОИТР и летальностью у детей, особенно из групп риска. Инфекция наиболее тяжело протекает у детей первых двух лет жизни. В этот же период возможность встречи с РСВ-инфекцией максимальна и имеет вероятность практически 100%. Кроме того РСВ-инфекция была названа самым значимым независимым фактором риска развития бронхиальной астмы. Перенесенная в первый год жизни инфекция приводит к рецидивам бронхообструктивного синдрома в дальнейшем.

Цель: изучить особенности течения РСВИ у детей на современном этапе.

Задачи: 1) Определить клинические формы РСВ-вирусной инфекции у детей в зависимости от возраста; 2) Определить особенности гемограммы пациентов с РСВ-инфекцией в различных возрастных категориях; 3) Определить частоту и спектр осложнения при РСВ-инфекции.

Материалы и методы. Проанализированы 136 стационарных карт пациентов с клиническим диагнозом «РСВ-инфекция».

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены на 4 возрастные группы: от 0 до 6 месяцев, от 6 до 12 месяцев, от 12 до 24 месяцев и старше 24 месяцев. В каждой группе были проанализированы следующие параметры: пол, сопутствующая патология, аллергический анамнез, клинические формы заболевания, осложнения, максимальная температура, изменения в ОАК. Во всех возрастных группах мальчики болели в 1,7 раз чаще девочек. По данным дети с сопутствующей патологией, в том числе и с аллергией болеют РСВ-инфекцией чаще здоровых. По литературным данным частота наиболее тяжелых форм РСВ-инфекции - пневмонии и бронхиолита у детей до года составляет 44%, в нашем исследовании такие формы составили- 20%. Наиболее частым осложнением была дыхательная недостаточность 1-2 ст. - 36 (48%), которая, как правило, развивалась у детей с сопутствующей аллергией. Острый средний отит диагностирован у 20 детей (27%), что намного превышает литературные данные (4%). 20 (15%) детей было госпитализировано в ОИТР.

РСВ-инфекция представляет угрозу для детей первых лет жизни и требует дальнейшего изучения.

Москвитин Е.Н., Лагута Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кривошеева Ж.И.
Кафедра фтизиопульмонологии

Цель: представить клинический случай врожденного генерализованного туберкулеза с благоприятным исходом.

Задачи:

1. Анализ литературных данных по клиническим проявлениям и методам лабораторной диагностики, способам профилактики врожденного туберкулеза;
2. Представить клинический случай врожденного генерализованного туберкулеза.

Туберкулез среди беременных женщин не является редкостью, но документально подтвержденных случаев врожденного туберкулеза не так много. Это связанно с тем, что плацента образует защитный барьер против вторжения бактерии. Предположить, что инфекция была приобретена в утробе матери можно из-за возраста грудного ребенка, отсутствия любого известного контакта с пациентом с активным туберкулезом и генерализации заболевания.

Диагностика заболевания часто затруднительна, так как клиника врожденного туберкулеза многообразна и определяется генезом, характером патологического процесса у матери, сроком беременности, массивностью и вирулентностью инфекции. Признаки и симптомы

туберкулеза у новорожденных являются неспецифическими, поэтому они изначально связываются с другими причинами: преждевременные роды, врожденные вирусные инфекции, недоношенность. Проба Манту часто отрицательная. Актуальность и проблемы ранней диагностики врожденного туберкулеза определяют необходимость дальнейшего изучения заболевания и анализа каждого клинического случая.

Клинический случай:

Ребенок В. 2007 года рождения. Из анамнеза известно, что мать умерла от туберкулезного сепсиса, спустя месяц после родов. Ребенок от 4 беременности, 4 преждевременных (35 недель) родов на дому, вес при рождении 1950,0. Через 2 недели после рождения ребенок в тяжелом состоянии был доставлен в ОИТР Гродненской детской областной клинической больницы. Впоследствии с подозрением на врожденный туберкулез переведен на лечение в г.Минск. В течение 5 лет получал курсами противотуберкулезные препараты, терапию сопутствующих заболеваний, дважды проводилось оперативное лечение.

Клинический диагноз: Врожденного генерализованного туберкулеза (туберкулезный менингит, диссеминированный туберкулез легких, туберкулез печени, селезенки, периферических и мезентеральных лимфатических узлов, туберкулез кожи, казеома плевры и средостения). Анемия смешанного генеза, средней степени тяжести. Двусторонний крипторхизм. МАС: ООО, ФХЛЖ. Задержка психомоторного развития.

В 2011г. проведено оперативное лечение рецидива туберкулеза периферических лимфоузлов, в 2012г. - боковая торакотомия слева, удаление казеомы плевры, средостения.

Диагноз при выписке 2012 года: Клинически излеченный туберкулез. БОИ (множественные кальцинаты средостения, легких, печени и селезенки). III«Б» группа ДУ. МАС: ООО. Задержка психомоторного развития.

В настоящее время ребенок проживает в интернате и наблюдается фтизиатрами по месту жительства.

Мостович П.В.

ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА АКВАПОРИНА-1 НА ТКАНЕВОЕ ДЫХАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Клюйко Д.А.
Кафедра военно-полевой хирургии

Цель: оценить влияние блокатора аквапорина-1 на обмен кислорода в париетальной и висцеральной брюшине при экспериментальном перитоните.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнялись на 34 нелинейных морских свинках разного пола с массой 550–1000 г. У животных моделировали распространенный перитонит. Лечение животных не проводилось. В послеоперационном периоде, перед выведением из эксперимента, с лапаротомной раны снимали швы и выполняли прямую оксиметрию по стандартной методике. Измерения выполняли: на париетальной брюшине на расстоянии 3 см от края лапаротомной раны, на противобрыжеечном крае тонкой кишки и на диафрагмальной поверхности печени. Затем брюшную полость орошали раствором (3 ммоль/л) сулемы ($HgCl_2$), спустя 20 минут производили прямую оксиметрию в тех же точках. Животные были разделены на 4 подгруппы по времени выведения из эксперимента. Первая – оксиметрия через 8 часов после моделирования перитонита (8 животных), вторая – через 16 часов (8 животных), третья – через 24 часа (13 животных), четвертая – через 48 часов (5 животных).

Полученные результаты обрабатывались на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 6.0». Анализ статистической значимости различий между двумя группами зависимых данных проводили с помощью критерия Уилкоксона. Результаты считали достоверно различными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При сравнении результатов прямой оксиметрии париетальной брюшины 1-ой и 2-ой группы было установлено, что после обработки брюшины раствором сулемы происходит статистически значимое снижение скорости утилизации кислорода в интервале 140-145 мм рт. ст. у экспериментальных животных, выведенных из эксперимента через 8, 16 и 24 часа после операции.

Таким образом, применение блокатора аквапоринов приводит к снижению скорости поглощения кислорода париетальной брюшиной во время реактивной и токсической фаз перитонита. В терминальной фазе перитонита число функционирующих аквапоринов снижено, поэтому обработка раствором сулемы не приводит к снижению скорости поглощения кислорода. Сравнение показателей прямой оксиметрии стенки кишки между группами выявило тождественные с париетальной брюшиной изменения. Полученные результаты указывают на неоспоримую роль аквапоринов-1 в транспорте кислорода.

При анализе парциального давления кислорода в стенке тонкой кишки были выявлены статистически значимые различия между группами у животных, выведенных из эксперимента через 8 часов. Увеличение показателей парциального давления свидетельствует о затруднении поглощения кислорода из газовой камеры датчика.

Выводы.

1. Аквапорины париетальной и висцеральной брюшины принимают активное участие в транспорте кислорода.
2. Применение сулемы (блокатора аквапорина-1) приводит к снижению скоростных показателей дыхательной активности тканей и органов брюшной полости.
3. Активность аквапоринов париетальной и висцеральной брюшины находится в прямой зависимости от фазы и активности воспалительного процесса в брюшной полости и может являться показателем этого процесса.

Мохарев А.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В Г.МИНСКЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Баешко А.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), проявляющиеся тромбозом глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), представляют существенную проблему в здравоохранении. Опасность этой патологии связана в первую очередь с риском развития летальной ТЭЛА, которая занимает 3 место в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, уступая лишь инфаркту миокарда и инсульту. Она обуславливает от 10 до 21% общебольничной и от 6 до 25% послеоперационной летальности.

Анализ частоты летальной ТЭЛА за многолетний период позволяет оценить результаты профилактики и лечения ВТЭО.

Цель: изучение распространенности летальной ТЭЛА в госпитальной популяции г. Минска за 43-летний период (1970-2012 гг.) на основе аутопсийных данных.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ сплошной выборки протоколов вскрытия Минского городского и областного патологоанатомических бюро за 1970-2012 гг. (результаты аутопсий детей до 16 лет, а также случаи жировой, опухолевой эмболий и поражение малого круга кровообращения околоплодными водами не учитывали).

К летальной ТЭЛА относили случаи поражения легочной артерии, ставшие единственной либо главной, способствующей причиной смерти. Статистические данные (численность населения г. Минска) взяты из официальных документов Министерств статистики и здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты и их обсуждение. Частота ТЭЛА в общем количестве вскрытий варьировала в широких приделах - от 3,1 до 17 %, а как причина смерти – от 3 до 10%.

Мукалов А.А., Пыко О.А.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ДРУГИХ СТРАНАХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бородина Г.Л.
Кафедра фтизиопульмонологии

Мы живем в период неблагополучия по туберкулезу. Туберкулез – одна из глобальных проблем человечества, на борьбу с ней направлено много сил и средств. В соответствии с программой ВОЗ, мировую заболеваемость туберкулезом планируют снизить в два раза к 2015 году по сравнению с 1990 годом.

Цель: изучить профиль Республики Беларусь по туберкулезу и сравнить его с профилями других стран на основе мировой литературы и данных ВОЗ. Повысить информированность аудитории в отношении современного лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ).

Задачи:

- проанализировать и сопоставить основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Республике Беларусь и в других странах.
- изучить информацию о фармакологических новинках в лечении МЛУ туберкулеза.

Материалы и методы. Обзор, сопоставление и анализ литературных данных. Построение графических изображений.

Результаты и их обсуждение.

- заболеваемость туберкулезом (включая ВИЧ+ТБ): в РБ – 42.8 $^{o}/_{oooo}$, в РФ – 97 $^{o}/_{oooo}$, в Украине – 89 $^{o}/_{oooo}$, в Латвии – 42 $^{o}/_{oooo}$, в Литве – 59 $^{o}/_{oooo}$, в Польше – 23 $^{o}/_{oooo}$, в Германии – 4.5 $^{o}/_{oooo}$, в США – 3.9 $^{o}/_{oooo}$, в Китае – 75 $^{o}/_{oooo}$;
- распространенность туберкулеза: РБ – 100 $^{o}/_{oooo}$, РФ – 124 $^{o}/_{oooo}$, Украина – 104 $^{o}/_{oooo}$, Латвия – 50 $^{o}/_{oooo}$, Литва – 75 $^{o}/_{oooo}$, Польша – 29 $^{o}/_{oooo}$, Германия – 5.7 $^{o}/_{oooo}$, США – 4.7 $^{o}/_{oooo}$, Китай – 104 $^{o}/_{oooo}$;
- смертность от туберкулеза: РБ – 8.3 $^{o}/_{oooo}$, РФ – 16 $^{o}/_{oooo}$, Украина – 18 $^{o}/_{oooo}$, Латвия – 4.1 $^{o}/_{oooo}$, Литва – 8.3 $^{o}/_{oooo}$, Польша – 2.1 $^{o}/_{oooo}$, Германия – 0.34 $^{o}/_{oooo}$, США – 0.13 $^{o}/_{oooo}$, Китай – 3.5 $^{o}/_{oooo}$;
- доля МЛУ туберкулеза (среди новых случаев – 1); среди ранее леченных – 2)): РБ 1) – 32 %, 2) – 75 %, РФ 1) – 20 %, 2) – 46 %, Украина 1) – 16 %, 2) – 44 %, Латвия 1) – 13 %, 2) – 29 %, Литва 1) – 13 %, 2) – 50 %, Польша 1) – 0.5 %, 2) – 3.5 %, Германия 1) – 2.5 %, 2) – 12 %, США 1) – 1.4 %, 2) – 7.6 %, Китай 1) – 5.7 %, 2) – 26 %.

Впервые с 1970 года Экспертный совет американского Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) признал лекарство против туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью эффективным и безопасным. Новый препарат bedaquiline был разработан компанией Johnson&Johnson. Механизм его действия кардинально отличается от механизма действия ныне существующих лекарств – bedaquiline подавляет выработку энергии у микобактерий туберкулеза. Препарат уже прошел две фазы клинических испытаний. В 2013 году Johnson & Johnson планирует начать третью фазу клинических испытаний препарата.

Выводы.

- в Республике Беларусь создана и успешно функционирует система учета и выявления больных туберкулезом;

- основные эпидемиологические показатели (заболеваемость, смертность, распространенность) по туберкулезу ниже, чем в странах постсоветского пространства (РФ, Украина), но выше, чем в странах западной Европы и США;
- в Республике Беларусь наблюдается положительная динамика снижения заболеваемости туберкулезом, однако возрастает доля пациентов с МЛУ туберкулезом;
- в фармакологическом арсенале фтизиатров скоро должен появиться новый препарат для лечения МЛУ туберкулеза – bedaquiline.

Мулярчик Е.П.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА И ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ОПУЩЕНИЯ МАТКИ В МЕНОПАУЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович С.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Актуальность проводимого исследования обусловлена тем, что патологические изменения в пре- и менопаузальном периоде достаточно травматичны для женщины, как с психологической, так и с соматической стороны, ухудшая качество жизни пациентки. Возможности цветного доплеровского картирования способны выявить любые нарушения мочеполовых органов. Целью проводимого исследования было определение значимости различных допплерографических измерений при репродуктивной и менопаузальной фазе развития женского организма. Идентификация магистральных сосудов малого таза у женщин сопряжена с определенными трудностями, связанными с вариабельностью их расположения, инкорпорирования артерий, кровоснабжающих матку, в венозные сосудистые сплетения. Тем не менее, сканирование в области боковых краев матки до трубных углов позволяет обнаружить маточные артерии у 100% женщин репродуктивного и раннего постменопаузального возраста. Как было выявлено, у здоровых женщин диаметр маточных артерий колеблется от 2 до 4 мм в репродуктивном и перименопаузальном возрасте и сокращается до 1,5-2 мм в постменопаузе более 10 лет. На частоту выявления сосудов влияет также метод цветного допплеровского картирования. При использовании опции энергетического допплера количество сосудов определяется больше, чем при стандартном цветовом картировании, таким образом, методика непрерывного (энергетического) допплеровского картирования предпочтительнее обычного импульсного (прерывного) режима картирования. Исследование проводилось на ультразвуковом сканнере MEDISON 8000 с использованием трансабдоминального 3,5 МГц, трансвагинального 5-7 МГц и мультичастотного трансдьюсеров. Женщины репродуктивного возраста имели продолжительность менструального цикла 25-30 дней, длительность менструаций 3-5 дней. С помощью спектральной допплерографии в каждой из маточных артерий автоматически получали максимальную, минимальную и среднюю скорости кровотока (V_{max}; V_{min}; V_{mean}), пульсационный индекс (PI) и индекс резистентности (RI). У женщин репродуктивного возраста кровоток в аркуатных (АА) и радиальных (РА) артериях регистрировался в 100% случаев. В пролиферативной фазе цикла базальные артерии (БА) удалось визуализировать у 67 (65,7%), спиральные (СА) - у 30 (29,4%) женщин. В секреторной фазе БА регистрировались в 63 (84,0%) случаях, СА - в 35 (46,7%) (рис. 3). В перименопаузе спиральные сосуды не обнаруживались, а базальные - только у 4 (8,0%) человек. В постменопаузальном периоде субэндометриальный кровоток не регистрировался и сосудистый рисунок матки значительно обеднялся. Так, при отсутствии менструации от 2 до 5 лет радиальные артерии не визуализировались у 3 (6,8%) женщин, а при длительности постменопаузы от 5 до 10 лет - уже у 12 (36,4%). Если постменопауза превышала 10 лет, то визуализировались единичные радиальные или аркуатные сосуды вплоть до аваскуляризации миометрия и существенных затрудне-

ний при поиске маточных артерий. В перименопаузе максимальная артериальная скорость имела такие же значения, как в ранней пролиферативной фазе, в то время как конечно-диастолическая - тенденцию к снижению. Достоверное снижение ($p<0,05$) максимальной скорости произошло между перименопаузой и ранней постменопаузой (от 2 до 5 лет), в то время как достоверное снижение ($p<0,05$) конечно-диастолической скорости наблюдалось при менопаузе. Разница показателей между перименопаузой и постменопаузой свыше 10 лет составила более чем в 3 раза.

Мурашко И.И.

КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель: опираясь на литературные данные, изучить клеточные механизмы экстракорпорального оплодотворения.

Экстракорпоральное оплодотворение – вспомогательная репродуктивная технология, используемая в случае бесплодия. Метод ЭКО возник сравнительно недавно, первый ребенок, зачатый в пробирке, родился в 1978 году.

Показанием к проведению процедуры являются различные формы мужского и женского бесплодия. Технология ЭКО осуществляют в специализированных медицинских учреждениях в условиях амбулаторного лечения. Для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения необходимо получить яйцеклетки и сперматозоиды, провести оплодотворение in vitro, вырастить эмбрион, ввести эмбрион в полость матки женщины. Перенос концептуса в матку осуществляется через 2-5 дней после оплодотворения яйцеклетки.

Эффективность экстракорпорального оплодотворения в целом составляет порядка 30-35%. Показатели ЭКО меняются в зависимости от возраста, причин бесплодия, квалификации врачей и уровня клиники. Из 20 наступивших беременностей родами заканчиваются в среднем 18. Роды при беременности после ЭКО ничем не отличаются от обычных.

В Беларуси вспомогательными репродуктивными технологиями занимаются 4 центра – два государственных и два частных: РНПЦ «Мать и дитя», Гомельский медицинский центр генетики, Центр репродуктивной медицины и центр вспомогательной репродукции «Эмбрио». В нашей стране ежегодно проводится 1500-1700 ЭКО.

Экстракорпоральное оплодотворение – ведущий метод репродуктивной технологии, который позволяет получить абсолютно здоровое потомство. Семейные пары, потерявшие надежду иметь потомство, становятся счастливыми родителями.

Мурин Е.В.

РАЗВИТИЕ И ДОСТУПНОСТЬ ЗУБОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ БЕЛАРУСИ В 1920-х ГОДАХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мальковец О.Г.
Кафедра общей стоматологии

Изучение исторического опыта становления зубоврачебной помощи необходимо для осознания современного состояния и формирования перспектив ее дальнейшего развития в обозримом будущем.

Цель: проанализировать на конкретном фактическом материале становление и развитие зубоврачебной помощи в 1920-х годах на территории Беларуси.

Материалы и методы. В процессе работы были изучены 43 источника: сборники научных трудов, статьи в научных журналах и в периодической печати, материалы врачебных съездов, конференций, совещаний.

Результаты и их обсуждение. Правительством БССР (18.02.1919) по образцу декретов СНК РСФСР было принято постановление по национализации зубоврачебных материалов и средств. В Гомельской губернии в 1920 г. созданы местные органы управления зубоврачебным делом, проведена национализация зубоврачебных учреждений и имущества, открыты первые детские зубоврачебные кабинеты. В Витебске 15 мая 1922 г. была открыта первая рабочая амбулатория, в которой работало 5 терапевтов, 6 врачей – специалистов, 3 зубных врача. В 1922-1923 гг. такие амбулатории начали функционировать и в других городах. Однако материально-техническое обеспечение в тех условиях было затруднительно, поэтому зубоврачебные кабинеты и инвентарь сдавались организациям и частным лицам.

Стоимость стоматологической помощи в лечебных учреждениях Минска на 7.02.1924 г. (в руб.) составляла: обращение – 0,15; пломбирование – 0,5; экстракция зуба под местной анестезией – 0,6; удаление зубного камня – 0,5-1 при средней зарплате медперсонала около 44 руб. в 1926г.Для сопоставления отметим, что средняя заработная плата медицинского персонала в БССР в 1926 г. составляла около 44 руб.

Белорусское общество Красного Креста за 1926-1928 гг. организовало и содержало для школьников два зубных кабинета и зуботехническую лабораторию. Белорусский участок железной дороги в 1928 г. содержал 12 зубных врачей. Имело место увеличение числа зубоврачебных кабинетов (1926 г. – 76, 1927 г. – 96, 1928 г. – 106). Однако, обеспеченность этой помощью (1927) в сельской местности (1 кресло на 50 тыс. жителей) была значительно хуже, чем в городе (1 кресло на 5 тыс. жителей). К тому же, если в городе проводили санацию (в том числе, пломбирование), то в сельской местности, в основном, экстракцию. Как отрадный, но единичный факт, следует признать организацию в мае 1928 года при содействии Белорусского общества Красного Креста первой в республике «поликлиники зубных болезней и полости рта». Позже (в октябре) она была переименована в одонтологический институт, в состав которого входили детско-профилактическое, консервативное, амбулаторное и стационарное хирургические отделения, рентгеновский и патолого-гистологический кабинеты, музей и библиотека. Здесь же были организованы курсы переподготовки сельских зубных врачей. 18-20 мая 1928 года состоялась первая Всебелорусская конференция зубных врачей, на которой обсуждались актуальные практические, научные, организационные и кадровые вопросы.

Таким образом, проведенное исследование показало, что после Великой Октябрьской социалистической революции в БССР начали создаваться местные органы управления зубоврачебным делом, проведена национализация зубоврачебных учреждений и имущества, открыты первые детские зубоврачебные кабинеты. Также регистрировался количественный рост зубоврачебных учреждений, однако, обеспеченность этой помощью в сельской местности была значительно хуже, чем в городах.

Мухамедмурадов Сердар

ФАКТОРЫ РИСКА КАРИЕСА ЗУБОВ

Научный руководитель асс. Рутковская А.С.
1-я кафедра терапевтической стоматологии

Проблема кариеса зубов остается одной из самых актуальных в стоматологии в силу его широкой распространенности, которая к настоящему времени среди взрослого населения достигает 100%. Ка́риес (лат. Caries dentium) - это патологический процесс, начинающийся после прорезывания зубов, сопровождающийся деминерализацией, с образованием полости под действием местных (углеводы, зубной налет, гигиена, фториды) факторов и общего состояния организма (возраст, болезни и др.), а также медико-социальных факторов (образ жизни, образование, доход и др.).

Цель: определить основные факторы риска кариеса зубов.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели проанализировано 26 отечественных и иностранных литературных источников.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время возникновение кариеса зубов связывают с локальным изменением pH ниже 5,5 на поверхности зуба под зубным налётом вследствие брожения (гликолиза) углеводов, осуществляемого кислотообразующими микроорганизмами (Str. Mutans, Lactobacillus и др.), и образования органических кислот (преимущественно молочной). Частое употребление пищи, особенно углеводов (чаще 5-6 раз в день) и отсутствие навыков ухода за полстью рта способствуют усиленному образованию зубного налета, что приводит к быстрому разрушению эмали, а затем и дентина зубов. Получены бесспорные данные о взаимосвязи кариеса зубов с низким содержанием фторидов в окружающей среде, так как действие фтора в предупреждении развития кариеса проявляется в ускорении реминерализации эмали, нарушении процесса гликолиза, бактерицидном действии на кариесогенные бактерии, повышении резистентности твердых тканей зубов.

Таким образом, основными этиологическими факторами риска кариеса зубов являются микроорганизмы зубного налета, дефицит фторидов, частота приема углеводов.

Мхитарян А.А.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Нагибина М.В.
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

Цель: выявить эмоциональное состояние медперсонала, работающего с ВИЧ-инфицированными больными в инфекционном стационаре, разработать принципы эмоциональной и психической защиты.

Материалы и методы. Разработка анкеты, анкетирование 50 сотрудников больницы (медицинских сестер и врачей) в пяти отделениях ВИЧ-инфекции ИКБ№2 г. Москвы, статистическая обработка полученных результатов, составление практических рекомендаций.

Результаты и их обсуждение. За последние 5 лет отмечается рост количества больных ВИЧ-инфекцией, требующих стационарного лечения. Более 35% больных поступают в больницу в тяжелом состоянии, что требует большого внимания медицинского персонала, работающего в специализированных отделениях. Активно опрошено 50 человек: врачей 42%, среднего мед. Персонала 51%, младшего мед. персонала 7%. В 87% выявлено эмоциональное выгорание высокой и крайне высокой степени у медперсонала, работающего с больными ВИЧ инфекцией. В формировании эмоционального выгорания большую роль играет стаж работы, выполняемая работа (медсестры в 91% и 76% - врачи). Практические рекомендации: при устройстве на работу в отделения, связанную с лечением ВИЧ-больных, возможно необходима консультация психолога для выявления профессиональной пригодности мед. персонала, необходимо наличие комнаты для релаксации в специализированных отделениях, для повышения работоспособности, эмоциональной и психической выносливости.

Мшар Е.А., Янковская О.О.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Научный руководитель асс. Рустамов В.М.
Кафедра детской хирургии

Трофическая язва – это, за редким исключением не самостоятельная болезнь, а тяжелое патологическое осложнение целого ряда болезней, которые сопровождаются нарушением кровообращения при заболеваниях: а) сосудов: 1) вен (хроническая венозная недостаточность), 2) артерий (проявления атеросклероза, эндартериита, сахарного диабета (диабетическая ангиопатия). Пролежни также вариант артериальной язвы; б) дерматологических (инфицированная экзема); в) аутоимунных (коллагенозы, васкулиты, болезни крови); г) при повреждении нервов или спинного мозга (нейропатические); д) нарушение оттока лимфы; е) травмы костей.

Цель: сравнить эффективность лечения трофических язв различного генеза после использования методов лазеротерапии (лазер «MULTILINE»с длинной волны 2940 нм с насадкой SMA d=6мм) и воздействия переменным магнитным полем (аппарат МАГ-30-4, амплитудное значение магнитной индукции на рабочей поверхности – 30 мТл).

Материалы и методы. Осуществлен ретроспективный анализ 20 пациентов с трофическими язвами, пролеченных методами лазеротерапии и воздействия переменным магнитным полем на базах 6 ГКБ и 11 ГКБ. В 1 группу вошли 12 (60%) пациентов, в лечении которых применялась лазеротерапия, во 2 группу – 8 (40%) пациентов, которым оказывалось воздействие переменным магнитным полем. В каждой группе выделены две подгруппы (а. – взрослые, б. - дети). Критериями оценки эффективности проведенного лечения являлись уменьшение отека и появление грануляций. Всем пациентам до назначения физиолечения проводилась некрэктомия патологически измененных тканей. Результаты исследования обрабатывались с использованием программы Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов в 1 группе составляет 32,7±21,6 года (в подгруппе а. - 49±19,6лет, б. - 16,4±1,5 года), во 2 группе – 39,3±26,6 лет (а - 63,2±12,7лет, б. - 15,4±2,4 года), (р-0,85). Для оценки эффективности проведенного лечения использовался средний показатель, характеризующий количество дней до исчезновения отека мягких тканей. В 1 группе он составил 4±0,94 дня (подгруппа а. - 4±1,22 дня, б. - 4±0,71 дня), во 2 группе – 5,7±0,95 дня (подгруппа а. – 6,2±0,84 дня, б. – 5,2±0,84 дня), (р – 0,0025). Второй показатель эффективности лечения – количество дней до появления грануляций в ране. В 1 группе он составляет 7,1±1,66 дней (подгруппа а. – 8,4±1,14 дней, б. – 5,8±0,84 дня), во 2 группе – 8,9±1,66 дней (подгруппа а. – 9,6±2,07 дня, в б. – 8,2±0,84 дня), (р – 0,038).

Использование эрбиевого лазера «Мультилайн» с насадкой SMA и аппарата МАГ-30-4 в терапии трофических язв различной этиологии патогенетически обосновано и клинически эффективно. Установлено, что переменное магнитное поле оказывает вазоактивный, противовоспалительный, трофикостимулирующий и регенераторный эффекты. Лазерное излучение обладает выраженными трофико-регенераторным, противовоспалительным и бактерицидным эффектами в сравнении с магнитотерапией.

Мычко Д.Д.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖИТЕЛЕЙ г. МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Папок В.Е.
Кафедра онкологии

Цель: оценить результаты лечения неинвазивного рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. Анализ данных первичной медицинской документации пациентов учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер» в период с 2008 по 2012 гг.

Результаты и их обсуждение. В 2008 в г. Минске впервые выявлено 116 случаев неинвазивного (Та-Т1) рака мочевого пузыря. Заболеваемость у мужчин выше, чем у женщин (2,33:1). Средний возраст заболевших составил 64 года.

В структуре опухолей по морфологическому строению преобладал переходноклеточный рак (n=111, 98,2%). По результатам гистологического исследования опухоли высокой степени дифференцировки (G1) выявлены у 32 пациентов (27,6%), средней степени дифференцировки (G2) – у 46 (39,7%), низкодифференцированные опухоли (G3-4) – 14 пациентов (12,1%), в 24 случаях степень дифференцировки не установлена.

Неопластический процесс представлен единичными опухолями у 73,3% пациентов, множественными – у 26,7%. В 55% случаев (n=64) размер новообразований составил 1-3см.

В качестве лечения у всех пациентов выполнялась трансуретральная резекция опухолей. 21 пациенту (18,1%) в послеоперационном периоде была проведена внутрипузырная химиотерапия, 6 пациентам (5,17%) - лучевая терапия.

У 53 пациентов (45,7%) выявлен рецидив заболевания, из них у 15 (12,9% от общего числа пациентов) в течение пяти лет развилось несколько рецидивов. В 71,7% случаев (n=38) новообразования локализовались в месте первичной опухоли. У 47% (n=25) рецидив диагностирован в течение года после проведенного лечения, у 52,8% (n=28) - после года (среднее время до развития рецидива 20,3 месяца). В 24,5% (n=13) рецидивов выявлены высокодифференцированные опухоли, в 47,2% (n=25) - средней степени дифференцировки, в 13,2% (n=7) - низкодифференцированные, что составляет 50% от всех случаев низкодифференцированных опухолей. Также отмечено, что у 59,3% пациентов, имеющих диффузный характер роста опухоли, в последующем развился рецидив заболевания.

Пациентам с рецидивом заболевания выполнялась повторная трансуретральная резекция. В 85,7% случаев (n=18) лечение было дополнено внутрипузырной химиотерапией, лучевой терапией – в 7,5% (n=4), в одном случае – БЦЖ-терапией, причем 55,6% химиотерапевтического лечения и 75,0% лучевого лечения проводилось при выявлении второго рецидива. За все время наблюдения данная патология явилась причиной смерти у 8 человек (6,9%).

Таким образом, в ходе работы были сделаны следующие выводы:

после лечения поверхностного рака МП у 45,7% пациентов развивается рецидив, чаще всего в течение двух лет от момента первой операции;

большинство рецидивов локализуются в месте первичной опухоли;

диффузный характер поражения, снижение степени дифференцировки опухоли являются факторами, увеличивающими риск развития рецидива.

Мышкина А.В.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ СТОПЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и терапии

Цель: оценить состояние голеностопного сустава при поперечном, продольном и сочетанном плоскостопиях.

Материалы и методы. Оценка клинических данных, рентгенография, УЗИ.

Плоскостопие-изменение формы сводов стопы, сопровождающееся потерей ее амортизирующих функций. Различными формами плоскостопия страдает около 45% всех взрослых людей. Патология чаще выявляется у женщин.

По вовлеченности сводов плоскостопие может быть поперечным, продольным и комбинированным.

Классификация приобретенного плоскостопия по этиологии:

1) Статическое плоскостопие. Причиной развития патологии является слабость костей, мышц и связочного аппарата стопы и голени.

2) Травматическое плоскостопие. Возникает в результате неправильного сращения костей стопы и голеностопного сустава после их переломов и повреждения связочного аппарата.

3) Рахитическое плоскостопие. Является следствием рахита и нарушенного роста костей при этом заболевании.

4) Паралитическое плоскостопие. Развивается после перенесенного полиомиелита в результате паралича мышц стопы и голени.

Было проведено исследование 35 пациентов. 10 человек составляли группу контроля.

Результаты и их обсуждение. У 16 пациентов выявлено поперечное плоскостопие и у 9 из них обнаружены признаки артроза голеностопного сустава. У 9 из 35 – продольное плоскостопие, признаки артроза голеностопного сустава у 2-х. У 5 было выявлено сочетанное плоскостопие, из них 4 имели признаки артроза голеностопного сустава.

Таким образом, выявлена связь между деформациями голеностопного сустава и плоскостопием при различных его разновидностях в различной степени. Наибольший процент артроза голеностопного сустава выявлен при комбинированном плоскостопии.

Мышук Е.В., Морозова А.О.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Цыганкова О.А.
1-я кафедра внутренних болезней

По данным ГУ «РНПЦ МТ», среди всех впервые выявленных заболеваний в РБ туберкулёз органов дыхания (ТОД) у медицинских работников занимает третье место.

Цель: выявление особенностей развития ТОД у медицинских работников. Источником информации явились данные из медицинской документации 36 пациентов, состоящих на учёте в РЦПиА. Отбор производился методом случайной выборки.

Выявлены следующие данные: из 36 пациентов ТОД чаще всего обнаруживается у медицинских сестёр - 61,11%, лаборантов – 19,44%, санитарок – 13,89%. Реже болеют врачи – 5,56%. Все работали в специализированных противотуберкулёзных учреждениях в непосредственном контакте с пациентами, страдавшими туберкулёзом, а так же с бактериовыделителями или инфицированным материалом. В большинстве случаев санитарно-гигиенические условия труда не соответствовали действующим СанПиНам. Причём, в большинстве случаев рабочий день составлял 12 часов (1,25-1,5 ставки).

Необходимо отметить, что пациенты имели небольшой стаж работы до появления ТОД: 16 человек (44,44%) заболели в интервале от 0,5 до 2,5 лет; 11 человек (30,56%) – от 3,5 до 4 лет; 5 человек (13,89%) – от 6 до 8 лет; 4 человека (11,11%) – более 8 лет.

Имело место позднее установление профессионального заболевания: в большинстве случаев (86,11%) через 1-2 года после начала лечения, а в 13,89% случаев – через 4-9 лет. Из

всех пациентов у 21 человека (58,33%) диагноз при первичном выявлении туберкулёза – инфильтративный туберкулёз верхней доли правого/ левого лёгкого в фазе распада, МБТ+; у 15 человек (41,67%) – очаговый туберкулёз верхней доли правого/лёгкого в фазе инфильтрации, МБТ -.

Множественная лекарственная устойчивость отмечалась у 5 человек, что составило 13,89%.

В результате лечения была произведена резекция части лёгкого у 4 пациентов из 36 (11,11%).

Были зарегистрированы рецидивы заболевания после возвращения на прежнюю работу у 6 человек (16,67%).

Таким образом, для снижения заболеваемости туберкулёзом у медработников необходимо:

1. Соблюдение санитарно-гигиенических условий труда в соответствии с санитарными правилами и нормами.
2. Уменьшение нагрузки на одного медработника.
3. Раннее выявление туберкулёза у медработников с использованием современных методов диагностики.
4. Проведение оздоровительных мероприятий, коррекции иммунологических нарушений.
5. Своевременное установление профессионального заболевания и трудоустройства необходимо для профилактики рецидивов заболевания и осложнений, определения степени ограничения жизнедеятельности.

Мялешка У.Ю., Федарвіч Я.В.

БЕЛАРУСКАЯ МОВА Ў ВЫШЭЙШАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ АДУКАЦЫІ

Навуковы кіраўнік ст. выкладчык Ратынская Н.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Найвялікшая каштоўнасць народа – гэта мова. Мову па праву можна лічыць народнай, калі яна ўжываецца ва ўсіх сферах жыцця, у тым ліку і ў адукацыі. Сапраўдныя спробы стварэння беларускамоўнай медыцынскай адукацыі на Беларусі былі два разы - гэта 20-30-я гады, падчас палітыкі беларусізацыі, і таксама на працягу некалькі гадоў, пасля атрымання незалежнасці ў 1991 годзе.

Зараз у Рэспубліцы Беларусь медыцынская адукацыя ў абсалютнай большасці адбываецца на рускай мове. Улічваючы афіцыйнае двухмоў'е, гэта можа паказацца нармальным. Але як вучыць вопыт тысячагоддзяў – народ, страціўшы мову, страчвае і сваю самастойнасць.

Ці варта зараз пераходзіць на беларускамоўную адукацыю? Гэтае пытанне стаяла ў грамадстве і ў 1991 годзе. Некалькі кафедр нашага ўніверсітэта пачалі распрацоўваць вучэбныя дапаможнікі і праграмы навучэння на сапраўднай мове беларускага народа. Аднак са зменай палітыкі ўлады гэты працэс прайшоў адваротнае развіццё.

Мэтай даследавання гэтай працы было высветліць, як на цяперашні дзень ставяцца да беларускай мовы студэнты БДМУ. Таксама стаялі пытанні: ці варта пераходзіць на беларускамоўную адукацыю ў нашым універсітэце, вывучаць беларускую анатамічную і медыцынскую тэрміналогіі сумесна з рускімі, неабходнасць вывучэння беларускай мовы ў БДМУ.

Методыкай даследавання было абрана сацапытванне, якое складалася з пытанняў з некалькімі дадзенымі адказамі, сярод якіх трэба было выбраць адзін. Таксама была праведзена дыферэнцыяцыя паміж рознымі рэгіёнамі Беларусі і тыпамі насельніцкіх пунктаў. Такім чынам, была пастаўлена мэта высветліць адносіны маладога пакалення да роднай мовы як ва ўсёй Беларусі, так і ў асобных яе частках.

Анкеціраванне дало наступныя вынікі. Прыкладна 10% студэнтаў адмовіліся ад беларускай мовы ва ўсялякіх яе праяўленнях. Сапраўдных патрыётаў беларускай мовы было каля 20%: яны выказаліся за любое пашырэнне ўжывання беларускай мовы як у палітычным і сацыяльным жыцці краіны, так і ў БДМУ. Адна трэцяя частка студэнтаў выказала сваё жаданне вывучаць беларускую медыцынскую тэрміналогію. Крыху менш выказалі сваё жаданне пераходу на беларускамоўную адукацыю ў нашай ВНУ. Большая частка апытаных (каля 87%) лічаць неабходным вывучаць беларускую мову ва ўніверсітэце. Сітуацыя па рэгіёнах краіны выйшла нечаканая: з павелічэннем памеру насельніцкага пункта і набліжанасці яго да Мінска павялічваецца і колькасць аматараў беларускай мовы.

Па выніках даследавання можна зрабіць настуныя высновы. Па-першае, будучае пакаленне дактароў ў сваёй большасці ставіцца да беларускай мовы нейтральна ці нават негатыўна. Па-другое, прасочваецца ўплыў адраджэнскага руху 80-90-х гадоў на буйныя гарады, і адносіны да беларускай мовы як да сялянскай ў вёсках, што хутчэй за ўсё засталося з часоў СССР. Па-трэцяе, існуе значная частка (30%) студэнтаў, якія жадаюць вывучаць медыцынскія дысцыпліны таксама і на беларускай мове. І па-чацвёртае, беларуская мова неабходна нашаму ўніверсітэту, аб чым сведчыць як прысутнасць такого прадмету у праграме, так і вынікі апытвання.

Такім чынам, трэба адзначыць, што беларуская мова ўсё ж яшчэ існуе і існуюць будучыя прадстаўнікі інтэлігенцыі, якія не цураюцца яе, а любяць і жадаюць ёй развіцця і адраджэння.

Наварич Т.А.

МИКРОРЕНТГЕНОСПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Манак Т.Н.
Кафедра общей стоматологии

Цель: определить микроструктурные особенности различных пломбировочных материалов для корневых каналов и выявить влияние химического состава пломбировочного материала на химический состав зуба.

Материалы и методы. Исследования проводились на удаленных по ортодонтическим показаниям постоянных зубах человека. Зубы очищали с помощью щеточки и пасты «Детартрин» («Septodont»). Проводилась механическая обработка корневых каналов машинным методом, системой ProTaper по технике «Crown Down» с использованием ЭДТА 17% и антисептической обработкой раствором Белодеза, 3% с последующим высушиванием и пломбированием корневых каналов исследуемыми пломбировочными материалами. Для получения образцов делали поперечные распилы корня зуба на уровнях 1/3, 1/2, 2/3 длины корня. Полученные образцы полировали до зеркального блеска с помощью полировочных дисков 3M ESPE и подвергали их анализу на сканирующем электронном микроскопе "Mira" фирмы "Tescan" (Чехия, ускоряющее напряжение 20 кВ, погрешность определения геометрических размеров 5 %) и рентгеновском энергодисперсионном спектрометре «INCA 350» («Oxford Instruments», Великобритания, относительная погрешность в режиме количественного анализа 3–5 %, область возбуждения 0,5 мкм, ускоряющеменапряжение 20 кВ). Количество точек измерения содержания химических элементов для каждого образца составляло не менее 10. Полученные результаты обрабатывались методами описательной статистики: однофакторным дисперсионным анализом и методом множественного сравнения средних S-методом Шеффе.

Результаты и их обсуждение.

1. Все исследуемые пломбировочные материалы при увеличении в 500, 1000 и 5000 раз имеют пористую структуру; во всех исследуемых образцах имело место нарушение краевого

прилегания на границе с дентином корня зуба; при увеличении в 1000раз образцы с материал Триоксидент имеют выраженную гранулярную структуру, Рутсил – сетчатую, а поверхность материалов Прорут, и Эндосил выглядит более гомогенной.

2. По результатам однофакторного дисперсионного анализа, наблюдается зависимость химического состава корневого дентина от выбора пломбировочного материала.

Нагаев А.А., Бруцкая А.Р.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Синило С.Б.
2-я кафедра хирургических болезней

Цель: изучение использования эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) в диагностике заболеваний панкреатобилиарной зоны и выбора метода лечения, объема и вида хирургического вмешательства в зависимости от результатов исследования.

Проведен ретроспективный анализ 182 исследований и 80 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП в 2011 и 2012 годах. ЭУС выполнялась в эндоскопическом отделении с использованием оборудования фирмы «Olimpus», EUS EXERA, Япония. Эндо УЗИ выполнялось радиальным ультразвуковым гастровидеоскопом GF-UM 160 с использование процессора EU-M60.

Возраст пациентов колебался от 20 до 89 лет, средний составил 56 лет. Женщин было 120, мужчин – 62. За два года с патологией панкреатобилиарной зоны в хирургических стационарах пролечено 4794 пациента, что составило 23,07% от всех поступивших пациентов. ЭУС выполнена 182 пациентам, что составило 3,8%.

Все пациенты, согласно результатам обследования, разделены на группы: холедохолитиаз – 39 (21,4%), стриктуры терминального отдела холедоха 23 (12,7%), хронический панкреатит -32 (17,64%), опухоли – 13 (7,1%), острый калькулезный холецистит – 10 (5,5%), острый холецистопанкреатит – 7 (3,84%), кисты поджелудочной железы – 5 (2,75%), полипы желчного пузыря – 5 (2,75%), другие – 8 (4,4%). У 40 (22%) пациентов патологии не обнаружено.

В группе с холедохолитиазом в 4 (10,26%) случаях дополнительно выполнена ЯМР – холангиограмма, 23 (59%) - РХПГ. Среди пациентов было 10 (25,64%) с постхолецистэктомическим синдромом. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполена 23 пациентам как первый этап операции, а затем – лапароскопическая холецистэктомия. Реконструктивная операция на желчных протоках (ХДА) выполнена 13 (33,3%) пациентам. Во время операции в 2-х (5,1%) случаях расхождение с ЭУС в патологии: в одном - рак желчного пузыря и в одном – рак холедоха.

ЯМР и КТ дополнительно выполнены в 4 (17,4%) в группе со стриктурами терминального отдела холедоха, РХПГ – 2 (8,7%) случаях. У одного пациента (4,34%) данные ЭУС не соответствовали данным УЗИ. В данной группе 8 (34,78%) пациентов были с постхолецистэктомическим синдромом. Оперировано 8 (34,8%) пациентов. У остальных пациентов выявлены стриктуры небольшой степени, получен хороший результат от медикаментозного лечения. Все они выписаны с рекомендацией диспансерного наблюдения хирургами.

Наибольшее 9 (69,2%) дополнительных ЯМР выполнено пациентам в группе с подозрением на опухолевый процесс в желудке, поджелудочной железе, внепеченочных протоках. В двух (15,38%) случаях выполнены РХПГ. Оперировано 5 (38,46%) пациентов. В одном случае (7,7%) диагноз онкопроцесса не подтвердился.

Таким образом, ЭУС является альтернативным по отношению к КТ и ЯМР, высокоинформативным неинвазивным методом диагностики заболеваний панкреатобилиарной зоны. Считаем целесообразным его включение в план обследования всем больным с постхолецистэктомическим синдромом, подозрением на опухолевый процесс в панкреатобилиарной зо-

не. Результаты ЭУС позволяют более рационально определить выбор тактики, способ и объем оперативного вмешательства.

Нагорский Д.Д.

ВЛИЯНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА ПРОЦЕССЫ ВОСПАЛЕНИЯ У КРЫС С ИНФИЦИРОВАННЫМИ РАНАМИ

Научный руководитель асс. Сахаб Хайдар Али Нур
2-я кафедра хирургических болезней

Одной из важнейших проблем современной хирургии является лечение гнойных ран и трофических язв. В течение последних десятилетий в решении этой проблемы достигнуто ряд определенных успехов, как в теоретическом, так и в практическом направлении. Однако, при широкой апробации, большинство из применяемых методов лечения оказались не достаточно эффективными. Поэтому проблема лечения этой категорий пациентов, в целом, остается ещё далекой от своего разрешения. Значительный интерес и перспективы в лечении длительно незаживающих, а также инфицированных ран представляет использование клеточных технологий, в том числе и с применением мезенхимальных стволовых клеток (МСК).

Для проведения эксперимента были использованы взрослые белые крысы линии Vistar, у которых выполнялось моделирование округлой раны на спине по отработанной методике. Затем дно и края раны инфицировались инъекционным путём 24-часовой монокультурой эталонных штаммов бактерий (Staphylococcus aureus). Гнойную рану получали спустя 2 суток от времени начала моделирования. Животных разделили на две группы: контрольную (n=20) и основную (n=20). Контрольную группу подвергли местной антисептической и внутримышечной антибактериальной терапии цефтриаксоном. В основной группе лечение включало как выбранную антибактериальную, так и клеточную терапию с применением мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани. На 3, 5, 10 и 14 сутки производился забор крови у лабораторных животных для определения уровня ИЛ-1 (норма: 0–5 пг/мл), ИЛ-6 (норма: 0–4,1 пг/мл), ИЛ-10 (норма: 13 пг/мл), а также количество лейкоцитов (норма: $(4–9)x10^9$/л).

В контрольной группе на третьи сутки наблюдалась следующая картина: ИЛ-1 – 7.9, ИЛ-6 – 33.5, ИЛ-10 – 22.2, лейкоциты – 14.6. В основной группе: ИЛ-1 – 6.0, ИЛ-6 – 114.2, ИЛ-10 – 27, лейкоциты – 14.4. На пятые сутки было выявлено в контрольной группе: ИЛ-1 – 7.7, ИЛ-6 – 120, ИЛ-10 – 29.5, лейкоциты – 13.6. В основной группе: ИЛ-1 – 7.0, ИЛ-6 – 83.2, ИЛ-10 – 35, лейкоциты – 10.9. На десятые сутки в контрольной группе было определено: ИЛ-1 – 5.8, ИЛ-6 – 172.7, ИЛ-10 – 38.5, лейкоциты – 10.2. В основной группе: ИЛ-1 – 5.9, ИЛ-6 – 34, ИЛ-10 – 36, лейкоциты – 9.3. На четырнадцатые сутки в контрольной группе было выявлено: ИЛ-1 – 3.2, ИЛ-6 – 107.2, ИЛ-10 – 25.2, лейкоциты – 8.7. В основной группе: ИЛ-1 – 3.7, ИЛ-6 – 13, ИЛ-10 – 39.2, лейкоциты – 7.9. В сравнении с контрольной группой, в основной группе наблюдалось снижение титра провоспалительных и повышение противовоспалительных интерлейкинов, что свидетельствует о купировании признаков воспаления.

При лабораторной оценке течения раневого процесса в сравниваемых группах животных было определенно, что комплексное лечение инфицированных ран с применением локальной трансплантации мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани способствует купированию воспалительного процесса в более короткие промежутки времени (на 5-7 сутки), по сравнению с группой, где применялась традиционная терапия (на 10-14 сутки).

Назарова В.Ю.

Н.И.ПИРОГОВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК УЧЕНИЯ О ФАСЦИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дечко В.М.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Работа посвящена 175-летию выхода книги Н.И. Пирогова «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций», которая вышла в 1837 году. Основная цель, которую преследовал Н.И. Пирогов, создавая свой труд, заключалась в том, чтобы наиболее полно использовать данные анатомии для решения специальных вопросов практической хирургии.

Цель: изучение законов Пирогова, выведенных на основе его восьмилетнего труда над данным сочинением. Кроме того, была поставлена задача показать значимость знания и понимания этих законов для практического хирурга.

Осуществив большое количество опытов, Н.И. Пирогов подробно изучил образование и строение влагалища главных артериальных стволов, что позволило ему вывести три основных закона, названных впоследствии его именем:

1. Все сосудистые влагалища образованы фасциями мышц, расположенных вблизи сосудов.
2. В поперечном сечении соединительнотканное влагалище имеет трехгранную (призматическую) форму, что обусловливает особую прочность и жесткость его конструкции.
3. Вершина влагалища находится в прямом или опосредованном соединении с близлежащей костью или капсулой сустава.

Таким образом, параангиальные соединительнотканные футляры имеют сравнительно плотные и прочные стенки, образующие трехгранное пространство, в котором проходят сосудисто-нервные пучки, окруженные рыхлой клетчаткой. Футляры имеют постоянную ориентированность вдоль оси конечности благодаря фиксации к подлежащим костям. Знание этих обстоятельств необходимо для более полного понимания характера распространения гнойных процессов по параангиальным футлярам и некоторых клинических проявлений. Н.И.Пирогов подчеркивал также особое значение фасций для поиска хирургом артерий и перевязки их.

Учитывая все вышеизложенное, можно с уверенностью сказать, что труд Н.И.Пирогова «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» является фундаментальным, классическим сочинением топографической анатомии и хирургии, важность которого и в современной практике трудно переоценить.

Назарова В.Ю.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Слизень В.В.
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Актуальность проблемы сальмонеллезов связанна с высокими уровнями заболеваемости, длительно сохраняющейся тенденцией к ее росту, трудностями в эпидемиологическом расследовании причин сальмонеллезов, формированием резистентности к противомикробным препаратам. Разработка методов экспресс-диагностики сальмонеллезов и типирования сальмонелл является одним из важных моментов сдерживания распространения возбудителей.

Цель: оптимизация терапии и диагностики сальмонеллезов у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГДИКБ г. Минска в 2009-2011 гг. Изучены 2054 культуры сальмонелл, выделенные от больных детей. Использованы бактериологический, молекулярно-генетический, статистический методы.

Результаты и их обсуждение. За изучаемый период было выделено 2054 изолята *S. enteritidis* (94.4%), 105 изолятов *S. typhimurium* (4.8%), 4 изолята *S. гр. C1 (mission)* - 0.184%, по 1 изоляту *S. infantis* и *S. derbi* (0.0459%), по 2 изолята *S. london* и *S. brandenburg* (0.0919%), 3

изолята *S. give* (0.138%), 5 изолятов *S. panama*(0.23%). Таким образом, доминирующим сероварианто сальмонелл у детей в период с 2009 по 2012 год являлись *Salmonella enterica* серовар *enteritidis.* Вторыми по значимости возбудителями являлись S. *enterica typhimurium,* остальные сероварианты *S. enterica* встречались в единичных случаях.

Анализ результатов определения антибиотикорезистентности изолятов сальмонелл показывает, что 43,8% *S. enteritidis* были устойчивы к налидиксовой кислоте, 5% - к левофлоксацину, 4% - к амикацину, 19,7% - к ампициллину, 7,4% - к цефтазидиму.

Изоляты *S. typhimurium* проявляли устойчивость к налидиксовой кислоте в 47,6%, к левофлоксацину – в 1,6%, к амикацину - 8,8%, ампициллину - 84%, к цефтазидиму - 5,4%.

Молекулярно-генетическую детекцию сальмонелл и среди них *S. enteritidis* проводили по родоспецифическому маркеру - *invA* гену, детерминирующему инвазивные свойства сальмонелл, идентификацию *S. enteritidis* осуществляли по вариантоспецифическому маркеру - *sefA* гену. В процессе амплификации invA и sefA гена в положительных случаях образовывались ампликоны размером 250-300 п.о. и 100-150 п.о. соответственно. Все сероварианты исследованных сальмонелл (*S. enteritidis, S. typhimurium, S. london, S. brandenburg, S. infantis, S. derbi, S.agama, S. welt)* были позитивны по invA, в то время как по sefA гену позитивны были только *S. enteritidis.*

В этиологии сальмонеллезов у детей в 2009-2011 гг в г. Минске доминировали *S. enteritidis,* вторыми по значимости были *S. typhimurium.* Высокую in vitro активность в отношении сальмонелл проявляли левофлоксацин, цефтазидим, амикацин. Около половины изолятов проявляли устойчивость к налидиксовой кислоте. Предварительная оценка метода детекции сальмонелл показала, что этот метод позволяет выявлять энтеропатогенные сальмонеллы. Гены *invA* и *sefA* являются родо- и видоспецифическими маркерами соответственно.

Выражаем благодарность за содействие в исследованиях сотрудникам Городской детской инфекционной клинической больницы Клюйко Нине Леонидовне и Лазареву Алексею Витальевичу.

Найден Д.О.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ И МОЛОДЫХ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ УНИВЕРСИТЕТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бацукова Н.Л.
Кафедра общей гигиены

Синдром хронической усталости (фатиг-синдром, синдром пост-вирусной астении и иммунной дисфункции, миалгический энцефаломиелит, далее- СХУ) - новая нозологическая форма, распространенная в цивилизованных странах, главным признаком которой является немотивированная выраженная общая слабость, связанная с особенностями и типом жизни населения крупных городов, общей экологической ситуацией и нервно-психическими перенапряжениями.

Цель: оценить распространенность и гигиенические аспекты развития СХУ у учащейся молодежи и молодых преподавателей.

Материалы и методы. Аналитический, анкетирования и статистический. Данные получены путем анкетирования студентов 3 курса Белорусского государственного медицинского университета (далее - БГМУ), учащихся Барановичского государственного профессионально- технического колледжа сферы обслуживания (далее- БГПТК СО), а также преподавателей Барановичского государственного университета (далее- БарГУ), Белорусского государственного медицинского университета (далее- БГМУ)и Могилевского государственного университета им. А.А. Кулешова (далее- МГУ им. А.А. Кулешова). Нами было обследовано 78 студентов 3 курса БГМУ (первая группа), 60 учащихся (специальность- портной- закрой-

щик) 3 курса БГПТК СО (вторая группа), а также 61 преподаватель(третья группа) по анкете, разработанной доктором Биллом Риддером в собственной модификации, анкетам балльной оценки субъективных характеристик сна, а также по анкете индивидуальных особенностей хронотипа.

Результаты и их обсуждение. Синдром хронической усталости становится распространенным заболеванием, особенно среди молодых девушек и женщин: частота распространенности симптомов хронической усталости среди девушек 3 курса БГМУ-22,56%, БГПТК СО-11,22%, среди преподавателей женского пола -24,6%, среди мужского пола-14,9%.

2. Вероятность наличия симптома хронической усталости прямо пропорциональна уровню умственной деятельности опрошенных: у студентов БГМУ частота симптома хронической усталости в 2 раза выше, чем у студентов БГПТК СО (19,5% и 9,02% соответственно).

3. Вероятность развития синдрома хронической усталости обратно пропорциональна уровню физической активности респондентов (у опрошенных, проходящих в день менее 2 км средняя частота встречаемости симптомов СХУ-22,9%, более 5 км в день –в два раза ниже(11,2% соответственно).

4. Отмечается прямая зависимость между наличием у опрошенных различного рода нарушений сна и частотой встречаемости симптомов СХУ.

5. Отмечается прямая зависимость между избыточной массой тела и частотой встречаемости симптомов СХУ: у студентов БГМУ с избыточной массой тела частота симптомов СХУ на 21% выше среднего уровня по данной группе, у учащихся БПТК СО- на 44%, в преподавательской группе на 12,77%.

С целью профилактики развития СХУ нами были разработаны практические рекомендации.

Налегач Е.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель асс. Сахаб Хайдар Али Нур
2-я кафедра хирургических болезней

Лечение длительно незаживающих инфицированных ран занимает особое место в клинической медицине. Длительно незаживающие раны являются распространенным заболеванием, встречающееся у 2-4% взрослого населения. В литературе не нашлось сообщений о применении мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани в лечении инфицированных ран, поэтому существуют ряд вопросов требующих экспериментального изучения. Это и послужило основанием для проведениям экспериментальных исследований по изучению влияния мезенхимальных стволовых клеток на течение раневого процесса.

Для проведения экспериментальных исследований были использованы взрослые белые крысы линии Vistar весом 160–200 грамм. У экспериментальных животных выполняли моделирование округлой раны на спине по отработанной методике. Затем дно и края раны инфицировались путем инъекций 24-часовой монокультур эталонных штаммов бактерий (Staphylococcus aureus). Объем вводимой взвеси микробов составлял 2 мл. Гнойную рану получали спустя 2 суток от времени начала моделирования. Все животные были распределены на контрольную и основную группы. Контрольную группу подвергли местной антисептической и внутримышечной антибактериальной терапии цефтриаксоном. В основной группе лечение включало как выбранную антибактериальную, так и клеточную терапию с применением мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани. На 3,5,10,14 сутки мы проводили планиметрические методы исследования (площадь раны, скорость зпителизации, динамика зажив-

ления). Ежедневно проводился объективный осмотр раны с динамической фотосъёмкой и наблюдение за состоянием животных.

В основной группе на 2-е сутки наблюдалось наличие геморрагического струпа, незначительного запаха, умеренного количества серозно-геморрагического экссудата, вокруг ран отмечался воспалительный инфильтрат, покраснение и отек в окружающих тканей. На 5-е сутки рана была покрыта струпом, состоящим преимущественно из плазменных белков, под которыми находился тонкий слой некротизированной ткани, пропитанной кровью. На 10-е сутки раневая поверхность была представлена молодой соединительной тканью. На 14-е сутки поверхность раны была представлена соединительной тканью, местами эпителизирована. В контрольной группе на всех сроках наблюдения отмечалось сохранение раневого дефекта и замедление процесса заживления.

Использование стволовых клеток в комплексном лечении инфицированных ран позволяет быстрее, по сравнению с традиционными методами лечения, восстанавливать целостность кожи. Полученные результаты могут служить основанием к проведению дальнейших исследований в клинической практике.

Натензон В.В.

OVERWEIGHT AND OBESITY AS RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Петрова М.Н.
Кафедра иностранных языков

The study deals with the relationship between overweight, obesity and disease development.

Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health. It is caused by an energy imbalance between calories consumed and calories expended. Although being overweight or obese is attributed to many of the same diseases and health conditions, there is a difference between the two. One way to determine obesity and overweight is by measuring Body Mass Index. BMI is a simple index of weight in kilograms divided by the square of height in meters (kg/m^2). The WHO definition says that Body Mass Index greater than or equal to 25 is overweight; a BMI greater than or equal to 30 is obesity.

Overweight and obesity are recognized as an “escalating epidemic” affecting both developed and developing countries and are the fifth leading risk for global deaths. According to World Health Organization global estimates 65% of the world's population live in countries where overweight and obesity kill more people than underweight. On average, obesity reduces life expectancy by six to seven years. Each year at least 2.8 million adults die as a result of being overweight or obese and 23% of those deaths are associated with heart diseases. The reason of this is that overweight causes increase in blood lipids, especially triglycerides, LDL cholesterol and total cholesterol. This condition is called hyperlipidaemia which leads to infiltration of excess LDL cholesterol into the blood vessels and its dangerous accumulation there. It is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular diseases. The most common disorders of the heart and blood vessels are coronary heart disease, atherosclerosis, ischemic heart disease, deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The connection between excess body weight and heart failure was confirmed in Great Britain in 2002. The investigators followed 5881 individuals enrolled in the Framingham Heart Study, who were either obese or merely overweight, for an average of 14 years. After adjusting statistically for other risk factors for heart failure (such as diabetes, coronary artery disease or hypertension) those who were merely overweight had a risk of developing heart failure that was 34% greater than in non-overweight individuals; while those who were obese had an incredible 104% increase in risk. This finding should give both doctors and patients even more impetus to encourage weight loss.

Overweight and obesity, as well as their related cardiovascular diseases, are largely preventable. Supportive environments and communities are fundamental in shaping people's choices, making the healthier choice of foods and regular physical activity the easiest choice, and therefore preventing obesity.

At the individual level, people can:

- limit energy intake from total fats;
- increase consumption of fruit and vegetables, as well as legumes, whole grains and nuts (the food which is rich in fibre);
- limit the intake of sugars;
- engage in regular physical activity;
- restrict intake of fatty meats, such as pork and lamb, to a reasonable level;
- be aware that the fat may be 'hidden' (biscuits, cake and chocolate, for instance, are rich sources of saturated fat);

The food industry can play a significant role in promoting healthy diets by:

- reducing the fat, sugar and salt content of processed foods;
- ensuring that healthy and nutritious choices are available and affordable to all consumers;
- practicing responsible marketing.

Науменко В.Д., Лебедев В.И.

МНЕМОНИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ ЗАПОМИНАНИЯ В АНАТОМИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Давыдова Л.А.
Кафедра нормальной анатомии

Анатомия является одним из самых трудоёмких предметов в медицинском образовании. Будущие медики, изучающие анатомию, вынуждены за короткие интервалы времени запоминать большую информацию. Поток терминов на русском и латинском языках увеличивается лавинообразно с каждым занятием. Особенно в начальный период обучения, неизбежно зазубривание, которое не всем студентам легко даётся, но, тем не менее, совершенно необходимо для дальнейшего изучения большинства медицинских наук. Каждый человек имеет свои секреты для быстрого и успешного изучения и запоминания.

Учёные свидетельствуют, что нет людей с плохой памятью. Есть люди, которые не умеют ею пользоваться. Ещё древние греки использовали ряд приёмов для повышения эффективности памяти человека, знали, как тренировать и развивать память. Эти приёмы получили название мнемоники или мнемотехники и помогут облегчить студенту – медику непростой процесс запоминания.

Цель: изучить и проанализировать данные литературы, касающиеся видов памяти, мнемонических приёмов в медицине.

Мнемоника – совокупность приёмов и способов, которые облегчают запоминание и увеличивают объём памяти путём образования искусственных ассоциаций. Одним из компонентов инновационных технологий обучения является ассоциативный метод. Используя специальные мнемонические приемы: например, запоминая расположение цветов радужного спектра, достаточно выучить фразу: "Каждый охотник желает знать, где сидит фазан".

Хорошо помогает запоминанию рифмование терминов, слов, понятий, аббревиатуры. При супинации и пронации обычно используют аналогию с фразой «суп несла - пролила». У химиков также существует довольно много рифмованных «узелков» для памяти: например, «Химик, запомни как оду: Лей кислоту в воду!» Таких примеров немало в студенческой среде, их запоминание осуществляется практически без всяких усилий. В мнемонике существует много способов, позволяющих точно запоминать большие объемы смысловой информации. Когда человек мысленно соединяет несколько образов, мозг фиксирует эту взаимосвязь. При вспоминании одного из образов этой ассоциации мозг воспроизводит все остальные.

Короткие мнемонические фразы, облегчающие запоминание информации путем образования искусственных ассоциаций называют «запоминалками».

Лучше усваивается и запоминается тот материал, который, во-первых, интересен, а во-вторых, если человек не просто слушает, а ещё и находит связи и смысл в данном материале.

Медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности требующей глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких душевных качеств. На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Избежать грубых ошибок, врачу можно только через тяжелый, изнурительный, каждодневный труд у постели больного, в экспериментальной лаборатории, в анатомическом музее.

Наумович М.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА В ФИЗИОЛОГИИ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. Инсарова Н.И.
Кафедра медицинской и биологической физики

Среди множества факторов окружающей среды, вызывающих значимые изменения функционального состояния биологических систем разного уровня организации, особая роль принадлежит электромагнитным излучениям. Причем в зависимости от частоты излучения, а, следовательно, и энергии фотона, существенно меняются свойства распространения и характер взаимодействия электромагнитных (ЭМ) волн с биологическими объектами.

В последнее десятилетие особый интерес физиков, биологов и врачей-практиков вызывает терагерцовое излучение (ТГЧ-излучение). Ему соответствует частотный диапазон 100 ГГц – 10 ТГц (длины волн 3мм – 30мкм) и энергия фотонов $4\cdot10^{-12}$ – $4\cdot10^{-4}$ эВ.

Отметим также следующие свойства терагерцового излучения:

- это неионизирующее излучение;
- излучение хорошо проходит через мутные среды и мелкодисперсные материалы из-за резкого подавления рэлеевского рассеяния.

Характерно, что биологические эффекты ТГЧ-излучения регистрируются при плотности мощности излучения значительно ниже 10 мВт/см^2. При такой низкой интенсивности интегральный нагрев облучаемых объектов в эксперименте не превышает 0,1°С. Поэтому ЭМИ ТГЧ относят к «информационным» нетепловым воздействиям.

Особенность действия терагерцовых волн на биологические объекты состоит, прежде всего, в том, что именно в этом диапазоне шкалы электромагнитных волн лежат частоты, соответствующие переходам между вращательными уровнями энергии воды и многих биологических молекул, включая белки. Известно также, что молекулярные спектры излучения и поглощения многих биологически активных веществ (оксида азота NO, оксида углерода CO, молекулярного кислорода и его активных форм и др.) находятся в терагерцовом диапазоне. Кроме того, в субмиллиметровой части этого диапазона, согласно теоретическим расчетам и измерениям, находятся собственные частоты колебаний мембран, цитоскелета и клеток в целом. Это может вызвать характерное проявление резонансных эффектов при совпадении данных частот с частотами внешнего электромагнитного излучения. В частности становится возможным управление реакционной способностью перечисленных метаболитов ТГЧ-излучения, с его помощью можно влиять, например, на мембранный транспорт, свойства мембран, реологию крови.

Сегодня можно также говорить о перспективности использования ТГЧ-терапии для компенсации некоторых сердечно-сосудистых патологий, ряд исследователей свидетельствуют о возможности применения ТГЧ-волн для коррекции нарушений газового состава крови.

Цель: систематизировать и обобщить современные литературные данные, касающиеся действия электромагнитных волн терагерцового диапазона на биологические объекты разной степени сложности, начиная с клетки и кончая организмом в целом.

Неверовская Е.А.

ГЛАЗНИЧНАЯ МЫШЦА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гусева Ю.А.
Кафедра нормальной анатомии

Изучение строения глазницы и ее сообщений актуально с точки зрения вариантной анатомии и конституциональных особенностей для выбора имеющихся и разработки новых оперативных доступов к расположенным в глазнице органам, сосудам и нервам. Пристальное внимание исследователей обращено на строение нижней глазничной щели, расположенной между телом верхней челюсти и глазничной поверхностью большого крыла клиновидной кости. В литературе имеются различные данные о морфометрии нижней глазничной щели и топографии ее сосудисто-нервных структур. Основным нерешенным моментом является вопрос наличия и состава расположенной в нижней глазничной щели глазничной мышцы (m. orbitalis), функция которой чрезвычайно важна для нормального положения глазного яблока и оттока венозной крови из глазницы. Известно, что нарушение функции глазничной мышцы вследствие расстройства ее симпатической иннервации лежит в основе синдрома Горнера. Сведения о глазничной мышце, впервые описанной Johannes Peter Müller (1801–1858 гг.), разноречивы. В ряде работ мышца как таковая отсутствует и замещена соединительнотканной перегородкой, в которую вплетены отдельные гладкие мышечные волокна. По мнению некоторых ученых мышцы не выявлено вовсе. Другие авторы описывают ее как потерявший функцию рудимент обширной мышечной перепонки, существующий в глазнице животных, у которых глазница не отделена от височной ямки костями.

Цель: установить закономерности строения содержимого нижней глазничной щели человека.

Задачи:

1) выявить варианты строения содержимого нижней глазничной щели;

2) определить закономерности гистологического строения содержимого нижней глазничной щели.

Материалы и методы. Изучено 5 влажных препаратов глазницы на сагиттальных распилах головы из коллекции кафедры нормальной анатомии БГМУ. Методы – анатомический, морфометрический, гистологический.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что основу содержимого нижней глазничной щели составляет плотная соединительная ткань с коллагеновыми и эластическими волокнами, пронизанная сосудами и нервами. Степень ее выраженности зависит от формы и размеров нижней глазничной щели. Между волокнами соединительной ткани выявлены отдельные хаотично расположенные пучки гладкой мышечной ткани, количество которых преобладает в задних отделах щели. Наличие в составе нижней глазничной щели гладкомышечных клеток подтверждает их динамическую роль в оттоке венозной крови и положении глазного яблока в глазнице.

Невыглас А.В.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕНСОДЕРЖАЩЕГО СОЕДИНЕНИЯ ДАФС-25 НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ И ЕГО КОРРЕКЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, проф. Романовский И.В.

Кафедра биоорганической химии

Селен(Se) – элемент VI группы главной подгруппы периодической системы Д.И.Менделеева, во многом повторяющий химические свойства серы. Селен поступает в организм человека из почвы с продуктами растительного и животного происхождения. Почвы Беларуси бедны по уровню содержания в них селена, йода и некоторых других микроэлементов. Недостаток этих элементов может приводить к развитию эндемического гипотиреоза и снижению антиоксидантной защиты организма. Метаболизм серосодержащих аминокислот (цистеина, метионина) взаимосвязан с метаболизмом селеноцистеина и селенометионина, а также ряда пептидов и белков содержащих эти аминокислоты.

В эксперименте на крысах с использованием разработанной на кафедре биоорганической химии экспериментальной модели гипотиреоза (прием из поилок 0,02% раствора пропилтиоурацила в течение 21 суток) изучена физическая работоспособность крыс (по продолжительности бега в третбане в мин.), как при развитии гипотиреоза, так и при введении им L-тироксина (1,5 мкг/кг), селенсодержащего препарата ДАФС-25 (50 мкг/кг) так и их комбинации.

Влияние введения T_4, Se-содержащего соединения (50 мкг/кг) и их комбинации на физическую работоспособность крыс с экспериментальным гипотиреозом

(по продолжительности бега в третбане, мин. Скорость вращения третбана 32,0 м/мин)

Группы животных	I интактные n = 6	II гипотиреоз n = 6	III интактные +T_4 n = 6	IV интактные +Se-сод. n = 6	V гипотиреоз T_4 n = 7	VI гипотиреоз +Se-сод. n = 7	V и такт +T_4 n
Время пробега в мин.	13,0 ± 1,77	4,43 ± 0,61	10,57 ± 1,48	10,86 ± 2,04	7,0 ± 0,89	7,57 ± 1,94	15, 2,8

Гипотиреоз моделировался 21 сутки дачей 0,02% раствора пропилтиоурацила.

Препараты вводились в течение 10 дней после моделирования гипотиреоза.

Тестирование работоспособности осуществлялось на 9-10 сутки после введения препаратов.

Показано, что развитие гипотиреоза сопровождается заметным снижением (в 2,9 раза) времени бега в третбане. Раздельное введение L-тироксина и ДАФС гипотиреоидным животным хотя и повышало физическую работоспособность, но не до ее уровня у интактных животных. Введение комбинации препаратов гипотиреоидным крысам, и, особенно, интактным существенно повышало физическую работоспособность. Полученные данные обсуждаются с привлечением сведений о роли селенсодержащих белков в функционировании антиоксидантных систем клеток, поддержании стабильности липидных компонентов биомембран и взаимодействии ДАФС-25 с системой восстановленного и окисленного глутатиона и других тиоредуктаз.

Невыглас А.В., Адамцевич М.А.

THE ROLE OF WATER IN THE WORK OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Научный руководитель ст. преп. Менжинская-Войтова А.В.
Кафедра иностранных языков

Our brain contains about 85% of water. Optimal brain function depends on a proper amount of water. Water is what keeps the brain signals going. When the quality of water is compromised the signals are short circuited. Water supports DNA and is the largest single source of energy. The brain has no way to store water and dehydration comes if all the water lost in a day is not replaced and this deficiency is accumulated. Brain cells need twice as much energy than other cells in the body. Water supplies energy. Nerve transmission consumes one-half of all the brain's energy (nearly 10% of the whole body's energy). When hydrated, you have more energy. When the brain is functioning on a full reserve of water, it will function at full capacity and you'll think better and faster. Creativity is boosted.

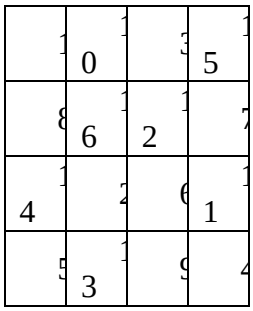
We wanted to detect the role of water in the activity of the Central Nervous System.

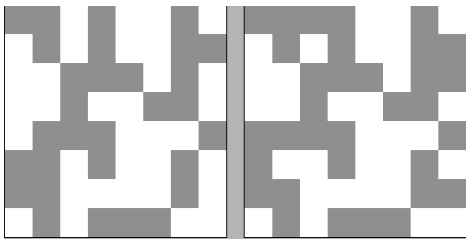
There was a proper list of goals:

- To learn all the information about water absorption in the digestive system
- To study the transportation of water to the brain
- To research the physiology of nerve impulse
- To test brain activity before and after water consumption
- To draw conclusions according to the results of the tests

Materials and Methods.

1) The participant had to solve Schulte's table, find 5 spots, listen to 5 words (32 letters) and repeat them, score as many points as possible in the computer game «IBrain»(everything is fixed with the help of stopwatch)





2) The participant had to drink 100 ml of clean fresh water

3) 10 minutes later we did the same tests once again

4) The results were compared and certain conclusions were made.

<u>The results of our work are presented in the following table:</u>

1	#	age	sex	Shulte's table,sec	5 Spots	Words (hearing)	I Brain (game)
2	1	17	female	12,2	12,3	2,2	79300
3	2	17	male	10,4	5,6	2,2	80550

As a result of our work we proved the unique qualities of this usual pellucid liquid. Statistics show that the usage of 100 ml of water increases alertness by about 15 %, that is very important for people who are engaged mainly in mental activity.

Недбайник З.Д.

ЭПОНИМИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель ст. преп. Швайко Е.С.
Кафедра латинского языка

Цель: изучение и анализ литературных источников о вопросе (использования) эпонимических терминов в медицине. Эпонимы – это термины, в состав которых входит авторское имя исследователя, учёного или открывателя. Мы проследили их историческое становление, развитие и употребление от возникновения и до наших дней. Для своего исследования мы взяли небольшую группу симптомов и синдромов с тем, чтобы вызвать интерес к этому вопросу у врачей различных специальностей и побудить их обратиться к определенным руководствам, первоисточникам, словарям, справочникам, пособиям, которые могли бы помочь расширить их эрудицию.

Для работы мы использовали следующие источники: Словарь эпонимических названий болезней и синдромов. Ортопедия и травматология, Е. П. Меженина, Я. Б. Куценок, 1979; М. Г. Блау Судьба эпонимов. 300 историй происхождения слов. Словарь-справочник издательсво"НЦ ЭНАС",2010 ; статьи"British Medical Journal", Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии - Киев: Вища школа, 1984; Словарь-справочник симптомов и синдромов заболеваний / Под ред. М. Фейгина. - Варшава, 1965 и другие.

По мере специализации врачебного дела ученым приходилось создавать специальные термины. Особенно усилилось искусственное терминологическое творчество после Возраждения. С этого же момента берет начало и систематизация всей медицинской терминологии, издание по отдельным разделам медицинской науки необходимых словарей, лексиконов, иногда с научной интерпретацией этих терминов и указанием, кто ввел тот или иной термин и в каких различных значениях этот термин употребляется.

В ходе работы мы изучили историю возникновения, развития, современного состояния эпонимов и обратили особое внимание на распространённость и узнаваемость эпонимов среди практикующих врачей.

Мы пришли к выводу, что без твёрдо фиксированной стабильной терминологии немыслим прогресс в медицинской науке, невозможен обмен накопленными научными знаниями, немыслимо также продуктивное сотрудничество учёных – медиков в международном масштабе.

Неповинный Д.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кузьмин Ю.В.
Кафедра военно-полевой хирургии

Цель: показать эффективность эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) при варикозном расширении вен ног (ВРВ) с использование высокоэнергетического лазера.

Материалы и методы. Изучены результаты выполнения ЭВЛК высокоэнергетическим Nd:YAG лазером «Фотек ЛК-50-4» производства Республики Беларусь с длиной волны 1,34 мкм у 67 пациентов в возрасте от 18 до 76 лет с ВРВ. Средний возраст составил 43,9 ± 13,1 года. Женщин было 52 (77,6%), мужчин – 16 (22,4%). Хроническая венозная недостаточность (ХВН) по классификации CEAP встречалась: С2 отмечена у 15 пациентов (22,4%), С3 – у 43 (64,2%), С4 – у 5 (7,5%), С5 – у 4 (5,9%).

Всем пациентам под спинномозговой анестезией по общепринятой методике выполнялась кроссэктомия, затем большая подкожная вена (БПВ) пересекалась у лодыжки и в просвет сосуда по специальному проводнику вводили световод. При выполнении ЭВЛК на малой подкожной вене (МПВ) вена пересекалась только в области наружной лодыжки, в области сафено-поплитеального соустья вена не пересекалась. В отдельных случаях из-за выраженной варикозной трансформации притоков и перфорантных вен ЭВЛК дополнялась операцией по Нарату, Кокету – выполнялась комбинированная флебэктомия. При ЭВЛК БПВ и МПВ ис-

пользовали мощность 20 WT, на притоках и перфорантных венах 16 WT. Скорость извлечения световода – 1-3 мм/сек. В течение 3-х месяцев после операции проводилась эластичная компрессия.

Пациенты по типу выполненного оперативного вмешательства, были разделены на две группы: 1-я группа – выполнена ЭВЛК БПВ, МПВ, лазерная коагуляция (ЛК) притоков и перфорантов – 36 пациентов; 2-я группа – выполнена ЭВЛК БПВ, МПВ, ЛК притоков и перфорантов, в комбинации с операцией Нарата, Кокетта – 31 пациент. В качестве группы сравнения были взяты 35 пациентов, лечение ВРВ нижних конечностей которым проводили по классической методике: операция Бэбкокка, удаление боковых ветвей по Нарату, лигирование перфорантных вен по Кокету, операция Линтона. Группа сравнения не отличалась от основной по полу и возрасту, в нее были включены пациенты с ХВН С2-С5.

Результаты и их обсуждение. Через сутки после операции пациенты самостоятельно передвигались, болевой синдром отсутствовал. Швы снимали на 10 сутки, заживление послеоперационных ран первичным натяжением. У одной пациентки из послеоперационных осложнений был отмечен флеботромбоз, что составило 1,49% случаев, в группе сравнения в одном случае наблюдалась гематома – 2,85% случаев. Таким образом, риск развития послеоперационных осложнений при ЭВЛК в 1,91 раза меньше, чем в группе сравнения.

Средний срок пребывания пациентов в стационаре, лечение которых проводилось с использованием ЭВЛК – 3,22 ± 2,7 дней. В 1-ой группе – 2,58 ± 1,79 дня; во 2-ой группе - 3,96 ± 3,35 дня, что достоверно ($p<0,05$) меньше, в сравнении с длительностью лечения в группе сравнения, которая составила – 6,14 ± 4,75 дня.

Выводы.

1. ЭВЛК вен и комбинированная флебэктомия с ЭВЛК лазером с длиной волны 1,34 мкм малотравматичны, высокоэффективны и может быть рекомендован для широкого практического использования особенно в «Хирургии одного дня»

2. Данный метод лечения ВРВ нижних конечностей позволяет уменьшить продолжительность стационарного лечения достоверно ($p<0,05$) с 6,14 ± 4,75 до 3,22 ± 2,7 дня, т.е. в 1,9 раза, а также риск послеоперационных осложнений в 1,91 раза.

Нехай Е.В.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ясинская Л.И.
Кафедра нервных и нейрохирургических заболеваний

Дифференциальная диагностика занимает важнейшее место в работе врача. Опухоли головного мозга на догоспитальном этапе вызывают определенные сложности, протекая под различными клиническими масками.

Цель: установить особенности клинических проявлений у детей при различных объемных образованиях головного мозга на основе анализа данных анамнеза, начала заболевания, клинических и неврологических нарушений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинического течения верифицированных опухолей головного мозга у 17 детей в возрасте от 5 месяцев до 18 лет (8 девочек и 9 мальчиков), госпитализированных в УЗ «ГДИКБ» г. Минска.

Результаты и их обсуждение. При анализе направительных диагнозов выявлено, что дети поступали в стационар с диагнозом гастроэнтерит (41,2%), ОРИ (23,5%), менингоэнцефалит (11,8 %), менингит (5,9%), фебрильные судороги (5,9%), невропатия лицевого нерва (5,9%), невропатия малоберцового нерва (5,9%). В возрастной структуре доминировали дети 11-18 лет – 35,3% детей, $p<0,05$. При поступлении состояние больных расценивались как средней тяжести у 77,8%, у 22,2% - тяжелое с нарушением сознания вплоть до комы. У большинства (76%) детей начало симптомов было острым ($p<0,05$), и в 24% случаев жалобы были от 2 не-

дель до 2 мес. либо в течение года (по 12% соответственно). В клинической картине преобладали общемозговые нарушения: рвота (70,6%, $p<0,05$); головная боль (29,7%), причем чаще у детей подросткового возраста (52,1%); тошнота (11,8%); судороги (17,7%). У 52,9% детей отмечались жалобы родителей на нарушение поведения, гипервозбудимость, раздражительность, эмоциональную лабильность и на этом фоне повышенную утомляемость. При неврологическом обследовании у большей части детей очаговой симптоматики не выявлялось или определялась только минимальная рассеянная микросимптоматика. Из очаговых симптомов были симптомы поражения черепных нервов в виде сходящегося косоглазия (5,8%), расходящегося косоглазия (17,7%), диплопии (17,7%), горизонтального нистагма (29,4%). В 29,4% отмечался центральный парез мимической мускулатуры. При исследовании ликвора отмечалась белково-клеточная диссоциация в 17,7%, у части (11,7%) детей отмечался реактивный менингит. Нейровизуализационное исследование выявило объемные образования головного мозга с наиболее частой локализацией в заднечерепной ямке (72,2%, $p<0,05$), в височной (11,1%) и теменной доле (5,6%), в области эпифиза (11,1%).

Таким образом, дифференциальная диагностика опухолей головного мозга представляет трудности в связи с малосимптомностью и отсутствием специфичности неврологических проявлений на ранних этапах их развития, что расширяет показания для проведения лучевых методов исследования.

Нидельконо А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТЕНИЙ ДЛЯ ДЕКОНТАМИНАЦИИ ПОЧВ, ЗАГРЯЗНЁННЫХ ТЯЖЁЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ

Научный руководитель асс. Рябова Н.В.
Кафедра общей гигиены

Вблизи многих промышленных предприятий, автодорог расположены дачные участки горожан. Почвы этих участков подвергаются загрязнению тяжёлыми металлами. Глобальная задача – устранить вредоносное воздействие данных земель на здоровье горожан.

Цель: разработка эффективного, доступного метода очистки почвы от ионов хрома, марганца, железа, свинца на основе биологической рекультивации с применением аборигенной флоры загрязненной территории - рогоза широколистного.

Задачи:

1. Изучить научную литературу, описывающую возможности биологической очистки воды и почвы от ионов тяжёлых металлов с помощью растений-металлофитов.
2. Исследовать процесс адсорбции ионов тяжёлых металлов рогозом широколистным.
3. Изучить и апробировать методику применения данного способа для очистки загрязнённой тяжёлыми металлами почвы.
4. Рекомендовать изученную методику для деконтаминации почв, загрязненных тяжелыми металлами.

Специфика исследования определила выбор методов исследования:

а) описательный

б) экспериментальный

в) аналитический

Объект исследования: катионы тяжёлых металлов, корневище рогоза широколистного

Предмет исследования: способность корневища рогоза широколистного адсорбировать ионы тяжёлых металлов из почвы

Практическая значимость: мы попробовали разработать дешёвый способ деконтаминации почвы от тяжёлых металлов с помощью распространённого у нас рогоза широколистного. Эту методику мы рекомендуем применять на дачных участках.

Этапы исследования:

1. Изучение специальной литературы
2. Планирование эксперимента
3. Проведение экспериментов по определению способности рогоза адсорбировать ионы тяжёлых металлов из почвы (посадка рогоза в чистую и загрязнённую почву)
4. Исследование образцов природного рогоза
5. Исследование образцов экспериментального рогоза
6. Описание проведённого эксперимента, формулирование выводов.

Исходя из проведенной работы, можно сделать следующие выводы:

1. Рогоз имеет высокие адаптивные свойства и способен произрастать на почвах, сильно загрязнённых тяжёлыми металлами
2. Рогоз способен всасывать ионы тяжёлых металлов не только из воды, но и из почвы. Он способен удалять из почвы марганец, хром, железо и свинец.
3. Лучше всего рогоз всасывает ионы свинца (90,55%) и ионы железа (на 73,19%). Ионы хрома и марганца рогоз тоже неплохо адсорбирует из почвы (на 60,35% и 62,85% соответственно).
4. Наибольшая концентрация этих металлов обнаружена в корневище рогоза.
5. Мы рекомендуем высаживать рогоз на дачных участках, вблизи искусственно созданных водоёмов для деконтаминации почв, загрязненных тяжелыми металлами.

Нидельконо А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В КАРДИОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Студеникина Т.М.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

В последние годы активно развивается новое направление в лечении тяжелейших, ранее неизлечимых заболеваний. Речь идет о регенеративно-пластической медицине, основанной на использовании регенерационного потенциала стволовых клеток. Заместительная регенерационно-пластическая медицина прошла путь от экспериментов на животных с некрозом миокарда до восстановления постинфарктного дефицита кардиомиоцитов. Методы регенерационной медицины направлены на стимуляцию процессов восстановления утраченной функции через мобилизацию собственных стволовых резервов больного организма (аутотрансплантаты, использование экзогенных ростовых факторов) или путем введения аллогенного клеточного материала. При этом могут использоваться и эмбриональные стволовые клетки, и региональные стволовые клетки, которые выявляются практически во всех органах. В частности, мезенхимальные стволовые клетки широко используются в ортопедии, неврологии, гепатологии, гематологии и в кардиологии. Огромное количество теоретических работ, обзоров экспериментальных и клинических исследований представляют весь спектр результатов: от полного выздоровления до тяжелых осложнений, а значит, требуется проведение дальнейших исследований и клинических наблюдений.

Цель: анализ современной литературы о применении мезенхимальных стволовых клеток (МСК) в кардиологии.

Задачи: на основе анализа, сопоставления и смысловой переработки первичного текста сформулировать главные принципы применения стволовых клеток в кардиологии, что может представлять интерес в качестве предмета дальнейших исследований.

Материалы и методы. Предмет работы – обзорные работы по применению мезенхимальных стволовых клеток в кардиологии. Объект работы – мезенхимальные стволовые клетки

Результаты и их обсуждение. Анализ литературных данных сделать вывод о том, что:

МСК можно выделить не только из костного мозга, но и из других тканей взрослого организма: жировая ткань, мышечные ткань, костная ткань, хрящевая ткань и сухожилия, стенка сосудов.

Использование МСК в клеточной терапии острого инфаркта миокарда не является панацеей, с помощью которой можно превратить всю фиброзную ткань в мышечную и полностью устранить рубец.

Существуют строгие показания и противопоказания к применению клеточной терапии.

Трансплантация МСК в оптимальные сроки способствует увеличению количества КМЦ и числа вновь образуемых сосудов в пораженной сердечной ткани.

Инволюция рубца происходит только при своевременном, адресном и строго определенном количестве вводимых МСК.

Никитина В.А.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И МИНИМАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОП

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Игнатович И.Н.
1-я кафедра хирургических болезней

Цель: сравнить отдаленные результаты применения консервативного и оперативного (реваскуляризация конечности) методов лечения пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы и минимальными поражениями стоп.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем телефонного опроса пациентов, проходивших лечение в центре диабетической стопы г. Минска в 2009-2012 гг. Для сравнения было выделено 2 группы пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы: группа контроля и группа сравнения. Пациентам первой группы (32 пациента) проводилось только консервативное лечение. Пациентам группы сравнения (30 пациентов) для лечения применялась реваскуляризация нижней конечности.

Результаты и их обсуждение. В группе контроля за 2009-2012 гг. умерло 6 пациентов (18,75%). Об оставшихся в живых 26 пациентах получена следующая информация:

у 9 пациентов (34,61%) были выполнены высокие ампутации нижних конечностей в срок от 6 до 37 недель после выписки из стационара,

11 пациентов (42,3%) отмечают боли в покое,

4 пациентов (15,38%) имеют язвенно-некротические поражения стопы,

6 пациентов (23,08%) отметили плохое качество жизни, 17 пациентов (65,38%) - удовлетворительное и 3 пациента (11, 54%) - хорошее.

В группе сравнения за указанный период времени умерло 8 человек (26,67%). Об оставшихся в живых 22 пациентах получена следующая информация:

1 пациенту (4,55%) была выполнена высокая ампутация нижней конечности на 40-й неделе после реваскуляризации,

11 пациентов (50%) отмечают боли в покое,

2 пациента (9, 09%) имеют язвенно-некротические поражения стопы,

2 пациента (9,09%) отметили плохое качество жизни, 18 пациентов (81,82%) отметили удовлетворительное качество жизни и 2 пациента (9,09%) - хорошее.

Критерий U Манна-Уитни выявил достоверность различий количества сохраненных конечностей в группах контроля и сравнения ($p=0,028$).

Реваскуляризация нижней конечности является оптимальным и эффективным методом лечения пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы, который позволяет сохранить опорную функцию нижней конечности и улучшить качество жизни пациентов.

Нікалаенка К.П.

ПЫТАННІ УРАЧЭБНАЙ ЭТЫКІ У АПОВЕСЦІ В.КАРАМАЗАВА “КРАЕМ БЕЛАГА ШЛЯХУ”

Навуковы кіраўнік ст. выкладчык Ратынская Н.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Сучасная беларуская проза жыве клопатамі пра час, народны лёс, які праламляецца ў лёсе асобных людзей. Яна вызначаецца пільнай ўвагай да асобы чалавека і штодзённых праяў жыцця. Рэальныя здабыткі сучаснай прозы немалыя. Вялікае месца у сучаснай беларускай літаратуры аддана вобразу ўрача. Вобраз доктара-лекара прысутнічае і ў аповесці В.Карамазава “Краем белага шляху”. У творы апісваецца той нялёгкі час пасля Чарнобыльскай аварыі. Галоўным героем твора з’яўляецца доктар Валетаў. Сапраўды, хто, як не ўрач можа ацаніць усю цяжкасць жыцця пасля аварыі?

Без паху і колеру, не даступныя ані зроку, ані слыху, ані дотыку чалавечаму, раз’ядаюць мізэрныя часцінкі цела таго магутнага арганізма, якім колесць была Пушча. Нішчаць жывое-бачнае, цялеснае і тое, што сувымяраецца духам.

Расліны, птушкі, звяры, людзі,усё, што складала гэты гарманічны свет, выбілася з натуральнага колазвароту і стала на непрадказальны шлях распаду. Распадаецца псіхалогія, маральны склад вяскоўца.

Людзі вёсак, якія ўчора размаўлялі пра бульбу, надвор’е і паляўнічых сабак, сёння гутараць пра бэры, стронцый і цэзій.

У гэтым атручаным свеце жыве доктар Валетаў, які нешчасны не толькі ад радыяцыі, але і ад таго, што яму здраджвае жонка, якая да таго яшчэ і п’е “па-чорнаму”, якую Валетаў называе няйнакш як “сцервай”, ды ўсё ж ідзе падымаць яе з калюжыны, дзе яна качаецца п’яная.

Ён абыходзіць забруджаныя радыяцыяй месцы, бачыць, як пусцеюць навакольныя вёскі, паміраюць людзі. І п’е доктар Валетаў віно, гарэлку, самагонку. А бывае так, што ў падпітым стане бярэцца за скальпель, рэжа, трыбушыць, адсякае лішняе і хворае...

І вось ужо Валетаў набірае максімум балаў на пасаду адмоўнага героя...

І тут мы задаем сабе пытанне: зможа доктар вярнуцца да чыстага жыцця? Хто, калі не доктар, можа выратаваць жыццё? А калі доктар апусціў рукі, то і народ страціць яркі праменчык надзеі?

І ўсё ж такі доктар Валетаў знаходзіць нешта, за што можна ўчапіцца ў гэтым жыцці. Ён пачынае перайначваць сваё жыццё і нарэшце успамінае пра свой абавязак сярод людзей.

В.Карамазаў на вобразе Валетава паказвае чытачу ўсе цяжкасці жыцця ўрача. Мы таксама павінны разумець, што кожны з нас ужо стаў на шлях, дзе медыцына будзе займаць зусім не апошняе месца. Кожны з нас ужо цяпер павінен разумець, што жыццё кожнага чалавека: сябра, дзіцяці, маці і зусім незнаёмага чалавека - стаіць на першым месцы. Таму на вобразе Валетава можна сцвярджаць: нягледзячы на цяжкасці жыцця, на самыя нядобрыя абставіны, мы павінны помніць, што кожны з нас чалавек, але не звычайны чалавек, а той, хто можа і павінен выратаваць жыццё, вылечыць не толькі цела, але і душу.

Николаенко Д.О.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: ОТ КОНЦЕПЦИИ К АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Яковлева Е.В.
Кафедра поликлинической терапии

Цель: определить функциональное состояние почек у лиц с хроническим пиелонефритом (ХП), с факторами риска развития хронической болезни почек (ХБП) и оценить адекватность амбулаторного ведения данных пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ 32 амбулаторных карт пациентов по специально разработанной анкете с использованием для оценки функционального состояния почек трех расчетных формул: Cockcroft- Gault (CG), MDRD и CKD-EPI. Среди пациентов преобладали женщины (78%). Средний возраст составил – 63,25±2,76 года. Все пациенты были разделены на 2 группы: I – пациенты с ХП без ХПН (17 человек), II – пациенты с ХПН вследствие различных заболеваний почек (15 человек).

Результаты и их обсуждение. В I группе только у 4 (23,53%) пациентов уровень креатинина крови был в норме, а у 13 (76,47%) соответствовал I стадии ХПН. Ни у одного из пациентов не был проведен расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в амбулаторных условиях. Величина СКФ по формулам CKD-EPI и MDRD у 2 (50%) из 4 пациентов с нормальным уровнем креатинина соответствовал С3а стадии ХБП. У пациентов с уровнем креатинина, соответствующим I стадии ХПН уровень СКФ по формулам CKD-EPI и MDRD соответствовал С3б – у 2 (15,39%) пациентов, С3а стадии ХБП только у 5 (38,46%), а С2 – у 5 и С1 – у 1 пациента.

В структуре заболеваемости пациентов II группы хронический пиелонефрит составил 9 случаев (60%), единичные кисты почек и поликистоз – 7(41,18%), мочекаменная болезнь – 3(17,65%), нефроангиосклероз - 3(17,65%), ревматоидный артрит – 2(11,76%), хронический гломерулонефрит – 1(6,67%), поликавернозный туберкулез почек – 1(6,67%). I стадия ХПН по документам была 2 пациентов (13,33%), II стадия – у 10 (66,67%), III стадия – у 2(13,33%), IY стадия – у 1(6,67%). С учетом уровня креатинина I стадия ХПН имелась у 13 пациентов, а II стадия – у 2. Распределение пациентов по стадиям ХБП на основании показателя СКФ: С1 - 0, С2 – 2 (13,33%), С3а – 2 (13,33%), С3б – 8 (53,34%), С4 – 1 (6,67%), С5 – 2 (13,33%).

Анализ корреляционной связи между формулами свидетельствовал о прямой сильной связи между тремя формулами при С1-С2 и С4-С5 стадиях ХБП и об уменьшении ее силы между CKD-EPI, MDRD и CG при С3а и С3б стадиях ХБП, а также при наличии сочетанной патологии (хронический пиелонефрит+артериальная гипертензия+сахарный диабет).

Анализ амбулаторных карт свидетельствует о несоблюдении схем диспансерного наблюдения (неадекватность кратности осмотров тяжести патологии, недостаточный охват лабораторно-инструментальными исследованиями, отсутствие комплексного подхода в лечебно-реабилитационных мероприятиях) в группе II и особенно группе I, что оказывает существенное влияние на эффективность и качество диспансеризации.

Выводы.

1. При амбулаторном ведении пациентов для оценки функционального состоянии почек не использовались расчетные формулы, позволяющие определять СКФ.
2. Выявлены дефекты при определении стадии ХПН.
3. Применение расчетных формул позволило выявить у 52,94% пациентов с хроническим пиелонефритом без указания на ХПН по медицинским документам снижение СКФ менее 59 мл/мин/1,73 м^2, а у лиц с указанием на ХПН в 86,67% случаев.
4. Сильная корреляционная связь, независящая от стадии и этиологической структуры ХБП установлена только между формулами CKD-EPI и MDRD.
5. Адекватность диспансерного наблюдения пациентов с патологией почек не соответствует предложенной схеме ведения таких пациентов.

Никулина Н.А.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В «МАЛЫХ» ДОЗАХ НЕ УХУДШАЕТ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ КАРДИОМИОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Доценко Э.А.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней БГМУ

Целесообразность применения гипербарической оксигенации (ГБО) в остром периоде инфаркта миокарда до сих пор вызывает противоречивые мнения из-за возможного токсического действия избытка кислорода на миокард, следствием чего является снижение миокардиальной сократимости. Гипербарический кислород в традиционно применяемых дозах (0,2 МПа) провоцирует активизацию перекисного окисления с образованием свободных радикалов, что усиливает повреждение ишемизированной ткани. С другой стороны, купирование гипоксии приводит к формированию «адаптивного окна», что способствует уменьшению критического повреждения клеток и последующего ремоделирования сердца.

Цель: оценка локальной сократимости миокарда под воздействием малых доз гипербарической оксигенации у больных в остром периоде инфаркта миокарда.

Материалы и методы. При ультразвуковом исследовании изучены следующие показатели функционирования миокарда: индекс локальной сократимости миокарда (ИЛС, баллы), фракция выброса в М-режиме (ФВ, %), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР, мм) у 70 больных в остром периоде крупноочагового инфаркта миокарда, не получавшие курс ГБО (группа №1) и получавшие курс ГБО (группа №2). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, социально- демографическим и клиническим показателям. Курс ГБО состоял из 4 сеансов длительностью 60 минут с избыточным давлением 0,02 МПа (1,2 АТА) и проводился с 8 дня от начала инфаркта миокарда. Ультразвуковое исследование сердца проводилось дважды на 2 и 12 сутки от начала болезни. ИЛС - качественная оценка региональной подвижности стенки - рассчитывался как средняя сумма баллов каждого из 16 сегментов левого желудочка, при этом нормальному сегменту присваивался 1 балл, а сегментам с отклонениями от нормы – более высокие баллы.

Полученные данные обработаны с использованием методов непараметрической статистики, результаты представлены как Me (Q25-Q75).

Результаты и их обсуждение. В группе №1 ИЛС изменился с 1,5 (1,25-1,63) баллов на 2 сутки до 1,25 (1,19-1,5) на 12 сутки ИМ, при этом в группе №2 ИЛС соответственно изменился с 1,5 (1,28-1,63) до 1,37 (1,25-1,47), что достоверно меньше исходных уровней (p=0,05). Статистически достоверной разницы между группами выявлено не было, что свидетельствует об отсутствиях различий в динамике сократительной способности миокарда у пациентов с курсом ГБО и без него. ФВ изменилась в группе №1 с 61 (49-69) % на 2 сутки до 60 (51-60) % на 12 сутки, в группе С ГБО с 59 (52-60) % до 57,5 (52-63)%, соответственно. В группе № 1 КДР изменился с 51 (47-54,5) мм до 55 (52-59) мм, а в группе №2 с 50 (47-64) мм до 53,5 (52-59,5) мм за аналогичный период. При этом статистически достоверной разницы между группами выявлено не было.

Малые дозы гипероксии (0,02МПа) не приводят к ухудшению сократительной способности кардиомиоцитов в остром периоде инфаркта миокарда, что позволяет рекомендовать применение данного режима в клинической практике.

Новик М.А., Мамонтова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ДЫХАНИЯ В ПЕРИОД СМЕШАННОГО ПРИКУСА

Научный руководитель асс. Денисов С.С.
Кафедра ортодонтии

Взаимосвязь нарушений носового дыхания и зубочелюстных аномалий у детей интересует ортодонтов давно. Функция дыхания является первичным определяющим фактором положения челюстей и языка. Изменение этой важной функции может нарушить равновесие давления мягких тканей на челюсти и зубы и воздействовать как на рост челюсти, так и на положение зубов. Причинно-следственная связь зубочелюстных аномалий и нарушения функции дыхания подтверждена многими авторами. В частности, Самохина Е.С. в своих исследованиях установила, что нарушение функции дыхания встречается у 14,1±2,4 ортодонтических пациентов. З.П. Божкова (1970) выявила зубочелюстные деформации у 43,84% детей в возрасте от 1 года до 7 лет, имеющих ротовое дыхание, и у 93,7% в возрасте от 7 до 14 лет. При длительном ротовом дыхании значительно возрастает процент нарушений в зубочелюстной области.

Цель: изучить особенности измененний в зубочелюстной системе у пациентов с нарушенной функцией дыхания в период смешанного прикуса.

Задачи:

1) изучить распространенность и влияние нарушения функции дыхания на зубочелюстную систему у ортодонтических пациентов в период смешанного прикуса по данным литературных источников.

2) изучить влияние нарушения функции дыхания на зубочелюстную систему у ортодонтических пациентов в период смешанного прикуса.

3) разработать анкету, позволяющую уточнить особенности протекания функции дыхания у пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Материалы и методы. Обьектом исследования явились 20 пациентов обоих полов в возрасте 6-12 лет, обратившихся за лечением в РКСП по поводу зубочелюстных аномалий. У всех пациентов группы была установлена патология функции дыхания на основании клинического обследования и анкетирования.

При исследовании пациентов применялись следующие методы: клинические, антропометрические, статистические.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой методике. Ортодонтический диагноз формулировался по Ф.Я. Хорошилкиной.

Результаты и их обсуждение.

1) изучили распространенность и влияние нарушения функции дыхания на зубочелюстную систему у ортодонтических пациентов в период смешанного прикуса по данным литературных источников.

2) проанализировали влияние нарушения функции дыхания на зубочелюстную систему у ортодонтических пациентов в период смешанного прикуса.

3) разработали анкету, позволяющую уточнить особенности протекания функции дыхания у пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Новик Н.Н.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Жарикова О.Л.
Кафедра нормальной анатомии

Цель: составить представление об анатомии верхней брыжеечной артерии и ее вариантах, а также о роли последних в развитии некоторых видов патологии.

Материалы и методы. Изучены и проанализированы 28 отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты и их обсуждение. Верхняя брыжеечная артерия (ВБА) играет наиболее важную роль в кровоснабжении пищеварительного тракта, обеспечивая кровью почти весь тонкий кишечник и большую часть толстого. ВБА обычно отходит от аорты на 1-3 см ниже чревного ствола под углом около 45°, и имеет в своем устье диаметр 1,0-1,5 см. В связи с различными взаимоотношениями с соседними органами и различиями в проявлениями патологиии ВБА в ней различают 3 отдела. Первый, позадиподжелудочный отдел, расположен в парааортальной клетчатке. Второй, поджелудочно-дуоденальный отдел, выходя из-под края поджелудочной железы, пересекает горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки. Третий, брыжеечный отдел, расположен в брыжейке тонкой кишки.

Варианты ВБА могут быть объединены в 2 группы: варианты отхождения артерии от аорты и ее ветвления. В частности, возможно отхождение ВБА вместе с чревным стволом, ее формирование из нескольких стволов, а также сужение угла между ВБА и аортой. Варианты ветвей ВБА часты и многообразны. К ним относятся: добавочные ветви, отсутствие некоторых ветвей или их общее начало, варианты анастомозов с соседними артериями.

Анатомические особенности ВБА имеют значение в развитии некоторых видов патологии. Острый угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты делает ее своеобразной «ловушкой» для эмболов и тромбов, а также способствует формированию атеросклеротических бляшек, что приводит к развитию острой и хронической ишемии кишечника. Врожденное или приобретенное уменьшение аорто-мезентериального угла до 6-25° может привести к компрессии двенадцатиперстной кишки с развитием ее непроходимости.

Знание вариантной анатомии ВБА имеет большое значение в хирургии, особенно в связи с развитием реконструктивной хирургии, малоинвазивных методов хирургических вмешательств и исследований, а также для ранней диагностики заболеваний, связанных с вовлечением ВБА и ее ветвей.

Новикевич И.Н.

ПЕРИАПИКАЛЬНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Научный руководитель асп. Вилькицкая К.В.
Кафедра хирургической стоматологии

Клинически отличить гранулёму и кистогранулему от околокорневой кисты в начальной стадии развития невозможно. При постановке диагноза, как правило, основываются на размере разрушенной кости по данным лучевых методов исследования. На рентгенограмме гранулематозный периодонтит определяется в виде деструкции костной ткани округлой или овальной формы у верхушки корня зуба с четкими контурами диаметром до 5 мм. *Кистогранулема* может составлять *0,5-0,8* см в диаметре, киста - более 8 мм.

Цель: установить макроскопические размеры периапикальных воспалительных процессов при хроническом гранулематозном апикальном периодонтите и его обострении.

Материалы и методы. По санационным показаниям на амбулаторном хирургическом приеме было удалено 7 зубов с одонтогенными воспалительными процессами в области апекса корня зуба. Согласно существующей классификации с учетом размеров образований, обнаруженных после удаления причинного зуба, был установлен диагноз гранулемы, кистогранулемы или кисты в каждом конкретном наблюдении.

Результаты и их обсуждение. С целью удаления зубов по причине хронического или обострения хронического апикального периодонтита на прием к хирургу-стоматологу обратилось 7 пациентов. Из них в возрастной группе 18-24 года 1 человек, 35-44 года – 4 пациента, 55-64 года – 2 человека.

Клинический диагноз хронического апикального периодонтита был установлен в 5 наблюдениях. Периапикальный абсцесс был диагностирован у 2 пациентов. В 1 наблюдении обострение хронического апикального периодонтита было осложнено острым гнойным периоститом верхней челюсти слева с локализацией гнойного очага как на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, так и на твердом небе. Предварительно диагностическая дентальная рентгенография была проведена у 2 пациентов.

При клинической оценке периапикальных образований, выявленных после удаления зуба, было установлено, что во всех наблюдения они имели плотноэластическую консистенцию и были спаяны с твердыми тканями зуба в области апекса. При оценке размеров в 3 наблюдениях были выявлены гранулемы. Кистогранулемы диаметром 5-8 мм определены в 2 наблюдениях. Образования размером 9 мм в 2 макропрепаратах были отнесены к кистам согласно приведенной классификации.

Наличие периапикальных воспалительных процессов (гранулем, кистогранулем и кист) зачастую определяется только после удаления причинного зуба. С целью уточнения соответствия размеров периапикальных образований существующей классификации необходимо проведение дальнейшего морфологического изучения.

Новикова В.В.

LA PORPHYRIE, MALADIE DES VAMPIRES

Научный руководитель доц. Корнева З.Ф.
Кафедра иностранных языков

La porphyrie - c’est une maladie héréditaire due à un trouble de la synthèse de l'hème et caractérisée par l'accumulation dans les tissus de substances intermédiaires de cette synthèse, les porphyrines. Les porphyrines sont des molécules impliquées dans le transport de l'oxygène dans le sang.

Les porphyries sont des maladies rares qui touchent environ une personne sur 10000 à 50000. La transmission de ces maladies se fait le plus souvent sur un mode autosomique dominant.

La porphyrie est une maladie peu connue du grand public et dont les symptômes sont souvent difficiles à diagnostiquer. Cette maladie congénitale du sang a de nombreux symptômes ayant pu donner naissance à la légende des vampires.

Il existe plusieurs types de porphyries: porphyries hépatiques, porphyries érythropoïétiques et porphyrie mixte.

Symptômes de la porphyrie: l’hypersensibilité à la lumière, les troubles neuropsychiatriques, la pilosité surabondante, les convulsions et la faiblesse musculaire, l’allergie à l'allicine.

Parmi les personnalités célèbres, on peut déclarer avec confiance que le roi George III d'Angleterre était vraisemblablement atteint de porphyrie. Les médicaments qu'il ingurgitait pour soigner celle-ci contenaient de l'arsenic. Ce qui n'arrangeait visiblement rien à la chose puisqu'il souffrit avant sa mort de crises de folie effrayantes. De façon plus hypothétique, Van Gogh aurait également pu souffrir de cette maladie, étant donné la quantité de plomb, de cadmium et d'arsenic présente dans sa peinture. Cela expliquerait le comportement délirant qui était le sien, particulièrement à la fin de sa vie.

Le diagnostic des différentes formes de porphyrie repose sur le dosage des porphyrines dans les urines, complété par des tests biologiques plus spécifiques. Le traitement, difficile, consiste d'abord à éviter les facteurs déclenchants: exposition au soleil, médicaments. L'administration de glucose ou d'un médicament apparenté à l'hème peut être utile pour traiter les crises de porphyrie intermittente aiguë, de porphyrie varietaga ou de coproporphyrie héréditaire. Dans la porphyrie cutanée tardive, une phlébotomie est parfois pratiquée.

Il est probable qu'à une époque où les connaissances médicales étaient limitées, une telle maladie ait pu donner lieu à des histoires des vampires. Les gens ne comprenaient pas l'apparition de tels

symptômes chez leurs proches. Le malade, voyant son visage changer d'apparence, pouvait facilement se croire abandonné de dieu. Cela pourrait également expliquer la répulsion caractéristique des vampires pour les miroirs et les objets religieux.

Новожён А.Ю.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОНОЦИТОВ И ГИСТИОЦИТОВ ПРИ ГЕМОФАГОЦИТАРНОМ СИНДРОМЕ

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель: проанализировать современные литературные данные о морфофункциональных особенностях моноцитов и гистиоцитов при развитии гемофагоцитарного синдрома; об индукторах, которые инициируют развитие данного синдрома, причинах мутаций и лечении этого заболевания.

Моноциты и гистиоциты соединительной ткани представляют систему фагоцитирующих мононуклеаров, которая является одной из главных составляющих иммунной системы человека. Моноцит - агронулярный лейкоцит, наиболее активный фагоцит периферической крови.

Гемофагоцитарный синдром - редкое наследственное или приобретенное заболевание, в основе которых лежит нарушение регуляции иммунного ответа, приводящее к аномальной активации цитотоксических Т-лимфоцитов и макрофагов, и развитию опосредованного ими воспалительного повреждения пораженных органов. Понятие «гемофагоцитоз» обозначает патоморфологический феномен фагоцитоза зрелых форменных элементов крови тканевыми макрофагами; это тяжелое генетически обусловленное заболевание, встречающееся 1:100000 (4-5 детей в год рождается только в Беларуси), характеризующееся крайне высокой летальностью (6 из 7), при этом длительность жизни ребенка не превышала 2-3 месяцев.

В костном мозге, селезенке, лимфатических узлах выявляется инфильтрация моноцитами/макрофагами. Инфильтрат содержит также существенное количество малых лимфоцитов. Феномен гемофагоцитоза удается выявить в 50-60% случаев. Поражение печени проявляется лимфоцитарно-моноцитарной инфильтрацией портальных трактов, что соответствует картине хронического персистирующего гепатита. Поражение нервной системы проявляется в лимфоцитарно-моноцитарной инфильтрации мозговых оболочек, периваскулярной инфильтрации до формирования очагов некроза вещества мозга с исходом в глиоз.

На сегодняшний день гемофагоцитарный синдром является трудно диагностируемой патологией, сопровождающей многие заболевания и влияющей на их прогноз. Летальность от этого заболевания, делает проблему лечения и диагностики очень актуальной.

Заключение: в основе гемофагоцитарного синдрома лежит изменение механизмов клеточной цитотоксичности, нарушающее регуляцию иммунного ответа. Активированные моноциты и гистиоциты поглощают не только поврежденные клетки, но и здоровые.

Объедкова А.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДИСТРОФИИ РОГОВИЦЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Науменко В.И.
Кафедра глазных болезней

Цель: изучение такой патологии, как дистрофии роговицы различного генеза, которые снижают зрение, и, являются актуальной проблемой офтальмологии.

Патологии роговицы составляют около 25% среди всех глазных болезней. Дистрофии роговицы – морфологическое выражение нарушений тканевого метаболизма, ведущее к структурным изменениям. Выделяют первичные и вторичные дистрофии (на фоне травматического поражения глаза, кератита и др. заболеваний). Первичные дистрофии роговицы – группа прогрессирующих, генетически детерминированных заболеваний, поражающих обычно оба глаза, не сопровождаемых воспалительной реакцией и приводящих к ее помутнению.

На основе гистологических исследований дистрофии роговицы классифицируют на: эпителиальные, мембраны Боумена, стромальные, эндотелиальные.

Материалы и методы. Объектом изучения явились данные 73 историй болезни пациентов за 2012г., поступивших для кератопластики в 3-ю ГКБ им. Е.В. Клумова в глазное отделение. Изучив статистические данные по частоте улучшения зрения после операции, наиболее часто встречающимся патологиям, с которыми пациенты поступали для кератопластики, мы провели их анализ и сделали соответствующие выводы.

Анализ историй болезней:

В структуре глаз, на которых выполнялась кератопластика преобладали Pt II, III и IV ст. (33 случая). У 10-ти пациентов был диагноз дистрофия роговицы, 9-ти пациентов - бельмо роговицы, 7-ми пациентов – кератоконус, 7-ми пациентов – реакция отторжения трансплантата, 3-х пациентов – трихиаз век, 1 пациент с дермоидом орбитальной зоны и 1 пациент с проникающим ранением глаза.

Наиболее часто выполнялась операция «послойная кератопластика» (67%), в том числе у лиц с диагнозом птеригиум. В остальных случаях (у пациентов с диагнозами дистрофия роговицы, кератоконус) проводилась сквозная субтотальная кератопластика (33%).

Упациентов с диагнозом дистрофия роговицы повышалась острота зрения в 100%.

Результаты и их обсуждение.

1.Наиболее эффективный метод лечения дистрофии роговицы- сквозная субтотальная кератопластика, позволяющая значительно улучшить остроты зрение и ликвидировать роговичный синдром.

2. Среди выполненных операций с использованием донорской роговицы за 2012г. доминировали пациенты с диагнозом птеригиум (45%).

Оленцевич А.В., Синяк М.Д.

ВЫБОР СПОСОБА И ОБЬЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Научный руководитель д-р мед.наук, проф. Рычагов Г.П.
Кафедра хирургических болезней

Актуальность данной темы связана с увеличением количества заболеваемости населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки, дивертикулярной болезнью, воспалительными процессами, с более частыми случаями травм ободочной и прямой кишок. На базе 3-й городской клинической больницы города Минска существует Центр реабилитации стомированных больных. Основной задачей данного Центра является реабилитация и помощь стомированным больным. В этом очень важную роль играет хирургический метод: закрытие и реконструкция стом. В 2007г. на учете в центре находилось 1050 человек, в 2009- 1181 человек.

Цель: оценить результаты хирургического лечения стомированных больных, а так же их роль в системе медицинской и социальной реабилитации данной группы населения.Провести сравнительный анализ результатов лечения больных с колостомами при выполнении восстановительных операций аппаратным и ручным способами.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 85 историй болезни пациентов, которым было произведено восстановление кишечной проходимости в колопроктологиче-

ском отделении 3-й городской клинической больнице им. Е.М. Клумова города Минска с 2010-2012 годы. Возраст больных был от 19 до 83 лет, из них мужчин - 52, женщин - 33. Стомы были наложены при заболеваниях неопухолевого генеза (дивертикулярная болезнь, острый панкреонекроз, язвенный колит, болезнь Крона) – 52, травмах ободочной и прямой кишок -24, при злокачественных опухолях ободочной кишки - 9.

Локализация стом:трансверзостома (23), цекостома (7), сигмостома (42), илеостома (10), трансверзосигмостома (2), асцендостома (1). Типы стом: одноствольные (37), двуствольные (24), пристеночны (7), петлевые (15), концевые (2).

Некоторые из стом у оперируемых больных сопровождались осложнениями:стриктура стомы, пароколостомическая грыжа, выпадение стомы.

Перед выполнением оперативных вмешательств всем больным проводились: ретроманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, оценка функций запирательного аппарата прямой кишки. Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 3 до 12 месяцев после формирования колостомы.

Колоректальный анастомоз накладывался ручным - 53 и аппаратным способом -32. Средние сроки пребывания в стационаре 20,4 к/дней (после операции 14,0 к/дней).

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 больных: нагноение послеоперационной раны отмечено в 2-х случаях; в 3-х случаях выявлена микронесостоятельность анастомоза с формированием кишечных свищей (в 2-х случаях свищи зажили после консервативного лечения; в 1-ом случае выполнена релапаротомия с восстановлением колостомы и дренированием брюшной полости). Летальных исходов не было.

Реконструктивно-восстановительные операции, являясь важной составной частью реабилитации стомированных больных, относится к сложным пластическим операциям и должны выполнятся в специализированных отделениях, имеющих достаточный опыт закрытия стом с учетом их типа, локализации и характера исходной патологии.

Омельченко А.В., Коваленко А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ПАРАФИНИЗИРОВАННЫХ ПОКРЫТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОНОРСКИХ РАН ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Научный руководитель д-р. мед. наук, доц. Коваленко О.Н.
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
Кафедра общей хирургии №2

Донорские раны, которые образуются при срезании аутодермотрансплантатов, создают дополнительную площадь раневой поверхности. Эффективное местное лечение этих ран предотвращает инфекционные осложнения, сокращает сроки лечения.

Цель: изучить эффективность использования парафинизированных покрытий при лечении донорских ран ожоговых больных.

Материалы и методы. Проведено анализ лечения 60 больных с глубокими ожогами площадью от 2 до 10% поверхности тела в возрасте от 15 до 65 лет, госпитализированных в Центр термической травмы и пластической хирургии Киевской городской клинической больницы №2 в течение 2010-2012 гг. Больные были распределены на две группы. Основная группа – 32 (53,4%) больных, лечение донорских ран которых проводилось под сетчатыми парафинизированными покрытиями. Группа сравнения – 28 (46,6%) больных, при лечении донорских ран которых использовались влажно-высыхающие повязки с антисептиками. Клиническая оценка результатов лечения проводилась на основе визуального контроля за течением раневого процесса, микробиологического мониторинга, наличия инфекционных осложнений, болевой реакции при перевязках, сроков эпителизации ран.

Результаты и их обсуждение. У больных основной группы после срезания расщепленных кожных аутотрансплантатов донорские раны закрывались сетчатыми парафинизирован-

ными покрытиями, поверх которых накладывалась многослойная гемостатическая повязка. Благодаря наличию сетчатой структуры раневого покрытия происходил отток геморрагического отделяемого донорской раны в повязку. Создание влажной среды под гидрофобным парафинизированным покрытием позволяло избежать пересушивания ран. Первая перевязка проводилась через сутки после операции, наличие парафина на сетчатом покрытии позволяло снять все слои безболезненно и атравматично.

Парафинизированные сетчатые покрытия сохранялись на донорских ранах до окончания процесса эпителизации. Количество перевязок донорских ран на одного больного составило 2,6±0,7. Микробиологическое исследование раневого отделяемого с сетчатого покрытия не выявило патогенной микрофлоры. Неосложненное течение раневого процесса с полным заживлением ран наблюдалось у 100% больных основной группы.

У больных группы сравнения донорские раны закрывались традиционно – влажно-высыхающими повязками с водными антисептиками и многослойной гемостатической повязкой. Последняя удалялась из ран на первой перевязке, при этом отмечалась умеренная геморрагия ран и болевые реакции от 6 до 9 баллов (по десятибальной шкале). При микробиологическом исследовании ран у 7 (25%) больных была выявлена патогенная микрофлора, которая вызывала частичное (4 больных) или полное (3 больных) нагноение донорских ран. Количество перевязок донорских ран на одного больного в группе сравнения составило 4,1±0,9.

У больных основной группы сроки эпителизации донорских ран после срезания аутодермотрансплантатов составили 9,6±1,2 суток, тогда как при использовании традиционных повязок – 13,5±0,9 суток.

Выводы. Применение сетчатых парафинизированных покрытий для лечения донорских ран ожоговых больных позволяет сократить сроки эпителизации ($p<0,05$), уменьшить количество инфекционных осложнений, количество перевязок, снизить время пребывания больных в стационаре ($p<0,05$) и уменьшить кратность введения аналгетических препаратов.

Орлова В.В., Марченко Д.М.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) ПО СКОРОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. Гольцев М.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Несмотря на значительные успехи в изучении этиопатогенеза эссенциальной артериальной гипертензии (АГ), эта проблема все еще остается одной из самых актуальных в современной медицине. В развитых индустриальных странах почти у 30% взрослого населения отмечается повышенное систолическое (>140 мм рт. ст.) и/или диастолическое (> 90 мм рт.ст.) АД. В структуре заболеваемости АГ увеличился удельный вес лиц молодого возраста. Большая распространенность АГ и тяжелые осложнения, к которым она приводит, требуют дальнейшей разработки методов раннего выявления и профилактики этого заболевания. Решение этих проблем возможно разработке более совершенных методов ранней диагностики и мониторирования артериальной гипертензии.

Цель: создать прибор для измерения артериального давления без использования манометра и сравнить его с другими неинвазивными методами контроля артериального давления.

Задачи: провести анализ существующей литературы; с учетом принципа функционирования прибора разработать методику исследования артериального давления; провести статистическую обработку полученных в результате исследования данных; создать рекомендации для применения метода в клинической практике; сравнить прибор с существующими аналогами.

Схема наложения датчиков на пациента приведена на рисунке 1, принципиальная схема устройства приведена на рисунке 2.

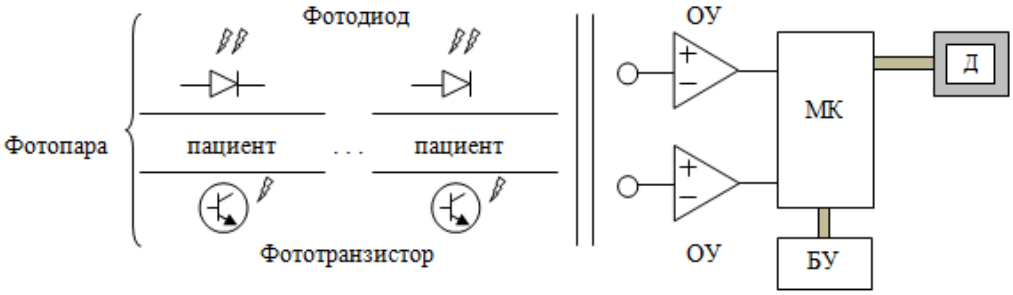


Рис. 1 – Схема наложения датчиков;
ОУ – операционный усилитель;
МК – микроконтроллер;

Рис. 2 – Принципиальная схема устройства.
БУ – блок управления;
Д – дисплей.

Для проведения исследования при добровольном информированном согласии были подобраны две группы испытуемых. Контрольную группу (средний возраст 23,5±2,1, М:Ж = 1:1) составили 30 условно здоровых испытуемых без признаков наличия АГ. Исследуемую группу (средний возраст 48,2±8,3, М:Ж = 2:1) составили 20 человек с АГ. Исследование артериального давления проводилось по методу Короткова, с использованием автоматизированных цифровых тонометров и предложенным авторами способом.

Результаты и их обсуждение. Создан опытный образец прибора для измерения артериального давления без использования манометра; проведено сравнение данного прибора с другими неинвазивными методами измерения АД; разработаны рекомендации по применению данного прибора в клинической практике, с учетом статистических данных; предложенный метод является неинвазивным, недорогим, подходит для длительного комфортного мониторирования артериального давления.

Орпик В.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Коршикова Р.Л.
Кафедра акушерства и гинекологии

На сегодняшний день в Республике Беларусь официально состоят на учете, проходят обследование и лечение бесплодия около 15 тысяч пар. Во всем мире насчитывается 4,5 млн. детей, рожденных с помощью данной технологии, в нашей стране – 12 тысяч, ежегодно проводится 1500-1700 ЭКО, наблюдается 35-40% благоприятных исходов.

Цель: выявление особенностей течения и исходов беременности, наступившей в результате ЭКО при бесплодии различного генеза в анамнезе.

Материалы и методы. Ретроспективный клинико-лабораторный анализ течения беременности и родов 56 женщин, у которых был использован метод экстракорпорального оплодотворения, состояния здоровья 80 новорожденных детей. В исследование была включена контрольная группа, состоящая из 30 женщин, беременность которых развилась естественным путем.

Результаты и их обсуждение. Большинство женщин к моменту наступления беременности были в возрасте старше 30 лет. Средний возраст матерей составил 32 года (от 24 до 43). Длительность бесплодного периода у большей части женщин достигла 6 лет и более. По причинам бесплодия женщины основной группы распределились следующим образом: трубное бесплодие составило 44,6%, гормональное – 35,7%, сочетанные формы – 17,8%, прочее –

5,35%. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза генитальная патология регистрировалась у 87,5% женщин. Срок гестации в среднем составил 36,9 недель беременности. Угроза прерывания беременности отмечена наиболее часто в I и II триместрах – 48,2% и 44,6% соответственно. Путем операции кесарево сечение родилось 50 младенцев (62,5%). Среди новорожденных доношенные дети составили 53,75%, недоношенные – 46,25%. Средняя оценка состояния новорожденных по шкале Апгар составила 6/7 баллов. Оценка по шкале Сильвермана в среднем составила 3,17.

Выводы.

1. Для беременности, развивающейся в результате ЭКО, характерна склонность к невынашиванию, что определяет соответствующую акушерскую тактику.
2. У пациенток после ЭКО частота развития анемии, тяжелых форм гестоза, ИЦН, ХФПН и задержки роста плода превышает общепопуляционную.
3. Для детей, рожденных в результате ЭКО, характерны низкие параметры, определяющие их жизнеспособность. Состояние обследованных детей расценивалось как удовлетворительное, средней тяжести и тяжелое.

Османова У.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Искакова М.К.
Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

Сердечно-сосудистая патология занимает одно из первых мест среди других заболеваний человека. В последние годы наблюдается рост сердечно-сосудистой патологии, причем среди лиц молодого и среднего возраста, что имеет социальный аспект.

Цель: изучить и оценить состояние слизистой оболочки полости рта у больных с кардиоваскулярными нарушениями.

Материалы и методы. Обследование больных с кардиоваскулярными нарушениями; стоматологический скрининг; индексные оценки состояния пародонта (индекс Green-Vermillion, индекс Mulleman, индекс рецессии десны), индексные оценки состояния полости рта (проба Шиллера-Писарева); изучение состава ротовой жидкости (уровень содержания щелочной фосфатазы, уровень содержания кальция).

Результаты и их обсуждение. Подбор больных проводился с учетом клинического диагноза: Ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертензия.

Стоматологический скрининг был проведен 18 больным Института кардиологии, терапевтического отделения. Был собран тщательный анамнез жизни, истории развития заболевания. Все данные были внесены в специально составленную карту осмотра, наблюдения и лечения стоматологического больного. Перед проведением стоматологического скрининга больные подписывали на добровольной основе протокол согласия. Со своей стороны мы гарантировали проведение осмотра стерильными одноразовыми инструментами, не подвергать опасности здоровьем пациента, ознакомить с результатами полученных данных.

Было выяснено, что наследственную патологию указали 78% больных - «Артериальная гипертензия» и у 22,5% - «Сахарный диабет».

Из сопутствующих заболеваний больные указывали на заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта, наличие железодефицитной анемии, заболевания мочеполовой системы.

Данные стоматологического осмотра: компенсированная форма кариеса диагностирована у 22.5% больных, субкомпенсированная и декомпенсированная 2 27,8% и 49,7% больных соответственно. Некариозные поражения твердых тканей зубов (флюороз, патологическая стираемость зубов) наблюдались у 44,4% больных (11.!% и 33,3% соответственно). У 100% осмотренных больных наблюдались изменения со стороны тканей пародонта, несмотря на про-

ведение санации полости рта перед протезированием. Зубные отложения (мягкий и твердый над-поддесневой) установлен у 85% больных, кровоточивость десны, гиперемия, отечность – у 48%, гиперстезия зубов – у 33,3%, неприятный запах изо рта - у 18,6% больных. Индекс по Green-Vermillion у 16,6% больных составил 0,2-0,6 ; у 27,7% больных соответствовал 0,7-1,6 баллам и у 57,7% больных – 1,7-2,5 баллам.

У больных с ИБС, наблюдались изменения со стороны слизистой оболочки полости рта: синюшный оттенок, на боковой поверхности языка – отпечатки зубов, незначительные эрозированные участки на слизистой оболочки щеки (травмирование слизистой оболочки, накусывание), обложенность языка, изменение на красной кайме губ (чешуйкообразование). У одной пациентки (на фоне сахарного диабета) незаживающшие эрозии.

Считаем, что данная группа больных нуждается в тщательном наблюдении и своевременном лечении, проведении профилактических мероприятий со стороны врача-стоматолога.

Осмоловская Е.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТУСА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель канд. биол. наук, асс. Барабанова Е.М.
Кафедра биологической химии

Цели:

1. Выяснить соответствует ли статус питания студентов различных высших учебных заведений города Минска их энергетическим потребностям.
2. Определить индивидуальный уровень обеспеченности микроэлементами: кальций, фосфор, магний, железо, цинк, йод, селен; и витаминами: Е, С, В1, В2, В6, РР, А, Д, Вс, В12.
3. Установить соответствие массы тела возрасту и росту.
4. Выяснить причины дисбаланса в статусе питания студентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 студентов различных ВУЗов города Минска 1-3 курсов (БГУКИ, БГМУ, БГУ, БГУИР, БГАМ). В нашей работе мы использовали метод анкетирования и анализа наиболее типичного суточного пищевого рациона. Расчёт нутриентного состава среднесуточного рациона питания проводился с помощью сборника рецептур для предприятий общественного питания и таблиц химического состава пищевых продуктов А.А. Покровского, И.М. Скурихина и М.Н. Волгарева с учётом потерь нутриентов при холодной и термической кулинарной обработке продуктов. Для обработки числовых данных была использована программа Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение.

1. У 13% исследуемых выявлено увеличение индексов Брока и Кетле, что свидетельствует об избытке массы тела. У 19,5% - значение обоих индексов ниже нормы, что свидетельствует о недостатке массы тела. У 31% - значение индексов соответствует норме. У 63,5% - индекс Кетле ниже нормы, а индекс Брока в норме.

2. У 64,8% исследуемых энергетический статус питания превышает необходимый. При этом у 52% исследуемых энергетический статус питания превышает необходимый более чем на 20%. У 31,2% исследуемых энергетический статус питания меньше необходимого. При этом у 14,3% исследуемых энергетический статус питания меньше необходимого более чем на 20%. У 4% исследуемых энергетический статус питания соответствует физиологическим потребностям.

3. 37,7% опрошенных употребляют рафинированный сахар больше, чем рекомендовано.

4. Так же мы выявили грубый дефицит некоторых витаминов и микроэлементов. У 35% анкетируемых – недостаток кальция, у 38% - магния, у 56% - цинка и селена, у 79% - витамина Д, у 82% - фолиевой кислоты, у 81% - витамина В12.

5. По результатам опроса мы выяснили, что 39% студентов читают состав продуктов на упаковках, 33% иногда, а 28% никогда. 39% анкетируемых довольны своей физической фор-

мой, 22% не в полной мере, 48% не довольны. На вопрос: «Довольны ли вы своим внешним видом?» 59% ответили «да», 22% - «не в полной мере», 19% «нет». На вопрос: «Довольны ли вы своим здоровьем?» 40% ответили «да», 28% «не в полной мере», 32% «нет». 76% опрошенных предпринимали попытки изменить качество своего питания, а 24% никогда.

Остапенко А.В., Матюшонок Е.А.

КОНЦЕПЦИЯ СВЕРХЧЕЛОВЕКА Ф. НИЦШЕ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЫ

Научный руководитель ст. преп. Хацанович И.Г.
Кафедра философии и политологии

Особое место в философском наследии Ф. Ницше занимает концепция сверхчеловека. В основании данной концепции лежит идея о том, что существование современного человека – это лишь переходный этап к человеку нового типа. Сущность сверхчеловека, согласно Ницше, раскрывается в его творческом стремлении к самореализации, в ярком проявлении индивидуальности и сильной воле, в приятии полноты жизни. Сверхчеловек дает бытие новым ценностям. Он не верит в иллюзорный потусторонний мир, он верит в жизнь, во все земное и сам творит смысл собственного бытия. Идеал сверхчеловека противопоставляется современному человеку – массовому индивиду, которого Ницше характеризовал крайне отрицательно. В работе «Так говорил Заратустра» мыслитель отмечал, что самый ничтожный человек – последний, т.е. современный человек. Он самодоволен и жалок, заботится о своем здоровье, не переутомляется, уважает равенство, когда нет ни бедных, ни богатых, ибо то и другое слишком хлопотно. Этот человек считает себя умным, считает, что знает все и, конечно, он не может принять учения о сверхчеловеке.

Ницше настаивает на том, что человечество как род деградирует; человеческое общество, культура находятся в состоянии декаданса. Человек испорчен, прежде всего, тем, что теряет свои инстинкты, перестает сохранять и совершенствовать себя; выбирает и предпочитает то, что ему вредно. В качестве идеала Ницше отстаивает свободу, самостоятельность, самоценность, активность индивида, подчеркивает, что свобода такого индивида, в тоже время, есть и его ответственность. Таким образом, интерпретируя концепцию сверхчеловека Ницше, следует отметить, ее гуманистический характер, так как в ней воплощена идея совершенной человеческой личности, устремленной в будущее и способной активно изменять себя и окружающий мир.

Актуальность обращения к идее сверхчеловека обусловлена тем, что развитие современной культуры и общества во многом приводят к нивелированию человеческой личности, формированию человека-массы, человека-потребителя. В ситуации «кризиса человека», идеи Ницше о свободной, самосозидающей себя, активной, творческой личности, позволяют критически оценить перспективы существования современного человека.

Цель: реконструкция и анализ концепции сверхчеловека Ф. Ницше. Реализация данной цели позволит выяснить в каком смысле идея сверхчеловека в контексте современной культуры является благом, а в каком перерождается в потенциальную угрозу, прояснить тенденцию современной культуры к радикальной трансформации человеческой природы, а так же переосмыслить тактику и стратегию самопознания, саморазвития и самосовершенствования человека.

Результаты и их обсуждение.

1. Стремление к идеалу сверхчеловека может выступать альтернативой автоматическому, зависимому, бессознательному существованию человеческой массы.

2. Для современного человека, живущего в обществе потребления, подавляющем индивидуальность, ориентир на ценности свободы, творчества, самосозидания с необходимостью становится смысложизненной стратегией.

Остапенко А.В., Матюшонок Е.А.

СОСТОЯНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ФИТОПРЕПАРАТОВ

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Гурина Н.С.
Кафедра организации фармации

Цель: изучить рынок отечественных фитопрепаратов на примерах закрытой аптеки 1 категории, расположенной в УЗ “5 городская клиническая больница” по адресу г. Минск, ул. Филатова, 9 и открытой аптеки 2-й категории ООО “Нимедра”, расположенной по адресу ул. Леси Украинки, 22.

Материалы и методы. Ассортиментный перечень закрытой больничной аптеки 1 категории за 6 месяцев: август, сентябрь, октябрь, ноябрь и декабрь 2012 года и январь 2013 года, и открытой аптеки 2 категории за 6 месяцев: июнь, июль, август, сентябрь, октябрь, ноябрь 2012 года. Было проведено анкетирование 55 посетителей аптек с целью выявления отношения пациентов к фитопрепаратам. Все заполненные анкеты шифровались.

Результаты и их обсуждение.

1. Рынок Республики Беларусь не обладает достаточным ассортиментом фитопрепаратов в аптеках. Фитопрепараты составляют 5% от общего числа лекарственных средств.
2. Среди лекарственных форм фитопрепаратов предпочтение отдаётся фильтр-пакетам (32,35%), сухому сырью (25,75%), экстрактам (14,35%).
3. В страну импортируются около 60% фитопрепаратов.
4. 71% опрошенных в ходе анкетирования удовлетворён ассортиментом фитопрепаратов в аптеках.

Охримук М.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ПРИ ПОВТОРНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Научный руководитель асс. Пискур В.В.
Кафедра ортопедической стоматологии

Цель: обследование пациентов с полным отсутствием зубов обратившихся за ортопедической помощью в РКСП.

Задачи:

1) определить обращаемость пациентов с полной потерей зубов в различных возрастных группах; определить наиболее часто встречающиеся жалобы пациентов с полным отсутствием зубов при обращении к врачу-ортопеду; выяснить причины и срок потери зубов; определить сроки ранее проводимого лечения; определить наиболее часто встречающиеся изменения в челюстно-лицевой области при полном отсутствии зубов по данным объективного осмотра (степень атрофии альвеолярного отростка, состояние СОПР);

2) изучить состояние «старых» съемных зубных протезов (соответствие их границ протезному ложу, деформации, дефекты).

Для выполнения поставленных задач были заполнены и изучены 356 специально разработанных нами карт обследования для пациентов с полным отсутствием зубов, обратившихся в РКСП на кафедру ортопедической стоматологии. Данная карта стоматологического больного включает несколько разделов, которые заполняются на основании субъективных данных пациентов, объективного обследования врачом-ортопедом и дополнительных методов обследования.

Анализируя, полученные данные мы видим, что полная потеря зубов наблюдалась чаще всего у пациентов в возрасте 70-79 лет (62,6%).

Из наиболее частых предъявляемых жалоб пациентов были отсутствие зубов(58,2%),а также затрудненное пережёвывание пищи (12,1%) и изношенность «старых» протезов (10,4%).

Причинами полного отсутствия зубов пациенты считают примерно в равной степени такие факторы, как заболевания тканей периодонта 35,6%, осложнения кариеса твердых тканей зубов 31,3%, а также сочетание данных патологий в 33% случаев.

Время потери последних зубов со слов пациентов составляет: 0 – 5 лет - 46,9%, 6 – 10 лет 42,6% >11лет 10,4%.

О давности оказания ортопедической помощи были получены следующие результаты: лечение проводилось до 5 лет назад 20%, 6 - 10 лет назад 57,3% и более 11 лет назад 22,6%.Это говорит нам о том, что ¾ наших пациентов игнорируют или не знают о сроках повторного протезирования при полной потере зубов.

Соответствие границ «старого» протеза протезному ложу отмечалось только у 20% обследованных пациентов, имеющих полный съемный протез.

Изучение состояния «старых» съемных зубных протезов было зафиксировано наличие: переломов (или состояние после починки) - 23,6%, изменение цвета протеза - 68,5%, стертость искусственных зубов - 51,8%, 21,2% - «старых» протезов были не изменены и находились в удовлетворительном состоянии.

На основании этих данных можно сделать вывод, что необходимо совершенствовать технологию изготовления протезов с целью повышения их качества, нужно отказываться от шаблонов и неприемлемых стандартов, больше учитывать индивидуальные особенности строения зубочелюстной системы каждого пациента.

Павленкович Е.А., Сырадоев А.В

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРОВ НА ОСНОВЕ АЛЬГИНАТА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра биоорганической химии
Научный руководитель асс. Ермоленко Е.М.

Цель: получение и исследование полимерных матриц на основе альгината кальция.

Задачи:

- отработка методик получения полимера на основе альгината;
- исследование биосовместимости полученных матриц на культуре клеток.

Благодаря развитию новых уникальных технологий в настоящее время разрабатываются биосовместимые конструкции из биомедицинских материалов, применяющиеся для замены или укрепления пораженных или изношенных органов и тканей. Используемый в клеточной и тканевой инженерии междисциплинарный подход направлен в первую очередь на создание новых биокомпозиционных материалов для восстановления утраченных функций отдельных тканей или органов в целом. Применение альгинатов в медицине идет в нескольких направлениях:

- разработка биосовместимых альгинатных систем;
- использование в качестве биологически активных веществ в медицинских препаратах;
- использование в качестве вспомогательных веществ при производстве готовых лекарственных средств.

Благодаря способности образовывать гели в физиологических условиях, альгинаты широко используются и изучаются для целей инкапсуляции, в качестве биоструктурного материала и для включения клеток в альгинатные гранулы. Альгинатные дисперсии находят применение в качестве материала для увеличения объема ткани, для применения в процедуре эм-

болизации сосудов, обработки ран, профилактики образования спаек после оперативного вмешательства, для лечения диабета и артрита. Альгинаты широко используются в тканевой инженерии, (в частности, в составе систем биоискусственной печени) и являются одним из важнейших компонентов внеклеточного матрикса (ВКМ), участвующих в регуляции клеточной экспансии и размножения и играющих первую роль в опосредовании межклеточных сигналов и поведения (миграции) клеток.

План исследования:

- Строение и получение матриц для трансплантации культуры клеток в виде микросфер на основе альгината.
- II Исследование биосовместимости альгинатных матриц с тканями организма.
- III Применение клеток инкапсулированных в альгинате в трансплантологии и травматологии (обзор литературы).

Павловец А.О., Французова А.М.

СЕПСИС И ССВО У БОЛЬНЫХ С БАКТЕРИОХОЛИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н.Я.
Кафедра общей хирургии

В больницах общего профиля расходы на терапию инфекционных процессов занимают первое место среди затрат на лечение других заболеваний. Немаловажным представляется констатация синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), начиная с выявления, согласно концепции R.Bone, двух симптомов ССВО. Исследования показали, что при наличии уже двух симптомов появлялась 3% вероятность развития органной дисфункции, при трех симптомах она возрастала до 30%, а при четырех составляла 48% при 4% риске летального исхода. Пациенты с инфекционными осложнениями при ЖКБ занимают одно из ведущих мест в структуре патологии общехирургических отделений, в связи с этим изучение ССВО и сепсиса у них является актуальной проблемой.

Цель: определить наличие ССВО у больных с бактериохолией и без нее.

Материалы и методы. В работе выполнен проспективный анализ лечения 64 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» г. Минска в 2011 - 2013 гг. Всем больным выполнена холецистэктомия из различных доступов и исследованы образцы пузырной желчи на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты и их обсуждение. Основную группу составил 31 пациент, посев пузырной желчи которых дал микробный рост. Среди них 28 (90,3%) женщин и 3 (9,7%) мужчин. Возраст больных от 32 до 83 лет, из них 7 (22,6%) трудоспособного возраста. При морфологическом исследовании в 31 (100,0%) случае диагностирован хронический холецистит (ХХ). В 15 (48,4%) случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), в 16 (51,6%) – ХЭ с дренирующими операциями из лапаротомного доступа. Наиболее часто посевы пузырной желчи дали рост клебсиелл, стафилококков и энтеробактеров.

В основной группе у 6 (19,4%) пациентов выявлено два критерия ССВО, что в совокупности с бактериохолией характеризуется как сепсис. У 5 (83,3%) пациентов отмечалась механическая желтуха. Из них в 3 (50,0%) случаях выполнена ХЭ с формированием холедоходуоденоанастомоза, в 2 (33,3%) – ХЭ выполнена после предшествующей папиллосфинктеротомии. Одному пациенту с болезнью Крона выполнена ХЭ из мини-доступа. В 9 (29,0%) случаях в основной группе отмечается один критерий за счет лейкоцитоза. У 16 (51,6%) пациентов нет ни одного признака.

Контрольную группу составили 33 пациента, у которых посев пузырной желчи роста не дал. Среди них 29 (85,3%) женщин и 5 (14,7%) мужчин, возраст которых составил от 39 до 81 года, из них 15 (44,1%) трудоспособного возраста. При морфологическом исследовании в 2 (5,9%) случаях подтвержден острый холецистит (ОХ), в 32 (34,1%) исследованиях – ХХ. В 31

(91,2%) случае проводилась ЛХЭ, в 3 (8,8%) – ХЭ с дренирующими операциями из лапаротомного доступа.

В контрольной группе ни у одного пациента не был выявлен ССВО. У 17 (51,5%) больных отмечается один из критериев ССВО: в 13 (76,5%) случаях это лейкоцитоз, в 3 (17,6%) – тахипноэ и в 1 (5,9%) случае – повышение температуры тела.

В группе пациентов со стерильной желчью ССВО не развивается, однако он выявлен в группе пациентов, имеющих микробный рост в пузырной желчи, что влечет за собой развитие сепсиса.

Механическая желтуха является одним из главных факторов риска, способствующих развитию ССВО и холангиогенного сепсиса.

Павлович А.С., Астрелин П.А.

ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Научный руководитель асс. Лисковская Ю.О.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Психосоциальная реабилитация (ПСР) - процесс, дающий возможность личности, имеющей болезненные проявления, дезадаптацию или инвалидность по психическому заболеванию добиться оптимального уровня независимого функционирования в обществе. Эрготерапия как важнейший компонент ПСР характеризует различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл, а нарушение различных функций у больного влияет на их выполнение в нужном объеме и определенном порядке. Метод базируется на медицинских и социальных фактах, которые научно доказывают, что целенаправленные, имеющие для человека смысл действия помогают улучшить его функциональные возможности (двигательные, когнитивные, психические), и заключается в специфическом выполнении отобранных видов занятий и соответствующих техник. Особую актуальность использование данной технологии приобретает у пациентов с параноидной формой шизофрении, наиболее часто встречаемой и типичной. Заболевание широко распространено (в Беларуси примерно 100 тысяч таких больных, занимающих 50-60% коечного фонда психиатрических стационаров) и наносит экономический ущерб, уступающий только депрессиям и тревожным расстройствам.

Цель: ПСР с широким применением метода эрготерапии и оценка её эффективности в ближайшем и отдалённом постреабилитационном периодах у 63 пациенток с различными сроками длительности заболевания параноидной формой шизофрении, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ ПЗ».

Материалы и методы. ПСР и оценка её эффективности провели у 63 женщин в возрасте 30-50 лет, страдающих параноидной формой шизофрении 10-14 (31) и 15-20 (32) лет и имеющих 2 группу инвалидности. Учитывая индивидуальные особенности, психиатрический реабилитационный диагноз, отдельные цели эрготерапии и конечную цель реабилитации, работали в направлении развития нарушенных ключевых навыков (коммуникативных, трудовых, мотивации к действию). Методы психообразования, психотерапии, психокоррекции, социо-культурной терапии применяли у всех пациенток, эрго- и трудотерапевтические воздействия индивидуализировали в зависимости от отдельных эрготерапевтических целей. Эффективность реабилитации оценивали с помощью карт эрготерапии по динамике уровня функционирования, самосознания, психиатрического просвещения, удовлетворённости занятиями, динамику изменения личности - по шкале, отражающей трансформацию внешнего вида, коммуникабельности, трудовой деятельности, мотивации, индивидуальных интересов, жизненных планов, отдалённые результаты – на основании анализа частоты и особенностей

повторных госпитализаций и посещения поддерживающих и сопровождающих психореабилитационных воздействий в амбулаторных условиях.

Результаты и их обсуждение. Эффективность ПСР определили у большинства пациенток по повышению уровня функционирования, самосознания, психиатрического просвещения, причём результативность ПСР более высока у пациенток с меньшей продолжительностью заболевания. Положительная динамика изменения личности наблюдалась у всех пациенток и выражалась в значительном улучшении внешнего вида, коммуникативных навыков, повышении мотивации, заинтересованности и активности в трудовой деятельности, появлении индивидуальных целей и планов. Положительные отдалённые результаты отмечены при следовании пациенток рекомендациям по продолжению психореабилитации и специализированных тренингов в амбулаторных условиях.

Павлович Д.С.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ПОСТРАДАВШИХ СОВЕРШАТЬ АКТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Научный руководитель асс. Самойлович М.В.
Кафедра судебной медицины

Цель: определить судебно-медицинские критерии способности пострадавшего к совершению самостоятельных целенаправленных действий.

Задачи:

1. Установить взаимосвязь телесных повреждений со способностью совершать активные действия пострадавшим.
2. Выявить критерии, используемые судебно-медицинским экспертом при формулировании выводов в соответствующих случаях.
3. Установить причины, затрудняющие работу эксперта по оценке совершения активных действий пострадавшим.

Материалы и методы. В ходе исследования изучено 45 заключений эксперта (экспертиза по материалам дела), выполненных в УГС МСЭ по городу Минску за 2004-2008 годы. Критерием включения в исследование явилось наличие в постановлении вопроса правоохранительных органов о способности пострадавшего к совершению активных действий. Все экспертизы были разделены по группам телесных повреждений на 4 категории:

№	Категория	%, n=45
1	Черепно-мозговая травма	46,7%
2	Переломы костей скелета	11,1%
3	Травматический шок	8,8%
4	Прочие	17,8%

При проведении исследования изучались обстоятельства получения травмы, характер и механизм образования телесных повреждений, судебно-медицинские экспертные критерии.

Результаты и их обсуждение.

1. Возможность совершения активных действий пострадавшими подтверждена судебно-медицинским экспертом в 60% случаев, исключена - в 24,4%, не установлена - в 15,6%.
2. Практическое применение критериев, используемых судебно-медицинским экспертом при формулировании выводов, недостаточно научно обоснованно.
3. Трудности при ответе судебно-медицинского эксперта преимущественно обусловлены дефектами имеющейся медицинской документации (неполнота состояния функции основных органов и систем, скудное описание обстоятельств причинения травмы и характера имеющихся телесных повреждений).

Павлович Д.С, Волковец Н.Н.

ТЕЧЕНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Папок В.Е
Кафедра онкологии

Цель: охарактеризовать течение и прогноз медуллярного рака щитовидной железы у детей и подростков.

Задачи:

1. Охарактеризовать особенности клинического течения медуллярного рака щитовидной железы у детей и подростков;
2. Установить влияние различных факторов на выживаемость больных с медуллярным раком щитовидной железы;
3. Оценить общую выживаемость детей и подростков с медуллярным раком щитовидной железы.

Материалы и методы. Основой для нашего исследования послужил анализ медицинской документации (карты стационарного больного) всех детей и подростков с медуллярным раком щитовидной железы, находившихся на лечении в Республиканском центре опухолей щитовидной железы за 1996-2013 годы, отобранных методом сплошной выборки. Соотношение мальчиков и девочек в группе наблюдения было 1,4:1 (7 мальчиков и 5 девочек). Критерием включения в исследования явилось наличие у ребенка медуллярного рака (подтвержденный морфологически диагноз), в каждом случае проводилось изучение анамнеза жизни и заболевания, общеклинические и лабораторные обследования. Средний возраст детей составил 14 лет (от 12 до 16 лет).

Результаты и их обсуждение. Основными клиническими проявлениями были жалобы на наличие опухолевидного образования на шее, только у 4 (36,4%) заболевание было заподозрено при проведении профилактического осмотра. Трем (27,3%) детям диагноз был выставлен на I стадии заболевания, одному (9,1%) на II стадии, III - у четверых (36,3%) детей и у троих (27,3%) − 4 стадия медуллярного рака. У 6 (54,5%) были метастазы в регионарные лимфатические узлы (N1), у 2 (18,2%) – отдаленные метастазы медуллярного рака (M1) и у 3 (27,3%) детей опухоль от 1 до 2 см находилась в пределах щитовидной железы (pPT1NoMo).

Хирургическое лечение было выполнено 11 детям. У 9 (81,2%) больных была произведена тотальная тиреоидэктомия, которая дополнялась центральной или латеральной лимфодиссекцией на одной или обеих сторонах. У 2 (18,2%) детей была выполнена гемитиреоидэктомия. В 8 (72,3%) наблюдениях использовалась послеоперационная химиолучевая терапия. За исследуемый период умерло 5 (42%) человек от основного заболевания (2 человека на четвертой стадии, 3 человека на третьей стадии). Средняя продолжительность жизни с онкологическим заболеванием составила 4,6 лет (от 1 до 9 лет). У 1 ребенка наблюдалась 9 летняя выживаемость.

Выводы.

1. Медуллярный рак щитовидной железы это заболевание, которое наиболее характерно для подросткового возраста.
2. Анализ результатов комплексного обследования показал, что клинические симптомы медуллярного рака у детей малоинформативны и малоспецифичны и проявляются только на поздних стадиях заболевания.
3. Заболевание в детском возрасте протекает агрессивно и характеризуются многофокусным ростом с высокой склонностью к диссеминации, что существенно влияет на прогноз в дальнейшем.

4. Продолжительность жизни больных при медуллярном раке щитовидной железы в большей степени зависит от распространения и локализации опухолевого процесса, чем от возраста, пола и соматических особенностей детского организма.

Павлович Д.С., Свирид Н.С.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Матуш Л.И.
канд. мед. наук, доц. Ясинская Л.И.
Кафедра детских инфекционных болезней, кафедра нервных и нейрохирургических заболеваний

Цель: установить особенности судорожного синдрома у детей при различных инфекционных заболеваниях на основе анализа: клинического течения заболевания, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Материалы и методы. В ходе исследования изучено 64 ребенка (29 девочек и 35 мальчиков) в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Критерием включения в исследования явилось наличие у каждого ребенка инфекционного заболевания, сопровождающегося судорожным синдромом. Все дети получали лечение в УЗ “ГДИКБ ”г. Минска в 2011 году. При проведении обследования, кроме общих клинических методов, использовались такие методики, как подробное изучение анамнеза жизни и заболевания, клинико-неврологическое обследование, исследование периферической крови, ЭЭГ-исследование.

Результаты и их обсуждение.

1. У детей раннего возраста развитие судорожного синдрома чаще происходит на фоне острых респираторных инфекций вирусной этиологии внемозгового характера, а у детей старших возрастных групп как проявление внутричерепной гипертензии вследствие менингита.

2. В структуре судорожного синдрома при инфекционных заболеваниях у детей раннего возраста доминируют фебрильные судороги(90,2%), в отличие от подростков (83,3%), когда судороги отмечаются при воспалении мозговых оболочек.

3. У детей при инфекциях судороги проявляются чаще в виде генерализованных тонико-клонических припадков (85,3%), реже – в виде вторично-генерализованных (9,8%) и генерализованных тонических припадков (4,8%). При развитии инфекционного процесса ни у одного ребенка не отмечалось миоклонических и простых парциальных припадков.

4. У большинства детей судороги на фоне инфекционного заболевания возникают впервые в жизни на фоне нормального преморбидного фона и психомоторного развития.

5. У детей с судорожным синдромом на фоне инфекционного заболевания при ЭЭГ-исследовании чаще регистрируются неспецифические изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде диффузных изменений разной степени выраженности, не характерно выявление эпилептиформной активности, что требует динамического ЭЭГ-контроля в дальнейшем.

Павлюк Д.С.

АНАЛИЗ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ ГОЛОВЫ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ С НЕИТРАЛЬНЫМ ПОСТОЯННЫМ ПРИКУСОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гарбацевич Д.В.
Кафедра ортодонтии

Существует множество методик расшифровки телерентгенограмм, определены средние значения исследуемых параметров. В данной работе будет предпринята попытка определения средних параметров для жителей Республики Беларусь и сравнения их со средними нормами, предложенными рядом авторов: A. Bjork; A. Hasund; G. Steiner; A. Jacobson, по данным телерентгенограмм головы в боковой проекции.

Цель: сравнить средние параметры телерентгенограмм жителей Республики Беларусь с нейтральным прикусом со средними нормами, предложенными рядом авторов: A. Bjork; A. Hasund; G. Steiner; A. Jacobson.

Материалы и методы. Проведен анализ боковых телерентгенограмм головы по методикам A. Bjork; A. Hasund; G. Steiner; A. Jacobson 35 жителей Республики Беларусь с нейтральным постоянным прикусом. Изучено 5 угловых и 4 линейных параметра. Проведено 315 измерений. Достоверность полученных результатов определена по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных установлено, что углы SNA, SNB, характеризующие положение челюстей относительно переднего основания черепа у исследуемой группы, были больше по сравнению со средними значениями, но эти различия статистически не достоверны. Апикальные базисы обеих челюстей значительно больше средних размеров на 8,94±1,07 мм и на 10,57±1,08 мм соответственно, эти различия статистически достоверны.

В вертикальной плоскости определены значительные статистически достоверные различия в сравнении со средними значениями следующих угловых и линейных параметров: угол NS-MP у исследуемой группы значительно меньше (на 7,14±1,40º) средних значений. Угол SpP-MP также значительно меньше средних значений (на 8,16±1,49º). Значительно увеличены передняя высота нижней части лица A'-B' на 10,21±1,36 мм, и задняя высота нижней части лица PNS-J' – на 11,32±0,95 мм. Остальные угловые параметры не имели существенных различий и эти различия статистически недостоверны.

В результате исследования выявлены отличия в строении лицевого скелета у жителей Республики Беларусь от жителей Америки и Западной Европы. В сагиттальной плоскости значительно увеличена длина апикальных базисов челюстей, что подтверждено увеличением передней и задней высоты нижней части лица. Положение челюстей относительно переднего основания черепа не отличается от средних значений, предложенных A. Bjork, A. Hasund, G. Steiner, A. Jacobson. Значительные различия были выявлены также в вертикальной плоскости. Межчелюстной угол SpP-MP, угол NS-MP у исследуемой группы были меньше средних значений, что указывает на преобладание горизонтального типа роста челюстей.

В заключении необходимо отметить, что полученные в ходе исследования данные, а также рассчитанные средние нормы параметров телерентгенограм, могут быть использованы для планирования ортодонтического лечения с учетом национальных особенностей жителей Республики Беларусь.

Павлюк Д.С., Кисель В.П.

ВЛИЯНИЕ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА ЭМАЛЬ И КОМПОЗИЦИОННЫЕ РЕСТАВРАЦИИ

Научный руководитель асс. Петрук А.А.
Кафедра общей стоматологии

Аппаратная чистка зубов зарекомендовала себя как процедура, широко используемая в стоматологической практике и позволяющая добиться наилучшего эстетического эффекта без ущерба для здоровья зубов. Но в настоящее время до конца не изучено влияние аппаратной чистки на поверхность эмали и композиционные реставрации. На современном этапе аппаратная чистка может проводиться с помощью двух технологий: ультразвуковой чистки и порошкоструйной обработки.

Цель: выявить изменения в поверхностных слоях эмали и композиционных реставрациях после проведения профессиональной гигиены полости рта аппаратными методами.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели были использованы:

1) ультразвуковой аппарат
2) порошкоструйный аппарат
3) экстрагированные зубы в количестве 30 штук
4) раствор фуксина
5) микроскоп (х200, х500, х800)
6) статистический метод

Результаты и их обсуждение. При воздействии ультразвука, происходят следующие изменения: сколы эмалевых призм, нарушения краевого прилегания композита, накопление пигмента на поверхности зубов.

Панес М.А.

ТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЙ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Марченко Л.Н.
Кафедра глазных болезней

При любом хирургическом вмешательстве и интравитреальном введении (ИВВ) препаратов существует риск возникновения мало изученного токсического синдрома переднего сегмента (ТСПС) глаза. Данный синдром представляет собой острое стерильное (неинфекционное) послеоперационное воспаление, ограниченное, преимущественно, передним отрезком глаза. Поскольку ТСПС может быть ошибочно принят за послеоперационный инфекционный эндофтальмит, лечебная тактика при котором существенно отличается, первоочередное значение имеет дифференциальная диагностика этих двух состояний.

Цель: выявление у пациентов токсического синдрома переднего сегмента глаза после интраокулярных оперативных вмешательств и интравитреальных инъекций.

Материалы и методы. Проведено определение возникновения ТСПС в 9024 глазах после экстракции катаракты (ЭК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ), в 1062 глазах - после антиглаукомных операций и в 115 глазах после закрытых витрэктомий, а также в 1337 глазах после ИВВ бевацизумаба и в 15 глазах после ИВВ триамциналона ацетонида призаболеваниях сетчатки. Вмешательства выполнялись в течение трех лет – с января 2010 по декабрь 2012 гг в УЗ 3 ГКБ г. Минска.

Результаты и их обсуждение. В ранний послеоперационный период воспалительные внутриглазные изменения возникли только после ЭК с имплантацией ИОЛ. Антиглаукомные вмешательства и закрытые витрэктомии не сопровождались развитием ТСПС. Всего было выявлено 84 глаза с различной степенью выраженности экссудативной реакции. При проведении дифференциальной диагностики комплекс клинических проявлений, характерных для ТСПС синдрома, был зарегистрирован из них только в 11 глазах, что составило 0,12% от выполненных операций и 13,1% - от глаз с интраокулярным воспалением. Следуетотметить сложности, возникающие при распознавании ТСПС у пациентов после ЭК с имплантацией ИОЛ. Они связаны с различной степенью выраженности клинических признаков и симптомов как данного синдрома, так и инфекционного эндофтальмита. После операции чаще от-

мечался ТСПС слабой или умеренной степени выраженности. Воспаление при легких случаях обычно разрешалось в течение одной-трех недель. Умеренные случаи длились от трех до шести недель. Из 11 глаз благополучный исход получен в 9. В двух глазах было произведено удаление ИОЛ.

Развитие ТСПС не отмечено в глазах пациентов, которым интравитреально вводился триамциналон ацетонид. Что касается больных, которым в стекловидное тело инъецировали бевацизумаб, то ТСПС был зарегистрирован в 18 глазах, что составило 1,3%. При ИВВБ встречались тяжелые случаи ТСПС, которыепривели к необратимому повреждению в четырех глазах.

Выводы.

1. Токсический синдром переднего сегмента глаза чаще возникал после ннтравитреальных инъекций бевацизумаба, чем при экстракции катаракты.

2. Наиболее тяжелые проявления синдрома были связаны с интравитреальным введением бевацизумаба.

Пантелеев М.И., Золотухина О.А.

ИНТРАНАРКОЗНОЕ ПРОБУЖДЕНИЕ

Научный руководитель асс. Николаюк О.В.
Кафедра фармакологии

Цель: выяснить причины и механизмы возникновения такого явления, как интранаркозное пробуждение; определить группы риска, которые подвержены интранаркозному пробуждению; выявить способы предупреждения.

Наркоз – это неотъемлемая часть многих операций, но среди всех положительных его сторон присутствует так же ряд отрицательных. По статистике каждый 700-й человек в состоянии наркоза подвержен интранаркозному пробуждению.

Интранаркозное пробуждение – пробуждение во время хирургической операции, которое может быть не замечено анестезиологом. В различных случаях пациент может испытывать болевые ощущения, слышать звуки, а также запоминать происходящие с ним события.

Эта проблема известна достаточно давно, ей были посвящены многочисленные научные исследования, конференции, монографии, статьи. Но лишь в последние годы, когда эта проблема стала обсуждаться в средствах массовой информации, когда к ее решению подключились государственные и общественные организации, в том числе и объединяющие пациентов, переживших это осложнение, появились первые реальные успехи и достижения. Их внедрение в клиническую практику позволило существенно, в тысячи раз, снизить вероятность интранаркозного восстановления сознания.

На основании научных данных, характеризующих фармакодинамику и фармакокинетику средств общей анестезии были, выявлены возможные причины возникновения данного явления:

1. Сходный механизм действия препаратов, используемых для проведения общей анестезии, и других препаратов, влияющих на ЦНС.
2. Наличие в анамнезе случаев интранаркозного пробуждения.
3. Индивидуальная реакция организма пациента на препарат выбора при общей анестезии.
4. Общее состояние пациента.

В связи с перечисленными причинами точный расчет дозы препарата, используемого для наркоза, может быть затруднен. При недостаточной дозе вероятность интранаркозного пробуждения увеличивается в несколько раз.

По данными статистики интранаркозное пробуждение наиболее часто встречается при операциях на сердце, а также при кесаревом сечении. Наибольшее количество инцидентов

зарегистрировано при использовании севофлурана. Для обеспечения адекватной анестезии и с целью профилактики инцидентов интранаркозного пробуждения с развитием послеоперационного стресс-синдрома необходимо использовать мониторы глубины анестезии, а в качестве средств для наркоза наиболее предпочтительными являются пропофол и фентанил.

Само по себе это явление не опасно для жизни. Однако за ним могут последовать расстройства психики человека.

Таким образом, интранаркозное пробуждение – это причина когнитивных послеоперационных расстройств, однако правильный подбор доз и средств для наркоза, использование данных по фармакокинетике и фармакодинамике этих препаратов позволит предотвратить интранаркозное восстановление сознания.

Пантелеев М.И., Павлович И.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКИХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сергеева И. И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель: изучить эффективность использования компьютерной томографии при диагностике центрального рака легких, выявить преимущества и недостатки данной методики.

В 2010 году в Беларуси раком легкого заболели около 4400 человек, а согласно данным международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется около 1 миллиона новых случаев рака лёгких, и 60 % онкологических больных погибает в результате данного заболевания. Понимание компьютерной томографии, как метода диагностики рака легких, может создать условия для распознавания этого заболевания на начальных стадиях.

Компьютерная томография – метод неразрушающего послойного исследования внутренней структуры объекта, был предложен в 1972 году Годфри Хаунсфилдом и Алланом Кормаком, удостоенными за эту разработку Нобелевской премии. Метод основан на измерении и сложной компьютерной обработке разности ослабления рентгеновского излучения различными по плотности тканями.

При обследовании больного с раком легкого рентгеновская компьютерная томография преследует следующие задачи:

1. Уточнить наличие и солитарность образования, выявить возможные метастазы;
2. Изучить размеры, структуру, плотность (количественно в HU) и контуры опухоли;
3. Определить взаимоотношение неопластических масс с окружающими морфологическими структурами корня легкого и средостения;
4. Уточнить возможное происхождение опухоли;
5. Изучить изменения легочной ткани;
6. Выявить поражение лимфатических узлов средостения.

Исследование может проводиться в режимах как шаговой, так и спиральной КТ. Преимуществами второй методики в исследовании легких являются:

1. Возможность исследования всей зоны интереса при одно-двукратных задержках дыхания;
2. Исключение фактора различной глубины вдоха при исследовании, что повышает чувствительность метода.

Анализ томограмм производится в двух режимах: средостенном и легочном. В первом случае детально изучаются мягкотканые структуры при ширине окна от 0 до 1000 HU и центре окна 50 HU. Во втором — предметом исследования является воздушная легочная ткань с шириной окна от 1500 до 500 HU и центре окна — 650 HU.

Обычно центральный рак характеризуется полиморфным строением, гомогенной структурой и плотностью от 40 до 70 HU. Очаги распада, как правило, появляются при значительных размерах опухоли.

Панфиленко Т.В., Шарейко А.В.

ВОПРОСЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ЛЕГКИХ У КУРЯЩИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Научный руководитель асс. Губарь Л.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы определяется масштабностью и социальной значимостью. Рак лёгкого – наиболее распространенное в мировой популяции злокачественное новообразование и ежегодный прирост заболевания составляет 1,5%. 90% от всех случаев рака легких отмечается у курильщиков.

Цель: заострить внимание студентов Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) на высоком риске развития рака легких у потребляющих табак и подчеркнуть значение рентгенологического обследования в раннем выявлении поражений легких.

Материалы и методы. Анализ научно-методической литературы. Анкетирование.

Результаты и их обсуждение. Рак лёгкого занимает 1-ое место в структуре онкологических заболеваний мужчин Европы (20-30%). В Республике Беларусь ежегодно раком легкого заболевают более 4000 человек.

Уровень заболеваемости находится в прямой зависимости от количества и сорта потребляемого табака. Известно, что у курящих более 2-х пачек в день длительное время риск заболеть раком легкого выше, чем у некурящих в 25 раз. Риск развития рака легких у бывших курильщиков снижается через 5 лет после прекращения курения. Рак легкого в ранних фазах развития не имеет отчетливых субъективных симптомов и ясной клинической картины. Несоответствие клинических и анатомических проявлений болезни является причиной того, что пациент не идет к врачу. На пути болезни должна быть преграда - массовое обследование населения с применением рентгенологического метода (флюорографии или рентгенографии, РКТ). Ежегодному обследованию подлежат контингенты, наиболее поражаемые раком легкого: курящие мужчины старше 45 лет, лица, страдающие хроническими заболеваниями легких. Раннее выявление рака легких в начальных стадиях характеризуется лучшим прогнозом.

С целью выяснения отношения студентов ГрГМУ к курению и понимания ранней диагностики рака легких мы провели добровольное анкетирование среди 100 респондентов. Заданы 5 вопросов: 1. Курите ли вы? а) да б) нет; 2. Если курите, то сколько сигарет в день? а) 2-3 сигареты б) полпачки в) пачка г) больше пачки; 3. Пытались ли вы бросить? а) да б) нет в) бросил(-а); 4. Знаете ли вы, что курение часто приводит к раку легких? а) да б) нет; 5. Каким методом осуществляется раннее выявление рака легких? а) флюорография б) МРТ в) УЗИ. Результаты опроса показали, что 47% респондентов курят, а 53% - некурящие. Из опрошенных нами 47% курящих 49% курят 2-3 сигареты, 51% - полпачки в день. 66% студентов, которые курят, пытались бросить, а 8% это удалось. Среди студентов-медиков много курящих, которые прекрасно знают о последствиях табакокурения, но зависимость от табака настолько высока, что многим желающим не удается избавиться от этой вредной привычки. Абсолютно все респонденты согласны с тем, что курение часто приводит к раку легких. 80% ответивших знают, что с помощью флюорографии осуществляется раннее выявление рака легких, однако 13% считают, что это МРТ, а 7% - УЗИ.

Многим студентам стоит задуматься над коррекцией отношения к табакокурению как основному фактору риска рака легких. Будущий врач должен грамотно уметь заботиться о здо-

ровье не только пациентов, но и своем, при этом понимая роль рентгенологического обследования в раннем выявлении заболеваний легких.

Пармон А.А.

COMMONLY DEVELOPED PSYCHIATRIC DISORDERS

Научный руководитель ст. преп. Абедковская И.Ю.
Кафедра иностранных языков

The objective of this work was to study the features of the 10 most common psychiatric diseases and to find out, which of these diseases developed due to mental overwork and overstrain.

For this purpose we have carried on a survey of literature ("Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, "The American Journal in Psychiatry"). We have carried out a survey of several groups of doctors, teachers and students, which confirmed that the job from nine to five without breaks for physical activity affected their psychiatric health. We have determined a direct relationship between the number of working hours without intervals and mental stability of the worker.

On the basis of the studied literature and conducted research we have determined the following symptoms of psychiatric disorders:

- chronic fatigue syndrome (need for privacy, oppression, apathy, somnopathy)
- tantrum (stubbornness, yelling, defiance, angry ranting)
- obsessive-compulsive disorder (distressing thoughts, fears, or images the person cannot control)
- neurasthenia (general lassitude, irritability, lack of concentration, worry, hypochondria)
- job burnout (depression, overreacting**, absenteeism and lateness)**
- depression (sleeplessness or sleepiness, lack of concentration, feeling hopeless and helpless, poor or too strong appetite, bad thoughts that you can't control)
- hysteria neurosis (anger, fear, frustration, similar emotion)
- panic attack ("racing" heart, weakness, chest pains, sweating, breathing difficulties)
- post dissertation syndrome (feeling like you are burnt out physically, mentally and emotionally)
- abulia (passivity, reduced social interactions and emotional responsiveness, increased response-time to queries)

As a result of the research recommendations concerning the ways of reducing stress, stabilizing mental health and avoiding mental disorders have been developed.

We hope, the findings of this study will be useful for the people, whose job includes a lot of mental activity (teachers, doctors, managers, software developers), but very little physical exercise.

Парфенова О.В.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАЗОВОЙ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОМАНОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Нагибина М.В.
Кафедра инфекционных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова.

Цель: проанализировать причины поздней диагностики и неэффективности лечения анаэробной газовой инфекции (АГИ) на примере пациентов, проходивших лечение в инфекционных стационарах г. Москвы.

Материалы и методы. Анализ 14 историй болезни пациентов, находившихся в стационаре, протоколов операций, результатов патологоанатомического вскрытия за 2008-12 гг.

Результаты и их обсуждение. За последние 5 лет по данным ИКБ№2 г. Москвы зарегистрировано 14 случаев анаэробной газовой инфекции, из них полинаркомания – 12 человек, ВИЧ-инфекция – 12 человек (3 и 4 стадии по 6 больных соответственно). Возраст больных - 23-42 года, мужчин – 11, женщин - 3. Больные поступили на 2-6 дни болезни. Локализация очага голень, бедро–11 пациентов, шея–3, ягодица–1. Умерло–13 больных. В 6 случаях АГИ диагностирована постмортально, в 4 - диагноз поставлен в терминальной стадии болезни. Большинство из них (50%) госпитализированы в ОРИТ по тяжести состояния. У 8 умерших выявлялось большое количество палочек, сходных с клостридиями (у 4 подтверждено бактериологически), неклостридиальная флора у 7 (все подтверждены бактериологически). У пятерых наркоманов был выявлен септический эндокардит митрального и трикуспидального клапанов с множественными метастатическими очагами (легкие, селезенка, почки, печень), в 10 случаях обнаруживалась кокковая флора в легких, на клапанах сердца, в почках, в оболочках головного мозга (чаще St.aureus).

Выводы. 1). В связи с недостаточной информированностью врачей в отношении АГИ наблюдаются диагностические ошибки и поздняя диагностика 2). Больные, употребляющие ПАВ в/в, в/м, п/к и страдающие ВИЧ-инфекцией, относятся к группе риска для развития АГИ мягких тканей. 3). Характерные клинико-лабораторные особенности позволяют дифференцировать АГИ от гнойной инфекции мягких тканей. 5). Учитывая бионедоступность возбудителя в очаге, терапия АГИ должна включать немедленное радикальное оперативное вмешательство и применение антимикробных препаратов антианаэробной и антистафилококковой активности.

Пачко К.Э.

АПТЕЧНОЕ ДЕЛО НА ТЕРРИТОРИИ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛАРУСИ В ЭПОХУ НОВОГО ВРЕМЕНИ

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Гурина Н.С.
Кафедра организации фармации

Цель: изучить аптечное дело на территории современной Беларуси в период Нового времени

Задачи:

- изучить общую характеристику медицинского состояния на территории современной Беларуси в период Нового времени;
- изучить открытие аптек на территории современной Беларуси в период Нового времени.

Материалы и методы. Изучение архивных материалов и их анализ.

Результаты и их обсуждение. Нам удалось проследить тенденции развития фармации Беларуси в период Нового времени в области изготовления лекарственных средств и организации аптечного дела. Проделанная работа позволила определить условия создания первых аптек, их уровень развития. в искомый период (с XVI по XVIII вв.).

Пашкевич П.П.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ГРАЖДАН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ ПРИПИСКЕ К ПРИЗЫВНЫМ УЧАСТКАМ, ПРИЗЫВЕ НА СРОЧНУЮ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ, СЛУЖБУ В РЕЗЕРВЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, п/п-к м/с Рудой А.С.
Кафедра военно-полевой терапии

Цель: оценка распространенности ПМК в популяции мужчин призывного возраста.

Материалы и методы. В масштабе Республики Беларусь через проведение запроса во все военные комиссариаты проанализированы результаты медицинского освидетельствования граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве.

Результаты и их обсуждение. Результаты медицинского освидетельствования *граждан при приписке к призывным участкам*, показали, что частота выявления ПМК в течение 2007 − 2009 гг. колебалась в пределах 4,9 % − 5,1% - 5,8 %, (составляя в среднем **5,3 %);** *при призыве на срочную военную службу, службу в резерве* – в пределах 8,1% - 6,9% - 8,63% случаев соответственно (составляя в среднем в **7,9 %)** (таблица 1).

Таблица 1 – Общее количество освидетельствованных граждан - 504 304 чел. / из них имеющие ПМК - 36976 чел. (%, n).

Категории граждан	2007 г.	2008 г.	2009 г.
При приписке к призывным участкам (т.е. в год достижения ими 16 летнего возраста)	62486 / 4,9% (3121)	59701 / 5,1% (3013)	53828 / 5,8% (3131)
- из них с регургитацией I степени	62486 / 1,3 % (822)	59701 / 1,8% (109 1)	53828 / 1,87% (1009)
При призыве на срочную военную службу, службу в резерве (18-26 лет)	129049 / 8,1% (10569)	116475 / 6,9% (8038)	105597 / 8,63% (9104)
- из них с регургитацией I степени	129049 / 4,7 % (6112)	116475 / 4,3 % (5032)	105597 / 5,0 % (5272)

Нарушение внутрисердечной гемодинамики (преимущественно I степени) при приписке выявлялось в 2007-2009 годах в 1,32-1,83-1,87% случаев (составляя в среднем 1,67%) с резким возрастанием в среднем в 2,9 раза при призыве - соответственно до 4,7 - 4,3 - 5,0 % (составляя в среднем 4,67%) (таблица 1).

Согласно данным, опубликованным ACC/AHA, ориентированными на работы L.A. Freed с соавт. (1999, 2003) на основе Фрамингемского исследования (Framingham Heart Study), истинная распространенность ПМК в популяции составляет 1−2,5 % (3,491 случаев), в частности 1,3 % для классического ПМК и 1,1 % для неклассической формы. Однако необходимо понимать, что эластичность створок МК изменяется с возрастом, и данные о распространенности, полученные на взрослом контингенте, далеко не отражают распространенность ПМК среди лиц молодого возраста. Так, согласно данным исследования РЕПЛИКА (Распространенность Пролапса митраЛьного Клапана среди лиц молодого возрастА) ПМК выявляется – в 4,3 % случаев. Ретроспективный анализ гендерной детерминированности ряда других исследований показывает, что ПМК чаще встречается у женщин (7,6 %), нежели у мужчин (2,5

%), при этом частота ПМК изменяется с возрастом. Чаще всего он выявляется в возрасте 7-15 лет. Среди спортсменов эта цифра значительно варьируется − в пределах 11-18 %.

Сопоставлять полученные нами результаты медицинского освидетельствования о распространённости ПМК с Фрамингемским исследованием и другими вышеуказанными нельзя в силу четко представленной и отличительной популяционной выборкой – 16 – 26 лет. Тем не менее, четко прослеживаются высокая распространенность ПМК среди лиц молодого возраста (мужчин) в Республике Беларусь − 7,9 %.

Пекач В.Ю., Белоголовый П.С.

АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИТАМИННО-АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В СЕМЬЯХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович С.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Проблема экологического воздействия на биологические объекты в целом и человека в частности, достаточно актуальна в настоящее время. Последнее десятилетие характеризуется общим ухудшением демографической обстановки и снижением рождаемости, повышением частоты развития акушерских осложнений. Причинами данной ситуации являются: урбанизация, загрязнение внешней среды, ухудшение «качества жизни», потребление некачественных продуктов, последствия Чернобыльского радиационного заражения. Все это в совокупности создает предпосылки для развития эмбриотоксических и других осложнений беременности. Естественно, что наиболее уязвимым объектом являются женщины репродуктивного возраста, особенно в период до зачатия и во время беременности. Влияние факторов внешней среды, воздействующих до зачатия, экстраполируется на весь период эмбриогенеза и проявляется, как возникновением врожденных пороков развития (ВПР) у плода, так и осложненным течением беременности. В медицинской практике большие трудности представляют как профилактические мероприятия по предотвращению ВПР, так и современная выявляемость их вовремя беременности с целью наиболее ранней элиминации плодов с ВПР, несовместимых с жизнью.

Целью работы является создание регистра ВПР по Гродно и Гродненской области и разработка методики витаминно - актиоксидантной профилактики мультифакториальных пороков развития плода при планировании беременности в группах повышенного акушерского риска. Исследование проводилось с помощью ультразвукового сканирования всем беременным при первичном посещении и далее трехкратно при сроках беременности: 16, 20 и 26 недель на сканере ALOKA 2000 конвексным датчиком 3,5 Мгц или трансвагинальным датчиком 5 Мгц. Оценивалось морфологическое и функцианальное состояние органов и систем плода и провизорных органов беременности с учетом всех визуальных маркеров акушерского и генетического риска.

Задачами данной работы является разработка схемы профилактической витаминной и антиоксидантной терапии в сочетании с рибоксином в группе повышенного риска развития осложнений беременности для матери и плода. Также анализ осложнений беременности у женщин высокого риска, получавших и не получавших профилактическую витаминно-антиоксидантную терапию. Оценка эффективности профилактической антиоксидантной терапии в группе повышенного риска развития осложнений течения беременности с дифференциацией по триместрам.

В результате исследования было установлено, что содержание витаминов В1, В6, С в крови, моче и слюне пациентов группы высокого риска достоверно снижено: в среднем на 23% и коферментов (НАДФ – эффект, ПАЛФ – эффект) на 11% по сравнению со здоровыми. При-

менение профилактического витаминно-антиоксидантного комплекса в сочетании с рибоксином снизило рождение детей с ВПР мультифакториального генеза в 4 раза в основной группе по сравнению с группой беременных, не получавших профилактическую терапию.

Пенькова Я.С.

COMPLETE RECOVERY IN HEMOPHILIA: MYTH OR REALITY?

Научный руководитель ст. преп. Абедковская И.Ю.
Кафедра иностранных языков

The work under considerations has several objectives. The first goal of the present work is to find out if it is possible for hemophiliac people to avoid the complications of the disorder and have a complete life.

Hemophilia is quite rare, about 1 in 10,000 people being born with hemophilia A and about 1 in 50,000 people being born with hemophilia B. Hemophilia is an inherited bleeding disorder characterized by a low level or absence of blood clotting factors. In Belarus there are more than 500 hemophiliacs, about 70 of them being children. The first symptoms of hemophilia are regular and numerous subcutaneous hematomas and bruises on the body.

It has been found out that the most severe forms of hemophilia affect almost only men. Women can be seriously affected only if the father has hemophilia and the mother is a carrier, which is an extremely rare case. However, many women who are carriers of this disease have symptoms of mild hemophilia.

Our second goal is to find out in what way hemophilia is controlled. The survey of the literature has shown that hemophilia is treated by replacing the missing clotting factor in the blood. This is commonly done by injecting a product that contains the needed coagulating factor into a vein. Bleeding stops when enough clotting factor reaches the bleeding site. It is very important to render aid as quickly as possible to prevent long-term damage, therefore hemophiliac patients constantly need replacement therapy.

Though nowadays hemophilia is considered to be incurable, German researchers from Hamburg-Eppendorf University Medical Centre have used the transplantation of a lobe of the liver from a living donor-relative which has proved to be an effective method in eliminating the disease. Unique methods of treatment for people ill with hemophilia have also been developed in the Republic of Belarus. One of these is cryotherapy (treatment with cold) which has decreased the number of children having affected joints – the most common problem for hemophiliacs.

On the basis of the data given above recommendations for people ill with hemophilia and their relatives allowing to make their life more comfortable and easier can be developed.

Перевощиков П.А., Станилевич М.А.

ЭКСПРЕССИЯ ТИРОЗИНИРОВАННОГО α-ТУБУЛИНА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Портянко А.С.
Кафедра патологической анатомии

Болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) являются хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Значительный вклад в диагностику этих заболеваний вносит гистологическое исследование образцов, получаемых в ходе эндоскопической биопсии. Данное исследование применяется для дифференциальной диагностики БК, ЯК и других заболеваний ЖКТ, определения активности болезни, выявления диспластических и неопластических изменений в пораженном участке.

Однако существуют случаи, при которых установление точного диагноза по имеющимся признакам затруднено. Решению данной проблемы может поспособствовать расширение спектра признаков, признаваемых диагностическими в отношении БК и ЯК. Одним из таких признаков, которые следует принять во внимание, является характерная перестройка цитоскелета.

В ходе работы изучалось изменение интенсивности экспрессии тирозинированного α-тубулина (ТАТ) в различных структурах слизистой оболочки толстого кишечника, и связь этих изменений с активностью болезни. α-тубулин является одним из основных структурных элементов микротурбочек, наряду с β-тубулином. ТАТ образуется в ходе посттрансляционной модификации нативного α-тубулина. В ходе последних исследований было обнаружено его влияние на процессы роста и размножения клетки, процессы роста аксонов нервных клеток.

Для исследования использовались микропрепараты биопсий слизистых толстого кишечника 13 человек, страдающих БК или ЯК. Данные микропрепараты были окрашены гематоксилином и эозином. Параллельно исследовались микропрепараты этих биопсий, окрашенные методом ИГХ с моноклональными антителами к ТАТ. В качестве контроля были использованы микропрепараты 2 образцов слизистой, взятые у людей с синдромом раздраженного кишечника, который не приводит к морфологическим изменениям слизистой оболочки и, поэтому, является морфологическим эквивалентом нормы. В ходе исследования проводилось сравнение активности патологического процесса на гематоксилин-эозиновых препаратах и соответствующих им изменений интенсивности экспрессии ТАТ на ИГХ препаратах. Для определения активности процесса оценивалось: плотность клеточного инфильтрата, его распространение, наличие в инфильтрате нейтрофилов, наличие криптитов и крипт-абсцессов, атрофия, ветвление, укорочение и деформация крипт, поражение поверхностного эпителия.

В результате исследования обнаружено, что цитоплазма колоноцитов нормальной слизистой оболочки окрашивалась равномерно позитивно, в то время как в воспаленной слизистой оболочке имело место гетерогенное окрашивание эпителия крипт, как с участками более интенсивной, чем в норме окраски, так и с негативными участками. Была обнаружена связь между интенсивностью экспрессии ТАТ и гистологической активностью воспаления.

В связи с тем, что исследование экспрессии ТАТ при болезни Крона и язвенном колите проводится впервые, необходимы дальнейшие исследования для уточнения клинического значения полученных результатов.

Пересько Р.В.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ, ФУНКЦИЙ И ЗНАЧЕНИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель: проанализировать современные литературные данные об особенностях строения, функций и значения тучных клеток в организме человека.

В работе особое внимание уделено развитию и структурно-функциональным особенностям тучных клеток, дано описание распределения данных клеток в различных органах и тканях организма человека.

Тучные клетки, или тканевые базофилы (гепариноциты, адипоциты, лаброциты, базофильные лейкоциты, гистаминоииты, клетки Эрлиха), у млекопитающих животных и человека наблюдаются в больших количествах в соединительной ткани, а так же в миндалинах, печени, зобной железе, стенке матки, молочных железах, подслизистой оболочке пищеварительного канала, языке.

Ширина тучных клеток может достигать 14 мкм, а длина - 22 мкм. Ядро располагается зачастую в центре клетки, оно невелико, хроматин в нем мелкозернистый, хорошо заметно одно или несколько ядрышек. Вся цитоплазма тучных клеток заполнена зернистостью. Содержимое гранул тучных клеток растворимо в воде, окрашивается некоторыми красителями (толуидиновым синим) метахроматически.

В цитоплазме клеток содержится большое число митохондрий и небольшое количество гранулярного чндоплазматического ретикулума и хорошо развитый аппарат Гольджи. Они располагаются возле ядра, а степень их развития зависит от зрелости клеток.

Тканевые базофилы встречаются во всех слоях дермы и в подкожно-жировой клетчатке. Существует мнение, что молодые тканевые базофилы появляются в сосочковом слое (их предшественники выселяются здесь из сосудов микроциркуляторного русла), а затем, по мере созревания, смещаются в нижележащие слои дермы и подкожную клетчатку, увеличиваясь при этом в размерах.

Особое значение тучных клеток заключается в том, что в них синтезируется, накапливается, а при специфическом стимуле высвобождается ряд биологически активных веществ. Их можно разделить на следующие группы:

- вазоактивные и спазмогенные медиаторы (гистамин, ПАФ, производные арахидоновой кислоты);
- хемотактические факторы (ФХЭ, ФХН, ФХ лимфоцитов);
- ферменты (триптаза, калликреин, лизосомальные ферменты);
- протеогликаны (гепарин, гепаринсульфат и хондроитинсульфат).

Дегрануляция содержимого может быть вызвана специфическими и неспецифическими воздействиями. Наиболее важным механизмом, вызывающим дегрануляцию. является реакция между гомоцитотропными антителами и антигеном.

Медиаторы тучных клеток действуют на сосуды и гладкие мышцы, проявляют хемотаксическую и ферментативную активность. Помимо медиаторов воспаления в тучных клетках образуются радикалы кислорода.

Заключение: вопрос о роли тучных клеток в организме относится к числу нерешенных до конца проблем, но о несомненной роли тучных клеток в иммунологических реакциях указывает наличие на их поверхности специфических рецепторов, связывающих антитела. Содержимое гранул тучных клеток оказывает прямое влияние на развитие воспалительных процессов при различных заболеваниях и аллергических состояниях.

Песецкая Н.А.

САМООЦЕНКА ПОДРОСТКАМИ УЛЫБКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Бурак Ж.М.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель: провести анализ восприятия подростками своей дентальной эстетики.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 122 учащихся 6-10 классов гимназии № 2 г. Бобруйска (67 девочек и 55 мальчиков). Анкетирование проводилось при помощи специально разработанной для данного исследования анкеты, включавшей в себя вопросы по оценке респондентами своей дентальной эстетики, а также вопросы о характере питания и гигиеническому уходу за полостью рта. Полученные результаты обработаны методами описательной статистики, достоверность различий определена по критерию Стьюдента и $\chi 2$.

Были прочитаны также 4 лекции для повышения уровня стоматологических знаний и мотиваций к поддержанию здоровья полости рта подростков, принявших участие в исследовании.

Результаты и их обсуждение. Чаще всего респонденты оценивали свою улыбку на 4 балла по пятибалльной шкале – этот вариант ответа выбрали 46,72% (57 человек) анкетированных. Средний балл, которым подростки, принявшие участие в исследовании, оценили свою улыбку, составил 3,6. Стоит отметить, что хотя высший балл своей улыбке поставили 9,84% (12 человек) опрошенных, ничего не хотели бы в ней изменить 23,78% (29 человек) респондентов ($\chi 2=8,5$; $p<0,01$). Большинство проанкетированных подростков – 76,22% (93 человека) - хотело бы улучшить свою дентальную эстетику.

Основными причинами неудовлетворенности подростков своей улыбкой были цвет зубов и их положение – эти варианты ответа встречались в 40,98±4,45 и 37,70±4,39 случаях на 100 опрошенных соответственно. Достоверно реже ($p<0,001$) респонденты были недовольны формой своих зубов и их размерами – эти варианты ответа встречались в 11,48±2,89 и 12,29±2,97 случаях на 100 опрошенных соответственно. Несмотря на то, что неправильное положение зубов было одной из основных причин неудовлетворенности подростков своей дентальной эстетикой, 16,39% (20 человек) анкетируемых не знали, какой специалист занимается решением данной проблемы. Представляет интерес также тот факт, что хотя меньше половины подростков, принявших участие в исследовании, указали, что недовольны цветом своих зубов - 40,98% (50 человек), пользуются отбеливающими зубными пастами 64,75% (79 человек) респондентов ($\chi 2=13,8$; $p<0,001$). Вместе с тем 16,39% (20 человек) опрошенных чистят зубы реже, чем 2 раза в день.

Украсить свои зубы каким-либо декоративным элементом хотели бы 18,03% (22 человека) респондентов, тогда как негативно относятся к такому способу изменения эстетики улыбки 67,21% (82 человека) проанкетированных подростков ($\chi 2=62,5$; $p<0,001$). Не определились в своем отношении к декоративным элементам на зубах 14,75% (18 человек) опрошенных. Стоит отметить, что среди девочек доля лиц, желающих поставить себе «украшение», была больше, чем среди мальчиков – 25,37% (17 человек) и 9,09% (5 человек) респондентов соответственно ($\chi 2=5,4$; $p<0,05$).

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что большинство подростков, принявших участие в исследовании, недостаточно удовлетворено своей дентальной эстетикой и хотело бы ее улучшить.

Петражицкая Г.В.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

Научный руководитель канд. мед. наук. асс. Кандрукевич О.В.

3-я кафедра терапевтической стоматологии

Гингивит – воспаление десны, обусловленное воздействием неблагоприятных общих и местных факторов и протекающее без нарушения зубодесневого прикрепления. Гингивит является обратимым процессом при своевременно начатом квалифицированном лечении.

Периодонтит – воспаление тканей периодонта, протекающее с разрушением периодонтальной связки и деструкцией альвеолярной кости. Несмотря на то, что периодонтит является одной из основных причин ранней потери зубов, знания о данном заболевании среди населения недостаточны. В большинстве случаев пациенты обращаются к стоматологу в случае обострения или при появлении подвижности зубов. Вместе с этим, стойкие и длительные положительные результаты лечения болезней периодонта могут быть достигнуты лишь на ранних стадиях развития процесса. Хроническое течение болезней периодонта, а также их тенденция к прогрессированию диктуют необходимость длительного динамического диспансерного наблюдения как наилучшего варианта лечебно-профилактической помощи для этой группы пациентов.

Цель: провести анализ распространенности клинических вариантов болезней периодонта среди пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-периодонтолога, изучить показатели эффективности диспансеризации.

Материалы и методы. Анализ документации, которая заводится на пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-периодонтолога:

1. Карта диспансерного динамического стоматологического наблюдения (форма 131/у – ДС) (Приложение №1 к Инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения у врачей-стоматологов). 2. Карта учета диспансерного наблюдения стоматологического больного (приложение №5 к Инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения у врачей-стоматологов).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-периодонтолога распространенность периодонтитов средней и тяжелой степени тяжести (58,2%) значительно выше, чем распространенность гингивитов (27,9%) и периодонтитов легкой степени тяжести (13,9%), что свидетельствует о несвоевременном обращении пациентов к врачу-периодонтологу. О невнимательном отношении к своему здоровью свидетельствует и удельный вес пациентов, состоящих на диспансерном учете, не наблюдавшихся в течение года. Следует отметить, что процент таких пациентов за период 2010-2012 г. существенно снизился (2010 г. − 36,3%; 2011 г. − 25,6%; 2012 г. − 27,6 %).

Вместе с этим, отмечали положительную динамику показателей своевременности взятия пациентов на диспансерный учет (2010 г. − 13,1%; 2011 г. − 18,2 %; 2012 г. − 25,9 %), а также увеличение удельного веса пациентов, снятых с диспансерного учета в связи с достижением стойкой ремиссии (2010 г.−11,1%; 2011 г. − 16,1%; 2012 г. − 19,5%).

Высокая распространенность болезней периодонта средней и тяжелой степени тяжести среди пациентов, состоящих на диспансерном учете врача-периодонтолога, диктует необходимость своевременного проведения диагностических и лечебно-профилактичеких мероприятий у пациентов с ранними и начальными стадиями болезней периодонта. Анализ качественных и количественных показателей диспансеризации свидетельствует об эффективности динамического наблюдения пациентов с болезнями периодонта.

Петражицкая Г.В.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед наук, доц. Перковская А.Ф.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Профилактика стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области - основные задачи амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих стоматологическую помощь населению.

Цель: изучить деятельность стоматологической поликлиники и состояние стоматологического здоровья населения, обслуживаемого данной стоматологической поликлиникой за 2011 и 2012 годы.

Материалы и методы. Проанализирована деятельность стоматологической поликлиники по показателям, характеризующим объем помощи и профилактическую работу учреждения. Для изучения состояния стоматологического здоровья населения анализировали распространенность кариеса и показатели структуры стоматологических заболеваний за 2011 и 2012 годы. Методы: статистический. Данные выкопировывались из сводной ведомости лечебно-профилактической работы стоматологической поликлиники - форма № 039 – СВ/у.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что в структуре посещений стоматологической поликлиники по видам стоматологической помощи наибольший удельный вес составляют посещения терапевтического (44,7 %) и ортопедического профиля (39,9%). Наименьший удельный вес - посещения ортодонтического профиля (0,38%). Показатель заболеваемости, выявленной при профилактических осмотрах, достоверно выше в 2011г. по сравнению с 2012 г., 34,5±1,27; 16,6±0,92, $p<0,001$. Распространенность кариеса в 2012 году достоверно ниже по сравнению с 2011 годом, соответственно 63,7±0,21; 65,4±0,22 ($p<0,001$). В структуре стоматологических заболеваний как в 2011, так и в 2012 годах наибольший удельный вес занимает диагноз по законченному лечению - кариес (51-52%) и его осложнения – апикальный периодонтит (20 - 21%) и пульпит (10 - 11%).

Таким образом, показатель распространенности кариеса в 2012 году достоверно ниже.

Петражицкая Г.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ФИКСИРУЮЩЕГО МАТЕРИАЛА БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДСТВА «ГЕОЦЕМ» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХИМИЧЕСКОЙ МОДИФИКАЦИИ

Научный руководитель асс. Кронивец Н.А
Кафедра общей стоматологии

Фиксирующие материалы – специальные материалы, предназначенные для обеспечения ретенции несъемного протеза на тканях зуба.

Толщина пленки – критерий, позволяющий определить качество краевой адаптации. Материал должен иметь очень малую толщину пленки, что позволит получать хорошую краевую адаптацию непрямой реставрации и избегать ее неполной установки.

Тиксотропность - способность дисперсной системы уменьшать вязкость (разжижаться) от механического воздействия и увеличивать вязкость (сгущаться) в состоянии покоя.

Чистое время твердения - интервал времени от момента окончания смешивания до момента затвердевания цемента.

Сила адгезии – сила сцепления поверхностей разнородных твердых или жидких тел.

Прочность при сжатии – предел диаметральной прочности, измеряемый при разрушении образца отвержденного цемента.

На современном стоматологическом рынке представлено огромное количество материалов для фиксации непрямых реставраций. Поэтому все более остро встает вопрос о правильном подборе фиксирующего материала в зависимости от конкретной клинической ситуации. Основной задачей развития производства стоматологических материалов в Республике Беларусь является изготовление качественных материалов, не уступающих зарубежным, и даже

превосходящих их, стоимость которых для белорусских стоматологов будет значительно дешевле зарубежных аналогов.

Цель: сравнить физико-механические свойства материала для фиксации непрямых реставраций «Геоцем» в трех химических модификациях по критериям толщины пленки, тиксотропности, чистого времени твердения, силы адгезии методом микроподтеканий на сдвиг и прочности при сжатии; определить химическую модификацию фиксирующего материала с наиболее высокими показателями по исследуемым критериям.

Материалы и методы. При выполнении работы использовалась методика определения толщины пленки, тиксотропности, чистого времени твердения, прочности при сжатии материалов для фиксации непрямых реставраций по ГОСТу Р51744, а также методика определения силы адгезии фиксирующих материалов методом микроподтеканий на сдвиг, разработанная компанией «Ultradent» (США).

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования была определена химическая модификация фиксирующего материала «Геоцем», имеющая наиболее высокие показатели по всем исследуемым критериям физико-механических свойств.

Петрова А.Н., Ходачинская А.В.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ЗУБНЫХ ЩЕТОК

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Гунько Т.И.
1-я кафедра терапевтической стоматологии

В последнее время активно разрабатываются меры и программы профилактики кариеса зубов и болезней периодонта с акцентом на гигиену полости рта. Одним из основных предметов гигиены полости рта являются зубные щетки. Зубные щетки – группа предметов индивидуальной гигиены полости рта, предназначенных для механического удаления зубного налета, а также массажа десен при проведении гигиенических мероприятий в полости рта. На современном рынке имеется большой выбор зубных щеток, отличающихся различными параметрами. От правильного выбора зубной щетки во многом зависит эффективность ее использования. Основными параметрами, определяющими качество зубных щеток, является щетина, конфигурация и величина головки, соединение ручки и головки. Последствия применения не качественных зубных щеток могут быть очень негативными: это кровоточивость десен, опущение края десны, а также оголение шейки зуба, истончение эмали и повышение чувствительности зубов. Таким образом, правильный выбор зубной щетки – это шаг к здоровью зубов и десен и всего организма.

Цель: выработка научно обоснованных критериев выбора параметров зубных щеток.

Задачи: изучение зависимости параметров зубной щетки и уровня гигиены полости рта. Оценка существующих конструкций зубных щеток на соответствие их функциональному назначению и на безопасность их использования. Разработка практических рекомендаций для подбора зубной щетки на основе научно обоснованных критериев выбора их параметров.

Материалы и методы. Анализ и изучение литературы, классификация.

Рассмотрев в данной работе основные критерии выбора зубных щеток и зависимость их параметров и уровня гигиены полости рта, были сделаны следующие выводы: обязательным условием при выборе зубной щетки является соответствующая сертификация по ряду параметров: уровень жесткости зубной щетки, щетина зубной щетки, особенности конструкции, материал изготовления, размер щетки, технические параметры. Были разработаны рекомендации для правильного подбора зубной щетки.

Петрова А.Н., Ходачинская А.В.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Научный руководитель ст. преп. Каштанова Т.Г.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

В современном мире организация и оказание медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях является сложной и актуальной задачей. Количество чрезвычайных ситуаций неуклонно растет. По статистике, среди всех потерь населения дети составляют 12-25%. Во время чрезвычайных ситуаций именно дети нуждаются в особом внимании и заботе, т.к. они особенно подвержены травматизму, болезням, у детей отсутствует такой вид медицинской помощи как самопомощь. Поэтому спасатели, медицинские работники должны оказывать помощь прежде всего детям. При одинаковой степени тяжести поражения, дети имеют преимущество перед взрослыми при оказании помощи как в очаге поражения, так и на этапах медицинской эвакуации. Следовательно, необходима скорейшая эвакуация пострадавшего ребенка из зоны катастрофы, перенос в безопасное место, защита от неблагоприятных метеорологических условий. Предпочтительна госпитализация в многопрофильные стационары для детского населения. При организации спасательных работ и оказании помощи детям необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности детей: генерализованная реакция нервной системы на различные виды стресса – болевой температурный (переохлаждение, перегрев организма), ожоговый и др.; чувствительность, детей особенно младшего возраста, к потери крови даже в небольших количествах; склонность слизистых оболочек верхних дыхательных путей к отекам, напряженная работа почек, что повышает опасность развития отека легких, гипергидратации и обезвоживанию организма; высокая эластичность костной системы, что снижает частоту перелома костей у детей и вместе с тем обуславливает типичные для детского возраста повреждения скелета и ряд других факторов, которые усложняют работу по оказанию им медицинской помощи. Основная роль в организации медицинского обеспечения детского населения, пострадавшего при катастрофах, принадлежит станциям скорой медицинской помощи, специализированным педиатрическим и линейным бригадам, а также врачебным и другим бригадам экстренной медицинской помощи. От своевременности ее оказания и профессионализма медперсонала зависит спасение жизни детей и успех дальнейшего лечения.

Цель: изучение особенностей оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях.

Задачи: обосновать основные принципы эффективной организации и оказания медицинской помощи детям, изучить особенности оказания медицинской помощи детям, учитывая специфику строения детского организма, проанализировать статистику основных видов поражений детей в чрезвычайных ситуациях, провести анализ лечебно-диагностических и организационных ошибок в оказании медицинской помощи детям.

Материалы и методы. Изучение литературы, анализ информации по чрезвычайным ситуациям.

Результаты и их обсуждение. Рассмотрев в данной работе особенности оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях, были сделаны следующие выводы: при оказании медицинской помощи детям в любых чрезвычайных ситуациях, необходимо учитывать специфику строения детского организма и поведенческих реакций детей.

Петрова Е.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ: НЕКОТОРЫЕ ЛАБОРАТОРНО–ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней БГМУ

За последние 30 лет экспансия абдоминального ожирения и ассоциированных с ним состояний возросла более чем в 3 раза. Лидирующую позицию в структуре смертности пациентов с висцеральным ожирением занимает инфаркт миокарда с зубцом Q.

Цель: изучить влияние абдоминального ожирения (АО) на течение постинфарктного периода, показатели эндотелина-1,NO, параметры липидного обмена, структурно-функциональное состояние сердечно - сосудистой системы пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. В состав основной группы вошли пациенты с постинфарктным кардиосклерозом и АО, в группу сравнения - лица, перенесшие Q - ИМ, не имевшие избыточного веса и АО. У пациентов обеих групп проанализированы антропометрические данные, результаты ЭХО-КГ, ВЭП, метода iDXA и КТ-ангиографии, показатели липидного обмена, эндотелина-1, NO. Обработка результатов выполнялась с использованием статистического пакета Statistica 6.0. Полученные данные интерпретировались как достоверные при величине безошибочного прогноза $\geq$ 95% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение.

1) постинфарктный кардиосклероз при наличии висцерального ожирения протекает на фоне прогностически неблагоприятных особенностей нарушений липидного обмена, характеризующихся более высокими показателями атерогенных фракций липопротеинов;

2) по данным МСКТ со скринингом коронарного кальция и контрастированием коронарных артерий выявлена большая масштабность атеросклеротического процесса в коронарном бассейне у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом на фоне абдоминального ожирения, сопровождающаяся высокой частотой выявления гемодинамически значимого стенозирующего атеросклеротического поражения, многососудистого поражения, увеличением общего количества стенозированных участков;

3) в группе пациентов с абдоминальным ожирением постинфарктный кардиосклероз протекает на фоне неблагоприятного повышения уровня эндотелина-1, ассоциированного с процессами постинфарктного дезадаптивного ремоделирования миокарда левого желудочка и снижения уровня NO;

4) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом при наличии висцерального варианта ожирения наблюдается большая выраженность процессов дилатации левого желудочка, сочетающаяся с более низкими значениями систолической функции левого желудочка, что свидетельствует о прогностически неблагоприятном типе постинфарктного ремоделирования левого желудочка;

5) абдоминальное ожирение по данным велоэргометрической пробы в раннем и позднем постинфарктном периоде сопровождается более выраженным снижением толерантности к физической нагрузке, и как следствие, характеризуется более низким реабилитационным потенциалом данной группы пациентов.

Петрукович Е.И.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АЛЬПОРТА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Козыро И.А.
1-я кафедра детских болезней

Синдром Альпорта (наследственный нефрит) – генетически детерминированная наследственная неимунная гломерулопатия, проявляющаяся гематурией и протеинурией, прогрессирующим снижением почечных функций с развитием хронической почечной недостаточности (ХПН), часто сочетающаяся с нейросенсорной тугоухостью и расстройствами зрения. Синдром Альпорта встречается достаточно редко, но каждый случай данного заболевания постепенно приводит к терминальной стадии ХПН. Поэтому своевременная диагностика является немаловажной, особенно в раннем детском возрасте.

Диагноз «Синдром Альпорта» правомочен на основании характерной клинической и лабораторной картины, дополненной данными иммуногистохимического (ИГХ) и электронно-микроскопического (ЭМ) исследования нефробиоптата. До 2011г. постановка диагноза производилась на основании клинико-лабораторного исследования и данных световой микроскопии (СМ). С 2011г. был разработан и внедрен метод ИГХ, что позволяет не только верифицировать диагноз, но и предположить способ наследования данной патологии. Метод основывается на выявлении субъединиц коллагена IV типа. В нормальной почечной ткани субъединицы представлены в виде четкого линейного окрашивания базальных мембран с антителами к а3 и а5 субъединицам, а также капсулы Шумлянского-Боумена при использовании антител к а5 субъединице IV типа.

Цель: оценить возможности электронно-микроскопического и иммуногистохимического исследований в диагностике синдрома Альпорта.

Был проведен ретроспективный анализ 13 историй болезней пациентов с синдромом Альпорта за 2011-2012гг., которым проводилось лечение в отделении нефрологии УЗ «2-я ДГКБ». Возраст больных составил от 3 до 17 лет (средний-13,5 лет). Отдельно представляются клинические случаи двух мальчиков, перенесших в грудном возрасте тяжелую инфекцию, по поводу которой получали гентамицин в рекомендуемой дозировке и длительности. С раннего возраста у обоих отмечалось прогрессирующее снижение слуха, расцененное как побочное действие аминогликозидов. Мочевой синдром появился в более позднем возрасте.

Всем обследованным в динамике проводились общеклинические исследования крови, мочи; исследование мочи на суточный белок, контроль АД, осмотр ЛОР и окулиста. Всем также выполнена пункционная нефробиопсия со СМ, ЭМ и ИГХ. При СМ изменения клубочков в большинстве случаев представлены сегментарной мезангиальной пролиферацией разной степени выраженности с расширением мезангиального матрикса, «пенистые» клетки. В отдельных случаях - тубулоинтерстициальные изменения различной степени выраженности. При проведении ИГХ с антителами к IgA, экспрессия IgA отсутствовала. ЭМ демонстрировала значительные изменения ГБМ: распространённое истончение до 200-230 нм в сочетании с небольшими участками толщиной до 650 нм, в которых имелись линейные просветления. На основании ультратонких изменений со стороны ГБМ и результатов окрашивания с антителами к а3 и а5 субъединицам коллагена выставлен диагноз синдрома Альпорта.

Электронно-микроскопическое и иммуногистохимическое исследования позволяют верифицировать диагноз синдрома Альпорта, определить прогноз, провести корригирующую терапию, отсрочить возникновение терминальной стадии ХПН в детском возрасте.

Петрусенко О.А.

ОЦЕНКА УДАЛЕНИЯ СМАЗАННОГО СЛОЯ ПРИ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНЫХ КОЛЕБАНИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Минченя О.В.
Кафедра стоматологии детского возраста

Успешное эндодонтическое лечение зависит от тщательной очистки, формирования и трехмерной обтурации системы корневых каналов. Образование смазанного слоя является неизбежным следствием инструментальной обработки корневого канала. Смазанный слой снижает адгезию силлера и гуттаперчи к стенкам корневого канала, препятствует проникновению антибактериальных средств в инфицированные дентинные трубочки, и поэтому должен быть удален с поверхности дентина корневого канала.

Цель: оценка удаления смазанного слоя in vitro при обработке корневого канала с использованием низкочастотных колебаний.

Материалы и методы. В исследование включили удаленные постоянные моляры, которые выдерживали 7 дней в 0,5% растворе формалина для дезинфекции, а затем помещали в физиологический раствор. Во всех зубах создавали эндодонтический доступ, удаляли ткани пульпы и устанавливали рабочую длину на 1,0 мм от анатомической верхушки с помощью визуальной идентификации. Инструментальную обработку корневых каналов проводили с использованием вибромеханического устройства, созданного на базе мануальной зубной щетки Oral-B Expert Pulsar, на модернизированном упругом стебле которой закреплена головка механического наконечника и специальных файлов Rispi Sonic и Shaper Sonic методом step-back. Применение звуковых файлов предваряли созданием «ковровой дорожки» ручными стальными К-файлами №10 и №15 по ISO. Зубы были распределены на две группы. В зубах I группы во время препарирования корневых каналов звуковыми файлами, ирригацию канала проводили дистиллированной водой. В зубах II группы после аналогичной инструментации на заключительном этапе для удаления смазанного слоя использовали раствор «Эндожи №2» (17% раствор ЭДТА, ВладМиВа), экспозиция которого в корневом канале составила 1 мин. Подготовленные зубы распиливали вдоль продольной оси и проводили исследование образцов на электронном микроскопе «VEGA II LMU» («TESCAN», Чехия). Снимки дентина корня зуба выполняли в апикальной трети, средней и коронковой части корневого канала.

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что обработка корневого канала с использованием низкочастотных колебаний, сопровождается образованием смазанного слоя на всем протяжении корневого канала, однако при использовании файлов Rispi Sonic, он не такой массивный, как после обработки файлами Shaper Sonic. Ирригация корневого канала 17% раствором ЭДТА позволяет удалить смазанный слой наиболее эффективно в коронковой трети канала.

Выводы. Использование низкочастотных колебаний при обработке корневых каналов, сопровождающееся ирригацией дистиллированной водой, не способствует удалению смазанного слоя. Ведущая роль в очистке системы корневого канала принадлежит медикаментозным агентам.

Петуховский А.С.

МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ВЫВИХОВ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Беспальчук П.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Вывихи первого пальца в пястно-фаланговом суставе находятся на втором месте по распространённости среди вывихов в области кисти. Смещение вывихнутой фаланги обычно происходит в ладонную сторону при сгибательном механизме травмы или тыльную сторону при насильственном переразгибании. По классификации Фарабефа среди тыльных вывихов выделяют: неполные, полные и сложные. Устранение ладонных, а так же тыльных неполных и полных вывихов производится путём вправления под регионарным обезболиванием. Особый интерес представляют полные сложные тыльные вывихи, при которых происходит смещение сесамовидных костей с ущемлением сухожилия длинного сгибателя первого пальца между пястной костью и проксимальной фалангой первого пальца. В таких случаях вправление без оперативного вмешательства не всегда возможно. Оперативное лечение заключается в освобождении и перемещении захлестнувшегося сухожилия, что может сопровождаться удалением сесамовидных костей. Подобные вывихи не всегда своевременно распознаются, что может привести к долгим и безрезультативным попыткам вправления. Независимо от метода устранения, трудоспособность восстанавливается через 4 - 5 недель.

Цель: анализ методик устранения вывихов первого пальца кисти в зависимости от характера травмы.

Материалы и методы. Были изучены случаи вывихов первого пальца кисти пациентов, обращавшихся в 6-ю городскую клиническую больницу г. Минска с различными типами вывихов. Диагностику патологии осуществляли на основе клинических симптомов, *данных анамнеза* и результатов рентгенологического метода исследования. Произведена оценка исходов лечения, как с применением оперативного вмешательства, так и без него.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных позволил установить, что в большинстве случаев вправление неосложнённых вывихов возможно без оперативного лечения. Сложные вывихи не всегда удаётся вправить. И если вправление не произошло после единичной попытки, необходимо приступить к оперативному вмешательству. Перед выбором тактики лечения важно точно установить тип травмы. Поэтому в первую очередь следует обращать внимание на положение сесамовидных косточек относительно проксимальной фаланги и пястной кости. Таким образом, дифференцированный подход к лечению больных с вывихом первого пальца кисти позволяет ускорить процесс его устранения и уменьшить количество проводимых при этом манипуляций.

Пецевич Ю.В., Дударева М.А.

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бобровничий В.И.
2-я кафедра детских болезней

Цель: оценить динамику заболеваемости внебольничными пневмониями (ВП) у детей в регионах Республики Беларусь за последние 10 лет и выявить клинические особенности патологии в современных условиях.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ статистических данных за период 2003 – 2012 г.г. и 965 историй болезни пациентов с пневмонией, находившихся на лечении в УЗ «3-я ГДКБ» г. Минска в 2012 году. Статистическая обработка данных проводилась помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь за период 2003–-2012 гг. заболеваемость ВП среди детей и подростков, по данным МЗ РБ, составляла 7.57–12.72%. Максимальная заболеваемость ВП у детей наблюдается в возрасте 1-4 лет (9,1–21,6%) и у детей до 1 года (4,9–15,3%). Среди подростков (15–17 лет) показатели заболеваемости в 1,4–2 раза

ниже чем у детей 0–14 лет. Самые высокие показатели заболеваемости за 10-летний период были зарегистрированы в 2009 году у детей 0-17 лет (13,41%), самые низкие - в 2006 году(7,57%). Начиная с 2010 года в РБ имеется отчетливая тенденция снижения заболеваемости. Распространенность ВП среди детей по отдельным регионам страны во анализируемые года значительно отличается. Как правило наиболее низкая заболеваемость в Могилевской области (3,52–6,51%), наиболее высокая в Брестской области (10,95–14,37%) и г. Минске (7,07–16,81%). Показатели смертности от пневмоний снизились значительно. В 2003 году пневмония явилась причиной летального исхода у 43 детей, в 2012 году умерших от этой патологии нет. Как правило дети умирали в возрасте до 1 года (75%).

Анализ клинической картины показал, что у детей первых 3-х лет жизни интенсивность симптомов интоксикации, лихорадки носила более выраженный характер по сравнению с детьми старшего возраста. У детей раннего возраста реже выявлялись локальные физикальные изменения.

Печко О.Ю.

ТОКСИЧЕСКАЯ, АЛКОГОЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ СУДОРОЖНЫМ ПРИСТУПОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисов А.В.
Кафедра неврологии и нейрохирургии

Цель: изучить эпидемиологию токсической энцефалопатии с впервые возникшим судорожным приступом по данным учреждения здравоохранения «9-я городская клиническая больница г. Минска», а также оценить некоторые клинические и клинико-инструментальные данные у пациентов с этой патологией.

Задачи: 1. Исследовать частоту встречаемости пациентов с впервые возникшим судорожным синдромом, на фоне токсической, алкогольной энцефалопатии. 2. Оценить некоторые эпидемиологические показатели у пациентов с токсической энцефалопатией (возраст, пол и др.). 3. Уточнить наследственный анамнез у пациентов с токсической энцефалопатией с впервые возникшим судорожным синдромом. 4. Уточнить тип эпилептических припадков у пациентов с данной патологией. 5. Изучить когнитивные функции пациентов с токсической энцефалопатией и впервые возникшим судорожным синдромом. 6. Изучить патоморфологические изменения (по данным КТ головного мозга) у больных токсической энцефалопатией с судорожным синдромом.

Материалы и методы. Был произведен ретроспективный анализ 49 историй болезней пациентов 1-го и 2-го неврологического отделения 9-ГКБ г. Минска в возрастной группе от 20 до 80 лет с диагнозом «Токсическая, алкогольная энцефалопатия с впервые возникшим судорожным синдромом» в период времени с 1 мая 2012 года по 28 февраль 2013 года. Для статистического анализа были использованы результаты клинико-неврологического, клинико-лабораторного и инструментального исследований.

Результаты и их обсуждение. 1. В стационаре за исследуемый период времени находилось 2800 пациентов, из них с диагнозом токсическая и алкогольная энцефалопатии было 57 человек (2%); среди этих пациентов с впервые возникшим судорожным приступом лечилось 77,2% 2. Женщины составляют 11,4%, мужчины - 88,6%. Средний возраст среди женщин составляет 45,6 лет, среди мужчин – 46,2 лет; средний возраст пациентов – 46,1 лет. 3. Наследственный анамнез у большинства пациентов не был отягощен эпилепсией. 4. Наблюдается снижение когнитивных функций у пациентов с данной патологией. 5. КТ головного мозга проводилась 79,5 % пациентов. Из них признаки атрофии головного мозга имели 85,7% . Среди пациентов с признаками атрофии головного мозга преимущественное поражение лобных отделов имели – 10%, мозжечка – 40%. Очаговые изменения головного мозга имели: по-

сттравматические: слева – 16,7%, справа – 16,7%; постишемические: слева – 13,3%, справа – 16,7%; энцефаломаляция: слева – 10%.

Пешко Е.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСЕВДОТУМОРОЗНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Недзьведь М.К.
Кафедра патологической анатомии

Цель: изучить морфологические особенности псевдотуморозных форм герпетического энцефалита. Исследование проводилось путём изучения протоколов патологоанатомического вскрытия и гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, на миелин по Клювер-Баррера, на соединительную ткань и фибрин марциус-алым-голубым.

Исследовано 5 наблюдений в которых в заключительном клиническом диагнозе имелось указание на наличие опухоли головного мозга. В четырёх случаях диагноз основывался на данных компьютерной томографии. При вскрытии умерших опухоль не была обнаружена. Гистологическое исследование установило наличие хронического герпетического энцефалита, подтверждённого методом флюорисцирующих антител.

Кроме типичных морфологических признаков, характерных для герпетического энцефалита (наличие внутриядерных герпетических включений в нейронах, клетках макроглии и эндотелия кровеносных сосудов, пролиферации клеток макроглии и эндотелия, периваскулярного склероза, мелких кальцификатов) обнаружены признаки периваскулярного склероза и свежие очаги деструкции нервной ткани, обильно инфильтрированные лимфоцитами и макрофагами, которые при визуализирующих методах исследования могут симулировать опухоль.

Пивоварчик С.Н., Фёдоров С.Е.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ КУРСАНТОВ К УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Современные условия военной службы, в том числе и обучение в военном учебном заведении, сопряжены с большими физическими нагрузками и психическим напряжением, что запускает процессы адаптации к новым условиям жизнедеятельности.

Цель: оценка динамики нервно-психической адаптации курсантов военного учебного заведения в процессе начального и конечного этапов обучения.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 29 курсантов 17-18 лет, поступивших на военно-медицинский факультет в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» 2008 году. Со всеми курсантам при поступлении (август 2008 года) и через 21 месяц (апрель 2010 года) проводилось тестирование по методике «бланк-карандаш». Дизайн исследования – динамическое, проспективное, пассивное. Уровень нервно-психической адаптации (далее НПА) оценивался по методике «Тест нервно-психической адаптации». Для исследования самооценки собственной личности использовалась методика личностного дифференциала (далее ЛД). Для диагностики ситуативной (реактивной) и личностной тревоги использовался тест Спилбергера–Ханина. Для оценки меры глубины депрессии применялся опросник депрессии Бека.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов тестирования, проведенного в 2008 г., установлены достоверные различия ($p<0,05$) между обследуемыми, что позволило по показателям ситуативной (далее - СТ) и личностной (далее - ЛТ) тревожности разделить их на 2 подгруппы. При оценке СТ в исследуемых подгруппах в 2010 г. достоверных различий не выявлено, однако в подгруппе 2-2010 показатель ЛТ был достоверно выше, чем в подгруппе 1-2010 ($p<0,05$). Кроме того отмечалось некоторое снижение уровня СТ в подгруппе 2-2010 по сравнению с 2-2008. Уровень депрессии в подгруппе 2-2010 достоверно отличается от данного показателя в подгруппе 1-2010. Также установлена тенденция к снижению данного показателя в подгруппе 1-2010 по сравнению с 1-2008 и некоторому повышению в подгруппе 2-2010 по сравнению с 2-2008, что свидетельствует о нарастании депрессивной симптоматики у лиц с неблагоприятным прогнозом НПА. Анализ результатов тестирования по методике ЛД выявил достоверные различия показателя «Сила» в подгруппах 1-2008 и 2-2008, а также тенденцию к снижению показателей «Оценка», «Сила», «Активность» в обеих подгруппах 2010 по сравнению с 2008 г., что свидетельствует о снижении уровня самооценки курсантами и является признаком расстройства адаптации, так как сниженная самооценка является основой депрессивных реакций.

Выводы.

1. Достаточно высокая распространенность жалоб обследуемых, установленная по методике НПА, свидетельствует о высокой «цене» адаптации к обучению на военном факультете.
2. Отмечается перераспределение курсантов в континууме нервно-психической адаптации в сторону увеличения лиц с признаками дезадаптации.
3. Выявленные особенности адаптации курсантов к условиям военной службы и обучения указывают на необходимость психологической или психотерапевтической коррекции нарушений адаптации, что позволит сохранить здоровье будущих офицеров.

Пилипчик А.С.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ И ОБОСТРЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ СРЕДСТВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гавриленко Л.Н.
Кафедра клинической фармакологии

Цель: анализ (в рамках республиканского фармакоэпидемиологического исследования бронхиальной астмы) применения глюкокортикоидов в лечении пациентов с бронхиальной астмой стабильного течения и при обострении астмы в организациях здравоохранения Республики Беларусь.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем анкетирования врачей (анкеты разработаны на кафедре клинической фармакологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» на основании GINA-2011). В анкету вносились общие сведения о специализации врача, квалификационной категории, трудовом стаже, о лекарственных средствах, назначаемых для базисной терапии и купирования обострений бронхиальной астмы.

Результаты и их обсуждение. Автором настоящей работы проведен анализ 663 анкет врачей, работающих в стационарных и амбулаторных учреждениях Республики Беларусь (39,2% - г. Минск, 12,1% - Гомельская обл., 6,9% - Витебская обл., 11,9% - Гродненская обл., 3,5% - Минская обл., 10,7% - Могилевская обл., 8,0% - Брестская обл., 5,7% - не указали регион).

Наиболее часто используются следующие препараты ингаляционных глюкокортикоидов: беклометазон (31,7%), флутиказон (32,9%), что полностью соответствует международным рекомендациям.

Получено 696 ответов касательно базисной терапии стабильной астмы системными глюкокортикоидами (62,9%-преднизолон, 37,0%-метилпреднизолон, 33,6%-дексаметазон, 5,3%-гидрокортизон). Применение системных глюкокортикоидов для базисной терапии астмы не обосновано и потенциально опасно.

Получено 722 ответа о базисной терапии астмы с использованием комбинированных препаратов: Серетида (флутиказон + сальметерол) – 70,8% и Симбикорта (будесонид + формотерол) - 10,8%, что соответствует международным рекомендациям.

Выявленные результаты позволили установить далеко не полное соответствие назначаемой врачами терапии стабильного течения и обострений астмы международным клиническим рекомендациям и выработать направления работы по повышению компетентности врачей в области знаний целей терапии астмы и различных способов их достижения в соответствии с клиническими рекомендациями, основанными на данных доказательной медицины, что может привести к более высоким результатам и значительной экономии средств, затрачиваемых в Республике Беларусь ежегодно на лечение и реабилитацию больных бронхиальной астмой.

Пилипчук Н.А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Заневский В.П.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Врач-реаниматолог неоднократно в течение суток оценивает меняющееся физиологическое состояние пациентов. Необходимость этого диктуется потребностью своевременно провести коррекцию интенсивной терапии, прогнозирования возможных изменений состояния и исхода заболевания. Точность оценки состояния реанимационного пациента зависит от профессиональной компетенции врача, перечня данных мониторинга и, нередко, от психоэмоционального и физиологического состояния реаниматолога. Для устранения субъективизма в диагностике изменяющегося физиологического состояния пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР), прогноза течения и исхода заболевания применяются различные оценочные шкалы, основанные на математическом расчете показателей входящих в них. В многопрофильных ОИТР наиболее часто используется шкала SAPS, которая является упрощенной формой шкалы APACHE. Системой, выбранной для данного исследования, явилась SAPS II - новая упрощенная шкала оценки острых физиологических изменений, созданная на основе переосмысления и модернизации старой системы SAPS в которой используется анализ 15 переменных клинико-лабораторных параметров.

Цель: определение меняющегося физиологического статуса пациентов ОИТР по шкале SAPS II, сравнение его с оценкой лечащего врача, прогнозирование течения и исхода заболевания, выявление наиболее значимых показателей данной шкалы.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 45 пациентов, находящихся на лечении и умерших в ОИТР 6-й ГКБ г. Минска в 2012 г. Изучали и провели математическую обработку показателей, полученных за 5 дней до смерти, по шкале SAPS II.

В результате проведенного исследования у 33 (75,5%) пациентов из 45 уже за 5 дней до смерти можно было с высокой степенью вероятности предположить неблагоприятный исход (вероятная летальность по шкале $\geq$ 50%). Анализ записей лечащего врача показал, что только у 5 пациентов (3 из них были с онкозаболеванием) прогнозировался неблагоприятный исход, а субъективная оценка степени тяжести 28 пациентов не вызвала настороженности и была отмечена как средняя либо стабильно тяжёлая.

Анализ шкалы SAPS II выявил наиболее значимые показатели, влияющие на конечные результаты прогнозируемой летальности. Возраст пациентов более 70-80 лет (по шкале соответствовало 18 баллам) предполагает вероятность летального исхода в 70-85% случаев. Вто-

рым по частоте оказался показатель неврологического статуса (шкала Глазго). У 24 (55,8%) больных уровень был 8 и ниже (13 оценочных баллов). Так же обратил на себя внимания респираторный индекс (соотношение PaO_2/FiO_2). Снижение его менее 199 оценивалось в 9-11 баллов, и наблюдали в 12 случаях (27,9%).

Таким образом, проведение данной работы подтвердило, что в повседневной практике врача должна использоваться шкала SAPS II, что позволяет предугадать «сценарий» развития заболевания и предвидеть возможность неблагоприятного исхода, чётко регистрировать изменения в состоянии пациентов в процессе лечения. Установлено, что возраст более 75 лет, низкий уровень сознания и респираторного индекса достаточно отражают степень тяжести реанимационного больного. Следует отметить ещё один аспект, который способствует более широкому внедрению вычислительных систем в медицинскую практику. Он связан с юридической ответственностью медицинского работника за правонарушения и защитой его от необоснованных обвинений.

Пинчук А.Ф.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

Ишемическая болезнь сердца, в частности, инфаркт миокарда, вызывает у больных значительный психоэмоциональный стресс. Неслучайно тревожно-депрессивные расстройства встречаются у этой категории пациентов чаще, чем в среднем в популяции (30% против 2,5–10%). Эти расстройства не только значительно отягощают клиническое течение инфаркта миокарда, но и влияют на прогноз заболевания, являясь мощным независимым предиктором смертности у этой категории больных.

Цель: оценить психоэмоциональный статус у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы.

1. В исследование включено 45 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, госпитализированных в 1-е кардиологическое отделение УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи».
2. Анкетирование: шкала Цунга (для самооценки депрессии), шкала Спилбергера (для оценки тревожности).

Дизайн исследования:

- 1-я группа: 15 (9 женщин и 6 мужчин) пациентов на 30 день после перенесенного инфаркта миокарда;
- 2-я группа: 15 (8 женщин и 7 мужчин) пациентов спустя 6 месяцев;
- 3-я группа: 15 (9 женщин и 6 мужчин) пациентов через 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Анкетирование было проведено у 45 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, среди них 27 (60%) женщин и 18 (40%) мужчин. Средний возраст обследуемых составил 68±2,3 года.

В первой группе депрессивные расстройства выявлены у 13,3% (n=2) пациентов женского пола (по данным шкалы Цунга – более 50 баллов), тревожные расстройства – у 40% (n=6) пациентов (5 мужчин и 1 женщины), уровень тревожности был умеренным (от 31 до 44 баллов, по данным шкалы Спилбергера). Рис.1.

Во второй группе депрессивные расстройства выявлены у 26,7% (n=4) пациентов (3 женщин и 1 мужчины), тревожные расстройства (по данным шкалы Спилбергера) у 20% (n=3) пациентов мужского пола. Рис. 1.

В третьей группе отмечено увеличение частоты депрессивных расстройств среди пациентов женского пола 33,3% (n=5), а так же более высокие показатели тревожных расстройств среди пациентов мужского пола 26,7% (n=4). Рис.1.

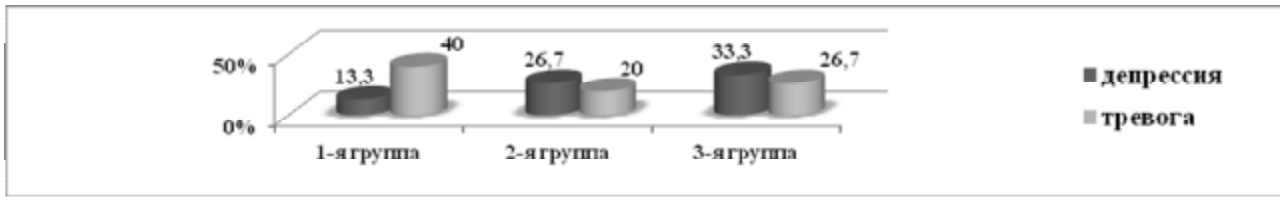


Рис. 1. Распределение уровней депрессии и тревожности по группам.

В результате проведенного исследования установлено, что уровень тревожности у лиц мужского пола более высокий на ранних сроках после перенесенного инфаркта миокарда и остается высоким на протяжении года, а уровень депрессии более высокий у лиц женского пола и увеличивается к концу года, после перенесенного инфаркта миокарда.

Пинчук Т.В.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Прохоров А.В.
Кафедра онкологии

Цель: анализ результатов диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей (Gastrointestinal Stromal Tumor – GIST).

Материалы и методы. В основу исследования положен проспективный анализ результатов диагностики и лечения 22 пациентов с GIST, находившихся на лечении в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД) в период с 2010 по 2012 гг.

Результаты и их обсуждение. В 20 случаях GIST была первичной, в 2 – метастатической. Злокачественный вариант опухоли выявлен у 13 пациентов (59%), доброкачественный – у 7 (31,8%), неопределённый потенциал злокачественности – у 2 (9%) пациентов. Наиболее типичная локализация GIST – желудок (68,2 % - 15 случаев). В 6 случаях GIST выявлены в тонкой кишке и в 2 случаях - в толстой (9%). В гистологической структуре GIST преобладал веретеновидный тип (72,7% случаев). Реже встречались эпителиоидный (18,2%) и смешанный (9,1%) варианты. Диагноз GIST был установлен на основании клинической картины, эндоскопических данных, компьютерной томографии, результатов морфологического исследования биоптата либо удаленной опухоли, иммуногистохимического и мутационного анализа. Следует отметить, что рутинные методы исследования позволили лишь заподозрить и поставить предварительный диагноз GIST. Верификация диагноза возможна только в случае определения иммуногистохимического фенотипа опухоли, прежде всего определения экспрессии CD 117 (в нашем исследовании позитивна в 81,8% случаев), CD34 (61,5 %), виментина (91%), SMA (31%), S-100-протеина и нейрон-специфической энолазы (1-5%). Прогноз и биологическое «поведение» опухоли напрямую зависели от комплекса гистологических и клинических критериев, прежде всего от размеров опухоли, её локализации и митотического индекса.

Основным и ведущим методом лечения GIST являлся хирургический, а при рецидиве или метастатической болезни – таргетная терапия иматинибом (Glivec). По результатам нашего исследования, хирургическому лечению подверглись 20 пациентов. Виды оперативных вмешательств и их эффективность приведены в таблице:

Таблица 1 Виды оперативных вмешательств и их эффективность.

Вид оперативного вмешательства	Первичная операция	Локальный рецидив	Генерализация процесса
Энуклеация опухоли	5 (25%)	-	-
Клиновидная резекция желудка	2 (10%)	-	-
Резекция кишечника	4 (20%)	-	-
Дистальная субтотальная резекция желудка	3 (15%)	-	-
Гастрэктомия (по Гэрлоку)	2 (10%)	-	2 (100%)
Комбинированная операция	4 (20%)	-	-
Всего	20	-	2 (100%)

Пинчук Т.В.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Лапотко М.Л.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: определение основных показаний к эмболизации маточных артерий (ЭМА), а также оценка её эффективности в лечении миомы матки с различными размерами и локализацией узлов.

Материалы и методы. В основу исследования положен проспективный анализ клинико-лабораторных данных 48 пациенток с миомой матки, находившихся на обследовании и лечении методом ЭМА в гинекологическом отделении УЗ «1 ГКБ» в 2009-2012 гг.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 39,9±1,6 года, из них в фетрильном возрасте (до 45 лет) находились 40, в предменопаузальном – 8 женщин. У 64% пациенток заболевание продолжалось более 3 лет. У подавляющего большинства женщин имела место сопутствующая патология: инфекционно-воспалительные заболевания во влагалище (45%) и шейке матки (27%). Основными показаниями к проведению ЭМА являлись: миома матки больших размеров (15 нед. беременности и более) у 18,8% обследованных женщин, сочетание миомы матки с бесплодием – у 8,3%, рецидив миомы матки после консервативной миомэктомии – у 6,2% пациенток. В подавляющем большинстве случаев (66,7%) ЭМА выполнялась по поводу миомы матки в сочетании с меноррагиями (57,2%), менометроррагиями (22,3%), болевым (42,8%) и анемическим (82%) синдромами. Общее количество миоматозных узлов было от 1 до 7 в каждой матке. Локализация миоматозных узлов была интерстициально-субмукозной (47,3%), преимущественно по задней стенке матки (76,9%). Диаметр доминантного миоматозного узла колебался в пределах от 22 до 98 мм, в среднем составляя 49,8±19,1 мм, при среднем объёме тела матки 422,1 см^3 (от 98 до 976 см^3).

ЭМА проводилась в рентгеноперационной под местной анестезией с целью полной окклюзии сосудистого русла миоматозных узлов и их дальнейшей ишемизацией. У 79% пациенток на первые сутки после ЭМА развился постэмболизационный синдром. Он проявлялся болевым (89%) и интоксикационным (в виде повышения температуры до 38°С (81,2%), тошноты (17,5%) и общей слабости) синдромами. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 6,3 сут.

В качестве достоверного критерия эффективности ЭМА нами была использована динамика регрессии размеров доминантного миоматозного узла и объёма матки (табл.).

Таблица 1. Динамика регрессии объёма матки и доминантного миоматозного узла ($p<0,001$)

Время визуализации	Средний объём матки (см^3)	Средний % сокращения матки	Средний диаметр доминантного узла (мм)	Средний % сокращения доминантного узла
До ЭМА	422,1	–	49,8	–
7-10 дней	307,4	27,1	39,6	20,4
3 месяца	169,7	44,8	21,3	46,2

Пискун Д.В.

ПРИМЕНЕНИЕ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Научный руководитель канд. мед. наук Бурак Ж.М.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель: оценить клиническую целесообразность применения кальцийсодержащих препаратов для лечения деминерализации эмали у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием мультибондинг-системы.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были проведены: анализ современной доступной русскоязычной медицинской литературы; анкетирование 46 подростков в возрасте 14-17 лет, находящихся на ортодонтическом лечении с применением несъемных ортодонтических аппаратов; проведение курса реминерализующей терапии кальцийсодержащими препаратами 4 пациентам, находящимся на ортодонтическом лечении с использованием мультибондинг-систем и имеющим начальный кариес. Анкетирование проводилось при помощи разработанной для этого исследования анкеты, содержащей 10 вопросов о пищевых и гигиенических привычках респондентов. При лечении деминерализации эмали проводили обследование пациентов с определением индекса ИГПР (Терехова Т.Н., Наумович Д.Н., 2007) и пробы Аксамит (витального окрашивания эмали), обучение подростков стандартному методу чистки и флоссингу, а также двухнедельный цикл аппликаций кальцийсодержащими препаратами (2 пациента – «R.O.C.S. medical minerals», продолжительность аппликации 15 минут и 2 пациента – «GC Tooth Mousse», продолжительность аппликации 3 минуты).

Результаты и их обсуждение. Анализ современной доступной медицинской русскоязычной литературы позволил выбрать как наиболее целесообразные для лечения деминерализации эмали у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении два следующих кальцийсодержащих препарата: R.O.C.S. medical minerals (WDS LABORATORIES) и GC Tooth Mousse (GC CORPORATION).

Проведенное анкетирование показало, что 76,09±6,29% респондентов не имеет соответствующих лечению мультибондинг-системой привычек по гигиеническому уходу за полостью рта. Нерациональное питание с частыми перекусками и избыточным потреблением углеводов было отмечено у 69,56±6,78% подростков, принявших участие в исследовании. Результаты анкетирования свидетельствуют о наличии у большинства подростков, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемных ортодонтических аппаратов, предрасполагающих факторов к развитию очаговой деминерализации эмали.

При первоначальном обследовании пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении и имеющих очаговую деминерализацию эмали, значения индекс ИГПР у всех обследованных свидетельствовали о плохой гигиене полости рта. После проведения мотивации и коррекции гигиенических навыков во время следующего посещения гигиена у всех обследованных была оценена как удовлетворительная. Значения пробы Аксамит у этих пациентов до начала курса реминерализующей терапии составляли от 3 до 8 баллов, причем на разных зубах у одного и того же пациента могли определяться очаги деминерализации разной интенсивно-

сти. После курса реминерализующей терапии было отмечено уменьшение деминерализации эмали как у подростков, использовавших «R.O.C.S. medical minerals», так и подростков, использовавших «GC Tooth Mousse», на 1-4 балла согласно данным пробы Аксамит, что свидетельствует о целесообразности применения этих кальцийсодержащих препаратов для лечения начального кариеса у пациентов с несъемными ортодонтическими конструкциями.

Пискун Д.В.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ЕГО ИЗМЕНЕНИЕ В ХОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель асс. Чернявская М.В.
Кафедра ортодонтии

В странах постсоветского пространства при планировании ортодонтического лечения недостаточно внимания уделяется психоэмоциональному и психоневрологическому статусу пациентов. Более 45% детей имеют зубочелюстные аномалии, которые влияют на нормальное формирование и функционирование челюстно-лицевой области, дыхание, речь, эстетику, а также психологическое развитие ребенка. В современной литературе отмечается взаимосвязь психоневрологического статуса и зубочелюстных аномалий, однако данные о частоте встречаемости психоэмоциональных и психоневрологических нарушений и их влиянии на формирование зубочелюстных аномалий неоднозначны, что определило цель и задачи исследования.

Цель: изучение взаимосвязи зубочелюстных аномалий и психоэмоционального, психоневрологического статуса у детей 9-11 лет и его изменение в ходе ортодонтического лечения.

Задачи:

1. Оценить психологическую готовность детей к ортодонтическому лечению съемными аппаратами и спрогнозировать тем самым успешность проводимого лечения.
2. Определить распространенность психоневрологических нарушений у детей с зубочелюстными аномалиями.
3. Оценить взаимосвязь изменений психоневрологического статуса с видами аномалий зубочелюстной системы.
4. Выявить морфометрические особенности детей с зубочелюстными аномалиями и вредными привычками.
5. Выявить отклонения в развитии речи и влияние их на качество коммуникации у детей с зубочелюстными аномалиями, по сравнению с детьми с физиологической окклюзией.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен анализ современной доступной медицинской литературы. Обследован и проанкетирован 41 ребенок в возрасте 9-11 лет. Анкетирования проводилось до лечения и после с использованием детского варианта личного опросника Айзенка, разработанных специально для данной работы анкет на основе шкалы Эриксона и тестов Филипса. Так же проводилось анкетирование родителей для выявления синдрома гиперактивности и дефицита внимания. Произведен фотометрический анализ антропометрических параметров лица. Полученные данные были подвергнуты анализу и статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. Распространенность зубочелюстных аномалий у обследованных детей составила 70,73%, у 29,27% наблюдается физиологическая окклюзия. Процент детей, имеющих психоэмоциональные и психоневрологические изменения, составил 63,41%, из них 80,77% детей имеют зубочелюстные аномалии. Согласно шкале Эриксона и оценки тестов Филипса направленность тревоги на речевые навыки до проведения лечения отмечалась у 56,09% детей, после проведенного лечения у 34,15% детей. Тревога, связанная с общением до лечения наблюдалась у 43,90% детей, после лечения у 21,95% детей. У 21,95%

детей выявилась высокая тревожность до лечения, после лечения ее имели 4,87% детей. Фотометрические исследование параметров лица у детей с зча с наличием вредных привычек и без них выявило достоверные различия показателей выпуклости профиля лица, лицевого угла.

Плащинская А.В., Врублевская К.Г.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ СТРЕССЕ

Научный руководитель асс. Бочкарёва Н.А.
Кафедра фармакологии

В своей жизни практически каждый человек испытывал стресс, и в наши дни часто говорят о стрессе. Он играет важную роль в возникновении не только нарушений психической деятельности человека или ряда заболеваний внутренних органов. Известно, что стресс может спровоцировать практически любое заболевание. В связи с этим в настоящее время расширяется потребность как можно больше узнать о стрессе и способах его предотвращения и преодоления.

Цель: выявить рациональность применения препаратов при стрессе.

Задачи: 1. Установить причинные факторы возникновения стресса у студентов, 2. Определить наиболее характерные симптомы стрессового состояния, 3. Выяснить методы снятия стресса, 4. Выяснить, какие группы препаратов употребляют студенты, и оценить их осведомленность в правильном употреблении этих препаратов.

Материалы и методы. В ходе исследования был применен метод анкетирования. Опрос проводился выборочно, среди 100 студентов 3 курса различных университетов: БГМУ, ГрГМУ, БГЭУ, БГУ.

Результаты и их обсуждение. Выявлена значительная подверженность студентов стрессовым реакциям, прежде всего из-за трудностей в учебе и неумения организовывать свое свободное время. Наиболее характерными симптомами стресса являются повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания, плохой сон. К основным методам снятия стресса у студентов относятся употребление алкоголя, вкусной еды и прочее (физические упражнения, прогулки, музыка). К основным группам препаратов, применяемых при стрессе, относятся витамины и успокаивающие средства.

Выявлена недостаточность знания и не рациональность выбора препаратов для снятия стресса.

Плеско Т.С., Корытько Т.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Копать Т.Т.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Цель: на основании данных клинических и лабораторных исследований выявить особенности течения инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем анализа данных, полученных при изучении историй болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Для изучения возрастно-половой структуры было проанализировано 70 архивных историй болезни на базе 5 ГКБ г. Минска. Все пациенты перенесли инфаркт миокарда в период с января по декабрь 2011 года.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного статистического анализа было установлено, что средний возраст пациентов составил 70,2 года. Среди исследуемых было 38,6% мужчин и 61,4% женщин. Анализ возрастно-половой структуры показал, что возрастную группу больных до 60 лет составляли 75% мужчин и 25% женщин, в отличие от процентного соотношения мужчин и женщин в возрастной группе после 60 лет: мужчины – 28%, женщины – 72%. Картина жалоб: 44,7% - боль в области сердца, 32,2% - ОЛЖН-клиника, 12,6% - пароксизмальная тахикардия, 7,25% - боль в области сердца с иррадиацией, 3,25% - нет болевого синдрома. По локализации инфаркта миокарда: мелкоочаговый – 57% (жен. – 56%, муж. – 44%), крупноочаговый – 43%(жен. – 64%, муж. – 36%). Структура сопутствующих заболеваний (выборка из полного списка, составленного в процессе изучения историй болезни): АГ – 30,4%, атеросклероз сосудов – 26,3%, пневмония – 11%, СД2 – 10,7%, нефросклероз – 6,7%, хрон. бронхит – 5,6%, МКБ – 4%, узловой зоб – 3,3%, жировой гепатоз – 2%. Структура результатов ЭКГ в зависимости от возраста больных: синусовая тахикардия (до 50 лет – 27%, 50-70 лет – 48%, после 70 лет – 25%), смещение ЭОС вправо (до 50 лет – 47%, 50-70 лет – 34%, после 70 лет – 19%), смещение ЭОС влево (до 50 лет – 26%, 50-70 лет – 25%, после 70 лет – 49%), экстрасистолия (до 50 лет – 16%, 50-70 лет – 43%, после 70 лет – 41%), участки ишемии миокарда (до 50 лет – 44%, 50-70 лет – 29%, после 70 лет – 27%), гипертрофия миокарда левого желудочка (до 50 лет – 38%, 50-70 лет – 23%, после 70 лет – 39%), блокада левой ножки пучка Гиса (до 50 лет – 33%, 50-70 лет – 36%, после 70 лет – 31%), блокада правой ножки пучка Гиса (до 50 лет – 21%, 50-70 лет – 46%, после 70 лет – 33%),

Помимо вышеуказанных результатов исследования также была проанализирована половозрастная структура возможных осложнений инфаркта миокарда, результатов биохимического и общего анализов крови, Эхо-КГ исследования, а также рассчитана частота назначения дополнительных методов исследования пациентов в постинфарктном периоде (Холтер ЭКГ, тредмил тест, тест 6-мин. ходьбы).

Оценив полученные результаты исследования, можно сделать вывод о том, что возможно выявить некоторую корреляцию проявления части клинико-лабораторных характеристик течения инфаркта миокарда в зависимости от пола и возраста больного.

Плешков С.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКОВ АДАПТАЦИИ К СТРЕССУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С УЧЕТОМ ТИПОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ ПО К.Г. ЮНГУ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Емельянцева Т.А.
Кафедра психиатрии с медицинской психологией

Цель: определить особенности психотипа студентов-медиков по К.Г.Юнгу.

Задачи:

1. Определить психотипы студентов-медиков с учетом гендерных различий;
2. Провести анализ типологии личности в форме описательной статистики;
3. Оценить особенности адаптации студентов-медиков к стрессу.

Материалы и методы. Исследование 113 студентов-медиков в возрасте от 20 до 25 лет на основании анонимного и добровольного заполнения анкет.

Методы:

1. Опросник типологического показателя Майерс-Бригс, адаптирован Терещук Е.В. (2007г.)
2. Метод статистической обработки данных SPSS 13.0

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено преобладание интровертивных психотипов над экстравертивными. Студенты больше полагаются на мышление и ощущения (визуальные, слуховые, тактильные), нежели на чувства и интуицию. Исследуе-

мые чаще проявляют в жизни созерцательную позицию, чем деятельную. Самый распространенный психотип – ISTP (интровертивный ощущающий мыслительный созерцатель).

Плоткина Д.А.

РЕТРОТРАНСПОЗОН L1 И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. биол. наук, асс. Петренко Л.Д.
Кафедра биологии

В последнее время исследования в молекулярной биологии приобретают все большую популярность, на основе которых зародилось новое направление в этой области – молекулярная генетика. Эта наука включает в себя непосредственно целый комплекс разработок, позволяющих более досконально изучить геном человека. Это дало возможность выявить его особенности и сходства с геномами других организмов, подробно рассмотреть структуру ДНК и генов, расшифровать человеческий геном (проект «Геном человека»), после чего были получены новые данные о его особенностях. Так, в настоящее время известно, что человеческий геном включает в себя различные компоненты, среди них – мобильные генетические элементы, одними из представителей которых являются ретротранспозоны.

Цель: изучить ретротранспозоны как элементы генома человека, в частности ретротранспозон L1 и его влияние на геном.

Материалы и методы. В ходе работы были проанализированы различные литературные источники (как отечественные, так и зарубежные), которые нашли отражение в ней, а именно:

- ретротранспозоны как представители мобильных генетических элементов;
- сходство ретротранспозонов и провирусов;
- ретротранспозон L1;
- активизация ретротранспозона L1 в геноме будущих нейронов головного мозга;
- изучение механизма ретротранспозиции.

Результаты и их обсуждение. На основе анализа данных литературы можно сделать вывод, что активные ретротранспозоны L1 способны стать причиной мутаций, наследственных заболеваний, полиморфизма и генетического разнообразия. Неправильный кроссинговер, приводящий к делеции или дупликации – результат действия неактивных копий L1. Изучение подвижных мобильных генетических элементов и их свойств в дальнейшем может позволить предотвратить нежелательное воздействие на геном человека (или, напротив, вынести какую-то пользу из этого), что наряду с выявлением мутаций является одной из целей молекулярной генетики.

Плотко А.И.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЛЮКОЗАМИНА И ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Замбржицкий О.Н.
Кафедра общей гигиены

Существенным достижением нутрициологии в последние годы, в свете концепции оптимального питания, явились новые данные о биологической роли многих микронутриентов, которые ранее вообще не рассматривались в качестве факторов, необходимых для жизнедеятельности человека. В настоящее время для многих из них доказано участие в целом ряде метаболических процессов, а следовательно, и необходимость присутствия в рационе питания, например глюкозамина и хондроитин сульфата.

Непосредственно или косвенно глюкозамин играет роль в формировании суставных поверхностей, сухожилий, связок, синовиальной жидкости, кожи, костной ткани, ногтей, клапанов сердца, кровеносных сосудов и слизистой оболочки пищеварительного, дыхательного и мочевого тракта.

В связи с этим основная цель наших исследований была изучить обеспеченность фактического питания студентов-медиков глюкозамином и хондроитин сульфатом. Нами установлено, что только около 0,2% респондентов (из 1000) употребляют продукты, содержащие данные биологически активные соединения: блюда на основе свинины и говядины (холодец), блюда с добавлением желатина (мармелад, заливная рыба) и некоторые сорта рыбы. Никто, из числа обследованных, не получал физиологическую норму данных веществ – 700 мг/сутки, установленную российскими нутрициологами.

Побойнев В.В.

ИЗМЕНЕНИЯ ТРЕТИЧНОЙ СТРУКТУРЫ БОЛЬШОГО ПРИОННОГО БЕЛКА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ФАТАЛЬНОЙ СЕМЕЙНОЙ БЕССОННИЦЕ И БОЛЕЗНИ КРЕЙЦФЕЛЬДА-ЯКОБА

Научные руководители д-р биол. наук, проф. Барковский Е.В.,
канд. биол. наук, асс. Хрусталев В.В.
Кафедра общей химии

Фатальная семейная бессонница (FFI) и болезнь Крейцфельда-Якоба (CJD) являются прионными заболеваниями или трансмиссивными губчатыми энцефалопатиями, которые составляют необычную группу смертельных нейродегенеративных заболеваний млекопитающих. Эти заболевания связаны с мутацией 178D-N и полиморфизмом 129M/V в большом прионном белке человека. Первое заболевание возникает при указанной мутации и 129M, а второе – при 178D-N и 129V.

Цель: выявить основные отличия в третичных структурах большого прионного белка человека при данных заболеваниях, в наличии N- и C-КЭПов для альфа-спирали и бета-тяжей и их потенциалов при 129V, 178N, 129V и 178N совместно по сравнению с исходной структурой (129M и 178D) белка.

С помощью сервера SWISS-MODEL (www.swiss-model.expasy.org), используя аминокислотную последовательность 1HJM большого прионного белка человека, были получены третичные структуры для каждого вышеуказанного варианта первичной структуры белка. Затем, используя Protein Interactions Calculator (www.pic.mbu.iisc.ernet), для каждой из модели третичной структуры большого прионного белка человека были определены все возможные внутрибелковые взаимодействия (гидрофобные, ионные, взаимодействия между различными радикалами аминокислот, между ароматическими аминокислотами, между ароматической и серосодержащей аминокислотами, между ароматической аминокислотой и аминокислотой с полярным ионизирующим положительно заряженным радикалом) на расстояниях, указанных сервером по умолчанию, а потом на расстоянии до 10Å. После получения всех данных для каждой последовательности большого прионного белка человека был проведён их сравнительный анализ. Для определения КЭПов и их потенциалов использовался алгоритм «SSPT».

При 129M имеются взаимодействия между аминокислотами Tyr и Met (Tyr128-Met129, Tyr162-Met129, Tyr163-Met129), которые были обнаружены на расстоянии до 10Å, а при 129V вышеуказанные взаимодействия исчезают, но появляются новые гидрофобные взаимодействия между Val129 и Met166, Tyr169 (10Å). Эти изменения показывают, что происходит отдаление двух бета-тяжей друг от друга и сближению петли 164-170 с первым бета-тяжем. При 129V также понизился потенциал N-КЭПа 132 для альфа-спирали (на 0,039), понизился потенциал N-КЭПа 128 для бета-тяжа (на 0,0235), но при этом повысились потенциалы N-КЭПов для бета-тяжа 127 и 129 на 0,0145 и 0,0169 соответственно. При 178D-N исчезли во-

дородные связи между Tyr128 и Asp178 (sd-sd), ионные взаимодействие между Arg164 и Asp178; His177-Asp178 (10Å), но при этом появились новые водородные связи: Tyr169 и Asn178 (sd-sd). При данной мутации происходит отдаление первого и второго бета-тяжа от второй альфа-спирали, и сближение вышеуказанной петли со второй альфа-спиралью. Выросли значения потенциалов N-КЭПов 175 (на 0,009) и 179 (0,0256), исчез N-КЭП 180, а также С-КЭПы 176 и 177 для бета-структуры. При совместном наличии 178N и 129V в большом прионном белке наблюдаются все те изменения, которые характерны для вышеуказанных структур в отдельности, поэтому в результате можно сделать вывод, что первый бета-тяж становится мобильным и может влиять на образование бета-структуры в большом прионном белке человека.

Покало А.В.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Акулич Н. С.
Кафедра акушерства и гинекологии

Несмотря на то, что в последние годы наблюдается тенденция к снижению количества абортов, данная проблема не теряет свою актуальность. По данным ВОЗ на 1000 рождений приходится 400-500 абортов. В РБ примерно на 100 родов приходится 40 абортов. Прерывание нежелательной беременности крайне негативно сказывается на репродуктивном здоровье женщины, приводя к развитию бесплодия, невынашивания беременности, хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода и других осложнений течения беременности и родов; оказывает неблагоприятное воздействие на плод.

Цель: изучить влияние медицинских абортов, проведенных в сроке до 12 недель, на течение беременности и родов.

Материалы и методы. На базе 1 ГКБ проведен ретроспективный анализ 132 историй родов женщин в возрасте от 18 до 40 лет, которые имеют в анамнезе медицинский аборт, проведенный в сроке до 12 недель. Из них выделено 2 группы: I - 66 женщин, прервавших первую беременность, II - 66 рожавших женщин, которые прервали вторую или последующие беременности.

Результаты и их обсуждение. В I группе исследуемых женщин беременность прерывалась в 16-18 лет в 22,6 % случаев, 19–21 год – 39,7%, 22-24 года – 26,4%, 25-27 лет – 11,3%; во II группе - в 53,2% случаев в 19-24 года, 34% - 25-30 лет, 12,8% - 31-37 лет.

Беременность и роды протекали без осложнений у 12,1% женщин I группы и 25,8% женщин II группы.

Структура осложнений беременности и родов в исследуемых группах: преждевременное излитие околоплодных вод в I гр. наблюдаются у 24,2%, II – 15,2%; слабость родовой деятельности в I – 19,7%, II – 1,5%; раннее излитие околоплодных вод в I – 16,7%, II – 7,6%; преждевременные роды в I - 7,6% женщин, II – 13,6%; угроза прерывания беременности в I – 42,5%, II – 24,2%; хроническая фетоплацентарная недостаточность в I и II – по 27,3%; гестозы в I – 22,7%, II – 19,7%; хроническая внутриутробная гипоксия плода в I – 16,7%, II – 10,6%; ИЦН в I – 6,1%, II – 9,1%.

Сравнительный анализ течения беременности и родов у пациенток в зависимости от количества абортов: 1 аборт – угроза прерывания беременности -33,3%, ИЦН -7,6%, хроническая фетоплацентарная недостаточность -27,3%, преждевременные роды -10,6%; 2 и более аборта - угроза прерывания беременности -52,9%, ИЦН -17,6%, хроническая фетоплацентарная недостаточность -35,3%, преждевременные роды -23,5%.

Выводы.

1. Средний возраст, в котором прерывается первая беременность составил 20,6 лет. Рожавшие женщины прерывают беременность в среднем в 24,7 года.

2. Наблюдается высокая частота осложнений беременности и родов у женщин, перенесших медицинский аборт (81,1%).

3. У женщин, прервавших первую беременность, осложнения встречаются в 2,1 раза чаще, чем у рожавших до аборта женщин.

4. В структуре осложнений беременности в I группе чаще встречается угроза прерывания беременности (42,5%), во II - хроническая фетоплацентарная недостаточность (27,3%); в структуре осложнений родов - преждевременное излитие околоплодных вод (24,2% и 15,2% соответственно).

5. С увеличением количества абортов (2 и более) в 1,2 раза увеличивается частота осложнений беременности и родов.

Полехина А.И.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ИФА И ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Астапов А.А.
Кафедра детских инфекционных болезней

В настоящее время большое внимание уделяется детской заболеваемости и смертности. В структуре инфекционной заболеваемости инфекционный мононуклеоз занимает одно из ведущих мест. При этом данное заболевание во многих лечебных учреждениях диагностируется только на основании клинической картины и гематологических сдвигов. Вопрос же лабораторной верификации диагноза инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна-Барр, до сих пор разработан недостаточно. Как правило, используются два метода: ПЦР-диагностика, основанная на обнаружении вируса в крови больных, и ИФА, позволяющего обнаружить антитела к данному вирусу.

Цель: установить информативность ИФА и ПЦР при диагностике инфекционного мононуклеоза у детей; определить наличие характерных для данной патологии лабораторных и инструментальных показателей у детей с различным методом верификации диагноза.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней 78 больных с клиническим диагнозом инфекционного мононуклеоза. Больные были разделены на две группы: дети с ИФА-верифицированным (47 человек) и ПЦР-верифицированным (31 человек) диагнозом инфекционного мононуклеоза. Для установления наличия характерных гематологических сдвигов было проведено сравнение данных общих анализов крови у больных и здоровых детей (128 человек).

Результаты и их обсуждение. В результате работы было установлено, что у детей с ИФА-верифицированным диагнозом в 100% случаев заключительным диагнозом был: инфекционный мононуклеоз ВЭБ-этиологии, типичная форма средней степени тяжести. Структура заключительных диагнозов при ПЦР-верифицированном диагнозе инфекционного мононуклеоза была следующей: инфекционный мононуклеоз типичная форма средней степени тяжести – 21 больной (67,7%), инфекционный мононуклеоз типичная форма тяжелое течение – 3 (9,7%), атипичная форма инфекционного мононуклеоза – 5 (16,1%), хроническая ВЭБ-инфекция – 2 (6,5%). В группе детей с ИФА-верифицированным диагнозом чаще в крови определялся лейкоцитоз, лимфомоноцитоз и атипичные мононуклеары. А частота встречаемости изменений по данным УЗИ органов брюшной полости (увеличение верхнее-нижнего размера печени, наличие диффузных изменений в паренхиме печени и селезенки, лимфатических узлов в проекции ворот печени и селезенки) с одинаковой частотой наблюдались в обеих группах.

Таким образом, диагностировать инфекционный мононуклеоз при его атипичном течении возможно с большей вероятностью при использовании метода ПЦР-диагностики. Вероятно, в данном случае происходит нарушение антителогенеза и метод ИФА неинформативен. При этом можно утверждать, что ПЦР-диагностикой был выявлен именно инфекционный мононуклеоз на основании наличия неполной клинико-лабораторной картины инфекционного мононуклеоза. Наиболее информативным в данном случае лабораторно-инструментальным методом диагностики было УЗИ органов брюшной полости.

Полошовец А.А.

ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель асс. Журавлёва Н.В.
Кафедра морфологии человека

Цель: используя данные отечественных и зарубежных литературных источников, изучить особенности проведения проводниковой анестезии зубов верхней челюсти.

Задачи:

1. изучить краткую историю обезболивания в стоматологии;
2. анестетики и инъекционный материал;
3. виды местной анестезии;
4. определение проводниковой анестезии, актуальность ее в современной стоматологии;
5. виды проводниковой анестезии, методы ее проведения;
6. преимущества и недостатки проводниковой анестезии;
7. иннервацию зубов;
8. особенности проведения проводниковой анестезии с учетом вариантов прохождения ветвей тройничного нерва;
9. возможные осложнения проводниковой анестезии;
10. противопоказания.

Эпоха *стоматологической анестезии* началась в начале XIX века. Медицина тогда была развита крайне слабо, стоматологические операции ограничивались грубым удалением зубов. Прорыв в стоматологической медицине сделал 10 декабря 1844 года Хорас Уэллс, который будучи молодым студентом изучавшим стоматологию, описал увиденный им эксперимент по воздействию на пациента оксида азота. С того времени было разработано огромное множество анестетиков: лидокаин, тримекаин, мепивакаин, ультракаин , прокаин (новокаин), дикаин, анестезин.

Существуют следующие виды местной анестезии:

- Аппликационная
- Инфильтрационная
- Проводниковая
- Люмбальная
- Внутрикостная

Проводниковая анестезия выполняется по ходу нервных стволов и сплетений, которые иннервируют область, в которой проводится операция. Раствор анестетика вводится в окружающую нерв клетчатку. Этот метод широко используется в стоматологической практике при экстракции зубов для блокады отдельных ветвей тройничного нерва.

Проводниковую анестезию в области верхней челюсти делают у бугра верхней челюсти (туберальная анестезия), в области подглазничного отверстия (инфраорбитальная анестезия), большого небного (палатинальная) и резцового отверстия.

Актуальность знаний в области проведения проводниковой анестезии с каждым днём только возрастает, так как она обладает рядом преимуществ, а именно: более длительный срок анальгезии, снижение активности слюноотделения, отсутствие деформации мягких тка-

ней, при проводниковой анестезии обходятся меньшим количеством уколов, чем, например, при инфильтрационной, и меньшей дозой анестетика.

Результаты и их обсуждение. Проводниковая анестезия остаётся одним из наиболее часто используемых видов местного обезболивания в стоматологии, эффективность ее проведения зависит от строгого учета анатомических знаний о строении верхней челюсти и особенностей иннервации зубов этой области, а также опыта врача.

Полторак И.Ю.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Починок Т.В.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина
Кафедра педиатрии №1

В последние десятилетия в Украине и в других странах мира отмечается тенденция к увеличению случаев недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у детей. Кроме этого, в Украине за последние десять лет увеличилась частота патологии органов кровообращения у детей в 2,1 раза и смертность от ишемической болезни сердца у лиц моложе 30 лет - на 15-20%. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что у 17% детей до 5 лет наблюдаются атеросклеротические изменения в коронарных артериях. Недостаточная эффективность профилактических мер у взрослых и выявление морфологических признаков атеросклеротического процесса в сосудах детей приводит к тому, что акцент в определении предикторов атеросклеротического процесса и патологии сердечнососудистой системы следует переместить на детский возраст.

Цель: определить критерии ранней диагностики липидного обмена у детей с НДСТ в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Методы – клинико-лабораторные, статистические. Объекты исследования – 124 ребенка, среди которых 61 –7-11лет (31 – с НДСТ и 30 без НДСТ) и 63 ребенка 12-18 лет (33 – с НДСТ и 30 – без НДСТ).

Результаты и их обсуждение. У детей с НДСТ 7-11 лет выявили снижение уровня ЛПВП в сыворотке венозной крови по сравнению с детьми без НДСТ (1,29±0,03ммоль/л по сравнению 1,52±0,02ммоль/л, $P<0,05$) и повышение – ЛПНП и ЛПОНП (2,61±0,01ммоль/л и 0,63±0,01ммоль/л по сравнению 2,06±0,02ммоль/л та 0,34±0,01ммоль/л, $P<0,05$) при отсутствие изменений в уровнях общего холестерина и триглицеридов (ТГ). У детей в пубертатном возрасте отмечается нормальный уровень общего холестерина в сыворотке венозной крови по сравнению с детьми без НДСТ. Вместе с тем, уровни ТГ достоверно увеличены (1,12±0,01мМоль/л по сравнению 0,81±0,01мМоль/л у детей без НДСТ, $P<0,05$). Концентрация ЛПВП у детей с НДСТ 12-18 лет более снижена по сравнению с детьми с НДСТ 7-11 лет (1,19±0,01ммоль/л по сравнению 1,29±0,03ммоль/л, $P<0,05$). У детей с НДСТ показатели ЛПНП и ЛПОНП не превысили нормы, но при их сравнении в двух возрастных группах отмечалось повышение концентрации ЛПНП и ЛПОНП (3,12±0,01ммоль/л и 0,99±0,01ммоль/л по сравнению 2,08±0,02ммоль/л и 0,39±0,01ммоль/л соответственно, $P<0,05$).

У детей с НДСТ выявлено нарушение липидного обмена, которое углубляется с возрастом. Изменения липидного обмена возможно могут служить одним из предикторов развития атеросклеротического процесса в сосудах детей с НДСТ.

Полуян М.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Саврасова Н.А.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Увеличение частоты травмы средней зоны лица диктует необходимость точной диагностики и разграничения изолированных переломов верхней челюсти от их комбинации с повреждениями скуловой кости, костей, образующих орбиту.

Цель: определить необходимый объем рентгенологического обследования при переломах верхней челюсти.

Материалы и методы. Проведено обследование пациентов с подозрением на перелом костей средней зоны лица- рентгенографии в стандартных проекциях (носо-подбородочной, полуаксиальной), спиральная компьютерная томография (СКТ), конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Изучены рентгенологические проявления переломов при различных методах, их локализация, а также качество визуализации.

Нами было обследовано 12 пациентов с Ле-Фор 1, 8 пациентов с Ле-Фор 2, 7 пациентов с Ле-Фор 3.

Результаты и их обсуждение.

1. Использование СКТ и КЛКТ- единственный надежный способ визуализировать линии переломов при травме средней зоны лица и разделить переломы верхней челюсти на Ле-Фор 1, 2, 3;
2. Проведение КТ позволяет определить природу гемосинуса;
3. Проведение СКТ и КЛКТ позволяет составить точный план лечения, определить количество этапов и методы лечения (ортопедическое или ортопедическое + хирургическое).

Полуян М.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСКАЖЕНИЯ ОБЪЕКТОВ НА КТ-ИЗОБРАЖЕНИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Наумович С.С.
Кафедра ортопедической стоматологии

Цель: 1) Изучение влияния размера воксела и выбора порога сегментации при обработке изображений зубочелюстной системы, полученных при проведении компьютерной томографии, на качество трехмерных моделей зубов и челюстей. 2) Сравнить изображения компьютерных томограмм челюстно-лицевой области, полученных с конусно лучевых и спиральных компьютерных томографов. 3) Изучение искажений линейных и угловых размеров при трехмерной реконструкции зубочелюстной системы в зависимости от аппарата и обрабатывающей программы.

Материалы и методы. Для достижения поставленных задач нами была проведена сравнительная характеристика изображений с различных компьютерных томографов. Были отобраны 10 изображений с CBCT-сканеров: SkyView (MyRay, Италия) и Gendex CB-500 (Gendex, США) и 5 изображений со спирального томографа Siemens SOMATOM (Германия). Обработка всех изображений проводилась в программном комплексе «3D-MathDent». Вторым этапом исследования было проведение КТ-исследования анатомических черепов с рентген-контрастными предметами заданной величины.

Результаты и их обсуждение.

1) Изображения, полученные со спиральных КТ, хотя и имеют более низкое разрешение, однако обладают лучшей контрастностью, что значительно упрощает процесс трехмерной реконструкции. Полученные модели зубов практически не имеют искажений. Изображения, полученные при СКТ являются более качественными, простыми и удобными в обработке, чем изображения с КЛКТ.

2) При сравнении результатов трехмерной реконструкции изображений конусно лучевых томографов более качественные модели были получены при работе с изображениями аппарата SkyView (MyRay, Италия).

3) Результат исследования влияния размера воксела на качество трехмерных моделей зубов и челюстей: при конусно лучевой КТ размер воксела (0,2, 0,3 либо 0,4) не имел принципиального значения при проведении сегментации, наоборот уменьшение шага, затрудняло обработку изображения из-за значительно увеличивающейся шумности.

4) Определено среднее значение порога сегментации для каждого аппарата в зависимости от челюсти (верхней или нижней).

Выводы.

1) Изображения, получаемые со спиральных компьютерных томографов качественнее, чем изображения с КЛКТ.

2) Изображения, получаемые на КЛКТ SkyView (MyRay, Италия) более качественные, чем изображения с аппарата Gendex CB-500 (Gendex, США).

3) При КЛКТ размер воксела не имеет значения.

4) Среднее значение порога сегментации для аппарата SkyView (MyRay, Италия) 1778,5 (ВЧ) и 1708,5 (НЧ), Gendex CB-500 (Gendex, США) 1033 (ВЧ) и 1054,75 (НЧ), Siemens SOMATOM (Германия) 1258(ВЧ) И 1365(НЧ).

Полуян М.С.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА-ПЕРИОДОНТОЛОГА ПО КОНЦЕПЦИИ PROPRIOCEPTIVE DERIVATION

Научный руководитель асс. Володько А.А.
3-я кафедра терапевтической стоматологии

Разработанная в 60-е годы система стоматологического лечения в 4 руки, послужила основой для дальнейшего совершенствования методов организации рабочего места врача-периодонтолога. В результате тесного сотрудничества между потребителями (периодонтологами) и производителями стоматологического оборудования были разработаны 4 базовые концепции организации рабочего места врача-периодонтолога с соответствующим расположением рабочих элементов ассистента врача (Kimmel K.,1976).

Рабочая концепция (1) ISO индекс №1/1 (Schon, Германия), разработана немецким профессором Schon - одним из пионеров эргономических исследований в стоматологии. Рабочий набор периодонтолога находится справа от кресла пациента.

Рабочая концепция (2) ISO индекс №2/2 (Barker, США). Рабочий набор периодонтолога расположен за подголовником кресла пациента.

Рабочая концепция (3) ISO индекс №3/3 (Kilpatrick, США). Рабочий набор расположен на стороне ассистента и перемещается над пациентом.

Рабочая концепция (4) ISO индекс №4/4 (Beach, Япония). Набор расположен справа в области подголовника кресла пациента.

Цель: изложить основные принципы организации рабочего места врача-периодонтолога по рабочей концепции (4) ISO индекс №4/4 (Beach, Япония).

Материалы и методы. Проанализировали ряд источников иностранной литературы за период с 1971 по 2005 год, посвященной проблеме организации рабочего места врача - периодонтолога по концепции pd (proprioceptive derivation).

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что в первых трех концепциях (ISO индекс №1/1; 2/2; 3/3) используется стоматологическое кресло с изменением наклона спинки кресла, что не предусматривается концепцией (ISO индекс №4/4), разработанной Dr. Daryl R. Beach, Япония. Эта новая концепция стоматологического лечения обеспечивает периодонтологу и его ассистенту наиболее оптимальное рабочее положение в процессе их работы. Проведенный Kadowaki and Kaneko (1999) анализ врачебного времени выявил, что процент лечебного времени без физического напряжения и искривления тела возрастает с 39,7 до 98,7 % по сравнению с рабочими системами организации рабочего места врача, использующие стоматологическое кресло с изменением наклона спинки кресла. Далее авторы приводят процент сообщений об субъективных кожно-мышечных симптомах, который снижается от 78% до 8 % соответственно.

Выводы.

1. Рабочая концепция ISO Index Number 4/4 организации рабочего места врача-периодонтолога является наиболее оптимальной и позволяет работать с наименьшим физическим стрессом для тела оператора.
2. Данная концепции доступна в обучении, высокоэффективна в стоматологической практике и может быть рекомендована в качестве основы для внедрения в организацию лечебного процесса.

Полуян М.С.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛЬВЕОЛИТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Глинник А.В.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

По данным литературы альвеолиты челюстей после операции удаления зуба встречаются в 10,2% (Lucas A., 1999) до 4,2% (Фиалковский В.В. Иорданишвли А.К., 1998). Около 50% больных с альвеолитами челюстей нуждаются в освобождении от работы.

Цель: изучить частоту развития альвеолитов челюстей после операции удаления зуба, а так же причины, вызывающие данное осложнение.

Материалы и методы. Нами проведено изучение 1729 историй болезни пациентов, которым было проведено удаление зубов на верхней и нижней челюстях. По данным историй болезни, журналу осложнений и журналу выдачи листков временной утраты трудоспособности альвеолиты развились у 51 пациента, что составило 2,9% от всех пациентов.

Результаты и их обсуждение. Нами обследовано 129 пациентов с альвеолитами челюстей. На основании обследования пациентов и их анкетирования мы установили вероятные причины развития альвеолитов, которые условно разделены на 2 группы:

1 группа причин развития альвеолитов - это несоблюдение врачом хирургом-стоматологом «протокола операции удаления зуба: разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка, невыполненная ревизия лунки удаленного зуба, неостановленное луночковое кровотечение и т.д.

2 группа причин альвеолитов - это несоблюдение пациентами правил послеоперационного ухода за лункой удаленного зуба: ревизия лунки, интенсивное полоскание полости рта в день операции, низкая гигиена полости рта.

Полуян М.С., Горбачевский Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ МУДРОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Тимчук Я.И.
Кафедра ортодонтии

Наличие непрорезавшихся восьмых зубов приводит к невозможности составить конечный план ортодонтического лечения. Наиболее рациональный подход при ортодонтическом лечении для зубов мудрости- это своевременное удаление зубов 1.8, 2.8, 3.8, 4.8. Данный подход во-первых приводит к четкому пониманию пространства для расширения зубных рядов и в большем количестве случаев позволяет прибегнуть к лечению с сохранением остальных зубов, которые часто удаляются по ортодонтическим показаниям- премоляры. Во-вторых позволяет стабилизировать период ретенции (пассивное ортодонтическое лечение) и уменьшить количество рецидивов за счет повторных тортоаномалий зубов, которые часто встречаются при недостатке места для зубов мудрости, которые упираются в впереди стоящие зубы и вызывают их медиальное смещение. В-третьих, устраняется фактор, который может изменить соотношение между размерами костей челюсти и размерами зубного ряда, что позволяет спланировать ортодонтическое лечение с заданными параметрами размеров. В-четвертых это позволяет упростить ретенционный период после активного ортодонтического лечения и снижает вероятность развития воспалительных осложнений.

Цель: изучить и обосновать целесообразность удаления зачатков восьмых зубов на ранних этапах формирования корней.

Материалы и методы. Для осуществления поставленной цели были отобраны 30 пациентов стоматологического профиля. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе зубы мудрости были удалены на этапах формирования корней, во второй группе зубы мудрости не были удалены и находились на разных стадиях формирования. Для каждой группы было проведено клиническое обследование, дополненное обследованием на конусно-лучевом компьютерном томографе Galileos с последующим изучением и анализом изображений в программе Osirix MD. В каждой группе изучалось наличие скученности зубов и ее связь с наличием или отсутствием восьмых зубов.

Результаты и их обсуждение. При изучении скученности зубов в зависимости от наличия или отсутствия зубов мудрости были получены следующие результаты:

1) В первой группе пациенты со скученностью зубов составили 13%.
2) Во второй группе пациенты со скученностью зубов составили 53%.

Полученные данные позволяют сделать выводы, что одним из предрасполагающих факторов скученности зубов является наличие восьмых зубов, чаще при их аномалийном положении. Изучив и проанализировав литературные источники и данные о проведенных исследованиях по данной проблеме и сопоставив их с результатами собственного исследования мы считаем целесообразным и необходимым для профилактики вторичных деформаций зубного ряда предложить удаление зачатков восьмых зубов на ранних стадиях развития.

Полякова Н.И.

ВЫРАЩИВАНИЕ ЗУБОВ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Артишевский А.А.
Кафедра морфологии человека

Возможность вырастить в лабораторных условиях новый орган – голубая мечта ученых разных стран. Осуществить эту задумку не просто, так как каждый орган имеет свою слож-

ную структуру, состоит из разных клеток, которые во время своего роста взаимодействуют друг с другом. С такими же проблемами сталкиваются и при попытках вырастить новый зуб.

Как известно, зуб – это орган, состоящий из твердых тканей (эмаль, дентин, цемент) и мягкой ткани (пульпа). Зубы служат для первичной механической обработки пищи, участвует в образовании звуков речи.

В основе выращивания зубов лежат процессы, происходящие в период закладки, дифференцировки и гистогенеза. Зубы образуются в результате взаимодействия двух типов клеток – эпителиальных и мезенхимных. Поэтому основные задачи сводятся к тому, чтобы найти оптимальные источники для получения этих типов клеток, а также способ обеспечить их взаимодействия.

Мезенхимальные клетки – это стволовые клетки, способные дифференцироваться в несколько типов клеток различных органов и тканей. Они содержатся главным образом в костном мозге, но могут быть обнаружены и в других местах. сегодня для получения мезенхимных клеток предпочтительно используются клетки эмбриональной карциномы.

Клетки эмбриональной карциномы получают из недифференцированного компартмента опухолей эмбрионов мыши и человека. Они непрерывно размножаются в культуре, и, что особенно важно, могут дифференцироваться в производные всех трех зародышевых листков – эндодермы, мезодермы и эктодермы.

Эпителиальные клетки предпочтительно получают из зубного зачатка, но могут применяться и другие источники, такие как клетки эпителия кожи, слизистых оболочек и десен полости рта, более часто используют незрелые клетки эпителия.

Полученные эпителиальные и мезенхимные клетки позиционируют в поддерживающем носителе, при этом их не смешивают между собой, а приводят в тесный контакт. Для того чтобы получить клеточную массу необходимой плотности проводится центрифугирование.

В результате взаимодействия этих клеток образуется биоинженерный зубной зачаток. Этот зачаток могут сразу трансплантировать на место ранее утраченного зуба, где и будет происходить его развитие и прорезывание. Также зачаток можно поместить в пробирку, создав специальные условия, или в субренальную капсулу, где из зачатка образуется зубной модуль, который трансплантируют в челюсть. Зубной модуль представляет собой биоинженерный зуб, который окружен периодонтальной связкой и альвеолярной костью.

Технологии выращивания еще не достигли своего совершенства, но все эти достижения являются важным этапом на пути создания метода выращивания зубов из клеток человека.

Полянская А.Г., Бураковская Н.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Баешко А.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

На сегодняшний день варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) – распространенное заболевание, встречающееся у 10,4-23,0% мужчин и 29,5-39,0% женщин. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении ВБ, из года в год растет количество больных, отмечается их омоложение (более 80% случаев приходится на возраст 35 - 50 лет) и увеличение частоты запущенных форм данной патологии. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, около 12,5% трудоспособного населения Европы, страдающие венозной патологией, вынуждены преждевременно прекращать свою трудовую деятельность. Ежегодный прирост новых случаев ВБ в популяции жителей индустриально развитых стран достигает 2,6% среди женщин и 1,9% среди мужчин. Заболевания вен нижних конечностей существенно снижают качество жизни пациентов, начиная от эстетических проблем при ранних проявлениях, до тяжелой инвалидизации при развитии осложнений и трофиче-

ских расстройств. В индустриально развитых странах ежегодные суммарные затраты на лечение хронических заболеваний вен нижних конечностей составляют от 1% до 3% общего бюджета здравоохранения. В последние годы наряду со стандартными традиционными методами лечения данной патологии, предусматривающими удаление большой подкожной вены (БПВ), применяются малоинвазивные методики, в частности эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК).

Материалы и методы. В основу работы положены результаты анализа ЭВЛК у 457 пациентов, проходивших лечение на базе медицинского центра «Sante». Из них 25% женщин, 75 % мужчин, в возрасте от 18 до 76 лет. Диагноз варикозной болезни был подтвержден результатами ультразвукового исследования. На основании ультразвукового исследования получены данные: диаметр БПВ, точки и направление рефлюкса. Операции проводились под туменисцентной анестезией. Использовался радиальный лазер, длина волны 1470 нм, мощностью 10 W.

Цель: изучить эффективность примененного метода на основании контрольного ультразвукового исследования, проведенного через 1 неделю, 1, 6, 12 месяцев, далее через 1 год.

Результаты и их обсуждение. Из 457 обследованных пациентов был выявлен ретроградный рефлюкс в 3%, эффективность не была достигнута в 2-3% случаев. Из осложнений представлены гиперпигментации, экхимозы.

ЭВЛК является достаточно перспективным методом, имеющим следующие преимущества: амбулаторная процедура, нет необходимости в общей или спинальной анестезии, минимальная травматизация кожных покровов и отсутствие повреждений окружающих вену тканей, операция ЭВЛК занимает около 5-10 минут, короткий реабилитационный период - на следующий день пациент возвращается к привычному образу жизни, практически полное отсутствие болей после операции, высокий косметический эффект – отсутствие послеоперационных рубцов, отсутствие рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде, самый низкий процент послеоперационных осложнений.

Пономаренко Т.В.

СЕДАЦИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОТРАВМОЙ

Научный руководитель асс. Ялонецкий И.З.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Седация является важным компонентом лечения пациентов ОИТР. Пациенты, которые находятся в ОИТР, часто испытывают боль, страх, беспокойство и дискомфорт. Целью седации является обезболивание, устранение тревожности и дискомфорта, амнезия, миорелаксация, спокойствие и сон. Уровень седации в ОИТР широко варьирует от полного отсутствия сознания и обездвиженности до состояния бодрствования и комфорта. Адекватная седация улучшает метаболический ответ на оперативное вмешательство и травму. Избыточная или недостаточная седация может стать причиной повышения частоты осложнений. В последние годы в литературе отмечено появление сообщений о том, что длительная седация способствует развитию нейрокогнитивных нарушений у пациентов ОИТР. К ним относятся: нарушение межнейрональной передачи, преморбидные нарушения, снижение выработки нейромедиаторов и нарушение циркадных ритмов.

Цель: проанализировать качество жизни пациентов, перенесших длительную седацию, и решить вопрос о целесообразности дальнейшего изучения данной проблемы.

Материалы и методы. Ретроспективно нами было проанализировано 17 историй болезни пациентов с диагнозом тяжёлая черепно-мозговая травма. Критерием отбора стал уровень сознания по шкале ком Глазго 3-4 балла. Всем пациентам с диагнозом тяжёлая ЧМТ проводилась интенсивная терапия: продлённая ИВЛ, медикаментозная седация в течение не менее 6-7-ми суток с момента получения травмы или операции, обезболивание наркотическими и

ненаркотическими анальгетиками, инфузионная терапия с контролем ЦВД с поддержанием нормоволемии, энтеральное зондовое кормление. Исходы оценивались по шкале исходов Глазго (ШИГ): 1 – летальный исход; 2 – вегетативное состояние; 3 – тяжелая инвалидизация; 4 – умеренная инвалидизация; 5 – хорошее восстановление. ШИГ 1-3 считается неблагоприятным исходом, ШИГ 4-5 – благоприятным. Причины летального исхода анализировались. Учитывалась длительность пребывания пациента в отделении реанимации.

Результаты и их обсуждение. Мы не выявили преимуществ применения методики седации нейрохирургических пациентов на основе использования диазепама в сочетании с кетамином в сравнении с методикой на основе мидазолама и фентанила. Методика на основе кетамина не позволяет сократить сроки выхода больных из комы и время нахождения в ОИТР. Не получено также, достоверных данных свидетельствующих об улучшении социальной адаптации этих пациентов. Обладая симпатомиметическим действием, кетамин повышает мозговой кровоток, но и может способствовать повышению ВЧД. Кроме того, известно, что он вызывает диссоциативные нарушения в работе ЦНС. Таким образом, мы считаем целесообразным дальнейшее изучение данной проблемы и поиски методов коррекции возможных неблагоприятных последствий, связанных с длительной седацией.

Пономаренко Т.В., Куприяник И.Н.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОТНОСТИ ПОТОКА ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СТАНДАРТА GSM И WI-FI В УЧЕБНЫХ КОРПУСАХ И ОБЩЕЖИТИЯХ БГМУ

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Стожаров А.Н.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Мобильные телефоны и беспроводные системы связи используются повсеместно. В связи с большим числом пользователей этих систем связи важно исследовать, понимать и контролировать их потенциальное воздействие на здоровье людей. Электромагнитные поля, создаваемые мобильными телефонами, могут рассматриваться, по мнению Международного агентства по изучению рака, как потенциальный канцерогенный фактор. Для оценки научных данных о возможных неблагоприятных последствиях воздействия электромагнитных полей на здоровье ВОЗ создала в 1996 г. Международный проект по электромагнитным полям (ЭМП).

Цель: оценить распределение плотности потока электромагнитного излучения стандарта TDMA (GSM), а также Wi-Fi в корпусах и студенческих общежитиях БГМУ.

Материалы и методы. Для измерения плотности потока ЭМИ использовалась программа Network Signal Info, которая представляет подробную информацию об используемых в настоящее время сетях, будь то сотовая связь или WI-FI. Также в программе уделяется особое внимание визуализации силы сигнала беспроводной и мобильной сетей. Раздел «Mobile Signal» отображает информацию об используемой сети оператора, SIM-провайдере, типе телефона и сети, уровне мощности сигнала сети в дБм, данные о состоянии и деятельности, идентификаторы базовой станции. Раздел «WI-FI Signal» позволяет установить частоты и сети каналов, а также максимальную скорость WI-FI. С помощью данной программы нами были произведены измерения уровня мощности сигнала сети в практикумах, аудиториях, а также в трёх студенческих общежитиях БГМУ. Измерение уровня сигнала производили согласно используемой методики на расстоянии 100 см от поверхности пола. Помимо этого, измерение плотности потока производили с помощью HF-Detector (Aaronia AG, Германия).

Результаты и их обсуждение. Исходя из результатов проведённого нами исследования, удалось установить:

1. Не во всех помещениях главного учебного корпуса и студенческих общежитиях БГМУ регистрируются допустимые уровни мощности сигнала мобильной телекоммуникационной сети стандарта TDMA.
2. На верхних этажах зданий уровень мощности сигнала приближался к максимальным допустимым значениям.
3. Наибольшие значения уровня мощности сигнала мобильной телекоммуникационной сети наблюдается в аудитории номер 4.

Выполненная нами работа является базой для последующих исследований. Является целесообразным дальнейшее изучение данной проблемы и поиска методов коррекции неравномерного распределения электромагнитного высокочастотного излучения, способного оказывать неблагоприятное воздействие на организм человека.

Пономаренко Т.В., Кучура Д.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЁГКОГО В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ СТРАНАМИ МИРА

Научный руководитель асс. Полевой А.В.
Кафедра патологической физиологии

По имеющимся оценкам, около трети взрослых людей в мире регулярно подвергаются воздействию вторичного табачного дыма. В табачном дыме выявлено более 4000 химических веществ, из них по меньшей мере 250 опасны для здоровья и более 50 могут стать причиной рака лёгкого. Установлено, что 700 миллионов детей в мире подвергаются воздействию вторичного табачного дыма у себя дома. Из всех случаев смерти, связанных с воздействием вторичного табачного дыма, 31% приходится на детей и 64% на женщин. Употребление табака является самым значительным фактором риска развития рака, который приводит к 22% глобальных случаев смерти от рака и к 71% глобальных случаев смерти от рака лёгких. В Беларуси, среди заболевших злокачественными новообразованиями, первое по частоте место среди мужчин занимает рак лёгкого (17,2%).

Задачи:

1. Провести анализ статистических данных заболеваемости и смертности населения Республики Беларусь злокачественными новообразованиями лёгкого и сравнить данные показатели с другими странами мира;
2. Анализ возрастного распределения заболеваемости раком лёгкого;
3. Оценить пятилетнюю выживаемость при различных стадиях заболевания;
4. Оценить различия в частоте первичного рака лёгких по территориальному признаку;
5. Акцентировать внимание студентов БГМУ на меры, предпринимаемые ВОЗ для борьбы с табаком (Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе с табаком, 2005 г.).

Материалы и методы. С использованием данных Белорусского канцер-регистра (2002-2012), монографии «Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси» (И.В. Залуцкий – Минск, 2006.), доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (2009) нами был проведён анализ показателей заболеваемости и смертности населения Республики Беларусь от злокачественных новообразований лёгкого, а также оценка состояния диагностики онкологических заболеваний.

Результаты и их обсуждение.

1. Беларусь входит в группу стран с примерно средними по Европе уровнями заболеваемости, мало отличающимися от стран Балтии и России, но в 1,5 раза ниже, чем в соседней Польше.

2. В Беларуси и примыкающих к ней странах выявлены наибольшие (5-12 кратные) различия в заболеваемости мужчин и женщин.

3. Наибольшее число случаев заболеваемости раком лёгкого в Беларуси за последние 10 лет регистрируется в возрасте 60-79 лет.

Попков С.О.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Попков О.В.
Кафедра общей хирургии

Геморрой занимает ведущее место в структуре заболеваний прямой кишки, составляя до 40% проктологической патологии. Лечение острого геморроя до сих пор остается актуальной и дискутабельной проблемой. Острый геморрой подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на 3 степени:

I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции.

II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением.

III степень - тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, некрозом слизистой оболочки.

Цель: анализ эффективности лечения больных с острым тромбозом геморроидальных узлов.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2012 годы в Городском центре колопроктологии УЗ 3 ГКБ им. Е.В. Клумова находилось на лечении 355 больных с острым тромбозом геморроидальных узлов: мужчин 281 (80%), женщин 74 (20%). Возраст до 30 лет - 52(15%), 31-60 лет - 251 (70%), 61 и старше 52 (15%). Диагностические мероприятия ограничивались наружным осмотром и пальцевым исследованием.

Результаты и их обсуждение. Был использован дифференцированный подход к лечебной тактике в зависимости от вида тромбоза геморроидальных узлов. Консервативное лечение проведено пациентам с ограниченным тромбозом наружных геморроидальных узлов, при отсутствии выраженного болевого синдрома - 255(64%). Было рекомендовано соблюдение диеты, регуляция стула, водные процедуры, мазевые повязки, использование ректальных свечей, венотонизирующие препараты - детралекс, флебодиа, цикло-3-форт. Средние сроки лечения 7 дней. При выраженном болевом синдроме, наличии дефекта в тромбированном узле, кровотечении - выполняли тромбэктомию-89(25%). Болевой синдром купирован в течении суток. При обширном тромбозе с развитием резкого отека – выполняли параректальную блокаду и заднюю дозированную сфинктеротомию-11(3%). Через двое суток явления тромбоза купировались.

Выводы.

- Комплексное консервативное лечение больных с острым тромбозом геморроидальных узлов может быть как самостоятельным способом купирования острого процесса, так и этапом к проведению радикального хирургического лечения.
- Дифференцированный подход к выбору метода лечения пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов позволяет сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

Попков Д.А., Тычина В.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА НОЧНОГО АПНОЭ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Научные руководители д-р. мед. наук, проф. Доценко Э.А.,
канд. мед. наук, доц. Бобков В.Я.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Проблема нарушений дыхания во сне представляет существенный клинический интерес, поскольку известны данные о связи синдрома ночного апноэ во сне (СОАС) с развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе с фатальными осложнениями. Однако известные сегодня исследования не позволяют говорить о том, что первично: либо существование у пациентов ССЗ, на фоне которых развивается СОАС, либо СОАС является независимым фактором риска прогрессирования ССЗ.

Цель: изучить влияние синдрома обструктивного апноэ сна на риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет.

Материалы и методы. В исследование включено 76 пациентов, в том числе 29 с артериальной гипертензией, 44 - с артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца, 3 без сердечно-сосудистых патологий. Все пациенты были разделены на 3 группы в соответствии со стратификацией 10-летнего риска смерти от сердечнососудистых заболеваний. В группе с низким риском было исследовано 8 пациентов, в группе с умеренным риском – 63 пациента, в группе с высоким риском – 5 пациентов. С использованием аппарата Weinmann somnocheck 2 (Германия) были изучены следующие показатели СОАС: индекс апноэ/гипопноэ, общее количество респираторных событий, средняя длительность апноэ и гипопноэ, средняя сатурация, минимальная сатурация, длительность SpO_2 <90%. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 10, результаты представлены как $x_{ср}\pm\sigma$.

Результаты и их обсуждение. В группе с низким риском смертности индекс апноэ/гипопноэ 16,5 ± 13,78, общее количество респираторных событий 99,9 ± 70,39, средняя длительность апноэ и гипопноэ 16,8 ± 7,98 секунд, средняя сатурация 95 ± 1,11 %, минимальная сатурация 81 ± 3,46 %, длительность SpO_2 <90% 556 ±741,9 секунд.

В группе с умеренным риском смертности индекс апноэ/гипопноэ 31,2 ± 23,11, общее количество респираторных событий 190,9 ± 149,25, средняя длительность апноэ и гипопноэ 24,1 ± 6,84 секунд, средняя сатурация 93 ± 4,6 %, минимальная сатурация 73 ± 13,28 %, длительность SpO_2 <90% 3174 ± 5121,5 секунд.

В группе с высоким риском смертности индекс апноэ/гипопноэ 35,7 ± 25,13, общее количество респираторных событий 217 ± 241,4, средняя длительность апноэ и гипопноэ 25,8 ± 5,22 секунд, средняя сатурация 93 ± 1,85 %, минимальная сатурация 72 ± 10,1 %, длительность SpO_2 <90% 2172 ± 3150,19 секунд.

Снижение 10-летней выживаемости у пациентов с ССЗ ассоциируется с более тяжелым течением синдрома обструктивного апноэ во сне.

Попова Т.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ СОЛИГОРСКОЙ ЦРБ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Колесникова М.Л.
Кафедра нормальной физиологии

Наркомания является большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе. В Беларуси на официальном учете в наркодиспансерах сегодня состоит почти 4 тысячи человек. Международная практика доказывает, что эту цифру можно смело умножать на 10. Одним из основных направлений в лечении данного заболевания является заместительная терапия метадоном (ЗТМ). Первые попытки внедрить в Республике Беларусь метадоновую программу начали осуществляться в 2004 г. в рамках проекта Программы развития ООН «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь».

Цель: оценка социального функционирования и медико-социальных последствий инъекционного потребления наркотиков у лиц находящихся на заместительной метадоновой терапии.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 100 наркозависимых пациентов, находящихся на заместительной метадоновой терапии психоневрологического диспансера Солигорской ЦРБ, Минской области, в том числе 59 мужчин и 41 женщина в возрасте от 23 до 46 лет. Методы исследования:

1. Социологические: анкетирование пациентов, анализ информации комиссии по делам несовершеннолетних города Солигорска Минской области.

2. Клинические: исследование мочи на наличие психоактивных веществ перед началом лечения и затем каждые 1-2 недели; исследование на ВИЧ, вирусные гепатиты, флюорография или рентгенография грудной клетки в начале терапии и затем ежегодно.

Результаты и их обсуждение.

1. В среднем возраст, в котором обследованные впервые употребили инъекционные наркотики (ИН) составил 16,46 лет. Средний стаж употребления ИН составил 15,45 лет. В возрастных группах стаж увеличивался пропорционально и подчинялся формуле: возраст - средний стаж употребления ± 1,5 года.

2. Все обследованные до программы употребляли экстракционный опий (ЭО) внутривенно. Пробовали другие виды наркотических веществ (марихуана, метадон, героин, амфетамин) 19% пациентов. Признают частое употребление алкоголя (минимум 1 раз в месяц) 42% обследованных. Сочетали употребление ЭО и других наркотических веществ (НВ), кроме алкоголя, 9% обследованных. Сочетали употребление ЭО с алкоголем 37% пациентов.

3. Среди обследованных до программы были трудоустроены 18 %. Трудоустроились в программе 69% пациентов, в том числе 32 женщины и 37 мужчин. Закончили курсы от центра занятости 6% обследованных, 17% обследованных не работают и 4 женщины находятся в декретном отпуске.

4. За время исследования официально зарегистрировано 3 брака. Во время программы был рожден 1 ребенок. 68% пациентов воспитывают несовершеннолетних детей, у 25 % пациентов дети признаны находящимися в социально опасном положении, лишены родительских прав 6% обследованных. За время действия программы было возвращено в семьи 4 несовершеннолетних детей.

5. 68% обследованных ВИЧ положительны. 99% пациентов имеют хронический гепатит С Имеют онкологические заболевания 3% обследованных. 3 человека имеют 3 группу инвалидности по соматическому заболеванию. В структуре заболеваемости преобладают анемии, тромбофлебиты, гепатиты В и А, пневмонии. У женщин также отмечаются предраковые состояния шейки матки и невозможность выносить ребенка.

Попова Т.А.

ТЕЧЕНИЕ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ (ЗТМ)

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Казак Н.Ф.
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Рост наркомании резко обостряет проблему ВИЧ - инфекции. Число зарегистрированных в Беларуси ВИЧ-инфицированных ежегодно удваивается. Есть также прямая связь роста наркомании и быстрого распространения по стране разных видов гепатитов, в том числе В и С - самых тяжелых и практически неизлечимых форм этой болезни.

По состоянию на 01.01.2013 года кумулятивное число ВИЧ-инфицированных за 1989-2012 гг. в Солигорском районе составило 1117 человек, из них впервые выявлено за 2012 год 117 случаев. Превалирующий путь заражения – немедицинское употребление наркотических средств (58,7%). За весь период наблюдения (1989-2012гг.) из числа людей, живущих с ВИЧ, 62,0% (692 человека) приходится на долю мужчин, 38,0% (425 человек) - на долю женщин. 337 (30%) ВИЧ-позитивных человек, начиная с 2004 года получают антиретровирусную терапию (АРВТ).

С апреля 2010 года в городе Солигорске выполняется программа ПРООН «заместительная терапия метадоном». 83 (7,4%) ВИЧ - инфицированных человека принимают участие в этой программе.

Объектом нашего исследования были 50 наркозависимых ВИЧ положительных пациентов: 28 мужчин и 22 женщины (56% и 44% соответственно) в возрасте от 24 до 41 года, находящихся на заместительной метадоновой терапии.

Цель: изучение вирусной нагрузки у ВИЧ – инфицированных лиц, находящихся на заместительной терапии метадоном.

Материалы и методы. Исследование на ВИЧ с помощью ИФА с последующим иммуноблотингом. Для изучения вирусной нагрузки использовалась полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Результаты и их обсуждение. Из 50 исследованных ВИЧ положительных пациентов у 48% - первая клиническая стадия ВИЧ – инфекции (продромальный период) (14 мужчин и 10 женщин), у 18% - вторая клиническая стадия ВИЧ – инфекции (латентный период) (7 мужчин и 2 женщины), у 26% - третья клиническая стадия ВИЧ - инфекции (преСПИД) (6 мужчин и 7 женщин), у 8% - четвертая клиническая стадия ВИЧ - инфекции (СПИД) (1 мужчины и 3 женщин).

1. 34 пациента из 50 (68%) принимают АРВТ (17 мужчин и 14 женщин), из которых 7 (21% из принимающих АРВТ) человек принимали АРВТ до ЗТМ и 27 (79% из принимающих АРВТ) начали принимать АРВТ и ЗТМ. 16 (32%) исследованных не принимают АРВТ, из которых 9 (56%) пациентам АРВТ не показана и 7 (44%) человек отказываются от АРВТ.
2. После начала принятия АРВТ у 17 (50%) исследованных отмечается увеличение количества CD4 клеток (максимально на 246 клеток за 1 год), у 6 (18%) – уменьшение количества CD4 (максимально на 34 клетки за 1 год), у 11 (32%) пациентов произошло снижение вирусной нагрузки (максимально на 14696000 копий РНК за 1 год), у 7 (20,5%) – увеличение вирусной нагрузки (максимально на 21200 копий РНК за 1 год).

Попова Т.А, Григорович А.Н.

МИОКАРДИАЛЬНЫЕ «МЫШЕЧНЫЕ» МОСТИКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Каштальян О.А.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Миокардиальные «мышечные» мостики (ММ) представляют вариант нормы или врожденную анатомическую аномалию развития. В зарубежной литературе встречаются различные определения этой врожденной аномалии: “мышечная перемычка”, “мышечный мост” или “интрамуральная левая передняя нисходящая артерия”. Наиболее часто встречается определение “миокардиальный мостик (ММ) левой передней нисходящей артерии (ЛПНА)”. Прижизненно ММ могут быть диагностированы с помощью селективной коронароангиографии. Частота выявления их составляет 0,5-3,0%.

В 1960 г. N. Fortscher описал ангиографическую картину этой аномалии в виде “milking effect” - “эффект выдаивания или выдавливания” контрастного вещества при сужении интрамуральной части коронарной артерии во время систолы. Во время систолического сокращения происходит сдавливание артерии с разной степенью сужения ее просвета.

При сравнении групп больных с наличием ММ и без них не отмечено достоверной разницы в возрасте, по полу и средней массе сердца. В ряде работ авторы подчеркивают, что ММ чаще встречается у молодых мужчин, также обнаружена связь между наличием ММ с приступами стенокардии, инфарктом миокарда и внезапной смертью после значительной физической нагрузки, особенно при наличии гипертрофии миокарда левого желудочка и тахикардии. Факторами, способствующими развитию ишемии миокарда, являются коронарный спазм, тахикардия, возникающая при физических нагрузках и уменьшающая продолжительность диастолического наполнения коронарных артерий, тромбоз в месте мышечного моста, а также проксимально расположенный стеноз ЛПНА.

Важно помнить, что нитраты могут ухудшать состояние таких пациентов, а нагрузка жидкостью, напротив, – увеличивать сопротивление сосудов к компрессии и уменьшать ишемию. Следовательно, классические антиангинальные подходы в случае ишемии, обусловленной интрамуральным прохождением коронарной артерии, не только неэффективны, но и могут усугубить нарушения перфузии миокарда.

К сожалению, как уже было сказано, при жизни пациентов такие аномалии обычно остаются нераспознанными. Диагностика аномалий коронарных артерий чаще всего бывает случайной находкой, иногда выявляется интраоперационно, а в случаях кардиальной смерти (инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, внезапная сердечная смерть) обнаруживается при аутопсии. Поэтому особую ценность приобретают современные методы диагностики, которые позволяют выявить бессимптомную ишемию миокарда.

В связи с этим представляет особый интерес, выявление бессимптомной ишемии миокарда, преходящих нарушений проводимости и ритма сердца у пациентов с ММ.

Цель: выявление ишемии миокарда, нарушений ритма и проводимости с помощью суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с ММ.

Результаты и их обсуждение. Предварительные результаты исследования 7 пациентов с ММ позволяют сделать вывод о том, что ишемия миокарда не является редкой находкой у пациентов с ММ. Она была выявлена практически у всех обследованных пациентов, кроме одного, принимающего медикаментозную терапии: β-блокаторы (5 мг конкора ежедневно).

Таким образом, выявление ишемии миокарда у пациентов, в том числе бессимптомной, не поддающейся коррекции с помощью нитратов, является показанием для проведения коронарографии с цель диагностики миокардиальных «мышечных» мостиков.

Попроцкая А.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ КРАНИО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ БАЛЬНЕОКЛИМАТИЧЕСКОГО КУРОРТА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Федулов А.С.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Лёгкая черепно-мозговая травма (ЧМТ) – сотрясение и ушиб лёгкой степени сопровождается в ряде случаев непрямым повреждением шейного отдела позвоночника, травматизацией сосудов (позвоночной артерии). Указанные повреждения не исчерпывают себя острым периодом, а зачастую ведут к развитию шейного остеохондроза(по А.М.Прохорскому в 46,7%). Формируется особый вид ЧМТ - кранио-цервикальная травма (КЦТ) с доминирующим в клиническом течении синдромом вертебральной артерии.

Цель: оценить значимость предварительных и повторных реоэнцефалографических исследований при использовании вазоактивных средств у лиц, проходивших реабилитацию в условиях бальнеоклиматического курорта (Базовый клинический санаторий "Виктория", г. Ессентуки).

Материалы и методы. Наблюдались пациенты, перенесшие КЦТ давностью от 3 месяцев до 2 лет и более(отдалённый период клинического восстановления). В исследование было включено 35 чел.(21 муж. и 14 жен., средний возраст 44,3 года) с клинической картиной отдалённого периода КЦТ - субъективные и объективные симптомы как последствий ЧМТ (сотрясения, ушиба головного мозга лёгкой степени), так и вертеброгенного синдрома позвоночной артерии.

Им было проведено комплексное обследование: офтальмоскопия, функциональная реоэнцефалография в вертебробазилярном бассейне; краниография в 2-х проекциях, спондилография шейного отдела в прямой и боковой проекциях, - в положении сгибания и разгибания, эхоэнцефалоскопия - выборочно. После МРТ-исследования 1 пациент с опухолью задней черепной ямки реэвакуирован домой. При поступлении в санаторий пациенты жаловались на усиление головной боли, головокружение, повышение АД на 10-20 мм рт. ст. На основании РЭГ- исследования, с целью купирования обострения заболевания, часть пациентов(по личному настоянию), учитывая индивидуальный опыт в условиях постоянного места жительства, начали принимать привезённые с собой лекарственные средства. Они составили I группу - 22 человека(13 мужчин и 9 женщин). Во II группу вошли информированные, после получения согласия на включение в исследование, пациенты(12 чел. - 7 мужчин и 5 женщин), которым через 2-3 дня после начала приёма "своих" фармпрепаратов, по предложению невролога была произведена повторная РЭГ(иногда неоднократно), объективизирующая гемодинамическую активность ангионеврологического средства. Им обоснованно продлевали или прекращали приём привезённого с собой лекарственного средства. Назначали другой препарат, используя, в части случаев таблицу вазоактивных препаратов с изученным влиянием на РЭГ цереброваскулярных больных.

Результаты и их обсуждение. Через несколько дней у всех 34 пациентов регрессировали головные боли, головокружение, стабилизировалось на целевых цифрах АД. Анализ реографических кривых после курса лечения показал положительную динамику, что выразилось в нормализации сосудистого тонуса, улучшении венозного оттока из полости черепа. Во всех перечисленных случаях имела место высокая степень достоверности $P<0,01$ и $P>0,001$. Использование систематизированного мониторинга, на основе клинико-реографического сравнения (II группа), при фармакотерапии обострений последствий КЦТ, позволило сократить сроки адаптациии к новому климато-географическому региону и приступить к применению физических факторов курорта на 5 - 7 дней раньше, чем в I группе.

Потрясов К.Д.

ВЛИЯНИЕ КИБЕРСОЦИАЛИЗАЦИИ И ВИДЕОИГР НА КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЁЖИ

Научный руководитель канд. истор. наук, доц. Аниперков В.В.
Кафедра политологии

В связи с резким скачком IT технологий можно с уверенностью сказать что они в полной мере оказывают влияние на растущие поколения и требуют наиболее детального разбора с целью понятия механизма детерминации у и молодёжи когнитивных установок.

Цель: определить степень влияния и различие в когнитивных установках геймеров и обычной молодёжи. Проследить изменение мировоззрения молодёжи под влиянием социальных сетей и видеоигр.

Материалы и методы. При анализе источников и интерпретации фактов использовались такие общенаучные методы как метод классификации и типологизации, логический метод, анализ и синтез. Стратифицированным случайным отбором была отобрана группа студентов. Исследование проводилось методами анкетирования и полевым включённым открытым наблюдением студентов Белорусского Государственного Медицинского Университета в количестве 78 человек.

Результаты и их обсуждение. Компьютерные игры действительно влияют на когнитивные установки, однако это влияние не столь масштабно как ожидалось и не несёт выраженного негативного эффекта в большинстве случаев, причём, как и ожидалось, наибольшее влияние оказывают ролевые игры. Увлеченные ими подростки отличаются рассудительностью, большим интересом к себе, гибкостью установок. Остальные жанры несут скорее эффект гиперкомпенсации реальных проблем или самореализацию без критики в виртуальном мире.

Социальные сети так же занимают важную часть в жизни современной молодёжи, т.к. общение является для них важнее всего и именно на это они тратят почти всё своё свободное время. Можно сказать, что социальные сети нужны молодым людям только для развлечения, так как основной целью их посещения является - просмотр видео, скачивание музыки и т.д. Юноши и девушки перестают интересоваться чем-либо, только чаты, только переписка. Религия перестаёт выполнять свою функцию и просто становится одной из опций при создании анкеты. И в результате столь длительного вскармливания своего Альтер эго молодёжь перестаёт понимать, что вокруг существуют другие живые люди и существа и культивирует в себе эгоцентризм.

Праздникова О.В.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КИСТ ПОДКОЛЕННОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ОСТЕОАРТРОЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Алешкевич А.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель: изучить возможности лучевых методов в диагностике кистовидных образований подколенной области.

Материалы и методы. Рентгенография, ультразвуковое исследование коленных суставов у 59 пациентов с ревматоидным артритом и 206 пациентов с остеоартрозом. Стадии ревматоидного артрита определялись по данным рентгенографии кистей (Штейнброкера), а остеоартроза по данным рентгенографии коленных суставов (Келгрина и Лоренса). Также у части пациентов была проведена магнитно-резонансная томография. Исследования проводились на

базах: УЗ «Минская областная клиническая больница», УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», УЗ «9-городская клиническая больница».

Результаты и их обсуждение. Был проведен анализ результатов ультразвукового исследования 2-х групп пациентов, в ходе которого была изучена частота встречаемости кист подколенной области при различных стадиях ревматоидного артрита в случае первой группы пациентов и стадиях остеоартроза в случае второй группы. Частота встречаемости подколенных кист у пациентов с ревматоидным артритом составила 40,67%, а у пациентов с остеоартрозом – 16,5%.

Первая группа: у пациентов с 1-й стадией ревматоидного артрита кисты подколенной области встречались в 26,7%случаев, со 2-й – в 42,9%, с 3-й – в 46,7%, с 4-й – в 58,3 %.

Вторая группа: в 1-й стадии остеоартроза заболевания кисты встречались в 14,5% случаев, во 2-й – 21,2%, в 3-й – 19,1%, в 4-й – 50%.

Таким образом, ультразвуковое исследование обладает высокой диагностической информативностью в оценке кистовидных образований подколенной области, а именно позволяет определить точную локализацию, размеры, связь с полостью коленного сустава. В результате исследования было определено, что частота встречаемости подколенных кист при ревматоидном артрите выше, чем при остеоартрозе. Имеется тенденция к увеличению частоты встречаемости кист подколенной области с увеличением стадии развития заболевания как при ревматоидном артрите, так и при остеоартрозе.

Прибушеня И.И.

АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУЖЧИН С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. СтроцкийА.В.
Кафедра урологии

Бесплодные семьи составляют не менее 15% пар репродуктивного возраста. По мнению ряда авторов до 35% причин бесплодия связано с мужским фактором. Частой причиной тяжелых форм нарушения сперматогенеза (азооспермии) являются цитогенетические нарушения.

Цель: провести клинико-анамнестический анализ пациентов с нормальным кариотипом при отсутствии мутации муковисцидоза и микроделеции AZF локусов.

Материалы и методы. Группу исследования составили 46 пациентов с диагнозом азооспермия. Проводился общий осмотр пациентов, оценивалась спермограмма. Анамнестические данные получены по результатам анкетирования (37 вопросов). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле: ИМТ= масса тела (кг)/квадрат роста (м). За норму принимали ИМТ в пределах 18,5—24,9. Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 31,7± 4,89 лет, средний рост 1,8 ± 0,06 м, средний вес 87,3±16,23 кг. Средний ИМТ 27,7±5,15, что превышает норму и соответствует избыточной массе тела. Средняя длинна полового члена составила 8,6 ± 0,88 см, длинна правого яичка 39,2±10,56 мм, поперечный размер 22,3±4,87. Размеры левого яичка 38,6±10,39 и 22,7±5,39 соответственно и достоверно не отличались от правого яичка (P>0,05). Ультразвуковой объем яичек оценивался у 9 пациентов и составил 9,1±5,19 см, что значительно ниже нормы. У 28 % при осмотре или по данным анамнеза установлено варикоцелле, в том числе прооперированное. Средний возраст начала половой жизни составил 17±1,45 лет. На момент обращения все пациенты отмечают регулярную половую жизнь. У 25% была пубертатная геникомастия в возрасте 14,8±1,17 лет. Бриться пациенты начали в 17,2±1,32 года, среднее количество бритья в неделю составляет 4±2,32.

Результаты и их обсуждение. При анализе анкет было установлено, что 66,6% опрошенных рождены от первой беременности, средний возраст матери составил 24,9±5,05

лет. Подавляющее большинство опрошенных были белорусы (94,4%); 40 % имели высшее образование, 13,3% - среднее, 46,7% - среднее-специальное. 50% пациентов служили в армии, 55,6% занимались спортом (вольная борьба, бокс, тяжелая и легкая атлетика). Среди опрошенных 7% отмечали хронические экстрагенитальные заболевания, 20% - длительные инфекционные заболевания (туберкулез, герпес, гонорея и др.). На вопрос о приеме алкоголя 8,3% ответили отрицательно, 16,7 % принимают алкоголь редко, 58,3% - по праздникам; 41,7% курят; 18,7% употребляют «fast-food». Загрязнение окружающей среды проживания отметили 7%; прием наркотиков, контакт с анилиновыми кислотами отрицают все опрошенные.

При проведении опроса возможных неблагоприятных влияний со стороны отца пациентов все респонденты исключили профессиональные вредности, тяжелые инфекционные заболевания, ионизирующее излучение, контакт с анилиновыми красителями, тяжелыми металлами, неблагоприятные экологические условия.

У всех пациентов проведена оценка спермограммы. Средний оббьем эякулята составил 2,8 ± 1,47 [0,9-4,5] мл. При изучении гормонального статусы часто встречалось снижение уровня тестостерона повышение лютеинизирующего и фолликул стимулирующего гормонов.

Таким образом, группу пациентов с тяжелым нарушением сперматогенеза при нормальном кариотипе составляют мужчины среднего возраста с повышенным индексом массы тела, признаками гипоплазии яичек и высокой частотой варикоцелле. При оценке семейных и анамнестических данных не установлено сколько-нибудь значимых факторов потенциально влияющих на сперматогенез.

Приложинская Е.А.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИД СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНОГО МЕТОДА В РАБОТЕ С МОЛОДЕЖЬЮ

Научный руководитель ст. преп. Куницкая С.В.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Проблема распространения ВИЧ-инфекции на сегодняшний день актуальна для всех стран в мире, и молодежь является наиболее уязвимой демографической группой. Пропаганда здорового образа жизни, знаний о ВИЧ-инфекции, формирование навыков безопасного и ответственного поведения - единственное средство предупреждения распространения ВИЧ.

Цель: оценка эффективности интерактивного метода обучения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД среди учащейся и студенческой молодежи.

Материалы и методы. Объект исследования - учащиеся школ и студенты второго курса высших учебных заведений, средний возраст 17,3±0,15 лет. Объем исследуемой группы 206 человек. Методы: исторический, социологический, статистический. При проведении тренинга по проблеме ВИЧ/СПИД использовался интерактивный метод обучения. Длительность тренинга 90 минут. Тренинг включает вступительную, основную и заключительную части. Применяемые формы работы: мини-лекция, презентация, мозговой штурм, организационная дискуссия, работа в группе, энерджайзеры. Цель тренинга - передать знания о ВИЧ-инфекции (пути передачи, стадии заболевания, профилактика), сформировать ответственное отношение к собственному здоровью.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные подтверждают эффективность интерактивных методов. Повысилась информированность участников тренинга о самом заболевании: на вопрос «ВИЧ инфекция излечима» до тренинга правильные ответы дали 73,3% (151 человек) участников, после тренинга правильно ответили 93,7% (193) участников (χ^2=29,6 p=0,001); о путях передачи: на вопрос «Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией при внутривенном употреблении наркотических средств» правильно до тренинга ответили 83,0%

(171 человек) опрошенных, а после тренинга 95,6% (197 человек) (χ^2=15,9, p=0,001); на вопрос «Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией при укусах кровососущих насекомых» до тренинга правильно ответили 66,0% (136 человек), после тренинга 89,8% (185 человек) (χ^2=32,5, p=0,001); на вопрос «Ребенок может заразиться ВИЧ-инфекцией от матери при кормлении грудным молоком» до тренинга правильно ответили 64,6 % (133 человека) опрошенных, а после тренинга правильный ответ дали 91,7% (189 человек) опрошенных (χ^2=46,0, p=0,001). Кроме повышения информированности, достигнута цель – формирование ответственного отношения к здоровью: 72,8% участников указали на желание рассказать друзьям правильную информацию о ВИЧ, 63,1% - на уменьшение страха перед ВИЧ-инфекцией, 30,6% опрошенных планируют пройти тестирование на ВИЧ. Проведена оценка работы на тренинге по 5-ти бальной системе. Участники атмосферу тренинга оценили на 5 баллов, информационную составляющую – на 4,83, работу тренеров - на 4,92 балла.

Применение интерактивного метода обучения в профилактике ВИЧ/СПИД среди учащейся и студенческой молодежи эффективно. Уровень знаний участников после тренинга повысился (p<0,05). Тренинг получил высокие оценки со стороны участников. По итогам тренинга произошло переосмысление участниками своих жизненных позиций, норм поведения и принципов, сформировано равное отношение к ВИЧ-позитивным людям.

Прилуцкий П.С.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Летковская Т.А.
Кафедра патологической анатомии

Нефротический синдром (НС) представляет собой клинический симтомокомплекс, характеризующийся протеинурией (потеря с мочой 3 г/сут белка и более у взрослых; 3,5 г/1,73 м2/сут или 50 мг/кг/сут и более у детей), отёками, гипоальбуминемией (сывороточный альбумин менее 25 г/л), гиперлипидемией (сывороточный холестерин более 6,5 ммоль/л). При морфологической диагностике выделяют следующие виды состояний, которые могут проявляться в виде НС: 1) врождённый и наследственный НС; 2) идиопатический НС (a – нефропатия минимальных изменений, b – фокально-сегментарный гломерулосклероз, c – мезангиальная пролиферация (мезангиопролиферативный гломерулонефрит), d – мембранозная нефропатия); 3) вторичный НС.

Цель: установление структуры и клинико-морфологических различий НС у детей и взрослых.

Материалы и методы. Материалом исследования явился архивный материал пункционных нефробиопсий, проведённых 40 детям в УЗ «2-я городская детская клиническая больница» г. Минска и 11 взрослым – в УЗ «Минская областная клиническая больница» в период 2010-2012 гг. Клинические данные о пациентах были получены из медицинской документации (карт направления на морфологическое исследование и эпикризов из историй болезни). Морфологическое исследование детских нефробиопсий включало световую, электронную микроскопию и иммуногистохимическое исследование каждого случая, нефробиопсии взрослых были исследованы светооптически, и в некоторых случаях была выполнена иммунофлюоресценция.

Результаты и их обсуждение. При гистологическом исследовании биоптатов из группы нефротического синдрома у детей нами были диагностированы пять вариантов изменений: нефропатия минимальных изменений (65% случаев), мезангиальная пролиферация (20%), фокально-сегментарный гломерулосклероз (10%), амилоидный нефроз (2,5%) и врожденный НС (2,5%). У взрослых при гистологическом исследовании биоптатов были выявлены: фокально-сегментарный гломерулосклероз (3 случая), амилоидный нефроз (1), мембранозная

нефропатия (1), в 6 случаях заключения носили описательный характер из-за плохого качества биоптата или неспецифичности выявленных изменений.

Таким образом, в структуре нефротического синдрома у детей преобладает нефропатия минимальных изменений. Отсутствие электронномикроскопического и иммуногистохимического исследования нефробиоптата в проанализированной выборке у взрослых в половине случаев не позволяет установить нозологический диагноз. Учитывая последнее, необходимо проведение дополнительных исследований изучаемого материала, что планируется осуществить в ходе нашей дальнейшей работы.

Прилуцкий П.С.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Назаренко О.Н.
Кафедра пропедевтики детских болезней

Цель: изучение клинических особенностей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей и подростков с последующим анализом влияния индекса массы тела (ИМТ) на течение заболевания и установлением возможных факторов риска эрозивного поражения слизистой оболочки пищевода.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели ретроспективно селективно оценивались истории болезни 67 пациентов с ГЭРБ, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении 4-ой детской городской клинической больнице г. Минска в 2010–2012 годы. Средний возраст подростков составил 15,76±0,84 (14–17) лет. Среди обследованных 38 мальчиков, 29 девочек. Индивидуальные карты пациентов подбирались методом случайной выборки (критерий отбора ГЭРБ). Верификация диагноза ГЭРБ проведена у всех подростков по G. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского (2006). Подробному анализу и статистической обработке были подвергнуты жалобы, основные диспептические и вегетативные проявления, данные лабораторного обследования, результаты эзофагогастродуоденоскопии, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Для оценки физического развития проводилось измерение антропометрических показателей (рост и масса тела) по стандартной методике. В последующем рассчитывался ИМТ по формуле: отношение массы тела к квадрату роста (кг/м^2). В качестве критериев превышения массы тела использовались нормативы, рекомендованные ВОЗ (Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Service и European Childhood Obesity Group). Основную группу составили 53 пациента, имевших нормальную массу тела (ИМТ 19,78±0,31), группу сравнения - 14 подростков с различной степенью превышения массы тела (ИМТ 28,99±1,47). Полученные данные обработаны общепринятыми методами параметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. Анализ наследственной отягощенности выявил высокую частоту патологии ЖКТ в семьях подростков с ГЭРБ (44,8%). У детей с превышением массы тела отягощенная наследственность по патологии сердечно-сосудистой системы встречалась в два раза чаще, чем у детей с нормальной массой тела. Из диспепсических жалоб чаще всего встречались отрыжка (65,67%), изжога (47,76%), тяжесть в эпигастрии (60,0%). Подростки с ГЭРБ имели высокую частоту сопутствующей ЛОР-патологии (хронический тонзиллит в 25,37% случаев, риносинусопатия – 17,91%, вазомоторный ринит – 14,93%). У пациентов с ГЭРБ выявлены признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДХЛЖ у 44,78% пациентов, ПМК – 17,91%, сколиоз или сколиотическая осанка – 23,88%). Структура ГЭРБ представлена следующим образом: ГЭРБ без эзофагита (К21.9) – 7,4%, ГЭРБ с эзофагитом (К21.0) – 92,6%, из них 1 степень – 70,97%, 2 степень – 20,96%, 3 степень – 8,07%. Частота встречаемости превышения массы тела среди обследованных пациентов составила 20,89±5,00%. Среди подростков с избыточной массой тела в два раза чаще по сравнению с

пациентами с нормальной массой тела выявлены тяжелые формы эзофагита: эзофагит 2 степени – 35,71% против 15,09%, 3 степени – 14,28% и 5,66% соответственно. Частота диспанкреатизма составила 42,86% у пациентов с избыточной массой тела и лишь 13,21% у пациентов основной группы. Установлено, что уровень АЛАТ в сыворотке крови пациентов с избытком массы тела составил 31,28±5,88 Ед/л, что достоверно выше (P<0,05), чем у пациентов без увеличения ИМТ–17,05±1,19 Ед/л.

ГЭРБ у подростков имеет ряд клинико-лабораторных особенностей в определенной степени связанных с ИМТ, признаками дисплазии соединительной ткани, что требует дальнейшего изучения, оптимизации протоколов диагностики, терапии и профилактики.

Прокопович И.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИЕ РАСТВОРЫ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, проф. Романовский И.В.
Кафедра биоорганической химии

Важное место в лечении ряда патологических состояний занимает инфузионно-трансфузионная терапия. Основными показаниями к ней являются: гиповолемия, клеточная и белковая недостаточность, нарушения реологических свойств крови, ее водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, интоксикации, кровопотери, травмы (ожоги), хирургические операции и др. Для восполнения объема циркулирующей крови и лечения шоков различного генеза используют донорскую кровь, плазму, различные компоненты крови, препараты на основе белков (альбумина), аминокислот а также плазмозамещающие растворы. Донорская кровь, ее компоненты и препараты на их основе имеют непродолжительный срок хранения, таят опасность передачи при переливании патогенных вирусов (вирусы гепатита, ВИЧ и др.) и возникновение ряда побочных эффектов, как реакции иммунной системы реципиента на чужеродную ткань. По этим и ряду других причин в 3-4 раза чаще используют для восстановления кровопотерь и гомеостаза плазмозамещающие растворы.

Плазмозамещающие растворы моделируют в определенной мере жидкую часть крови. На долю плазмы в крови приходится 52-61%. Она состоит из воды, в которой растворены высокомолекулярные соединения – белки (7-8% от массы плазмы), другие органические соединения и минеральные вещества. В среднем 1 литр плазмы содержит 900-910 г воды, 65-85 г белка и 20 г низкомолекулярных соединений. Плотность плазмы составляет от 1,025 до 1,029, pH – 7,34-7,43. Ей изотоничен 0,85% раствор NaCl, 5% раствор глюкозы и изоионичен раствор Рингера-Локка.

В соответствии с лечебными функциями (кровопотеря и шок различного происхождения, интоксикации, дефицит белка и др.) плазмозамещающие растворы классифицируют на:1) гемодинамические 2) дезинтоксикационные; 3)для парентерального питания; 4) регуляторы водно-солевого и кислотно-основного состояния и др.

Используют гемодинамические растворы на основе частично гидролизованного декстрана – полиглюкин, реополиглюкин, неорондекс, гемодекс, плазмодекс, рондферрин, полифер и реоглюман; на основе желатина – желатиноль, гелофузин, геможель; на основе гидроксиэтилкрахмала – стабизол, волювен, рефортан, плазмастерил; на основе полиэтиленгликоля – полиоксидин, полиоксифумарин. Дезинтоксикационные растворы на основе поливинилпирролидона - гемодез, полидез. Белковые гидролизаты – гидролизин, аминопептид, амикин; смеси аминокислот – полиамин, аминофузин; растворы глюкозы, раствор Рингер-Локка и др. В сообщении будет дан анализ состава и химической основы этих растворов, их особенностей и показаний к применению.

Прокопович О.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Научный руководитель д-р. мед. наук Хмара И.М.
Кафедра эндокринологии

Избыток массы тела и ожирение сопряжены с возрастанием риска развития злокачественных заболеваний. В ходе мета-анализа выявили ассоциацию между диагностированием тиреоидного рака и избытком массы тела, ожирением (Zha Zg et al., 2013, Marcell M.A. et al.,2012). Однако существуют различия в оценке исследователями риска развития, а также прогрессии дифференцированных форм тиреоидного рака между женщинами и мужчинами, имеющих избыток массы тела (Kitachara C.M. et al., 2012; Kim M.R. et al., 2013). В связи с этим представляло интерес дать характеристику папиллярным раком щитовидной железы (ПРЩЖ) у пациентов с избытком массы тела и ожирением.

Проанализировали 1223 случаев (904 женщин и 319 мужчин) заболевания ПРЩЖ, возраст пациентов составлял от 12 до 69 лет. Согласно классификации опухолей по системе TNM, принятой Международным противораковым союзом, в частности 6 пересмотра, у 938 лиц установили I стадию заболевания, 105 пациентов – II стадию, у 8 пациентов – III стадию и IV стадия – в 172 случаях. Произвели расчет индекса массы тела (ИМТ). Величины ИМТ у взрослых оценивали согласно классификации ВОЗ (1997), у детей – с учетом пола и хронологический возраста ребенка (ВОЗ, 2007). Статистическую обработку проводили с использованием программного обеспечения Statistica 7.0.

Установили, что заболевание развилось у 643 человек с нормальной массой тела, избыток массы тела установили у 340 (27,8%) больных и у 240 (19,6%) – ожирение. Как избыток массы тела, так и ожирение статистически значимо чаще определили среди женщин (n=483), чем у мужчин (n=97, χ^2=19,6, P<0,000). Соотношение больных женщин к мужчинами, имеющих избыток массы тела и ожирение, составило 5:1 против 2:1 у пациентов с нормальной массой (421 женщины, 222 мужчин).

У женщин с избытком массы тела достоверно чаще (P<0,000) диагностировали опухоль II и IV стадий: 14,7% (n=71) и 23,8,7% (n=115) против 4,8% (n=20) и 5,4% (n=23), у пациенток с ИМТ < 25 кг/м^2. У мужчин с избытком массы тела достоверно чаще выявляли опухоль IV стадии: 28,6% (n=28) против 2,7% (n=6) у пациентов с ИМТ < 25 кг/м^2 (χ^2=33,5, P<0,000).

Средний возраст пациентов ПРЩЖ II и IV стадии (51,8±0,6 года), а также у лиц с избытком массы тела и ожирением (44,8 ±0,5 года) были достоверно выше, чем пациентов у с I стадией (28,9±0,5 года) и нормальным весом (24,5 ±0,5 года). Что указывало на известный рост частоты встречаемости избыточной массы тела и более агрессивный характер опухоли с возрастом. Для установления возможной зависимости между стадией заболевания и массой тела (ИМТ >25 кг/м2) у пациентов различного возраста проведен анализ методом Кокса для расчета пропорциональных рисков. Установили, что у лиц с ИМТ >25 кг/м^2 вероятность диагностирования ПРЩЖ во II стадии возрастает на 1,9 (95% CI: 1,4–2,3) и в IV стадии – 2,2 (95% CI: 1,6–2,5). Причем с возрастом риск развития IV стадия опухоли на 1,30 (95% CI: 0,9–1,8) раза выше у женщин, чем у мужчин.

Прогрессия заболевания выявлена у 55 пациентов. Из них ИМТ >25 кг/м^2 имели только 29,1% человек.

Таким образом, для ПРЩЖ у пациентов индексом массы тела более 25 кг/м^2 характерен достоверно более высокий риск развития заболевания II и IV стадий, особенно у женщины, что однако, не оказывает влияние на прогрессию заболевания.

Протасевич Г.И., Абубакар М.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ ПРИ ЧТЕНИИ ТЕКСТОВ ИСПЫТУЕМЫМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЯЗЫКОВОЙ ПОДГОТОВКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Кубарко А.И.
Кафедра нормальной физиологии

Цель: оценить особенности движений глаз при чтении английского (АТ) и русского (РТ) текстов испытуемыми с различным уровнем языковой подготовки.

Материалы и методы. Методом видеоокулографии исследованы движения глаз во время чтения у 15 здоровых испытуемых студентов белорусов и нигерийцев 18-25 летнего возраста. Видеоокулограмма записывалась с помощью ВЕБ камеры Playstation 3 Eye на скорости 125 кадров в секунду. Испытуемых делили на две группы: с высоким уровнем языковой подготовки (ВУ) - 7 человек и низким уровнем (НУ) – 8 человек.

Анализировались: средняя продолжительность чтения всего текста, одной строки, число саккад и их продолжительность, время затраченное на анализ одного знака и рассчитывалось среднее значение размера перцептуального окошка (число знаков, которое испытуемый анализировал за время одной фиксации).

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность чтения РТ в группе ВУ составила 67,5±16,2 с, а в НУ – 122,8±11,7 с ($p<0,05$). Средняя продолжительность чтения АТ в группе ВУ – 67,6±11,7 с, в НУ – 99,8±19,2 с. Среднее время затрачиваемое на сканирование строки в РТ с ВУ – 3,2±1,1 с, с НУ – 5,8±1,3 с ($p<0,05$), в АТ с ВУ – 3,4±0,5 с, с НУ – 6,2±2,1 с ($p<0,05$).

При чтении РТ испытуемые с ВУ совершали 8,2±1,4 саккад продолжительностью 0,029±0,007 с, для НУ 9,3±2 саккад продолжительностью 0,03±0,008 с; при чтении АТ с ВУ совершали в среднем 8,6±1,2 саккад, продолжительностью 0,031±0,006 с, для НУ 12,2±1,9 с ($p<0,05$) продолжительностью 0,027±0,003. Время, затраченное, на каждый знак составило для РТ с ВУ – 0,0039±0,0012 с и 0,006±0,0022 с для НУ, а для АТ с ВУ – 0,0043±0,0019 с и 0,0061±0,0014 с для НУ. Размер перцептуального окошка для РТ с ВУ в среднем составил 7,6±1,4 и для НУ 5,8±1,3 знаков, а для АТ с ВУ составил 8,1±1,2 и для НУ 6,1±1,1 знаков.

Таким образом, результаты настоящего исследования показали, что число саккад, их продолжительность, время, затраченное на сканирование одной строки, на каждый знак, размер перцептуального окошка испытуемыми, не зависимо от уровня языковой подготовки, отличаются при чтении текстов на разных языках. Исходя из полученных данных, можно предположить, что чтение русского текста, как для белорусов, так и для нигерийцев оказалось легче, чем чтение английского текста.

Прудникова Т.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАЗВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ЛАТИНСКОМ, РУССКОМ, ИТАЛЬЯНСКОМ И ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКАХ

Научный руководитель ст. преп. Швайко Е.С.
Кафедра латинского языка

Цель: сравнительный анализ названий лекарственных растений в латинском, русском, итальянском и английском языках, установление возможных причин их сходства и различий, а также определение способов образования новых слов и развития их денотаций, что ведет к формированию более полного понимания родства данных языков, относящихся к разным ветвям Индоевропейской языковой семьи.

Были проанализированы следующие источники: А.А. Реформатский «Введение в языковедение», А.З. Цисык «The Latin Language», Н.А. Кун «Легенды и мифы Древней Греции», А.Ф. Лебеда «Лекарственные растения. Самая полная энциклопедия» и другие.

На примере четырех языков (латинского, итальянского, английского и русского) показана не только общность этих достаточно разных на первый взгляд языков, но и показана общность мышления народов, создающих и использующих эти языки. Все вышеупомянутые языки характеризуются некоторой общностью слов, что и важнее всего – общностью грамматики, так как заимствовать слово из другого языка – просто, но совсем не просто заимствовать парадигму окончаний или словоизменительные суффиксы.

Изучив материалы, касающиеся названий растений в этих языках, мы сделали вывод, что при выборе названия растения во внимание чаще всего принимаются характерные, наиболее специфические особенности либо всего растения в целом, либо его отдельных частей. Достаточно часто акцент делается на целебные свойства растения. Для номинации применяются, как правило, описательные и сравнительные способы названия. Сходства и различия в названиях растений в разных языках можно объяснить определенной схожестью мышления народов; общностью языков, которые хоть и относятся к разным ветвям Индоевропейской языковой семьи, но имеют общего предка. В то же время важно помнить, что все народы имеют свои собственные особенности менталитета, направления развития и приоритеты. Имеют место также заимствования и влияния одного языка на другой, как следствие завоеваний, более высокого уровня развития науки, в частности, медицины, биологии и ботаники.

Прудникова Т.В., Яжевич В.Г.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМАНОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ШЕИ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Тесевич Л.И.,
канд. мед. наук, доц. Черченко Н.Н.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Цель: выявление закономерности в направлении распространения одонтогенных флегманозных процессов контактным путем в околочелюстных тканях нижней челюсти и шеи с учетом особенностей анатомо-топографического взаимоотношения клетчаточных пространств этой зоны.

Материалы и методы. Изучен архивный материал 2 (гнойного) отделения челюстно-лицевой хирургии 11 клинической больницы г. Минска, на базе которого в период с 2011 по 2012 гг. проходили стационарное лечение взрослые пациенты с одонтогенными флегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи. При этом изучались: локализация гнойного процесса (вовлечение 1-го, 2-х, 3-х, 4-х, 5-ти и более клетчаточных пространств или областей лица и шеи, развитие медиастинита), характер направления его дальнейшего распространения по протяженности.

Результаты и их обсуждение. За исследованный период на стационарном лечении находилось 191 пациент с одонтогенными флегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи (131 мужчин (68,6 %) 18-74 лет и 60 женщин (31,4%) 20-84 лет).

Преимущественным направлением распространения контактным путем одонтогенных флегмон клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи являются вертикальный - нижний (до 94% всех случаев) - для флегмон только одного клетчаточного пространства; вертикальный- нижний, горизонтальный- передний (до 94,4%; 52,3% всех случаев соответственно) - для флегмон только двух клетчаточных пространств; вертикальный-нижний, горизонтальный- передний (до 100%; 77,5% всех случаев соответственно) - для

флегмон только трех клетчаточных пространств; вертикальный- нижний, горизонтальный (передний и задне- внутренний) (до 100%; 100%; 80% всех случаев соответственно) - для флегмон только четырех клетчаточных пространств; вертикальный- нижний, горизонтальный (передний, задне- внутренний) (до 100%; 100%; 75% всех случаев соответственно) - для флегмон пяти и более клетчаточных пространств; вертикальный- нижний, горизонтальный (передний, задне- внутренний) (до 80%-100; 80%; 100% всех случаев соответственно) - при развитии медиастинита. В зависимости от преимуществен-ного направления распространения контактным путем одонтогенных флегмон клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи, наиболее часто первыми в гнойно-воспалительный процесс вовлекаются следующие клетчаточные пространства: при флегмоне только одного пространства – поднижнечелюстное (88,0%); только двух пространств - поднижнечелюстное (94,4%) и крыловидно-нижнечелюстное (32,9%); только трех пространств - поднижнечелюстное (100%) и крыловидно-нижнечелюстное (27,8%); только четырех пространств - поднижнечелюстное (100%) и крыловидно-нижнечелюстное (80%); пяти и более пространств - поднижнечелюстное (100%), крыловидно-нижне-челюстное (75%) и околоушно-жевательное (25%); при медиастинитах – поднижне-челюстное (80%), крыловидно-нижнечелюстное (100%) и околоушно-жевательное (40%).

Распространение контактным путем одонтогенных флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти на другую половину лица или шеи отмечалось при флегмоне только трех клетчаточных пространств с 50% вероятностью; при флегмоне только четырех пространств с 20,0% вероятностью; при флегмоне более пяти пространств с 62,5% вероятностью; при медиастинитах - с 100% вероятностью.

Пудакевич И.В. Филон Н.А.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Научный руководитель: асп. Грачева С.А.
Кафедра общей хирургии

Синдром системного воспалительного ответа представляет собой генерализованную реакцию организма на повреждающий фактор, в том числе и инфекционной природы. Будучи изначально защитным механизмом, ССВО направлен как на устранение повреждающего фактора, так и на активацию метаболических процессов в организме, имеющую своей целью восстановление функций и структур. ССВО с доказанной инфекционной природой – сепсис – представляет собой актуальную проблему в современной медицинской практике.

Цель: доказать медицинскую ценность определения пресепсина у больных с гнойно-септическими поражениями.

Задачи: проанализировать истории болезней пациентов с гнойно-септическими поражениями и установить связь между уровнем пресепсина и общим состоянием данных пациентов.

Материалы и методы. Дизайн исследования: ретроспективное исследование чувствительности и специфичности маркеров воспаления, включая ССВО. В ходе исследования были проанализированы истории 8 пациентов Детского Хирургического Центра (ДХЦ) 1 ГКБ г. Минска, находившихся на лечении в хирургических отделениях и анестезиолого-реаниматологическом отделении в 2012-2013 гг. Критерием включения в исследование было хотя бы однократное определение уровня пресепсина в крови во время лечения в ДХЦ.

Результаты и их обсуждение. Отмечается корреляция уровня пресепсина и концентрации рутинно определяемого в ДХЦ 1 ГКБ СРБ, а также показателей тяжести состояния по шкалам SOFA, SAPS-2 и Glasgow.

Отмечается корреляция уровня пресепсина и показателей общеклинического анализа крови, а также уровня белков острой фазы воспаления.

Низкие значения пресепсина характерны для пациентов с отсутствием критериев ССВО, находящихся в удовлетворительном состоянии.

На основании вышеизложенного, считаем, что пресепсин может быть рекомендован для рутинного использования в детской гнойно-септической хирургии для определения тяжести состояния оценки ответа на терапию пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Пуденкова Ю.В.

ШУНТИРОВАНИЕ БАРАБАННЫХ ПОЛОСТЕЙ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ 3 ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Научный руководитель проф. Тимошенко П.А., доц. Буцель А.Ч.
Кафедра болезней уха, горла, носа

Экссудативный средний отит (ЭСО) широко распространён и в последние тридесятилетия имеет тенденция к увеличению. В развитых странах он служит главной причиной тугоухости у детей. При длительном течении заболевание вызывает стойкие изменения барабанной перепонки и среднего уха. Экссудативный средний отит наблюдается преимущественно у детей в возрасте от 2 до 6 лет. Снижение слуха у ребенка приводит к задержке речевого и психического развития, отклонениям в формировании интеллекта и личности в целом, что подчеркивает не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы. Одним из распространенных способов хирургического лечения ЭСО является шунтирование барабанной полости, обеспечивающее длительную вентиляцию среднего уха.

Цель: определение оптимальных сроков ношения микрошунтов в барабанной полости.

Материалы и методы. Исследование проведено по анализу медицинских карт 52 стационарных пациентов ЛОР-отделения. 3 городской детской клинической больницы . Из них мальчиков - 34 (65.4%) и девочек - 18 (34.6%).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных детей с шунтированием барабанной полости в возрасте от 0 до 3 лет – 15 (28.8%), от 4 до 6 лет – 33 (63.5%), от 7 до 10 лет – 4 (7.7%). С диагнозом острый односторонний экссудативный средний отит – 2 (3.8%), хронический односторонний экссудативный средний отит – 3 (5.8%), хронический двусторонний экссудативный средний отит – 47 (90.4%) пациентов. С сопутствующим диагнозом гипертрофия аденоидов – 22 (42.3%), гипертрофия небных миндалин – 1 (1.9%), гипертрофия аденоидов и небных миндалин – 24 (46.2%), острый верхнечелюстной синусит и гипертрофия аденоидов – 1 (1.9%), без сопутствующей патологии – 4 (7.7%) пациента. Тимпанометрия проведена 44 (84.6%) детям. Из них 3 (6.8%) в одном ухе имели тип А и в другом - тип В, 30 (68.9%) – тип В с обеих сторон, 8 (18.2%) – в одном ухе тип В и другом ухе тип С, 2 (3.8%) – в одном ухе тип А и в другом ухе тип С, 1 (2.3%) – тип С с обеих сторон. Операция шунтирования барабанных полостей была произведена 52 пациентам. Среди них односторонняя тимпаностомия произведена 9 (17.3%) детям, а двусторонняя – 43 (82.7%). В зависимости от тяжести основного заболевания проведено медикаментозное лечение 19 (36.5%) детям. Цефтриаксон был назначен 11 (57.9%) пациентам, цефоклор – 1 (5.3%), нафозолин – 1 (5.3%), амоксициллин – 1 (5.3%), цефотаксим – 1 (5.3%), амоксиклав – 1 (5.3%), цефтриаксон в комбинации с нафозолином – 2 (10.3%), амоксициллин в сочетании с нафозолином – 1 (5.3%). Отдаленные результаты проведенного лечения были проанализированы у 26 (50%) детей. По результатам обследования было выявлено спонтанное удаление трубки у 4 (15.4%) пациентов. Сроки носящих тимпаностомические трубки от 0 до 6 месяцев - 6 (23.1%), от 7 до 12 месяцев – 17 (65.4%), более 12 месяцев – 3 (11.5%) детей.

Показанием к шунтированию барабанных полостей явилось наличие экссудативного среднего отита с сопутствующим диагнозом гипертрофия аденоидов и небных миндалин.

Наиболее частое ношение тимпаностомической трубки от 7 до 12 месяцев среди детей от 4 до 6 лет.

Путик В.В., Путик Ю.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Свирский А.А.
Кафедра детской хирургии

Лечение врожденной диафрагмальной грыжи (ВДГ) является сложной проблемой. В настоящее время ведется поиск оптимальных методов коррекции порока. Летальность у детей с этой патологией в 1970-х годах составляла 50-60%, в настоящее время день в некоторых зарубежных центрах она не превышает 10%. Это улучшение было достигнуто за счет изменения сроков оперативного вмешательства и новых методов стабилизации состояния (высокочастотной ИВЛ и экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО)).

Тем не менее, техника хирургического вмешательства существенно не изменилась. Появление мини инвазивных технологий позволило применять эти методики для коррекции ВДГ у новорожденных, что, по мнению многих авторов, должно было привести к более быстрому восстановлению, уменьшению сроков госпитализации, и меньшей смертности.

Тактика отсроченного оперативного вмешательства хотя и позволяет применить все имеющиеся в арсенале клиники методы для ликвидации респираторного ацидоза, прогрессирования легочной гипертензии, но имеет временные ограничения периода, когда следует произвести хирургическое вмешательство. Определение наиболее оптимальных методов стабилизации состояния новорожденных с ВДГ, а также критериев и показаний к оперативному вмешательству по коррекции порока, являются сложными и нерешенными задачами.

Цель: определить основные факторы, влияющие на тяжесть течения врожденной диафрагмальной грыжи у детей и определить оптимальные методы и сроки оперативной коррекции порока.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с ВДГ проходивших лечение в ДХЦ г. Минска с 2005 по 2012 гг. Изучены показатели динамики клинического состояния пациентов, лабораторных данных: ОАК, биохимических анализов и КЩС крови, ОАМ, у пациентов разных групп при поступлении, на 3, 5, 7, 10 сутки лечения и при выписке. Проведен анализ результатов ультразвукового исследования внутренних органов и сердца как в пренатальном периоде, так и после рождения, включая показатель градиента давления между легочной артерией и системным АД для определения степени легочной гипертензии. Было оценено течение послеоперационного периода при разных подходах к лечению.

Пациенты были разделены на 2 группы сравнения, в зависимости от метода хирургической коррекции порока. Первую группу составили дети, перенесшие традиционную открытую операцию (n=26), вторую группу – торакоскопическую пластику диафрагмы (n=23). Отдельно были изучены истории болезни детей, умерших до операции. Достоверной разницы демографических показателей (пол, срок гестации, вес при рождении, расположение дефекта, оценка по шкале Апгар) между группами сравнения не было выявлено. Уровень летальности после коррекции порока выше в первой группе сравнения (n=5 – 13,8%). Во второй группе погибло два ребенка (8,6%). Однако у детей из второй группы сравнения увеличилось количество послеоперационных рецидивов ДГ.

Результаты и их обсуждение.

1. Торакоскопическая коррекция врожденной диафрагмальной грыжи безопасна у пациентов без выраженной легочной гипертензии и возможна после стабилизации состояния.

2. Мини-инвазивный подход позволяет снизить травматичность операции, ускорить восстановление респираторной функции и выздоровление пациентов.

3. На выживаемость детей с врожденной диафрагмальной грыжей влияет анатомия порока, степень легочной гипертензии и наличие сочетанных аномалий развития.

Пухниченко Т.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ И ЕЕ ВЕТВЕЙ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Марченко Л.Н.
Кафедра глазных болезней

Тромбоз центральной вены сетчатки и ее ветвей составляет до 60 % всей сосудистой патологии глаза и способен привести к необратимой слепоте. Этим объясняется возрастание интереса к проблемам лечения данной патологии во всем мире. Сложность патогенеза, разнообразие клинической картины и опасность развития тяжелых осложнений делают лечение тромбозов ретинальных вен трудной задачей.

Цель: изучение эффективности введения в субтеноновое пространство Авастина, Кеналога, Проспидина в комплексном лечении тромбозов ретинальных вен.

Материалы и методы. Исследование проводилось в офтальмологических отделениях УЗ ГКБ №3 г. Минска. Всего обследованы 10 человек (10 глаз) с тромбозом центральной вены сетчатки и ее ветвей. Средний возраст составил 56 лет. Из них 6 мужчин и 4 женщины.

Были использованы два метода обследования: визометрия и оптическая когерентная томография (ОКТ) сетчатки с помощью когерентного томографа.

Инъекция препаратов осуществлялась в субтеноновое пространство в дозах: 0,1 мл Авастина (1,25 мг), 1,0 мл Кеналога (40 мг) и 0,5 мл Проспидина.

Введение трех препаратов одномоментно является патогенетически обусловленным методом лечения, так как механизм действия лекарственных препаратов разнонаправленный, а вместе они потенцируют результат лечения.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным в 8 глазах больных, получавших комплексное лечение, удалось предотвратить потерю зрения и улучшить его. Острота зрения увеличилась в среднем на 0,3. Толщина сетчатки после лечения уменьшилась в среднем на 249,5 мкм, и у половины исследуемых достигла значений, соответствующих норме.

Выводы.

1. По данным визометрии отмечается значимое улучшение остроты зрения у пациентов, получавшихкомплексное лечение.

2. По данным оптической когерентной томографии толщина сетчатки в макулярной области значительно уменьшалась и нормализовалась структура сетчатки.

3. Использование комплексного лечения является весьма перспективным направлением в лечении тромбозов центральной вены сетчатки.

Пухтеева Е.В.

HUMAN TRAFFICKING

Научный руководитель ст. преп. Абедковская И.Ю.
Кафедра иностранных языков

Human trafficking has existed for thousands of years and it is still a popular problem. “Trafficking in persons” and “human trafficking” have been used as umbrella terms for the act of recruiting,

harboring, transporting, providing, or obtaining a person for compelled labor or commercial sex acts through the use of force, fraud, or coercion.

Belarus is a transit country for women, men and children subjected to sex trafficking and forced labor. Belarusian single, unemployed females between the ages of 16 and 30 and without higher education are also at a great risk of becoming victims of human trafficking. Belarusian men and women may be found in forced labor, including the construction industry and other sectors in Russia and some other foreign countries. Belarusian men seeking work abroad are increasingly subjected to forced labor. Traffickers have often used informal social networks to approach potential victims.

Penal Code of the Republic of Belarus includes such articles as article 171 (use of prostitution or provision of conditions for prostitution), article 171-1 (involvement into prostitution or coercion to continue to practice prostitution), article 181 (trafficking in human beings), article 182 (abduction), article 187 (illegal activities, aimed at employment people abroad). Deprivation of freedom may be from 1 to 15 years.

The purpose of this work is to determinate the level of knowledge and information on this issue. To achieve this goal we have conducted an anonymous survey among the students of the Belarusian State Medical University and other higher education institutions. We have found out that the overwhelming majority of students have heard about this problem but they do not know important details about the risks of the current situation of this problem in Belarus. So we have given several short seminars in some groups of students about the intensity and seriousness of trafficking in persons and have informed them about safe travelling abroad, because human trafficking is a global issue and first of all people need to be aware of it not to become victims.

Having carried out this work we can draw the conclusion that while dealing with people who have suffered from human trafficking it is necessary to follow a few basic principles of the ethical and safe conduct of interviews with women who have been trafficked: not to re-traumatize the person, not to offer advice or make promises that you cannot fulfill, to adequately select and prepare co-workers, to ensure anonymity and confidentiality, to get informed consent, to listen to and respect each woman's assessment of her situation and risks to her safety, to put information collected to good use.

Пухтеева Е.В.

ЦЕЛЬС И ЕГО ВКЛАД В МЕДИЦИНСКУЮ ТЕРМИНОЛОГИЮ

Научный руководитель ст. преп. Мокрицкая Т.П.
Кафедра латинского языка

Авл Корнелий Цельс – римский ученый-энциклопедист, автор компилятивного труда «Artes» («Искусства»), широко известен благодаря сохранившемуся до наших дней разделу этого произведения «De medicina» («О медицине»). Исторически сложилось так, что эта книга была забыта на полтора тысячелетия. Однако после второго рождения в 15 веке в Италии она стала основой для медицинской терминологии, поскольку в то время в европейской медицине наблюдался терминологический хаос. В восьми разделах труда «О медицине» Цельс дает превосходные описания некоторых заболеваний и состояний, сопровождая их описанием способов лечения. В тексте присутствуют наименования анатомических объектов (maxilla - челюсть, radius – лучевая кость, occiput – затылок, tonsilla – миндалина и др.) и названия заболеваний (verruca - бородавка, fractura – перелом, tumor – припухлость, опухоль, febris - дихорадка и др.), которые сохранились в медицинской практике до сегодняшних дней.

Необходимо отметить, что все эти слова наверняка существовали в латинском языке до того, как труд Цельса «De medicina» был открыт для научной общественности, но его появление сделало эти термины соответствующими именно тем анатомическим и клиническим понятиям, к которым мы относим их в современной терминологии. Благодаря четким описа-

ниям анатомических объектов и болезненных состояний, которые Авл Корнелий Цельс оставил в своей книге «De medicina», ученые смогли упорядочить терминологический хаос в медицинской терминологии времен эпохи Возрождения, что впоследствии привело к построению современной системы медицинской терминологии в ее текущем состоянии.

Пучинская М.В.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Летковская Т.А.
Кафедра патологической анатомии

Одной из основных причин смерти пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) является прогрессирование заболевания с развитием отдаленных метастазов различной локализации, прежде всего в костях. Механизмы метастазирования РПЖ до конца не выяснены, как и не выяснена причина преимущественной локализации секундарных изменений в костях.

Согласно выдвинутой Педжетом гипотезе «семени и почвы», в образовании вторичных опухолевых очагов играют важную роль не только свойства самой опухоли, но и то микроокружение, в которое попадают ее клетки. Этим же часто объясняют и наличие излюбленной локализации метастазов различных опухолей. В связи с этим считается, что клетки костной ткани могут вырабатывать вещества, обладающие свойствами хемоаттрактантов для раковых клеток. В целом, в настоящее время изучению роли так называемого «опухолевого микроокружения» (tumor microenvironment) в развитии и прогрессировании раков различной локализации уделяется большое внимание.

Многие исследователи считают, что в развитие кости, ее ремоделирование в норме и образование в ней метастазов вовлечены одни и те же механизмы. Основными клетками, вовлеченными в формирование так называемых опухолевых ниш в кости являются остеобласты (ОБл) и остеокласты. Остеокласты, резорбируя костную ткань, способствуют высвобождению из матрикса ряда ростовых факторов, привлекающих опухолевые клетки из кровотока; в то же время клетки РПЖ способны сами индуцировать остеокластогенез посредством RANKL-независимого механизма.

В большинстве случаев клинически метастазы РПЖ имеют остеобластический характер, что свидетельствует о важности ОБл в формировании вторичных очагов. Основными гуморальными факторами, регулирующими активность ОБл при формировании костных метастазов, являются белки семейства BMP (bone morphogenetic proteins, костные морфогенетические белки), инсулиноподобные ростовые факторы (IGF) I и II, трансформирующий ростовой фактор (TGF) β, фактор роста фибробластов (FGF), тромбоцитарный фактор роста (PDGF), белки Wnt, остеопонтин, остеонектин и ряд других. Их пролиферация и дифференцировка повышается вокруг уже существующих метастазов. Кроме того, ОБл вырабатывают экстрацеллюлярный матрикс, необходимый для выживания и инвазивности клеток РПЖ. В экспериментах на клеточных линиях было установлено, что среда, на которой росли ОБл, стимулирует выработку клетками РПЖ матриксной металлопротеиназы 9, урокиназного активатора плазминогена, повышает пролиферацию опухолевых клеток. Вновь синтезированная кость также секретирует хемоаттрактанты для раковых клеток.

Таким образом, формирование костных метастазов РПЖ является сложным многоэтапным процессом, зависящим от многочисленных взаимодействий между опухолевыми клетками и клетками костной ткани. Понимание важной активной роли клеток кости в данном процессе позволило рассмотреть их как одну из возможных мишеней для создания новых подходов к профилактике метастазирования и лечения уже существующих костных метастазов. В настоящее время параллельно происходит более детальное изучение механизмов формирования вторичных очагов роста в костях и разработка возможных лекарственных средств

(изучаются, к примеру, такие вещества как деносумаб, атрасентан, витаксин). Что позволит в будущем более эффективно лечить костно-метастатические формы злокачественных опухолей.

Пучинская М.В.

НЕКОТОРЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ПОЧКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Летковская Т.А.
Кафедра патологической анатомии

Рак почки (РП) является одним из распространенных онкоурологических заболеваний, уступая по числу заболевших лишь раку предстательной железы. Широкое внедрение в практику организаций здравоохранения методов ультразвуковой диагностики позволило выявлять РП на ранних стадиях, а разработка методов хирургического (в том числе органосохраняющего) лечения – радикально удалять опухоль, что значительно улучшило результаты лечения РП и повысило выживаемость пациентов. Однако до настоящего времени остается актуальной проблема прогрессирования РП после первоначального радикального лечения.

В этом отношении важной является возможность предсказания прогрессирования заболевания у конкретного пациента. Четкие прогностические критерии до настоящего времени не разработаны. Разумеется, стадия и степень дифференцировки опухоли являются важнейшими факторами прогноза, однако даже опухоли Iа стадии у ряда пациентов прогрессируют, часто через длительное время (10 и более лет) после первоначального лечения. К примеру, за период с 2008 по 2012 у пациентов Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД) прогрессирование РП наблюдалось в 616 случаях. Из них у 82 пациентов оно произошло при заболевании I стадии. Подобные данные делают необходимым поиск дополнительных предикторов прогрессирования заболевания.

Определению молекулярно-биологических факторов риска прогрессирования РП, а также влиянию их на общую и бессобытийную выживаемость пациентов были посвящены исследования многих авторов, в результате которых определено прогностическое значение различных белков. В то же время до сих пор не найдено какого-либо единого параметра, который позволил бы предсказать прогрессирование у большинства пациентов. Это отчасти объясняется тем, что механизмы, лежащие в основе прогрессирования, также окончательно не выяснены.

Schulz et al. исследовали экспрессию членов индуцированного гипоксией сигнального пути и пути mTOR и установили отрицательное прогностическое значение повышения экспрессии HIF-1α и рибосомального белка phos-S6 в отношении прогрессирования заболевания и раково-специфической выживаемости пациентов. Независимым прогностическим фактором было и содержание CD45RO+ Т-клеток памяти в опухоли. Как и в других раках, отрицательное прогностическое значение имело повышение экспрессии сосудистого эндотелиального фактора роста (СЭФР, VEGF), часто связанное с инактивацией *VHL* гена. Положительное прогностическое значение имела высокая экспрессия карбоангидразы IX (CAIX), а также PTEN – члена сигнального пути mTOR. Повышение экспрессии протеинкиназы B по данным разных авторов может иметь как положительное, так и отрицательное влияние на выживаемость пациентов. Также до конца не выяснена роль регулятора апоптоза p53 при РП, так как в некоторых работах отмечено лишь отрицательное прогностическое значение при локализованных опухолях, в то время как другие авторы не выявили достоверного влияния его экспрессии на выживаемость. Активно изучается также прогностическое значение экспрессии в опухоли других маркеров, к примеру сурвивина, кавеолина 1, виментина, фасцина, Ki-67, матриксных металлопротеиназ, белка IMP3. Исследуется и возможность прогнозирования исхода заболевания на основании содержания ряда веществ в крови и моче. Тем не менее следует отметить, что в настоящее время не существует четкого представления о том, как

можно прогнозировать прогрессирование РП и смерть пациента от данного заболевания при выявлении его на ранних стадиях.

Пучинская М.В.

ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД В РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Летковская Т.А.
Кафедра патологической анатомии

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний у мужчин во всем мире. В США он находится на третьем месте в структуре смертности пациентов с онкологическими заболеваниями, причем основной причиной ее является прогрессирование опухоли с появлением множественных отдаленных метастазов. В настоящее время активно изучаются механизмы развития РПЖ, в том числе формирования метастазов, значение некоторых малоизученных биологических механизмов для прогрессирования рака.

Эпителиально-мезенхимальный переход (ЭМП) – сложный процесс, необходимый в норме для эмбрионального развития и заживления ран. При этом происходит утрата эпителиальными клетками ряда своих свойств и приобретение ими свойств мезенхимальных клеток, в частности подвижности и инвазивности. Основными его морфологическими признаками являются изменение формы клетки на вытянутую, утрата апикально-базальной полярности эпителиальными клетками, изменение экспрессии адгезионных белков (снижение Е-кадгерина и повышение N-кадгерина), виментина, β-катенина.

В настоящее время активно изучается роль ЭМП в прогрессировании злокачественных опухолей. Было показано, что ЭМП является одним из механизмов, посредством которых клетки приобретают свойства, позволяющие им в дальнейшем свободно мигрировать, проникать в сосудистое русло и впоследствии формировать очаги роста в отдаленных органах. Механизмы ЭМП изучаются на примере раков различной локализации, и в большинстве случаев они сходны. Так, отмечена важная роль трансформирующего ростового фактора (ТРФ) β и его рецепторов, способных индуцировать ЭМП в клетках различных опухолей. Другим важным для ЭМП сигнальным каскадом является так называемый Wnt-путь. Кроме того, при ЭМП отмечено повышение экспрессии транскрипционных факторов Snail, Slug, Twist и ряда других. Тормозящее влияние на ЭМП оказывают некоторые клеточные микроРНК. Влияние на ЭМП раковых клеток оказывает также и реактивная опухолевая строма.

В то же время в предстательной железе описаны некоторые особенности регуляции ЭМП, связанные прежде всего с гормональной зависимостью ткани простаты как в норме, так и в ранних стадиях неопластической трансформации. В связи с этим многие исследования были посвящены изучению роли андрогенов в индукции ЭМП и, наоборот, значению ЭМП для развития гормонорезистентности РПЖ. К примеру, на клеточных линиях РПЖ было показано (Zhu M-L. et al.), что андрогены стимулируют процесс ЭМП, но для этого необходимо присутствие активного рецептора ТРФβ. В то же время высокая экспрессия рецептора андрогенов подавляет андроген-индуцированный ЭМП. В целом, различные по своим характеристикам (в том числе по чувствительности к андрогенам) клеточные линии РПЖ (LNCaP, PC3 и другие) по-разному реагировали как на гормональные воздействия, так и на индукторы ЭМП. Кроме того, отмечено, что экспрессия некоторых маркеров ЭМП повышалась у пациентов с РПЖ, у которых проводилась предоперационная гормональная терапия (Sun Y. et al.).

Таким образом, в настоящее время актуальным является уточнение значения ЭМП в РПЖ, а также связи его с гормональными воздействиями на орган, в том числе влияние андроген-депривации на ЭМП. Поиск методов лекарственного воздействия на процесс ЭМП позволит

улучшить результаты лечения пациентов с РПЖ и, как полагают, предотвратить метастазирование опухоли.

Пушкина В.М.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОССИТА У ДОШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гулько Е.М., канд. мед. наук, доц. Боровая М.Л.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель: изучить возможные причины возникновения десквамативного глоссита у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и анализ стоматологического статуса 129 детей 5-6-летнего возраста, посещающих №ДДУ № 337 Фрунзенского района, ДДУ №322 Заводского района, ДДУ № 84, 316 Ленинского района г. Минска. Обследование детей проводили с использованием стандартного набора инструментов. Определен и оценен показатель интенсивности кариеса зубов (Леус П.А., 1990), гигиенический индекс PLI (Силнес-Лоу, 1964). Для родителей разработана анкета, содержащая 12 вопросов, отражающих основные представления относительно предполагаемых причин возникновения «географического языка» у детей. Данные внесены в карты обследования и статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, распространенность кариеса зубов среди детей 5-6-летнего возраста составила 78,29±3,63%. Среднестатистический показатель интенсивности кариеса по индексу кпуз у 5-6-летних детей составил 3,95±0,54, что соответствует средней активности кариеса. Средний показатель гигиены по индексу PLI составил 1,9: у всех детей констатированы мягкие зубные отложения.

Распространенность десквамативного глоссита среди детей-дошкольников составила 11,63±7,97%, среди мальчиков выше (6,20±2,12%), чем среди девочек (5,43±1,99%).

Анализ результатов анкетирования показал, что чуть больше половины опрошенных родителей (53,33±4,39%) замечали неоднородность рельефа языка у своего ребенка, из них 87,50±2,91% взрослых обращали внимание на изменение картины на слизистой оболочке языка со временем. 26,67±3,89% респондентов отметили у себя или у ближайших родственников идентичный внешний вид языка. Все опрошенные указали на отсутствие всякого дискомфорта (повышение чувствительности языка, ощущение пощипывания на участках десквамации, нарушение вкусовых ощущений). Среди сопутствующей соматической патологии у детей с десквамативным глосситом 6,67±2,42% родителей указали на наличие у ребенка заболеваний щитовидной железы, 26,67±3,89% - аллергических заболеваний (диатезы), 6,67±2,42% - заболеваний крови (капилляропатии), 20,00±3,52% - глистные инвазии, 13,33±2,99% - заболевания ЖКТ (гастриты). У остальных обследованных детей соматическая патология не выявлена.

Таким образом, наши исследования показали, что десквамативный глоссит может иметь наследственную природу или возникать на фоне общесоматической патологии у детей. В связи с этим возникает необходимость более глубокого и тщательного обследования пациентов, имеющих «географический» язык.

Пушкина В.М.

ЗУБОЧИСТКА, ЗУБНАЯ НИТЬ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА

Научный руководитель асс. Володько А.А.
3-я кафедра терапевтической стоматологии

Зубочистки и зубные нити являются наиболее широко применяемыми дополнительными средствами для интердентального ухода за полостью рта в периодонтологии.

Цель: изложить исторические упоминания о зубочистках и зубных нитях.

Материалы и методы. Проанализирован ряд источников отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и их обсуждение. Были собраны литературные упоминания и исторические факты о появлении, материалах и способах изготовления зубочисток и зубных нитей в различные периоды развития общества.

Данные интердентальные средства гигиены имеют интересную и длительную историю развития и совершенствования с момента их появления до нашего времени.

Пыж В.И.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА В Г. МИНСКЕ

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Дронина А.М.
Кафедра эпидемиологии

До начала массовой вакцинации эпидемический паротит (ЭП) по частоте регистрации занимал третье место среди инфекционных заболеваний, исключая ОРВИ и грипп. Европейское региональное бюро ВОЗ поставило задачу снизить заболеваемость этой инфекцией до уровня 1 на 100000 населения. Основным фактором, оказывающим влияние на эпидемический процесс ЭП в настоящее время, является вакцинопрофилактика. Цель: на примере проявлений эпидемического процесса ЭП в периоды с различной тактикой иммунизации оценить эпидемиологическую эффективность вакцинопрофилактики в г. Минске.

Материалы и методы. В работе использованы материалы официальной регистрации заболеваемости ЭП (уч.ф.01 - годовая, ф.060-у) с 1981 по 2012 гг., данные о численном составе возрастных групп населения в г. Минске. Сравнивали заболеваемость ЭП в периоды применения однократной (1981-2000) и двукратной схем иммунизации (2001-2012). Для установления многолетней и годовой динамик заболеваемости были использованы экстенсивные (%) и интенсивные показатели на 100 000 соответствующей возрастной группы. Тенденцию в многолетней динамике определяли методом наименьших квадратов и оценивали по среднему темпу прироста (Тпр). Для выявления сезонного подъёма применяли метод Пуассона.

Результаты и их обсуждение. В течение 1981-2012 гг. заболеваемость эпидемическим паротитом формировалась под влиянием постоянно действующих и периодических факторов. Сила действия постоянных факторов в период однократной схемы иммунизации отражается криволинейной тенденцией по параболе второго порядка: снижение заболеваемости до 1990 года связано с медленным накоплением иммунных среди однократно привитых дошкольников, а рост заболеваемости с 1991 года, видимо, формировался за счет перемещения возбудителя в группу непривитых и неболевших ранее школьников. Периодические факторы формируют подъемы и спады заболеваемости с периодичностью 4-9 лет. Введение двукратной схемы иммунизации привело к снижению уровней заболеваемости, уменьшению длительности и интенсивности периодических подъемов заболеваемости ЭП. Показатели забо-

леваемости совокупного населения ЭП в течение года формировались под влиянием круглогодичных и сезонных факторов. Сезонные факторы формировали выраженный осенне-зимне-летний сезонный подъем заболеваемости с максимумом заболеваемости в январе-мае. Во втором периоде при сохранении продолжительности сезонного подъема, произошло уменьшение сезонной надбавки заболеваемости до 37,2% за счет уменьшения интенсивности сезонного подъема.

Введение двукратной схемы иммунизации против ЭП постепенно приводит к накоплению иммунных лиц среди детей, в результате чего происходит уменьшение длительности и интенсивности циркуляции вируса в популяции. Это выражается в снижении уровней заболеваемости ЭП во всех возрастных группах и относительном увеличении вклада в структуру заболевших лиц школьников и взрослых.

В настоящее время некоторый риск заболевания ЭП сохраняется в группах школьников и взрослых, из-за постепенного угасания иммунитета у однократно привитых моновакциной и уменьшения возможности проэпидемичивания непривитых.

Таким образом, было установлено, что после введения двукратной схемы иммунизации против ЭП произошло уменьшение длительности и интенсивности периодических подъемов заболеваемости ЭП в многолетней динамике, снижение заболеваемости во всех возрастных группах, перераспределение структуры заболевших лиц различных возрастных групп в связи с различиями в их восприимчивости, снижение силы действия сезонных факторов в годовой динамике.

Пыжик А.В., Яцура М.А.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ И ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Семенчук И.Д.
Кафедра общей хирургии

Тема данной работы является актуальной, так как в Минске, и не только, под наблюдением хирургов находится значительное количество больных с нейротрофическими длительно не заживающими пролежнями. Они создают ряд проблем в условиях амбулаторного лечения, лечения на дому в силу того, что для такой категории больных всегда имеется риск инфицирования раны, рецидива и развития остеомиелита. К тому же, у большинства из них язвенный процесс является хроническим, длительное время незаживающим и консервативное лечение зачастую оказывается малоэффективным. У данных пациентов имеются нейротрофические нарушения, что представляет собой определенную трудность в восстановлении целостности покрова и заживлении раны. Все чаще такие люди нуждаются в хирургическом лечении.

В ходе нашего исследования мы проанализировали результаты лечения 71 пациента с нейротрофическими язвами, проведенного в Городском центре пластической хирургии нейротрофических и посттравматических гнойных ран на базе 2-го хирургического отделения 5 ГКБ за период с 2008 по 2012 год. В исследуемой группе 86% пациентов - мужчины, основную возрастную группу составляют пациенты 28-42 лет. В большинстве операций применяется методика перемещения кожно-мышечного лоскута. Наиболее часто пластика выполняется кожно-мышечным лоскутом (84% всех случаев), реже кожно-подкожным (10%), мышечным (4%) и кожно-фасциальным (2%) лоскутами. Первой по частоте локализацией является седалищная область (49%), также нередко пролежень образуется в крестцово-копчиковой области (22%), затем вертельной (20%), седалищно-вертельной (5%) и меньше всего промежностной (3%)области. Также оценивали количество послеоперационных осложнений, среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, послеоперационную летальность. В настоящее время изучаем отдалённые результаты проведённого лечения и

планируем разработать рекомендации в связи с необходимостью социальной адаптации пациентов после проведенного хирургического лечения для профилактики рецидивов.

Пыхалов О.И.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кузьмин Ю.В
Кафедра военно-полевой хирургии

Цель: оценить эффективность выполнения эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) при варикозной болезни (ВБ), осложненной трофическими нарушениями.

Материалы и методы. ЭВЛК с использованием высокоэнергетического хирургического Nd:YAG лазера было выполнено 47 пациентам в возрасте от 38 до 74 лет с ВБ. Средний возраст составил 57,8±6,7 лет. Женщин было 31 (65,9%), мужчин – 16 (34,1%). Все пациенты имели хроническую венозную недостаточность (ХВН) III ст. по классификации CEAP C6 – активная язва и страдали ВБ от 5 лет до 31 года.

У 18 (63,8%) пациентов имелись варикозные язвы до 5 см^2, у 17 (36,2%) – более 5 см^2, средний размер составил 51±35,4 см^2. У 8 (17%) пациентов трофические язвы были на двух нижних конечностях, у 4 из них (8,5%) имели большую площадь.

В группу сравнения вошли 28 пациентов, которым выполнялась стандартная флебэктомия в различных модификациях. Группа сравнения не отличалась от основной по полу, возрасту, в неё, как и в основную, были включены пациенты с ХВН III ст - C6.

Местное лечение ВЯ осуществляли мазями на водорастворимой основе или гипохлоритом натрия, что являлось предоперационной подготовкой перед хирургическим лечением в обеих группах. ЭВЛК подкожных вен, притоков, и перфорантных вен Nd:YAG лазером «Фотек ЛК-50-4» с длиной волны 1,34 мкм, исключала хирургические разрезы в зоне трофических нарушений и ВЯ. Больным с язвами более 5 см^2 выполняли одновременно аутодермопластику свободным расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,6 мм, забор которого выполняли электродерматомом «Эскулап». Больным с язвами до 5 см^2 аутодермопластику не выполняли, язвенные поверхности обрабатывали антисептиками.

Результаты и их обсуждение. Через сутки после операции интенсивность болевого синдрома в области голени и в области язвы значительно снижалась. Уменьшался отек на голени, и количество отделяемого из варикозной язвы в обеих группах.

Больные с варикозными язвами основной группы с язвами до 5 см^2 и более 5 см^2 находились на стационарном лечении до полного заживления язвенных поверхностей. Больным из группы сравнения аутодермопластика не проводилась, и они выписывались с незажившими язвами на амбулаторное лечение. Длительность стационарного лечения пациентов основной группы с язвами до 5 см^2 был достоверно ($p<0,05$) меньше и составил 12,6±6,4 дня, тогда как в контрольной группе он был равен 26,3±13,4 дня.

Послеоперационные швы в основной группе зажили первичным натяжением. В группе сравнения у 12 (42,8%) пациентов было отмечено развитие воспаления послеоперационных швов в области трофических нарушений, что потребовало снятие швов и проведение дополнительного лечения воспалительного процесса послеоперационной раны.

Длительность лечения больших варикозных язв составила в основной группе 31,3±15,2 дня, в группе сравнения 29,2±14,4 дня. Всем больным с варикозными язвами выполняли эластичную компрессию в течении 6 месяцев.

Выводы.

1. Лечение больных ВБ с ХВН C6 по классификации CEAP по разработанной на кафедре методике с использование ЭВЛК Nd:YAG лазером позволяет избежать выполнения дополни-

тельных хирургических разрезов в области трофических нарушений и как следствие – развития воспаления в области послеоперационных швов.

2. Данный метод позволяет в течение 12,6±6,4 – 31,3±15,2 дня осуществить закрытие варикозных язв любого размера.

Рабко А.Ю.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Церах Т.М.
2-я кафедра внутренних болезней

Плазмаферез является одним из передовых методов лечения СКВ. Процедура направлена на снижение токсичности сред организма и выведение патологических комплексов (циркулирующих иммунных комплексов) путем использования современных физико-технических систем.

Цель: оценка эффективности плазмафереза в комплексном лечении системной красной волчанки.

В исследование были включены 40 пациентов в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 40 лет), страдающие СКВ и получавшие сеансы плазмафереза в период с 2010 по 2012 год. В группе преобладали лица женского пола (39 человек). У всех пациентов оценивались степень активности процесса, поддерживающая доза принимаемых ГКС и цитостатиков, клиническое течение болезни (кожный, суставной, почечный синдром), изменения лабораторных анализов.

Из 40 пациентов 13 проходили курсы плазмафереза повторно. В этой группе клиническое улучшение было отмечено у 6 человек (46%), отсутствие прогрессирования – у 4 пациентов (31%), удалось снизить поддерживающую дозу принимаемых ГКС у 3 человек (23%), степень активности процесса снизилась у 4 человек (31%). Ухудшение состояния наблюдалось у 1 пациентки (8%).

Таким образом, плазмаферез является высокоэффективным методом в комплексном лечении СКВ. Он позволяет добиться основных задач лечения: купирования обострений волчаночного процесса, изменения характера течения болезни в сторону хронизации, достижения клинико-лабораторной стабилизации состояния больного, профилактики осложнений как самого заболевания, так и проводимой гормонально-цитостатической терапии.

Радкевич Ж.М., Казакевич Н.Ф.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ

Научные руководители Войт В.П.; канд. мед. наук Соколов Ю.А.
Кафедра медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

В Республике Беларусь сложилась серьезная токсикологическая ситуация в связи с высоким темпом и ритмом жизни, недостаточной культурой хранения токсикантов, ростом токсикомании, наркомании, алкоголизма. Так, смертность от острых отравлений на протяжении последних 10 лет составляла 37,3-56,3 на 100000 населения.

По данным Республиканского центра лечения острых отравлений общая летальность в различные годы составляла 0,8-3,9%, несмотря на проведение комплексной терапии с использованием современных методов детоксикации. По некоторым данным в палитре причин острых отравлений первую позицию у взрослых и детей занимают острые отравления лекар-

ственными средствами соответственно 44,6% и 52,1%, вторую - отравления алкоголем (38,8% и 12% соответственно), третью позицию у взрослых - наркотики (6,99%), у детей - прижигающие яды (6,3%). Следует отметить, что высокий удельный вес острых отравлений среди лиц трудоспособного возраста, а также детей и подростков вносит значительных вклад в ухудшение демографических показателей Республики Беларусь, переводя вышеуказанную проблему из чисто медицинской в разряд медико-социальных.

Вместе с тем, в доступной литературе сведения о нозологических причинах отравлений среди детей и подростков при благоприятном исходе в Республике Беларусь крайне ограничены.

Цель: проанализировать структуру и динамику острых отравлений среди лиц детского и подросткового возраста.

Материалы и методы. Для установления удельного веса лиц детского и подросткового возраста проанализировано 2753 случая госпитализации в токсикологическое отделение ГКБ СМП г. Минска за 2012 год методом сплошной выборки. Дизайн исследования – простое одномоментное ретроспективное. Критерием включения явился возраст пациента до 18 лет.

Статистическая обработка материала проведена в пакете прикладных программ «STATISTICA» (Version 6 – Index, Stat. Soft Inc., USA), STATGRAPHICS PLUS 5.1. for Windows) с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что удельный вес лиц детского и подросткового возраста составил 4,9%. При анализе динамики поступления детей и подростков с диагнозом «острое отравление» в период с 2009 по 2012 гг. выявлена тенденция к увеличению относительного числа лиц в возрасте 14-17 лет (с 3,2 до 3,9%) при стабильных показателях в возрастной группе 7-14 лет (0,1%).

При оценке удельного вклада различных нозологических форм в структуру острых отравлений детей и подростков по данным токсикологического отделения БСМП, лидером являются медикаментозные отравления, которые составили 54 случая - 39,7%. Отравления наркотиками и психодислептиками на второй позиции среди всех отравлений - 36 случаев (26,5%); токсическое действие этанола на третьей позиции - 26 случаев (19,1%).

Удельный вес отравлений у детей и подростков за 2012 год составил 4,9%, что отражает неблагоприятную тенденцию, которая сложилась в г.Минске в период с 2009 по 2012 год. Учитывая выявленную структуру отравлений и молодой возраст госпитализированных, вызывает обеспокоенность возрастание удельного веса отравлений новыми наркотическими и психоактивными веществами, не поддающихся выявлению известными методами диагностики. В связи с этим необходимо улучшить пропаганду здорового образа жизни среди лиц молодого возраста.

Радкевич А.А.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК: КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗИМООТНОШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ, РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.
3-я кафедра внутренних болезней

Цель: установить сопряженность абдоминального ожирения у мужчин, работающих в экстремальных условиях калийных шахт, с показателями уровня тревожности, образа жизни и некоторыми клинико-биохимическими параметрами, известными как вовлеченные в процессы развития атеросклероза и ассоциированных заболеваний.

Материалы и методы. Методы исследования – клинико-анамнестические, антропометрические, инструментальные (эхокардиография), лабораторные, статистические. Материал

исследования – мужчины с абдоминальным ожирением, работающие в подземных условиях калийных рудников, *группа 1*– 26 мужчин 46±1,43 лет с набором диагностических критериев метаболического синдрома (МС), *группа 2* – 34 мужчины 43,85±1,68 лет не имеющие достаточного набора критериев, позволяющего диагностировать у них МС.

Результаты и их обсуждение. При сравнительном исследовании плазменных липидов (ммоль/л) установлены межгрупповые (1 и 2) различия уровней общего холестерола (ОХ): 5,68±0,17 и 5,02±0,17 при $p<0,01$, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП): 1,17±0,05 и 1,28±0,05 при $p>0,05$, низкой плотности (ЛПНП): 3,61±0,14 и 3,17±0,13 при $p<0,05$, очень низкой плотности (ЛПОНП): 0,86±0,09 и 0,52±0,03 при $p<0,001$, триглицеролов (ТГ): 1,91±0,2 и 2,97±0,09 при $p<0,001$, коэффициента атерогенности (КА): 4,03±0,22 и 2,97±0,09 при $p<0,001$, индекса апопротеин В/апопротеин A_1 0,76±0,04 и 0,64±0,02 при $p<0,01$ соответственно. Проведен сравнительный и корреляционный анализ других показателей. В результате установлено, что у мужчин с абдоминальным ожирением, работающих в экстремальных условиях калийных рудников:

- при увеличении потребления алкоголя снижается уровень ситуационной и личностной тревожности, увеличивается кратность питания, однако при этом повышается уровень С-реактивного белка плазмы, измеренного высокочувствительным методом (Hs-СРБ), что является предиктором риска сосудистых осложнений при широком спектре заболеваний, в том числе растет риск кардиоваскулярных осложнений за счет повышения уровня ТГ плазмы, расширения полости левого желудочка (ЛЖ);
- при увеличении двигательной активности снижаются индекс массы тела, атерогенность плазмы крови за счет уменьшения фракции ЛПОНП и ТГ;
- увеличение кратности питания снижает уровень атерогенных ЛПОНП, ТГ и ОХ;
- курение провоцирует нарушения липидного обмена: растет уровень атерогенных ЛПОНП, ТГ, уменьшается антиатерогенная фракция ЛПВП, в результате повышается КА;
- недостаточное употребление питьевой воды связано с нарушением липидного обмена (рост ОХ, ЛПНП, КА), углеводного обмена, общим ожирением, гипертрофией миокарда;
- при развитии МС значительно усугубляются нарушения липидного обмена: повышаются ОХ, фракции ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, растет КА и соотношение: апопротеин В / апопротеин A_1, указывающие на увеличение атерогенности плазмы крови;
- развитие МС негативно отражается на структурно-функциональных особенностях сердечно-сосудистой системы: увеличивается степень гипертрофии миокарда ЛЖ, снижается его сократительная способность, расширяется восходящий отдел аорты;
- повышение степени общего и абдоминального ожирения сопряжено с увеличением уровня гликемии и Hs СРБ, что является фактором риска кардиоваскулярных осложнений.

Разницына О.Т.

РОЛЬ КАФЕДРЫ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ УО БГМУ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ БЕЛОРУССКОЙ ШКОЛЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Лукьянов А.М.
Кафедра кожных и венерических болезней

Цель: определить основные этапы развития белорусской школы дерматологии и венерологии, роль кафедры кожных и венерических болезней УО БГМУ в ее формировании и развитии.

Материалы и методы. Анализ и обобщение информации материалов Национального архива Республики Беларусь, литературных источников Республиканской научной медицинской библиотеки, Национальной библиотеки Республики Беларусь, библиотеки БГМУ, интернет-порталов.

Результаты и их обсуждение.

1) В развитии дерматовенерологической школы Беларуси можно выделить следующие этапы:

1.1. До 1919 г. (до момента принятия решения об организации БГУ с медицинским факультетом).

1.2. 1919 - 1941 гг. (довоенный этап).

1.3. Период войны (1941-1945 гг.).

1.4. 1945 – 1970 гг. (восстановление института и развитие белорусской дерматовенерологической школы в послевоенный период).

1.5. 1970 - 1991 гг. (этап перестройки, формирование Республики Беларусь как отдельного государства).

1.6. С 1991 г. по настоящее время (современный этап).

2). Кафедра кожных и венерических болезней УО БГМУ может рассматриваться как центр научно-практической деятельности дерматовенерологической школы Беларуси на всех этапах ее формирования и развития.

3). Сведения по истории формирования белорусской дерматовенерологической школы являются недостаточными и нередко противоречивыми, что требует продолжения поисковой и аналитической работы с историческими документами.

Разорёнов А.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ПОМОЩИ КУНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Манак Т.Н.
Кафедра общей стоматологии

Цель: определить и оценить особенности анатомии корневых каналов передних зубов при помощи аппарата конусно-лучевой томографии (Grendex).

Материалы и методы. Конусно-лучевая объемная томография – это методика медицинской визуализации, основанная на использовании рентгеновского излучения для получения изображений поперечных сечений. Качество изображений зависит от уровня и количества энергии рентгеновского излучения, доставляемой к ткани. На изображениях можно видеть как ткани высокой плотности, например кости, так и мягкие ткани. При проведении анализа опытным врачом эти изображения позволяют получить полезную диагностическую информацию. Исследования проводятся в РКСП на Gendex сканере, который строит трехмерную модель по изображениям, полученным в ходе последовательного выполнения рентгеновских снимков при вращательном движении. Исследовано 60 снимков КТР и 60 ортопантомограмм. Анализ 60 снимков томографии в программе iCATVision позволил выявить погрешности в интерпретации данных, полученных при анализе отропантомограмм. Что и позволило более точно определить расположение апикального отверстия, количество и форму корневых каналов.

Типовое отсканированные изображение выполненное при следующих значениях: *8.5 Diameter — 8.5 cm, 0.4 Voxel 8.9 sec* (диаметр 8,5 — 8,5 см; размер воксела 0,4; 8,9 с). Эти параметры позволяют снять обе дуги со всеми зубами, включая третьи моляры (для большинства пациентов) при наиболее практически целесообразном времени сканирования (что сокращает вероятность движений), сниженной дозе радиации и размере воксела, позволяющем максимально повысить детальность изображения без чрезмерного увеличения объема данных.

Результаты и их обсуждение. Точное определение количества и анатомии корневых каналов облегчает работу врача-стоматолога и уменьшает вероятность совершения ошибки при проведении эндодонтического лечения.

Разуванова Е.С.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель асс. Самойлович М.В.
Кафедра судебной медицины

Формирование женской половой системы – сложный многоступенчатый, генетически детерминированный процесс, в результате которого организм достигает биологической зрелости и способности к репродукции. Охрана репродуктивного здоровья, а так же жизни, достоинства, прав и свобод женщины – будущей мамы, уже давно стала не только междисциплинарной задачей, в решении которой участвуют врачи разных специальностей, но и основной задачей цивилизованного демократического государства.

Актуальность работы заключается в том, что сексуальное насилие по-прежнему остается глобальной проблемой во всех странах мира, независимо от уровня их благополучия.

Цель: установление признаков полового сношения и его последствий, а именно нарушение половой неприкосновенности по результатам судебно-медицинской экспертизы.

Материалы и методы. Проанализированы заключения эксперта (70 случаев), выполненные в УГС МСЭ по г. Минску за 2006-2012 гг. в отношении детей, подвергшихся сексуальному насилию.

Результаты и их обсуждение. В ряде случаев отсутствовали повреждения в области наружных половых органов, в том числе не нарушена целостность девственной плевы, что ставит под сомнение сам факт совершения полового преступления (изнасилования).

В части исследований установлено несоответствие по времени между морфологией поврежденной плевы и сроками совершенного преступления.

Рай А.В., Сыцевич К.Н

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Пылишев В.В.
Кафедра фтизиопульмонологии

Цель: оценка особенностей лечения туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных пациентов. Медико-социальная характеристика и оценка реактивности организма пациентов с туберкулезом органов дыхания и ВИЧ-инфекцией в современных условиях, находившихся на лечении в отделениях клиники ГУ « РНПЦ ПиФ» за 2012 год

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней.

Результаты и их обсуждение. Нами были проанализированы 27 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ ПиФ» в 2012 году.

1) лечение завершено у 13 пациентов, не завершено у 11 пациентов, летальный исход – 3 пациента (осложнение туберкулеза легких – туберкулезный менингит) ; определяется некоторая зависимость исхода, течения заболевания, реактивности организма от социальных условий (чем выше социальный статус и лучше условия проживания, тем выше вероятность положительного исхода).

2) особенности течения и исхода в зависимости от стадии ВИЧ, наличия лекарственной устойчивости и проведения АРВТ.

Получены положительные результаты при лечении туберкулеза у пациентов с 4 стадией ВИЧ-инфекции (у 11 пациентов прекращение бактериовыделения и перевод в фазу продолжения).

МЛУ (ШЛУ) – у 10 пациентов, наблюдается более тяжелое течение заболевания и увеличение продолжительности интенсивной фазы химиотерапии.

3 пациента получали АРВТ – более тяжелая перносимость противотуберкулезной терапии, предположительно связываемая с одновременным назначением АРВТ и противотуберкулезной химиотерапии.

Райман Т.Г.

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Апанасович В.Г.
Кафедра внутренних болезней №2

Цель: проанализировать клиническую картину ревматической полимиалгии, своевременность диагностики и лечение, выявить возможные причины обострения.

Материалы и методы. В исследование включен 21 пациент, из них 4 мужчины (19%) и 17 женщин (81%). Средний возраст больных -68±1,13 года ($p < 0,05$). 20 пациентов было с диагнозом ревматической полимиалгии, 1 пациентка с болезнью Хортона. У обследуемых лиц был собран анамнез, проведено объективное обследование и анализ медицинской документации из 9 ГКБ, МГКДЦ, поликлиник на период с 2009 по 2012гг. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel.

Полученные результаты. Повышение температуры при манифестации заболевания наблюдалось у 5 (24%). Появление миалгического и артралгического синдромов наблюдалось соответственно у 19(90%) и 14(67%) пациентов. Вовлечение суставов кистей выявлено у 8 (38%) пациентов. Оценка боли по ВАШ равнялась 10 у 15(71%)обследуемых, у остальных от 7 до 9. Симптомы болезни Хортона на фоне ревматической полимиалгии появились у 3 пациенток.

Среднее значение СОЭ на момент манифестации заболевания составило 43±2,7 мм/ч($p<0,05$). У 2 человек СОЭ<10мм/ч. Длительное повышение СОЭ по данным анамнеза до постановки диагноза наблюдалось у 3 человек. (Перевод уровней СОЭ по Вестергрену в метод Панченкова проводился по специальной таблице). Уровень СРП на момент манифестации у 5 обследуемых неизвестен. У 3 пациентов(19%) среди 16 оставшихся уровень СРП соответствовал норме, у 13 пациентов (81%) превышал нормативные значения.

Наиболее часто среди сопутствующих заболеваний встречались: АГ – 13 человек, заболевания ЖКТ (гастриты, язвы, полипы)-13, остеоартроз-12, заболевания ЩЖ-9, ИБС-9, остеохондроз-9, СД 2типа-6, остеопороз-6, остеопения-3, ДГПЖ-3.

Обследована 1 пациентка с типичными признаками болезни Хортона. Данных за ревматическую полимиалгию у данной больной выявлено не было.

Среднее время до постановки диагноза составило 3,9±0,48мес. Минимальный срок до постановки диагноза-24 часа, максимальнвй-1год. За время приема ГКС 5 пациентов (24%) самостоятельно уменьшали/отменяли дозу препарата, у 100% из них наблюдались обострения/рецидивы заболевания. Среди оставшихся 16 пациентов (76%), у которых доза ГКС изменялась врачом, у 10 наблюдался рецидив/обострение. Назначение неадекватной начальной дозы ГКС было выявлено у 2 пациенток (4 и 5 мг/сут). Коррекция дозы ГКС на основании только клиники без учета лабораторных анализов проводилась у 9пациентов (43%) из 21 (при этом у 3 из них наблюдался рецидив/обострение заболевания).

Ракоть А.Г., Яскевич К.В.

БИОХИМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Рутковская Ж.А.
Кафедра биологической химии

Цель: изучить изменения обмена липидов, белков и углеводов, возникающие в организме человека во время и после применения анаболических стероидов.

Материалы и методы. В данной работе изучали изменения некоторых биохимических показателей крови у здорового человека во время и после курса приёма анаболических стероидов. Молодой человек в возрасте 22-х лет весом 64 кг принимал анаболические стероиды в течение 1-ого года, при этом он посещал 3 раза в неделю тренажёрный зал. Курс состоял из 4 этапов, между этапами был перерыв 2 месяца. На первом этапе пациент принимал метандростенолон в течение 1 месяца. В течение второго этапа, который длился также 1 месяц, молодой человек принимал тестостерон энантат и продолжил прием метандростенолона. На третьем этапе в течение 1 месяца пациент принимал нандролон и станозолол. Продолжительность последнего этапа составила 6 месяцев, в это время молодой человек принимал следующие препараты: болденон, станозолол, тренболон и туринобол. Все препараты относятся к стероидным анаболическим средствам. Они синтезированы на основе мужского полового гормона тестостерона и дигидролтестостерона методом модификации структуры его молекулы с целью усиления анаболических свойств, так как эти препараты медленно обезвреживаются в печени.

До и после применения препаратов в плазме крови у пациента контролировали содержание гормонов: тестостерона, эстрадиола, прогестерона, пролактина, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего, а также определяли содержание общего белка, альбуминов, глюкозы, креатина, мочевины, биллирубина, общего холестерола, триацилглицеролов, апопротеинов A_1 и В и активность креатинкиназы, аланиновой аминотрансферазы, аспарагиновой аминотрансферазы, гаммаглутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы.

Результаты и их обсуждение. До приема препаратов все изучаемые показатели были в пределах нормы. После приема анаболических стероидных препаратов были выявлены изменения некоторых показателей, которые отражают состояние белкового и липидного обмена в организме. Активность общей креатинкиназы вызросла в 1,6 раза, а аланиновой трансаминазы (АлТ) и аспарагиновой трасаминазы (АсТ) в 2,6 раза и 1,4 раза соответственно. В большей степени выявлено изменение показателей, которые отражают состояние обмена липидов в организме. Содержание общего холестерола в крови составило 5,26 ммоль/л. В крови также изменилось соотношение апобелков, которые непосредственно участвуют в транспорте холестерола - апоВ/апоA_1. Этот показатель увеличился более, чем в 6 раз, что свидетельствует о том, что в крови преобладают атерогенные формы липопротеинов (липоротеины низкой плотности, которые способствуют развитию атеросклероза). Другие изучаемые показатели были в пределах нормы.

Во время приёма анаболических староидов увеличился уровень тестестерона и эстрадиола в плазме крови, а уровень фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, напротив, снизился.

После прекращения приёма анаболических стероидов все показатели пришли в норму в течение трех месяцев.

Рапецкая Н.В.

МЕХАНИЗМЫ НАРКОМАНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Колб А.В.
Кафедра биологической химии

Злоупотребление наркотическими веществами во многих, особенно развитых странах мира, приняло катастрофические размеры. По данным Министерства здравоохранения в Беларуси, на официальном наркологическом учете зарегистрировано 16 078 больных наркоманией и лиц, эпизодически употребляющих наркотические вещества. Однако официальная статистика не отражает картину действительности. Реальное число больных наркоманией в Республике Беларусь более 70 тысяч человек.

Для того чтобы понять, каким образом наркотические вещества вызывают зависимость, необходимо понять механизм их действия на клеточном уровне.

Цель: получение представления о том, каким образом действие наркотического вещества при однократном введении перерастает в стабильные молекулярно-клеточные изменения после повторного введения.

На основании обработанной научно-исследовательской литературы удалось сделать выводы, что, несмотря на отличающуюся химическую структуру, действие наркотиков в головном мозге сводится к общим эффектам. Особое внимание уделено ведущей роли дофаминового пути как центральной системы вознаграждения, механизмах образования и регуляции уровня цАМФ как основного вторичного посредника в нейрохимических реакциях. Будут рассмотрены механизмы адаптации рецепторов к воздействию наркотиков, влияние на факторы транскрипции и долговременные молекулярно-клеточные механизмы адаптации, включающие транскрипционные, посттранскрипционные механизмы и регуляцию синаптической структуры. В работе была сделана попытка связать реакции, происходящие на клеточном и молекулярном уровне с физическим и психо-эмоциональным состоянием человека, употребляющего наркотики.

Основное внимание будет сконцентрировано на воздействии на нейрохимические процессы опиатов и кокаина, и не только потому, что они наиболее широко распространены в качестве наркотиков в нашей стране. Накоплен значительный опыт в изучении адаптации организма к их хроническому потреблению.

Приведенные сведения о молекулярных механизмах проведения сигнала в клетку, вызванного попаданием в организм наркотического вещества, еще не дадут четкой картины последовательного развития событий в адаптации организма. Она формируется в результате хронического воздействия наркотика и характеризуется вполне определенной поведенческой перестройкой, в основе которой лежат структурно-функциональные изменения нервных клеток. Найти ключ к эффективному лечению и преодолению наркомании возможно будет лишь тогда, когда будут полностью установлены причинно-следственные связи между молекулярными и клеточными событиями, проведением нервного импульса и поведенческими реакциями. Они должны составить базу для понимания изменчивости нервного и поведенческого статуса организма.

Рауфов А.А., Наимова Ш.А.

ГЕПАРИНОВАЯ ИНГАЛЯЦИЯ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ВЯЗКОСТИ КРОВИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Жарылкасынова Г.Ж.
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

С профилактической целью препараты гепарина используют при хирургических вмешательствах, при недостаточности кровообращения, для профилактики свертывания крови при использовании экстракорпорального кровообращения.

В настоящее время основными показаниями для проведения гепаринотерапии определены венозные тромбозы, тромбоэмболия легочной артерии, ДВС-синдром, нестабильная стенокардия, острый инфаркт, ишемический инсульт. Несмотря на то, что гепаринотерапия проводится уже в течение 6 десятков лет и препараты гепарина доминируют и сегодня над другими антикоагулянтами прямого действия, лечение гепаринами сопряжено с риском возникновения ряда осложнений. Действие гепарина при внутревенном ведении начинается сразу и продолжается в течении 30 минут. При внутримышечном введении действие гепарина начинается через 40 минут и продолжается до 4-5 часов. При подкожном введении, начало через 1 час и длительность в течении 6 часов. При применение гепарина ингаляционным методом, действие начинается через 24 часа, а продолжительность достигает до 1-2 недель, что имеет огромное значение при заболеваниях, протекающих с хронической гиперкоагуляцией. Методика применения гепариновой ингаляции - больным вводят гепарин 2500 ЕД, каждые 14 дней 1 раз, всего 2 раза посредством ультразвукового ингалятора “Альбедо”.

С целью профилактики разжижения крови больным процедуру планируют 1 раз каждые 6 месяцев. Данная методика не используется в Узбекистане. Введения гепарина традиционными методами, сопровождаются побочными действиями. К ним относятся: геморрагии, тромбоцитопения, остеопороз. Нами за последние 3 года проведены исследования до и после применения гепариновой ингаляции, 103 больным с повышенной вязкостью крови, где оказалось эффективным применение гепарина в виде ингаляции в 75% случаев. Больным страдащих хроническими заболеваниями, протекающих с гиперкоагуляцией, до ингаляции гепарина и после проводятся следующие исследования: общий осмотр, жалобы, общий анализ крови (число тромбоцитов), коагулограмма, время свертываемости крови, время кровотечения, ЭхоКГ, ЭКГ. При помощи агрегометра – агрегационная активность тромбоцитов. Тромбоцитограмму проводят посредством микроскопа.

Таким образом, для профилактики инфаркта миокарда, инсульта, диабетической стопы, улучшение микроциркуляции у больных с повышенной вязкостью крови с применением прямого антикоагулянта - гепарина в виде ингаляции позволяет улучшить качества жизни больных и устранение грозных осложнений как смерть от острого инфаркта миокарда, кровоизлияния в головной мозг, диабетическая стопа, ангиопатий, невропатий.

Рахимова К.Р.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РМЖ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Шепетько М.Н.,
канд. мед. наук, доц. Вартанян В.Ф.
Кафедры онкологии, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

За последние десять лет в Республике Беларусь число ежегодно регистрируемых случаев заболевания раком молочной железы увеличилось в 1,4 раза с 2 886 в 2001 году до 3 948 в 2010 году.

Среди новых случаев заболевания подавляющее большинство пришлось на женское население – 3 916, и лишь 32 случая заболевания было выявлено у мужчин. У 1 021 больной раком молочной железы (25,9%) установлена I стадия заболевания, у 2 059 (52,2%) – II, у 609 (15,4%) – III стадия, у 241 (6,1%) – IV стадия заболевания.

Цель: анализ эффективности секторальной резекции молочной железы и мастэктомии по Маддену у больных раком молочной железы IA-IIIA стадии.

Материалы и методы. 136 больных РМЖ IA-IIIA стадии, прооперированных в период 2007-2009гг. Средний возраст пациенток 58,6 лет. Секторальная резекция молочной железы проведена 97(71,3%) пациенткам. I стадии – 49(50%), II - 39(40%), III – 9(10%).Всем женщинам проведено облучение послеоперационной раны (в дозе 50 Гр РД 2), 32(33%) получали дополнительное облучение подмышечной области (50 Гр РД 2). Химиотерапию получили 82(84%) пациентки: 3 курса – 4 (4,3%) человека, 4 курса - 19(19,6%), 5 курсов – 17 (17,5%), 6 курсов – 42(43,2%). Гормональную терапию получили 21 пациентка (21,6%).

Мастэктомия по Маддену выполнена 39(28,7%) пациенткам, все находили на II стадии заболевания. Всем проведено облучение в дозе 50 Гр РД 2 постоперационной раны и подмышечной области. Химиотерапию получили 38 (97,4%) пациенток: 4 курса – 6 (15,8%) человек, 6 курсов – 32 (84,2%). 1(2,6%) пациентка получила гормонотерапию.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены данные о том, что объем оперативного вмешательства не оказывает влияния на общую выживаемость, но частота местных рецидивов была больше в группе органосохраняющего лечения. Облучение молочной железы в совокупности с химио- и гормонотерапией является средством достижения местного контроля над опухолью. Преимуществом секторальной резекции является значительно лучший косметический эффект, а также существенное повышение качества жизни пациенток.

Рачков А.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПЕРКОМПРЕССИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

Научный руководитель асс. Шевела Т.Л.
Кафедра хирургической стоматологии

Современное развитие дентальной имплантации направлено на разработку новых типов имплантатов, методик оперативного вмешательства. В арсенале специалистов в области имплантологии имеется значительное число конструкций дентальных имплантатов и имплантационных систем. До определённого уровня совершенства доведена техника выполнения оперативных вмешательств. Успех имплантации во многом зависит от правильного определения показаний к выполнению указанного вмешательства, выбора конструкции имплантата,

адекватной конкретной клинической ситуации, техники проведения операции и послеоперационной реабилитации.

Цель: анализ динамики репаративных процессов костной ткани при применении гиперкомпрессии во время первичной стабилизации имплантата на основании данных морфологических исследований.

Материалы и методы. В экспериментальном исследовании проводилась установка дентальных имплантатов методом отсроченной имплантации. Кроликам породы Шиншилла в области нижнего края челюсти устанавливали дентальный имплантат с применением разной силы давления при первичной стабилизации. Общепринятая техника установки дентальных имплантатов предполагает при первичной стабилизации имплантата в костную ткань применять силу давления 35-45 N /cm.

Результаты и их обсуждение. При изучении морфологических серий двух групп в сроки на 7 и 21 сутки с разной силой первичной стабилизации получено изменение в формировании костной ткани вокруг имплантата в разные сроки процессов остеоинтеграции. Первичная стабилизация имплантата в костную ткань и сила приложения для стабилизации имплантата является одной из причин ранней потери имплантатов.

Ридуха А.А.

СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Безлер Ж.А.
2-я кафедра детских болезней

Многолетние наблюдения за детьми с эндокринной патологией свидетельствуют о частом сочетании поражения нескольких желез внутренней секреции, иногда проявляющихся одновременно, но чаще манифестируя в течение определенного времени. Полиэндокринопатии наиболее часто представляют комбинацию СД с патологией щитовидной железы.

Цель: изучить состояние тиреоидной системы у детей больных сахарным диабетом (СД) 1 типа.

Под наблюдением находились 143 больных с СД 1 типа в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, девочек – 79, мальчиков – 64. Было выполнено объективное обследование детей с пальпацией щитовидной железы (ЩЖ), определение эхоструктуры и размеров ЩЖ с помощью УЗИ метода.

Больные с СД 1 типа были разделены на 2 группы. В первую группу вошли дети с впервые выявленным СД - 66 человек; во вторую группу - 77 человек, со стажем СД более 5 лет.

Патология ЩЖ у больных с впервые выявленным СД 1 типа была зарегистрирована у 12 больных (18,2%), преимущественно диффузные изменения в паренхиме у 7 больных (10,6%), увеличение общего объема ЩЖ наблюдалось также у 7 больных (10,6%), у двоих пациентов были отмечены эхопризнаки тиреоидита, что составило 3%, такое же количество было и детей с кистами ЩЖ – 2 человека (3%) и у одного мальчика (1,5%) наблюдалось уменьшение общего объема ЩЖ по сравнению с возрастной нормой на 10%. Во 2-й группе больных изменения ЩЖ было зарегистрирована у 53 больных (69%), что достоверно выше, чем в 1 –ой группе. Диффузные изменения в паренхиме было выявлено уже у 28 больных (36%), а увеличение общего объема ЩЖ у 23 (30%). Также возросло количество пациентов с эхопризнаками тиреоидита – 6 детей (7,8%). Кисты ЩЖ наблюдались у 2 человек (2,6%), а эхопризнаки коллоидного зоба у 5 (6,5%).

Таким образом, детям больным СД 1 типа, необходимо проводить динамическое обследование щитовидной железы, с определением размеров, эхоструктуры и функционального состояния органа с целью раннего выявления и последующего лечения тиреоидной патологии, которая ухудшает и утяжеляет течение СД 1 типа.

Римашевская В.В.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ В ЖИЗНИ СПОРТСМЕНА

Научный руководитель канд. фармацевт. наук, доц. Борисевич С.Н.
Кафедра биоорганической химии

Цель: осветить проблему пищевого дефицита у спортсменов путём изучения литературы, посвящённой этому вопросу. Одним из путей решения данной проблемы является включение в рацион биологически активных добавок (БАД), которые позволяют строго дозировать поступление в организм спортсмена основных и дополнительных нутриентов, полностью удовлетворяющих потребности организма спортсмена.

Выбор БАД в спорте определяется родом спортивной деятельности, они воздействует на определённые этапы обмена веществ в организме. БАД принимаются либо однократно для повышения уровня работоспособности, либо в качестве специализированных рационов питания, направленных на достижения определённых тренировочных результатов.

В зависимости от состава и направленности воздействия БАД на организм спортсмена их классифицируют следующим образом:

- белковые (протеиновые);
- углеводные;
- смешанные (например, белково-углеводные);
- аминокислотные;
- креатиновые;
- антикатаболические;
- витаминно-минеральные;
- специальные.

Нами был проведён анализ компонентного состава различных, закупаемых Министерством спорта и туризма РБ БАД, механизм воздействия их на организм, а также рацион питания спортсменов в предсоревновательном, соревновательном, восстановительном периодах.

Изученные БАД соответствуют всем требованиям закона РБ «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека» № 217-3 от 29 июня 2003 года и соответствующим Постановлением Совета Министров РБ №1537 от 2 декабря 2004 года, утвердившим «Положение о порядке производства и оборота биологически активных добавок к пище».

Результаты и их обсуждение. Для поддержания спортсменов в отличной физической форме и для достижения хороших результатов рекомендовано употребление биологически активных добавок к пище. Тренерам необходимо знать рацион питания спортсмена, т. к. успех в спорте высоких достижений зависит от этого фактора.

В нашей стране требуется разработка отечественных БАД в спорте, сбалансированных по содержанию макро- и микронутриентов, которые не будут уступать по качеству импортным препаратам. Биологически активные добавки к пище должны полноценно дополнять дневной рацион спортсмена и способствовать улучшению его спортивных результатов.

Ровкач Ю.И.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель асс. Горбич О.А.
Кафедра эпидемиологии

Цель: выявить закономерности и особенности пневмококковой инфекции среди детского и взрослого населения Республики Беларусь, а также проявления эпидемического процесса этого заболевания среди пациентов, госпитализированных в УЗ «3-я городская детская клиническая больница» (3 ГДКБ) г. Минска.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 94 пациента с ЛОР-патологией (150 культур), случаи заболевания менингитом пневмококковой этиологии в Республике Беларусь среди различных возрастных групп. Диагнозы подтверждались с помощью стандартного клинического и лабораторного исследования. Биологический материал исследовался культуральным методом, затем подвергался диагностике с применением ПЦР и последующим серотипированием возбудителя. Обработка данных и анализ полученных результатов проводились с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В течение всего изучаемого периода (2007–2012 гг.) отмечались случаи заболевания пневмококковой инфекцией, как неинвазивными формами, так и инвазивными. Распределение случаев заболеваний происходило неравномерно в течение года. При анализе возрастной структуры детей, вовлекаемых в эпидемический процесс пневмококковой инфекции, было установлено, что наибольшее число случаев заболеваний регистрировалось в группе детей до 2 лет. Высокие уровни заболеваемости отмечались также среди детей от 3 до 6 лет. В 94 случаях был установлен этиологический агент – *Str. pneumoniae*.

При серотипировании изолятов пневмококков наиболее часто встречались серотипы 3, 6B, 19A и 19F.

Полученные результаты позволяют обосновать выбор конъюгированных вакцин для профилактики пневмококковой инфекции на территории Республики Беларусь с учетом полученных локальных данных.

Рогач Д.Ю.

ЭФФЕКТ ЧИЖЕВСКОГО И МЕХАНИЗМ ВОЗДЕЙСТВИЯ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА БИООБЪЕКТЫ

Научный руководитель канд. техн. наук Мансуров В.А.
Кафедра биологической и медицинской физики

Цель: анализ взаимосвязи между изменением активности Солнца и жизнедеятельностью человека. Для достижения поставленной цели выявляется связь между циклично изменяющейся активностью Солнца и соответствующей реакцией биологических объектов, используя статистические данные количеств различных заболеваний, несчастных случаев и происшествий в различные временные периоды.

Активность Солнца изменяется циклично. Увеличение активности сопровождается увеличением числа солнечных пятен, выбросом корпускулярных и волновых потоков от Солнца к Земле. Основной цикл – с периодом 11 лет. Достигая Земли, потоки плазмы, частиц, вещества и электромагнитного излучения оказывают возмущения геомагнитного поля.

Реакция живых организмов на колебания магнитных полей может быть объяснена теорией параметрического резонанса в биологических системах. Колебания с периодами 2 - 240 мин могут оказаться биоэффективными для головного мозга и эндокринной системы человека и

провоцировать запуск цепи «гипоталамус – гипофиз - кара надпочечников», что приводят организм в стрессовые состояния.

Кроме того, косвенно воздействуя на эндокринную систему и мозг, изменяющаяся солнечная активность влияет на формирование плода во время беременности, особенно в критические периоды формирования центральной нервной системы.

Как результат, в период солнечной активности увеличивается число внезапных смертей, эпилептических припадков, инфарктов, инсультов, самоубийств, психических заболеваний, колебаний артериального давления, число сердечных сокращений, концентрации лейкоцитов, эритроцитов и т.д.

Угнетающее на живой организм воздействует так же полное экранирование электромагнитных полей. Так, экранирование поля в 600 раз приводит к торможению роста, снижению двигательной активности, развитию дистрофических изменений в печени, миокарде, желудке, кишечнике, изменению психической деятельности, снижению активности ключевых ферментов цикла трикарбоновых кислот и пентозофосфатного цикла.

Рассматривается так же возможный биофизический механизм космофизических влияний на функциональную активность мозга через, так называемые, шумановские резонансы, т.е. канал взаимодействия биотоков мозга человека с резонансными частотами (основная частота – 7,8 Гц) полости, образованной поверхностью Земли и нижней границей ионосферы.

Предлагается разработать индивидуальный прибор, реагирующий на изменение определенных параметров организма, связанных с увеличением солнечной активности для запуска генератора «синхронизирующей» частоты для «успокоения», приведенных в стрессовое состояние органов или для сигнализации о критическом состоянии организма.

Родько Е.Д. , Плеско Т.С.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ

Научный руководитель ст. преп., п-к м/с запаса Пантюхов А.П.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Цель: анализ международного опыта медицинского обеспечения при террористических актах.

Материалы и методы. Исторический и статистический методы, а также метод экспертных оценок. Актуальность исследования: угроза террористических актов относится к глобальным угрозам человечества; оказание экстренной медицинской помощи при террористических актах.

Задачи: изучить опыт медицинского обеспечения при террористических актах с применением взрывчатых, радиоактивных, токсических веществ; изучить особенности биотерроризма; методы организации медицинской помощи при террористических актах.

Ни население, ни государственные службы не ждут применения отравляющих веществ. Население в мирное время абсолютно не защищено от опасных веществ и может не сразу обнаружить их действие

Реальная возможность возникновения чрезвычайных ситуаций, обусловленных террористическими действиями с применением опасных химических и отравляющих веществ, их тяжелые последствия делают проблему готовности органов управления, сил и средств по ликвидации медико - санитарных последствий таких ЧС весьма актуальной.

Результаты и их обсуждение.

организация и проведение обучения специалистов учреждений и формирований гражданской обороны способам защиты и действиям в закрытых помещениях и на открытых пространствах при применении террористами опасных химических и отравляющих веществ в местах массового скопления людей, учитывая международный опыт;

планирование, организация и проведение учений по обеспечению защиты людей от опасных химических и отравляющих веществ в закрытых помещениях и на открытых пространствах, сокращение возможных потерь и ущерба при применении террористами опасных химических и отравляющих веществ;

создание, восполнение запасов и контроль годности к использованию средств индивидуальной защиты;

создание комплекса специальных мероприятий, осуществляемых с целью максимального ослабления поражения людей и прекращения действия источника чрезвычайной ситуации при ликвидации террористического акта;

помимо линейных бригад скорой медицинской помощи, оказывающих первую медицинскую помощь пораженным, создание специализированных санитарно - токсикологических и токсико - терапевтических бригад.

разработка планов предупреждения и ликвидации медицинских последствий ЧС, планов взаимодействия с другими организациями и ведомствами при ликвидации ЧС.

Учитывая международный опыт создание нормативной базы, определяющей принятие принудительных мер по ограничению передвижения, изоляции загрязненных лиц, уничтожению загрязненного имущества, норм охраны труда и социальных гарантий для лиц, участвующих в ликвидации последствий террористических актов.

Родько С.С., Родько Д.С.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА: РЕЦИДИВЫ И ВЛИЯНИЕ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сакович А.Р.
Кафедра болезней уха, горла, носа

Различные сочетания полипозного риносинусита (ПРС), бронхиальной астмы (БА) и непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) представляет собой серьезную проблему как для оториноларингологов, так и для пульмонологов и аллергологов. ПРС важен не только как упорно рецидивирующая болезнь, приводящая к затруднению носового дыхания и обоняния, но и как фактор риска манифестации бронхиальной астмы, ее тяжелого течения и жизнеугрожающих состояний при приеме НПВП. В настоящее время приоритет лечения ПРС переходит от хирургических методов к терапевтическим, но эту позицию разделяют далеко не все врачи.

Цель: анализ лечения полипозного риносинусита.

Материалы и методы. Анализ историй болезни 113 больных в возрасте от 21 до 85 лет, находившихся на стационарном лечении в 4 ГКБ г.Минска в 2011-2012 году с диагнозом «Полипозный риносинусит». Определены 2 группы пациентов: пациенты с ПРС (79) и пациенты с ПРС, ассоциированным бронхиальной астмой средней степени тяжести (34). Кроме того, проведен статистический анализ клинических данных с использованием относительных средних величин, оценка достоверности полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Большая часть пациентов имеет возраст от 50 до 65 лет. В случае ПРС, ассоциированного с БА, средний возраст пациентов (50,9±15 лет) меньше, чем у пациентов с ПРС (60±17,3 лет). Большинство больных (39%) госпитализированы по поводу ПРС в 1 раз, однако были пациенты (2 из 113), которые перенесли полипэктомию уже в 12 раз. Кроме того, частота госпитализации пациентов 1 группы почти вдвое меньше, чем пациентов 2 группы. В 92,3% случаев ПРС является предшествующим бронхиальной астме заболеванием. Средняя продолжительность болезни у пациентов 1 группы (ПРС) составляет 7,2 года, у пациентов 2 группы (ПРС+БА) - 12,7 лет. Что касается периода ремиссии, то его средняя продолжительность у пациентов с коморбидной патологией меньше (4,7 лет), чем в случае ПРС без БА (8,7 лет). Кроме того, в ходе исследования был рассчитан показатель эо-

зинофильно-лимфоцитарного индекса: повышенный уровень (>0,1) выявлен у 37,8% и 74,3% пациентов из 1 и 2 группы соответственно. Всем исследованным пациентам проведено хирургическое лечение полипов. В 37% случаев полипэктомия проведена эндоскопическим способом. Улучшение течения бронхиальной астмы после полипэктомии отмечено у 45% больных с коморбидной патологией, при этом у части больных отмечено уменьшение дозы системных глюкокортикостероидов.

Выводы. 1. Сочетание полипозного риносинусита (ПРС) с бронхиальной астмой (БА) обуславливает более раннее начало заболевания, частое рецидивирование полипов и астмы, меньшую продолжительность периода ремиссии между госпитализациями. 2. Для диагностики имеет значение расчет эозинофильно-лимфоцитарного индекса, который по данным проведенного исследования повышен у 38% пациентов с ПРС и 74% с ПРС+БА. 3. Хирургическое лечение пациентов с сочетанной патологией в 45% случаев улучшает течение бронхиальной астмы и положительно влияет на качество жизни пациентов.

Родько С.С., Родько Д.С.

ОЦЕНКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ БГМУ

Научный руководитель ст. преп. Цыбин А.К.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Молодое поколение, обучающееся в БГМУ в настоящее время, является особой группой, которая подвержена влиянию таких факторов хронического стресса, как постоянная загруженность на учебе, высокие требования, предъявляемые к студентам-медикам, вечная нехватка времени, так и непосредственным специфическим влиянием процесса обучения и выбранной профессии на личность. В связи с этим становится актуальным изучение синдрома эмоционального выгорания, встречающегося в настоящее время не только среди работающих людей, но и на этапе обучения в вузе, что ведет к необходимости разработки мер по предотвращению и устранению данных проявлений.

Цель: выявление синдрома эмоционального выгорания студентов старших курсов БГМУ.

Задачи: 1. Определить наличие синдрома эмоционального выгорания как фактора, оказывающего влияние на подготовку и воспитание кадрового резерва здравоохранения. 2.Проанализировать взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания с успеваемостью студентов. 3.Предложить меры по профилактике синдрома эмоционального выгорания.

Материалы и методы. На основании проведенного литературно-теоретического анализа научных данных нами была сформулирована гипотеза о том, что если успеваемость студентов прямо пропорционально зависит от их эмоционального выгорания, то оптимизация процесса обучения может способствовать снижению уровня эмоционального выгорания. Для подтверждения гипотезы мы провели экспериментальное исследование: студентам 4-5 курса лечебного факультета БГМУ в количестве 300 человек было предложено анонимно заполнить составленные нами опросники. К тому же мы располагали данными из зачетных книжек об итогах экзаменационных сессий для объективной оценки их успеваемости.

Условно студенты были разделены на 3 группы: «отличники», «хорошисты» и «слабоуспевающие». Сформировавшийся синдром был обнаружен у 64±5,4% опрошенных студентов (192 человека). Проведенный нами статистический анализ данных исследования показал, что существует взаимосвязь между показателями успеваемости (согласно выбранной нами типологии) и наличием СЭВ. Признаки СЭВ встречаются среди всех групп студентов в разной степени. Кроме того, частота встречаемости определенной фазы синдрома различна. Так, фаза напряжения выявлена у 57% студентов, фаза резистентности – у 30%, 13% студентов соответствует фаза истощения СЭВ. Гипотеза о том, что если успеваемость студентов прямо пропорционально зависит от их эмоционального выгорания, то оптимизация процесса обу-

чения может способствовать снижению уровня эмоционального выгорания, подтвердилась частично. Студентам–отличникам свойственен высокий СЭВ (50%) , особенно если мотив обучения связан исключительно с высокой оценкой за успеваемость. Студентам «слабоуспевающим» свойственен высокий СЭВ, лишь если они слабо профессионально ориентированы. Средний уровень СЭВ (20%) соответствует студентам-хорошистам, которые имеют средний уровень профессионального самоопределения и неявно выраженную мотивацию на успеваемость, хотя это и немаловажно для них.

Результаты и их обсуждение. 1. Сформировавшийся синдром был обнаружен у 64±5,4% опрошенных студентов (192 человека). 2. Успеваемость студента и СЭВ имеют сложную дифференцированную зависимость, которая определяется профессиональным самоопределением, включающим в себя мотивы обучения и выбор профессии, а также степенью принятия студентом ответственности за процесс и результат обучения.

Розовский А.В., Михалёнок Н.П.

ФАКТОРЫ РИСКА В ПЕРИОДОНТОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Соломевич А.С.
3-я кафедра терапевтической стоматологии

Цель: определить распространенность факторов риска болезней периодонта у пациентов в возрасте 20-65 лет с различной степенью поражения тканей периодонта.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели и достижения планируемых результатов нами проведено обследование пациентов. Разработан авторский бланк обследования. Он состоял из нескольких блоков: блок для оценки состояния тканей периодонта и записи клинической картины, а также блок содержащий вопрос для пациента, позволяющий выявить наличие вредных привычек и подверженность стрессу.

Результаты и их обсуждение. За время проведения исследования удалось установить, что почти у всех обследованных пациентов есть хотя бы один из факторов риска развития болезней периодонта. Это свидетельствует о высокой распространенности болезней периодонта среди населения, и, соответственно, актуальности нашей работы. Так как болезни периодонта имеют полиэтиологическую природу, у пациентов с средней и тяжелой степенью тяжести заболевания отмечается влияние комплекса неблагоприятных факторов. Также мы выяснили, что стрессовый фактор, которому не всегда уделяют должное внимание, имеет влияние на развитие болезней периодонта, наряду с другими неблагоприятными факторами.

Среди пациентов с болезнями периодонта распространенность выше у лиц, испытывающих стресс, в сравнении с пациентами, не подвергающимися стрессовому воздействию. Стресс определяет изменение образа жизни и поведенческих привычек, а также изменяет иммунный ответ человека, способствуя развитию заболеваний периодонта.

Романенко В.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Кириллова Е.Н., асс. Сахаров И.В.
Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра патологической анатомии

Проблема преждевременных родов и их последствий, по-прежнему, остаётся актуальным вопросом акушерства и ряда смежных дисциплин. Частота преждевременных родов в Беларуси ежегодно составляет около 4%. Одной из основных причин преждевременных родов остаётся внутриутробное инфицирование (ВУИ). Среди всех причин смертности недоношен-

ных новорождённых особое значение имеет респираторный дистресс-синдром (РДС) новорождённых, чаще обусловленный болезнью гиалиновых мембран (БГМ). Исходом многих перинатальных поражений лёгких является бронхо-лёгочная дисплазия (БЛД). Эта патология является наиболее распространённой среди хронических заболеваний лёгких в раннем возрасте. В связи с внедрением новых методов лечения морфология БЛД и структура патологии лёгких у недоношенных новорождённых значительно изменились.

Цель: оценить изменения структуры детской лёгочной патологии, обусловленные пренатальной профилактикой РДС новорождённых и заместительной сурфактантной терапией.

Задачи: сравнить частоту встречаемости преждевременных родов и ВУИ, а также структуру лёгочной патологии у детей, умерших в течение первых трёх месяцев жизни за периоды 1998-2000 гг. и 2008-2010 гг.; описать гистологические изменения в лёгких у умерших от БЛД за 2010 г.

Материалы и методы. Изучены протоколы патологоанатомических вскрытий детей, умерших в периоды с 1998 г. по 2000 г. и с 2008 г. по 2010 г. (УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска). Из них были отобраны две группы детей с лёгочной патологией – 241 и 116 случаев соответственно. С помощью программы Microsoft Excel создана база данных и проведён статистический анализ структуры лёгочной патологии и частоты встречаемости преждевременных родов. Отобраны гистологические препараты всех случаев БЛД за 2010 год (11 случаев) и описаны обнаруженные морфологические изменения.

Результаты и их обсуждение. В первой группе преждевременные роды имели место в 86,4% случаев, во второй - в 75,2%. Из них ранние преждевременные роды - в 35,6% и 42,2% в первой и второй группах соответственно. Патологоанатомически подтверждённое ВУИ в первой группе имело место в 12,86% , во второй - в 13,79% случаях. В первой группе клинический диагноз БЛД поставлен в 7% случаев, патологоанатомический – в 19,9%. Во второй группе – в 22,4% и 21,6% соответственно. Клинический диагноз БГМ в первой группе – в 48% случаев, морфологически подтверждён в 29,5%. Во второй группе – 29,3% и 16,4% соответственно. Клинический диагноз врождённого ателектаза в первой группе имел место в 12% случаев, патологоанатомический – в 13,5%, во второй – в 11,2% и 12,93% соответственно. При изучении гистологических препаратов лёгких умерших от БЛД выявлены: однородность изменений; отсутствие метаплазии эпителия бронхов; маловыраженный фиброз; отсутствие гиперплазии гладкой мускулатуры бронхов; незначительное количество гиалиновых мембран в просвете альвеол.

ВУИ, по-прежнему, является одной из основных причин преждевременных родов; применение заместительной сурфактантной терапии и пренатальной профилактики РДС новорождённых имеет положительный эффект, что подтверждается снижением частоты БГМ, врождённого ателектаза лёгких. Имеет место клиническая гипердиагностика БГМ. Проблема БЛД не утратила своей актуальности, имеет место положительная тенденция в её клинической диагностике. Гистологические изменения при БЛД в настоящее время соответствуют «новой» форме БЛД.

Романенко В.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Научный руководитель асс. Сахаров И.В.
Кафедра патологической анатомии

Патология лёгких стабильно занимает одно из первых мест в структуре неонатальной смертности. Среди всех причин смертности особое значение имеет респираторный дистресс-синдром (РДС) новорождённых, чаще обусловленный болезнью гиалиновых мембран (БГМ). Исходом многих перинатальных поражений лёгких является бронхо-лёгочная дисплазия

(БЛД). Эта патология является наиболее распространённой среди хронических заболеваний лёгких в раннем возрасте. В связи с внедрением новых методов лечения в течение последних десятилетий морфология БЛД и структура патологии лёгких у новорождённых значительно изменились.

Цель: оценить изменения структуры детской лёгочной патологии, обусловленную пренатальной профилактикой РДС новорождённых и заместительной сурфактантной терапией. Задачи: сравнить структуру лёгочной патологии у детей, умерших в течение первых трёх месяцев жизни за периоды 1998 - 2000 гг. и 2008 - 2010 гг.; описать гистологические изменения в лёгких у умерших от БЛД за 2010 г.

Материалы и методы. Изучены протоколы патологоанатомических вскрытий детей, умерших в периоды с 1998 г. по 2000 г. и с 2008 г. по 2010 г. (УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска). Из них были отобраны две группы детей с лёгочной патологией – 241 и 116 случаев соответственно. С помощью программы Microsoft Excel создана база данных и проведён статистический анализ структуры лёгочной патологии по клиническим и патологоанатомическим диагнозам. Отобраны гистологические препараты всех случаев БЛД за 2010 год (11 случаев) и описаны обнаруженные морфологические изменения.

Результаты и их обсуждение. Результатами исследования явились следующие данные: в первой группе клинический диагноз БЛД поставлен в 7% случаев, патологоанатомический – в 19,9%. Во второй группе – в 22,4% и 21,6% соответственно. Клинический диагноз БГМ в первой группе – в 48% случаев, морфологически подтверждён в 29,5%. Во второй группе – 29,3% и 16,4% соответственно. Клинический диагноз врождённого ателектаза в первой группе имел место в 12% случаев, патологоанатомический – в 13,5%, во второй – в 11,2% и 12,93% соответственно. Патологоанатомический диагноз: внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) имел место в 14,5% и 5,17% случаев, врождённой пневмонии в 48,96% и 36,2% случаев в первой и второй группах соответственно. Врождённые пороки лёгких патологоанатомически были выявлены в 2,9% и в 3,44% случаев, а множественные врождённые пороки развития, в том числе с пороками лёгких имели место в 0,4% и в 6% случаев в первой и во второй группах соответственно. При статистическом анализе не выявлено значимых различий между группами по сроку гестации. При изучении гистологических препаратов лёгких умерших от БЛД выявлены: однородность изменений; отсутствие метаплазии эпителия бронхов; незначительная лейкоцитарно-нейтрофильная инфильтрация; маловыраженный фиброз; отсутствие гиперплазии гладкой мускулатуры бронхов; незначительное количество гиалиновых мембран в просвете альвеол.

Применение заместительной сурфактантной терапии и пренатальной профилактики РДС новорождённых имеет положительный эффект, что подтверждается снижением частоты БГМ, врождённого ателектаза лёгких. Имеет место клиническая гипердиагностика БГМ, а также увеличение частоты врождённых пороков развития лёгких. Проблема БЛД не утратила своей актуальности, т. к. её частота остаётся прежней, однако имеет место положительная тенденция в клинической диагностике данной патологии. Гистологические изменения при БЛД в настоящее время соответствуют «новой» форме БЛД.

Романова А.В., Самосейко Е.С.

УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ И ГЕРПЕС ZOSTER)

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Доценко М.Л.
Кафедра инфекционных болезней

Многообразие метаболических процессов, в которых участвует холестерин, приводит к тому, что отдельные специалисты рассматривают его с различных позиций, высказывая по-

рой диаметрально противоположные точки зрения. Кардиологи говорят о безусловной пользе низкого уровня холестерина, подразумевая благоприятный прогноз при развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Психиатры считают, что при низких уровнях холестерина возрастает риск психических расстройств, таких как депрессивные состояния, попытки суицида. Иммунологи полагают, что имеются различия в состоянии иммунной системы у лиц с гипо- и гиперхолестеринемией. Весьма разноречивы данные о роли общего холестерола, как иммуномодулятора при вирусных инфекциях. Таким образом, оценка уровня холестерола при различных вирусных инфекциях является актуальным.

Цель: оценка уровня общего ХЛ крови у лиц страдающих вторичным иммунодефицитом на примере ВИЧ инфекции и у лиц с герпес Zoster.

Задачи:

1. сформировать выборку больных с манифестацией герпесвирусной инфекции (герпес Zoster)

2. сформировать выборку пациентов с 3-4 стадией ВИЧ инфекции;

2. оценить уровень ХЛ у лиц с герпес Zoster и ВИЧ инфекцией (3-4 стадия).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт ВИЧ-инфицированных пациентов (55 пациентов) и больных с герпес Zoster (55 пациентов). Объектом исследования служили пациенты с ВИЧ инфекцией – 3-4 стадия (55) и пациенты с герпес Zoster (55). Из них 43,3% составили мужчины и 52,7% - женщины (в обеих группах пациентов).

Результаты и их обсуждение. Уровень ОХ у пациентов с 3-4 стадией ВИЧ (55 пациентов) составил 4,34±0,24 (млмоль/л) у мужчин и 4,64±0,19 (млмоль/л) у женщин. Уровни общего холестерола среди мужчин и женщин при герпетической инфекции составили – 4,8±0,25 (млмоль/л) и 5,1±0,21 (млмоль/л) соответственно. Приведенные цифры ХЛ существенно ниже ($p<0,05$) среднепопуляционных, а именно – мужчины – 5,21±0,03ммоль/л и женщины – 5,53±0,03 млмоль/л.

Выводы.

1. Низкий уровень общего холестерола сыворотки крови является фактором прогрессирования вирусных инфекций.

2. Пациенты, имеющие низкий уровень холестерола достоверно чаще подвержены развитию герпес Zoster по сравнению с общей популяцией.

Романовский В.Г., Виниченко М.Л.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ И ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Крыжова Е.В.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Наиболее частой причиной поражения сердечно-сосудистой системы является атеросклероз. До 20% общего числа инсультов развивается в системе вертебро-базилярного бассейна. Чаще всего поражается проксимальный сегмент подключичной и вертебральной артерии. Статистика естественного течения атеросклеротического поражения подключичной артерии свидетельствует о высокой частоте инвалидизации и выраженном снижении качества жизни. Следует отметить низкую эффективность консервативного лечения – улучшение отмечается лишь у 10-15%. Окклюзирующие поражения проксимальных отделов ветвей дуги аорты являются одной из главных причин развития сосудисто-мозговой недостаточности и ишемии верхних конечностей.

Цель: изучение результатов эндоваскулярного лечения патологии подключичной и вертебральной артерии.

По сравнению с хирургическими операциями эндоваскулярные имеют определенные преимущества. Данные вмешательства менее травматичны для пациента, кратковременны по сравнению с хирургической операцией, выполняются под местной анестезией (что дает возможность выполнять их у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией), сопровождаются меньшим числом осложнений, сокращают койко-день. При неудовлетворительном результате хирургического вмешательства (тромбоз, рестеноз) выполнение повторных операций затруднительно из-за анатомических особенностей зоны реконструкции. Повторное эндоваскулярное вмешательство связано с меньшими трудностями. Развитие эндоваскулярных технологий привело к их широкому распространению, предложению их в качестве стартовых (первичных) методов лечения атеросклеротических поражениях подключичной артерии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на ангиографическом комплексе «Innova-2000». Были изучены истории болезни 10-ти пациентов с критическими стенозами различной степени и окклюзией проксимального отдела подключичной и вертебральной артерии.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов с синдромом позвоночно-подключичного обкрадывания при достижении положительного результата от вмешательства отмечался антеградный кровоток по a.vertebralis на стороне поражения. Осложнений в ходе вмешательств не выявилось. Однако, как и после любых хирургических вмешательств есть вероятность поздних осложнений.

Эндоваскулярное лечение патологии подключичной и вертебральной артерии является современным, эффективным и безопасным методом лечения при патологии подключичной и вертебральной артерии и наличии синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания.

Романчук К.М.

ИЗМЕНЕНИЕ СВОЙСТВ АЛЬБУМИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Сидоренко В.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Гестоз является одной из самых актуальных проблем современного акушерства: частота его возникновения остается высокой от 7,5% до 25%, он занимает ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Еще одной особенностью гестозов является отсутствие точных лабораторных и инструментальных методов прогнозирования, оценки клинического состояния и эффективности лечения при них. Новые подходы: допплерометрия спиральных артерий матки, определение некоторых биомаркеров гестоза, исследования протеома являются дискутабельными, что актуализирует поиск новых методик.

Цель: выявить изменение свойств альбумина плазмы крови с помощью электронного парамагнитного резонанса у пациенток с гестозом в сравнении с женщинами, беременность которых протекала без осложнений, определить прогностический и диагностический потенциал метода. Задачи исследования: изучить новые лабораторные и инструментальные подходы в прогнозировании и диагностике гестоза; теоретически обосновать применение при гестозе методов, фиксирующих изменение свойств альбумина плазмы крови; изучить изменение свойств альбумина плазмы крови у пациенток с гестозом с помощью метода электронного парамагнитного резонанса; обосновать перспективы использования метода электронного парамагнитного резонанса в прогнозировании и оценке клинического состояния у пациенток с гестозом.

Материалы и методы. Одним из перспективных подходов в исследовании гестозов является метод электронного парамагнитного резонанса, позволяющий определить изменение свойств альбумина плазмы крови. Электронный парамагнитный резонанс заключается в регистрации спина неспаренного электрона, вводимого в молекулу альбумина с помощью специальных зондов. Данные ЭПР-анализа представлены семнадцатью параметрами, на основе

которых вычисляются дискриминантные функции, несущие определенный практический смысл. В данном исследовании использовались RTQ – транспортная эффективность альбумина, DTE – детоксикационная эффективность. Обследовано 17 беременных женщин в возрасте 21-28 лет, из них у 6 диагностированы гестозы, у 11 зафиксировано нормальное течение беременности. При статистической обработке использовался U-критерий Манна-Уитни-Уилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало значительное снижение транспортной и детоксикационной функций альбумина у женщин с гестозом: параметр RTQ для здоровых беременных и пациенток с гестозами составил соответственно 87±2% и 49±4%, параметр DTE - 95±8% и 32±4%. У женщин, беременность которых протекала без осложнений, характеристики транспортной и детоксикационной функций не отличались от таковых для практически здоровых лиц. При гестозе значения показателей функций альбумина коррелировали с клиническим состоянием пациенток. У женщин, обследованных в конце курса лечения, данные показатели были в пределах значений для практически здоровых лиц: параметр RTQ составил 60-63%, DTE – 43-46%.

В результате работы было установлено изменение свойств альбумина при гестозе, причем эти изменения фиксируются до появления симптомов. Таким образом, показатели детоксикационной и транспортной функций альбумина могут быть использованы для оценки клинического состояния пациенток с гестозом, для оценки эффективности лечения, а также для прогнозирования гестоза в доклиническую стадию.

Романюк В.Г.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дуда В.И.
Кафедра акушерства и гинекологии

Гиперпластические процессы эндометрия остаются одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии в связи с неуклонным ростом заболеваемости раком эндометрия. До настоящего времени вопрос о риске развития злокачественной трансформации гиперплазированного эндометрия остается открытым. По данным United States Cancer Statistics (USCS) частота озлокачествления простой гиперплазии эндометрия составляет 3%, сложной гиперплазии эндометрия-5%, простой атипической гиперплазии эндометрия-8-15%, сложной атипической гиперплазии эндометрия-32%. Период пременопаузы характеризуется постепенным угасанием функции яичников, в процессе которого гиполютеинизм сменяется ановуляцией с относительной гиперэстрогенией и далее гипоэстрогенией.

Цель: определить распространенность различных форм патологических состояний эндометрия в пременопаузе, оценить особенности соматического, метаболического, эндокринного статуса у больных с различными формами гиперпластических процессов.

Материалы и методы. Материалом настоящего исследования послужил ретроспективный анализ 75 клинических историй болезни женщин на базе 5 ГКБ г. Минска за 2011-2012 год. Возраст пациенток в исследуемой группе варьировал от 45 до 54 лет. Распределение женщин по возрастным группам следующее: 45-48 лет-44,4%, 49-51 год-29%, 52-54 года - 26,2%. Жалобы больных при поступлении можно разделить на 3 группы: менометроррагии отмечались у 60% женщин, меноррагии у 20%, боли внизу живота у 6,7%. Отсутствие клинических проявлений отмечалось у 13,3% женщин. По результатам гистологического исследования соскобов слизистой матки гиперпластические процессы эндометрия в исследуемой группе разделились следующим образом: простая гиперплазия эндометрия без атипии-63,6%, сложная гиперплазия эндометрия без атипии-18,2%, простая гиперплазия эндометрия с атипией-6,8%, сложная гиперплазия эндометрия с атипией-11,4%. Экстрагенитальная патология

была выявлена у 75% пациенток. Первое место в структуре экстрагенитальной заболеваемости принадлежит болезням ССС: артериальной гипертензией страдают 30%женщин, ишемической болезнью сердца-18%;второе-заболеваниям желчевыводящих путей (13,3%), третье-хроническим заболеваниям пищеварительных органов (9%).Сахарным диабетом страдают 9% женщин, заболеваниями щитовидной железы- 4,4.Ожирение встречается у 39%пациенток, избыточную массу тела имеют 35%.Выявилена высокая частота сопутствующих гинекологических заболеваний:миома матки-64,4%,киста яичника-31%,аденомиоз-20%,хронические воспалительные заболевания половой системы-38%.

Результаты и их обсуждение. Наиболее значимыми факторами риска и неблагоприятным фоном для развития, прогрессирования и рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия являются: пременопаузальный возраст, гинекологические заболевания (миома матки, аденомиоз, хронические воспалительные заболевания), отсутствие родов в анамнезе, нейроэндокринные нарушения(ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы). Меры по профилактике гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе должны проводиться в репродуктивном периоде и включать коррекцию метаболических расстройств, нормализацию массы тела, лечение эндокринных растройств и коррекцию менструальной функции.

Ромашкевич А.А.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ СРЕДИ ЖЕНЩИН Г.МИНСКА В ПЕРИОД 2010-2011 ГГ.

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Петряков В.А.
Кафедра болезней уха, горла, носа

В последние годы растет заболеваемость злокачественными заболеваниями во всем мире. По данным ВОЗ ежегодно регистрируется около 10 млн новых случаев злокачественных новообразований по всему миру. В РБ с 1994г ежегодно регистрируется свыше 30 тыс злокачественных новообразований всех локализаций. Рак гортани занимает 10-е место среди всех злокачественных опухолей и 1-ое среди опухолей верхних дыхательных путей. До сих пор принято считать, что рак гортани – преимущественно мужское заболевание, ведь наиболее частой причиной рака гортани является курение. Однако на сегодняшний день среди курящего населения курит 56% женщин и только 53% мужчин. Таким образом, прогнозируемо ожидается рост заболеваемости раком гортани среди женщин через 10-20 лет.

Нами был проведен анализ заболеваемости раком глотки и гортани среди женщин г. Минска по данным МГКОД 2010-2011 гг.

Таблица 1. – Анализ заболеваемости раком глотки и гортани среди женщин г. Минска.

Годы	всего	Возраст				Стадии				Вредные факторы		Смертность
		31-40	41-50	51-60	61 и более	1	2	3	4	курение	алкоголь	
2010	15	3	0	9	3	1	4	5	5	7 из 9	4 из 9	5
2011	11	0	5	3	3	1	1	7	2	Нет данных	Нет данных	0 (на момент анализа)

Из этих данных видно, что заболевание распознается врачами чаще на 3-4 стадиях, что значительно ухудшает прогнозы. Первопричиной поздней диагностики является несвоевременная обращаемость больных, ошибочная диагностика и тактика врача. Поэтому необходимо проводить полное и тщательное обследование больных в максимально сжатые сроки.

Выводы.

- повышение знаний и квалификации врачей;
- онконастороженность;
- пропаганда здорового образа жизни среди населения;
- повышение уровня образованности населения;
- усиление государственных и медицинских средств борьбы с курением и алкоголизмом;
- улучшение экологических и производственно-бытовых условий для населения.

Все вышеперечисленные факторы будут способствовать снижению заболеваемости злокачественными опухолями всех локализаций, особенно гортани и глотки.

Ромашкевич А.А., Ленивко Е.А.

НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Колесникова М.Л.
Кафедра нормальной физиологии

Движущей силой всех биохимических реакций в организме, а также выполнения работы, является энергия. Источником энергии являются химические связи питательных веществ, которые поступают с пищей. Поэтому организм человека наделен мощными физиологическими системами контроля уровня поступающей энергии, а, следовательно, и потребления пищи. Пищевое поведение – сложный рефлекторный акт, в регуляции которого принимают участие гипоталамус (центры голода и насыщения), лимбическая система, ретикулярная формация, передние отделы коры больших полушарий. В условиях физиологической нормы достигается баланс между чувством голода и насыщения. Если баланс нарушается, то возникают различные расстройства пищевого поведения такие, как чрезмерное сокращение приема пищи (анорексия), сильное переедание (булимия). По данным ВОЗ анорексией страдают, по меньшей мере, 2 % взрослого населения планеты, один миллиард человек имеет излишний вес, более 300 миллионов страдают от ожирения, около 2,6 миллиона человек ежегодно умирает от причин, связанных с излишним весом. Извечтно, что основным диагностическим критерием которого служит индекс массы тела (ИМТ = вес (кг): $\{рост\ (м)\}^2$). Индекс массы тела позволяет определить степень соответствия массы тела и роста, т.е. косвенно оценить является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной.

В связи с этим цель нашей работы заключалась в выявлении механизмов возникновения пищевых расстройств. Для этого были обобщены сведения о структурах ЦНС и гуморальных факторах, участвующих в регуляции пищевого поведения, проведён сбор и анализ информации о теориях голода и насыщения. При рассмотрении конкретных заболеваний рассматривались гипотезы возникновения, патогенез и возможные последствия.

Анализ собранной информации показал, что для адекватной профилактики и лечения расстройств пищевого поведения необходимо четкое представление о регуляции пищевого поведения в целом и ведущей проблемы у каждого конкретного человека.

Ромашко В.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ СКРИНИНГОВЫХ

РЕГИОНАЛЬНЫХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Научный руководитель канд. мед.наук, асс. Саванович И.И.
1-я кафедра детских болезней

Физическое развитие ребенка является важнейшим фактором формирования его здоровья. Нарушения в нутритивном статусе детей, специфическими признаками которого являются дефицит массы тела и задержка роста, оказывают неблагоприятное воздействие в периоды интенсивного роста и развития организма, к которым относится ранний возраст. Несмотря на стандартизацию исследований физического развития, продолжаются дискуссии о преимуществах различных методик оценки физического развития.

Цель: провести сравнительный анализ информативности скрининговых методик оценки физического развития на примере детей в возрасте 1 года, используя региональные (Центильные таблицы, Методические рекомендации «Таблицы оценки физического развития детей Беларуси», Гродно 2000)и международные нормативы (Z-score оценка, ВОЗ).

Материалы и методы. Изучение и оценка физического развития детей; объем исследования - показатели физического развития (рост и вес) 112 детей в возрасте 1 года, которые были направлены на консультацию в Республиканский центр целиакии на базе УЗ «3 ГДКБ» г. Минска.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ информативности методик оценки физического развития на примере детей в возрасте 1 года, с использованием региональных и международных нормативов, показал целесообразность использования для скрининговой диагностики наряду с региональными и международные нормативы.

Ромашко В.А., Шиторля В.А.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ БЕЛОРУССКОГО ГОС УДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСТЕТА О ВЛИЯНИИ УФ-ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Навроцкий А.Л.
Кафедра кожных и венерических болезней

В течение многих лет загар был связан со здоровым и модным внешним видом. К сожалению, мода на загорелое тело оказывает вредное влияние на здоровье человека, о чем не все знают. Исследования последних лет показали, что результатом этого стал рост заболеваемости раком кожи, в том числе меланомой. В течение последних 30 лет частота выявления меланомы увеличилась в 4 раза. Эта тенденция отчасти связана с посещением людьми солариев, о чем свидетельствуют данные литературы. Посещение солярия людьми до 35 лет увеличивает риск заболеваемости меланомой на 75%. Особенно эта опасность возрастает при несоблюдении норм интенсивного излучения эмитированного через лампы в кабинах солярия.

Цель: изучение знаний студентов Белорусского государственного медицинского университета по вопросу эффектов воздействия ультрафиолетового излучения на организм человека, а также внутренних установок студентов, связанных с загаром.

Материалы и методы. Оценку знаний студентов проводили анонимно с помощью специально разработанной анкеты. В исследовании принимали участие 167 студентов 4 курса педиатрического факультета. В качестве группы сравнения выступали студенты медицинского университета г. Белостока (Польша).

Результаты и их обсуждение. Из опрошенных 74% не избегали длительного пребывания на солнце. В группе сравнения - 78%. Более 90% знали, что такое загар и в какое время следует избегать нахождения на солнце. 89% знали, что необходимо использовать солнцеза-

щитный крем даже при загоревшей коже. 71% опрошенных считали, что необходимо защищать детей от чрезмерной инсоляции. 39% полагали, что в солярии используется ультрафиолетовое излучение (УФ) в спектре А, в группе сравнения - 27%. 56% думали, что используется УФ А и В, в группе сравнения 68%. 75% опрошенных отметили, что загарать в солярии вреднее, чем на солнце. В результате опроса установлено, что 89% вообще не посещали солярий (в группе сравнения 62,5%), 7% посещали более 5 раз в год (в группе сравнения 25%), и лишь 4 % более 10 раз (в группе сравнения 12,5%). Только 60% знали, как правильно использовать солнцезащитный крем, в группе сранения-83,3%. 65% студентов указали как одну из причин новообразований кожи длительное пребывание на кожи. 74% дали правильное определение понятию солнечного ожога, в группе сравнения - 86,1%. 49% имели солнечные ожоги в прошлом (в группе сравнения - 20,8%).

В результате исследования установлено, что большинство опрошенных студентов имеют удовлетворительные знания о негативных последствиях, связанных с повышенной экспозицией ультрафиолетового излучения. Однако отдельные ответы показали недостаточную осведомленность в вопросах длительности пребывания на солнце, болезнях, которые обостряются под действием солнца.

Важным элементом профилактики новообразований кожи является защита перед вредным воздействием УФ – излучения. Эта тема должна быть неотъемлемой частью образования студентов Белорусского государственного медицинского университета, что косвенным образом может помочь в формировании в обществе здоровых привычек, связанных с правильным загаром.

Росеник Н.И.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА «ФОТОЛОН» И ИСТОЧНИКА ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чистякова Г.Г.
Кафедра общей стоматологии

Благодаря высокому бактерицидному эффекту и отсутствию формирования резистентности фотодинамическая терапия (ФДТ) имеет большое преимущество перед традиционными антисептическими средствами во многих направлениях стоматологии. Данная перспективная методика может применяться с целью профилактики развития вторичного кариеса для удаления патогенных микроорганизмов из дентинных канальцев. При лечении кариеса использование ФДТ позволяет уничтожить оставшиеся бактерии в размягчённом дентине, что даёт возможность проводить более консервативное препарирование.

Препарат Фотолон® (Белмедпрепараты) является одним из наиболее перспективных фотосенсибилизаторов на основе хлорина е6, официально разрешенным к клиническому применению и для которого накоплено большое количество экспериментальных и клинических данных, подтверждающих его высокую эффективность и безопасность.

Цель: изучить эффективность формы, концентрации и времени экспозиции препарата «Фотолон» для проведения фотодинамической терапии при лечении глубокого кариеса зубов.

Материалы и методы. Исследования были проведены на кафедре общей стоматологии БГМУ совместно с кафедрой электронной техники и технологий БГУИР. В исследовании использовали 60 недавно удаленных зубов жевательной группы. На время проведения эксперимента зубы находились в гидратированной среде. На окклюзионной поверхности зуба цилиндрическим бором были искусственно созданы полости ящикообразной формы (I класс по Блэку), имитирующие глубокий кариес дентина. Для исследования глубины проникновения

фотосенсибилизатора в дентинные канальцы зуба в 1-ой группе использовали препарат «Фотолон» в виде геля. Вторая группа зубов обрабатывалась раствором (концентрация 1% и 2%).

Отпрепарированные полости первоначально протравливали 36% фосфорной кислотой в течение 10 секунд, смывали протравку, затем проводили высушивание полостей и нанесение фотосенсибилизатора с помощью аппликатора. «Фотолон» активировали с помощью лазерного излучения мощностью 50 мВт и фотодиодной лампы. Время экспозиции каждой из данных форм фотосенсибилизатора составлял 2 минуты и 5 минут, после чего «Фотолон» смывали с помощью воздушно-водяной струи гидроаэратора. Затем все зубы распиливали в продольном направлении с помощью дентального вращающегося диска. Полученные образцы исследовали на флуоресцентном микроскопе.

Результаты и их обсуждение.

1. Наибольшая глубина пенетрации препарата «Фоталон» зарегистрирована при использовании формы в виде раствора, концентрация существенного значения не имела.

2. Лабораторные исследования показали эффективность источников излучения, как лазера, так и светодиода при активации препарата «Фотолон».

3. Экспозиция воздействия была различной и зависела от формы препарата и источника излучения.

Росеник Н.И., Фролова О.С.

ВЛИЯНИЯ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ МАКРОГЛОССИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Хандогий Д.В.
Кафедра ортодонтии

Изучение макроглоссии в ортодонтии является актуальным, поскольку у пациентов с увеличенным размером языка наблюдается развитие характерных зубочелюстных деформаций. Правильная диагностика макроглосии позволяет в последующем спланировать наиболее эффективное лечение.

Макроглоссия представляет собой увеличение языка в результате мышечной гипертрофии, опухоли или эндокринных дискорреляций. Псевдомакроглоссия – это состояние, при котором язык имеет нормальные размеры, но клинически он кажется увеличенным в отношении окружающих анатомических образований полости рта. Согласно этиологии выделяют истинную, относительную и функциональную макроглоссию, которые в свою очередь могут быть врожденными и приобретенными.

Цель: разработать методику диагностики критериев относительной макроглоссии, приводящих к развитию мезиального прикуса.

Материалы и методы. Клинические исследования были проведены на кафедре ортодонтии БГМУ. В исследовании участвовали 20 человек с мезиальным прикусом (исследуемая группа) и 20 человек с ортогнатическим прикусом (контрольная группа). Возраст обследуемых составлял 15-25 лет, что соответствует периоду сформированного прикуса. Изучение основных параметров относительной макроглоссии проводилось методами клинического наблюдения и анализа диагностических моделей языков и зубных рядов.

Алгоритм диагностики критериев относительной макроглоссии, влияющих на развитие мезиального прикуса, включал анализ морфометрических параметров и функциональных нарушений языка и зубочелюстной системы.

В специально разработанные карты обследования пациентов вносилась следующая информация: профиль лица; профильный тип лица по Хорошилкиной; класс окклюзии по Энглю; аномалии окклюзии, зубных рядов и отдельных зубов; объем полости рта; функциональные нарушения; форма языка; асимметрия языка; объем языка; размер уздечки языка; борозды на верхней поверхности языка; отпечатки зубов на языке; положение языка в покое.

Для измерения соотношения объема языка и объема полости рта была разработана специальная методика получения оттисков языка и полости рта. Оттиски языка получали с помощью специально смоделированных перфорированных пластмассовых ложек для языка (3 типоразмера).

Статистическая обработка материала выполнялась на ЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0).

Результаты и их обсуждение. Разработана методика диагностики относительной макроглоссии. Выявлены параметры, влияющие на развитие мезиального прикуса при макроглоссии. Изучено соотношение объема языка и объема полости рта, влияющее на развитие аномалий прикуса III класса по Энглю. Определены основные показания и противопоказания к проведению хирургической коррекции объема языка – частичной глоссэктомии.

Рубаха А.И., Каснерик И.К.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ НОГ

Научный руководитель асс. Журавлева Н.В.
Кафедра морфологии человека

Проблемы деформации суставов пальцев ног беспокоили человечество еще с давних времен. В раскопках древнеегипетских пирамид найдены останки людей, у которых ампутированы первые пальцы стопы, а вместо них приделаны деревянные протезы.

Согласно МКБ-10 деформация пальцев ног имеет несколько видов: наружное искривление большого пальца hallus valgus приобретенное, ригидный большой палец стопы, другие деформации большого пальца стопы приобретенные, другие молоткообразные пальцы стопы приобретенные, другие деформации пальца(цев) стопы приобретенные, приобретенные деформации пальцев стопы неуточненные. Среди вышеназванных нозологических форм наиболее частой является искривление большого пальца hallus valgus (так называемые «шишечки», или «косточки»). Вальгусная деформация большого пальца значительно ухудшает качество жизни, приводя не только к эстетическим проблемам, но и приводит к развитию интенсивных болей, когда не только ходьба, но и стояние становятся затруднительными. Как правило «шишка» постепенно увеличивается и краснеет, обувь ее натирает, появляются язвочки. На подошвах и пальцах образуются мозоли и болезненные натоптыши. Все это приводит к тому, что человек не может носить обувь. Чаще заболевание встречается у женщин в возрасте 45-55 лет. Доказана наследственная предрасположенность к заболеванию. В этом случае первые признаки заболевания могут появляться уже в двадцатилетнем возрасте.

Актуальность выбранной темы определяется не только высокой степенью распространенности (по статистике 70% людей имеют ту или иную степень деформации стопы), но и действенными мерами профилактики и лечения в случае своевременного обнаружения данной патологии.

Цель: изучить и систематизировать данные о приобретенных деформациях суставов пальцев стоп, используя отечественные и зарубежные литературные источники.

Задачи:

- изучить причины деформирования суставов пальцев ног; дать определение изучаемой патологии;
- изучение способовткоррекции деформаций суставов консервативными и хирургическими методами;
- изучение способов профилактики развития деформации суставов пальцев ног.

Деформацию пальцев стоп нередко называют болезнью цивилизации, так как частота данной патологии резко возросла в XXI веке, что является последствием неправильного образа жизни современного человека (ношение модельной узкой обуви на высоком каблуке, кроссовок, избыточный вес и др.). При наличии наследственной предрасположенности вероят-

ность возникновения данного заболевания существенно возрастает. Зная причины, приводящие к развитию деформации пальцев стоп, можно разработать эффективные меры профилактики и избежать необходимости хирургического лечения, которое иногда является единственно эффективным.

Рудковская Е.В., Гуминская А.А.

ÉPILEPSIE

Научный руководитель, ст. преп. Звонко А.И.
Кафедра иностранных языков

On peut retrouver des traces de l'existence de l'épilepsie très loin dans le passé. De nombreuses indications témoignent de la présence de l'épilepsie depuis le début de l'humanité.

Autrefois, comme aujourd'hui, elle était une des maladies chroniques les plus courantes: Elle touche 0,5 (en Biélorussie) à 1% de la population. Il existe donc en France entre 300 000 et 600 000 épileptiques!

L'épilepsie est une maladie du cerveau (affection neurologique) définie par la survenue répétée et non prévisible de l'arrêt de la fonction normale du cerveau, appelé «crise épileptique».

Il n'existe pas une seule épilepsie, mais de nombreuses formes différentes, à l'origine de crises épileptiques elles-mêmes très variées (crise tonico-clonique généralisée ou convulsions, crise myoclonique, absence épileptique, crise partielle simple, crise partielle complexe, sont les plus fréquentes). Une épilepsie est caractérisée par deux traits essentiels: le caractère «généralisé» ou «partiel», et leur étiologie.

Aujourd'hui, il y a à peu près 20 substances chimiques qui peuvent être utilisées seules ou en association, et qui ont une grande chance de succès dans le traitement de l'épilepsie. Avec les médicaments d'aujourd'hui, 60% des malades n'ont plus de crises d'épilepsie, 20% sont nettement améliorés (par exemple baisse de la fréquence des crises), et seulement 20% sont résistants à la thérapie. Parmi ceux-ci, la moitié peut profiter de la chirurgie.

Chaque année, 1000 vies pourraient être épargnées si une personne sur 10 connaissait les gestes d’urgence.

L'épilepsie peut être associée à un handicap sévère, en raison de pathologies neurologiques associées, de la sévérité des crises et leur résistance aux traitements, de l'âge de survenue, de la dépendance qui s'instaure... L'impact sur la qualité de vie est alors important, et ces personnes ainsi que leurs entourages sont engagés dans un long combat qui concerne de très nombreux aspects de la vie quotidienne, y compris les plus triviaux.

Plusieurs travaux sont menés en neurosciences à propos de l'épilepsie. Il s'agit de comprendre les corrélats biologiques de ce qui est observé en clinique, de décrire l'activité neuronale pendant une crise épileptique, et de comprendre les mécanismes d'initiation d'une crise et ses conséquences physiologiques à plus ou moins long terme.

L'épilepsie n'a rien à voir avec une faiblesse de l'esprit. Pour preuve, voici de nombreux personnes de malades épileptiques "de génie", qui, malgré leur maladie, ont été des figures remarquables de l'histoire (Jeanne d'Arc, Molière, Napoléon Ier, Fiodor Dostoïevski, Alfred Nobel et d`autres).

Рудковская Т.И.

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЕЧЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Логинов В.Г.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Когнитивные нарушения различного генеза выявляются у 12-17% лиц после 50. При этом депрессия является основным дезадаптирующим фактором у пациентов с данной патологией. Она наблюдается у 70% лиц, страдающих энцефалопатией смешанной этиологии. Связь между энцефалопатией и депрессией двусторонняя, поскольку не только энцефалопатия способствует возникновению депрессии, но и депрессия негативно влияет на когнитивно-мнестический статус.

Цель: исследовать взаимосвязь когнитивно-мнестического статуса и уровня депрессии у пациентов с энцефалопатией смешанного генеза.

Материалы и методы. На базе 9-й ГКБ г. Минска было обследовано 27 пациентов с подтвержденным клиническим диагнозом энцефалопатии различного генеза, из них 10 мужчин и 17 женщин в возрасте от 52 до 80 лет, что соответствует эпидемиологическим данным по данной патологии. Каждый пациент прошел нейропсихологическое тестирование. Для оценки когнитивного статуса использовались Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и короткий синдромальный тест (SKT). Уровень депрессии устанавливался на основании шкалы Гамильтона (HDRS). Критерием включения стал показатель MoCA ≤ 25 на первом визите, что свидетельствует о наличии нарушений в когнитивной сфере. При расчетах применялись методы медицинской статистики.

Результаты и их обсуждение. По уровню депрессии пациенты были разделены на 3 группы: депрессия отсутствует – 11 человек (41%), легкая депрессия – 9 (33%) и депрессия средней степени выраженности – 7 (26%). Причем у пациентов без депрессии средний балл по SKT составил 7,45, с легкой депрессией – 4,44, с депрессией средней степени тяжести – 7,14. На основании данных результатов можно предположить, что при незначительном снижении когнитивного статуса депрессия усиливается, что очевидно вызвано переживанием пациента из-за адекватной оценки своего состояния. В то же время, при более сильном снижении уровня когнитивного статуса, депрессия не наблюдается, что связано со снижением критики больного к своему состоянию. Для подтверждения данной гипотезы необходимо увеличить выборку, что также поможет найти степень когнитивных нарушений, при которой уровень депрессии начинает снижаться. При вычислении коэффициента корреляции методом корреляции рангов Спирмена между уровнем депрессии и когнитивным статусом была выявлена прямая умеренная статистически значимая связь ($q=0,4\pm0,18$, $p<0,05$).

Выводы.

1. Между уровнем депрессии и когнитивным статусом у пациентов с энцефалопатией различного генеза существует прямая умеренная связь, с вероятностью безошибочного прогноза >95%.

2. Депрессия является частой сопутствующей патологией у пациентов с энцефалопатией различного генеза (встречается в 70% случаев) и требует обязательной медико-психологической и социальной коррекции.

Рудопис А.И., Щербо А.М.

ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сергеева И.И.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель: изучить возможности диагностики различных заболеваний методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ); выявить преимущества данного метода исследования.

ПЭТ как методика исследования стала доступна около 20 лет назад – и только сейчас она начинает занимать достойное место среди методов исследования в клинике. В основе метода лежит феномен позитронной эмиссии, наблюдаемый во введённом в организм радиофармпрепарате при его распределении и накоплении в различных органах. В отличие от стандартной МРТ или КТ, прежде всего обеспечивающей анатомическое изображение органа, при ПЭТ оценивают функциональные изменения на уровне клеточного метаболизма, которые можно распознавать уже в ранних, доклинических стадиях заболевания, когда структурные методы визуализации не выявляют патологических изменений.

ПЭТ используют для диагностики и исследования цереброваскулярной патологии, болезни Альцгеймера, хореи Гентингтона и других видов деменций, эпилепсии, онкологических заболеваний.

Преимуществом метода является дифференциальная диагностика сходных по клиническим проявлениям патологических процессов, прогнозирование течения заболевания, оценка эффективности проводимой терапии, отсутствие противопоказаний.

В настоящее время позитронно-эмиссионная томография - одно из самых высокоточных и высокотехнологичных исследований для диагностики различных заболеваний. ПЭТ расширила наше понимание биохимических основ нормальной и патологической работы систем внутри организма и позволила проводить биохимические исследования пациентам одновременно с их лечением. Использование метода в связи с недостаточной оснащённостью и высокой стоимостью остаётся крайне ограниченным и доступным лишь в крупных исследовательских центрах, однако потенциал ПЭТ довольно высок. Чрезвычайно перспективным представляется внедрение методики, предусматривающей одномоментное выполнение МРТ и ПЭТ с последующим совмещением полученных изображений, что позволит получать максимум информации как о структурных, так и о функциональных изменениях в различных органах и системах.

Рудченко В.О.

ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ СЕННЫ И ИМБИРЯ

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Гурина Н.С.
Кафедра организации фармации

Одной из актуальных проблем современной медицины и фармации остается лечение запоров. По некоторым данным запоры или функциональные заболевания кишечника в последнее десятилетие считаются наиболее распространенными среди больных гастроэнтерологического профиля. Это подтверждают и данные эпидемиологических исследований, приведенные проф. Н. Б. Губергриц , который отметил, что запоры диагностируются у 12% взрослого населения Земли, у 50% населения Великобритании, России, у 30% населения Германии, у 20% населения Франции. По данным зарубежных авторов , около 75% пожилых людей занимаются самолечением запоров. Актуальность работы, учитывая вышеизложенное, а также широкое применение препаратов сенны в терапии данного заболевания, состоит в об-

зоре литературных источников по сенне как лекарственному растительному сырью, применяемому в официнальной медицине.

Имбирь относительно недавно был включен в состав Государственной фармакопеи Республики Беларусь, поэтому актуальным представляется обзор литературных данных по применению данного ЛРС в медицинской практике.

Объектами исследования в данной работе являются: применяемые в медицинской практике фармакопейные растения - сенна остролистная (Cassia acutifolia) и сенна узколистная (Cassia angustifolia), а также имбирь аптечный (Zingiber officinale).

Цель: обзор литературных данных по систематическому положению данных растений, их ботаническому описанию, ареалу и среде обитания, химическому составу и контролю качества использованию в научной и народной медицине, а также обзором существующих фитопрепаратов на основе данных растений.

В ходе выполнения данной работы были использованы материалы из монографий (ВОЗ), из энциклопедических источников, учебников по фармакогнозии, Государственной фармакопеи РБ, справочной литературы по лекарственным средствам, а также интернет-ресурсы.

По имеющимся литературным данным, препараты имбиря оказывают противорвотное действие, в том числе при «морской болезни», а также рвоте, спазмолитическое, противоязвенное, противовоспалительное, гиполипидемическое, антиагрегантное и желчегонное действие. При этом у препаратов имбиря имеется ограниченное число установленных противопоказаний и побочных эффектов. В составе комбинированных фитопрепаратов имбирь добавляется для усиления проявления лечебных свойств других растений в препарате.

Согласно обзору литературных данных препараты сенны в обычных терапевтических дозах оказывают послабляющее действие, а в более высоких – сильное слабительное. Эффект наступает через 10-12 часов после приема. Кассию применяют при симптоматическом лечении запоров в тех случаях, когда диета, богатая растительными волокнами и обильное питье не приводят к желаемому результату. Фитопрепараты сенны имеют ограниченное число противопоказаний,малый круг побочных эффектов (метеоризм, боли в животе, диарея, аллергия), что расширяет сферу применения данных препаратов (в т.ч. лечение без участия врача). Бесспорным плюсом препарата является то, что при его очень хорошей изученности к настоящему времени никаких генотоксических последствий in vivo не наблюдалось.

Имбирь является интересным объектом для дальнейших научных исследований его лечебных свойств, а сенна занимает свою значительную нишу в большом круге слабительных средств.

Рудько О.Г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ (АИС) В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Научный руководитель ст. преп. Халямина И.И.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Информатизация – организационный, социально-экономический и научно-технический процесс, обеспечивающий условия для формирования и использования информационных ресурсов и реализации информационных отношений.

Автоматизированная информационная система (АИС) – представляет собой программно-техническую и организационно-административную систему сбора и обработки информации, связанной с технологическим процессом, и предназначена для создания и управления информационными потоками, сбора, анализа и обработки данных на основе ведения компьютерной документации.

Цель: улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях с помощью использования АИС.

Задачи:

- оценить простоту и доступность работы с АИС;
- определить наличие преимуществ ведения электронной документации в сравнении с бумажной документацией;
- определить обеспечение взаимосвязи и преемственности работы подразделений амбулаторно-поликлинической организации с другими медицинскими организациями с помощью АИС;
- оценить качество технической поддержки АИС в амбулаторно-поликлинической организации;
- определить отношение врачей к информатизации медицинской организации и изучить их предложения по улучшению функционала АИС.

Результаты и их обсуждение. Для исследования использовалась анкета, состоящая из 35 вопросов, разделенных на тематические блоки в соответствии с поставленными задачами. В анкетировании участвовали 50 врачей различных специальностей организаций здравоохранения г. Минска, рабочее место которых охвачено АИС. При анализе полученных данных было выявлено, что использование АИС приводит к:

- сокращению трудовых и временных затрат на выполнение традиционных процессов и операций, что способствует увеличению времени для опроса и осмотра пациентов;
- повышению простоты составления учетно-отчетной документации;
- ускорению обработки информации и расширению возможностей осуществления статистического анализа;
- улучшению преемственных связей с другими медицинскими организациями (стационарами, консультативными центрами, диспансерами).

Рудько О.Г., Соколовская О.Н.

ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕГО БРОНХООБСРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гриб В.М.
1-ая кафедра внутренних болезней

Бронхообструктивный синдром (БОС) – это симптомокомплекс, возникающий вследствие сужения дыхательных путей, проявляющийся экспираторной одышкой, сухим приступообразным кашлем, ощущением хрипов в груди и другими симптомами. Наиболее типичным клиническим проявлением являются сухие свистящие хрипы в легких при аускультации. Бронхообструктивный синдром ассоциируется прежде всего с такими заболеваниями, как бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких. Правда, эти заболевания относятся к категории хронических. Вместе с тем, нередко имеет место в клинике острый БОС, требующий отдельного толкования. Проведенный поиск литературы в таком контексте как «впервые возникший БОС» не дал результатов, что и дало повод для проведения исследования.

Цель: оценить клинические особенности впервые возникшего БОС у пациентов отделения пульмонологического профиля.

Задачи:

- изучить половозрастную структуру пациентов с впервые возникшим БОС
- определить наиболее частые клинические проявления впервые возникшего БОС
- изучить структуру установленных причин, вызвавших впервые возникший БОС

- изучить влияние сопутствующих заболеваний на появление впервые возникшего БОС,
- оценить эффективность лечения бронхообструктивных нарушений.

Результаты и их обсуждение. Было проведено исследование 40 больных, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении 10 ГКБ Минска в 2012-2013 гг. БОС констатировался на основании характерных клинических данных и спирографического исследования. В ходе исследования установлено, что впервые возникший БОС значительно чаще выявлялся у женщин. Средний возраст пациентов составил 58 лет. Наиболее частыми клиническими проявлениями являлись сухой кашель, одышка при физической нагрузке и ощущение хрипов в груди. Среди установленных причин возникновения БОС первое место заняли инфекционные заболевания (острые вирусные и бактериальные бронхиты, пневмонии). Отягощенный аллергологический анамнез был установлен только у 8% пациентов. Больным пожилого возраста часто сопутствовали заболевания сердечно-сосудистой системы, что иногда создавало определенные трудности в интерпретации проявлений БОС. Анализ проводимого лечения выявил определенные трудности в ведении этой категории больных.

Рукан Т.А., Алексеевич В.Р.

ТРОМБОЦИТАРНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У КРЫС С ИШЕМИЕЙ-РЕПЕРФУЗИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ТАУРИНОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Максимович Н.Е.
Гродненский государственный медицинский университет

Острые нарушения мозгового кровообращения – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. Ключевыми звеньями патогенеза церебральной ишемии являются недостаток поступления кислорода к мозгу, что ведет к снижению энергообразования, нарушению транспорта различных ионов, ацидозу, активации свободнорадикальных процессов. Немаловажную роль в патогенезе ишемических повреждений головного мозга играет нарушение сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза [Нечипуренко, 2008]. Ишемическое повреждение ткани мозга приводит к выбросу в кровь тканевого тромбопластина, который активирует систему гемостаза, приводя в реперфузионном периоде к возникновению синдрома «no-reflow». Это обусловливает целесообразность поиска препаратов, обладающих корригирующим действием по отношению к показателям системы гемостаза. Наше внимание привлек таурин, который стабилизирует нейрональные мембраны, является осморегулятором, антиоксидантом и может выступать в качестве антиишемического средства [Шейбак, 2005].

Цель: оценить состояние тромбоцитарного звена системы гемостаза крыс при тридцатиминутной ишемии-реперфузии головного мозга и введении таурина.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на белых крысах-самцах (n=28), массой 200-260 г. Для создания ишемии-реперфузии головного мозга на обе общие сонные артерии накладывались клипсы (на 30 минут), после чего кровоток по общим сонным артериям восстанавливали. Продолжительность реперфузионного периода составила 30 минут. В ходе эксперимента животные разделены на 4 группы: 1-я – ложнооперированные животные (контроль), 2-я – животные с ишемией головного мозга (ИГМ), 3-я – крысы с ишемией-реперфузией головного мозга (И-Р ГМ), 4-я – животные с И-Р ГМ с введением таурина (1 мг/кг) непосредственно перед ишемическим воздействием (И-Р ГМ + Т). Забор крови для исследований осуществляли путем катетеризации общей сонной артерии.

Состояние тромбоцитарного звена системы гемостаза оценивали по агрегационной способности тромбоцитов на агрегометре Solar (по методу Born, 1964 в модификации). Для сравнения значений использовали непараметрический метод с критерием Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. При изучении агрегационной способности тромбоцитов отмечалось увеличение степени агрегации тромбоцитов при ИГМ в 2,7 раза, а в группе с И-Р

ГМ – в 3,9 раза, по сравнению с данным показателем в группе контроль (p<0,05). В группе животных с И-Р ГМ + Т исследуемый показатель снижался в 1,6 раза, по сравнению с данным показателем в группе с ИГМ (p<0,05) и в 2,4 раза, по сравнению с данным показателем в группе с И-Р ГМ (p<0,05).

Скорость агрегации при ИГМ увеличивалась в 2,5 раза, а при И-Р ГМ – в 4 раза, по сравнению с данным показателем у ложнооперированных животных (p<0,05). Введение таурина снизило скорость агрегации в 1,3 раза, по сравнению с данным показателем во 2-й группе (p<0,05) и в 2 раза, по сравнению с данным показателем в 3-й группе (p<0,05).

Выводы.

1.Как при ишемии, так и при восстановлении кровотока в головном мозге крыс происходит повышение агрегационных свойств тромбоцитов, причем при ишемии-реперфузии оно более выражено.

2.Введение таурина оказывает корригирующее действие в отношении агрегации тромбоцитов, что важно для профилактики возникновения синдрома «no-reflow» в реперфузионном периоде.

Рукша К.Г.

ANATO-MOLECULAR IMAGING: COMBINING STRUCTURE AND FUNCTION IN PET/CT AND PET/MR

Научный руководитель преп. Кузьмина В.В.
Кафедра иностранных языков

This article has attempted to summarize important themes of ongoing advancements by providing an overview of current state-of-the art developments in software- and hardware-based multimodality imaging combining PET with other structural imaging modalities (PET/CT and PET/MR imaging). Multimodality imaging has changed drastically over the last 2 decades. The pace of change has accelerated rapidly in the last decade driven by the introduction and widespread acceptance of combined PET/CT units in the clinic and the likely deployment of compact PET/MR imaging systems in the near future. Navigating beyond the sixth dimension is now becoming possible with recent progress in multidimensional and multiparametric multimodality imaging combining the latest advances in sophisticated software to make use of existing advanced hardware. A controversy arose recently regarding the future role of SPECT in the era of PET. Time will determine whether these predictions are wrong or will come true. Given that the role of any molecular imaging technology is established with respect to the benefits conveyed to patients, dual-modality imaging systems using PET as the key component are here to stay and will definitely maintain an exclusive standing in clinical diagnosis, the assessment of response to treatment, and the delivery of personalized treatments and targeted therapies.

The subject of this research is to combine structure and function in PET-CT and PET-MR methods.

The objects are scientific magazines and literature which contain information about this method.

The purpose of the research is to systematize facts about combined use of PET and CT or MR.

The tasks are: 1) To investigate the technological perspective of PET-CT and PET-MR. 2) To give answers to the following questions:

1) What is the level of hardware integration that can be achieved?

2) What level of software integration can be achieved?

3) What co-scan rang of PET and CT should the patient handling system offer?

The conclusions of the research:

Anatomic imaging	Metabolic imaging (PET/CT)
• Localization or Mass	• Identification of change in cell biochemistry
• Difficult to differentiate scar tissue	• Straightforward delineation of dis-

from recurrence	ease from scar tissue
• Difficult to study the whole body	• 30 minute whole body assessment
• Slow to assess response to therapy, must wait for anatomic change	• Fast assessment of therapy effectiveness due to change in metabolism
• Requires concentrations of contrast agents that alter metabolic process	• Trace quantities of FDG do not change metabolism

The value of PET/CT is clearly in the power of metabolic imaging versus anatomic imaging. The ability to identify disease prior to visible anatomic changes allows for early detection. It also alleviates the uncertainty that anatomical imaging techniques face in the presence of scar tissue.

In addition, for therapy monitoring questions, anatomic techniques can only give information once a structural change in the tumor has occurred. PET/CT can give a much earlier indication of the state of the cancer cells thus demonstrating the response (or non-response) of cancer to treatment. PET/CT can clearly delineate a reduction in the metabolic rate of a dying tumor using quantitative measurement of FDG uptake.

Русакова А.А., Резникова М.И.

ВАКЦИНАЦИЯ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Якимович Н.И.
1-я кафедра детских болезней

Цель: выявить уровень осведомленности родителей по вопросам вакцинопрофилактики и проблемам, связанным с нею.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 101 респондента-родителя, дети, которых находились на лечении в больницах города Минска (Детская городская инфекционная клиническая больница, 3 городская детская больница). Результаты обработаны при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение.

портрет респондента: женщина в возрасте 25–35 лет (72 человека), имеющая высшее образование (63 человека) и одного ребенка (69 человек), большинство мам (85%), постоянно читают специальную литературу по уходу за детьми, прививает детей абсолютное большинство (94 человека);

знания о профилактике инфекционных заболеваний и профилактических прививках респонденты получают из интернета (61%/62%), газет и журналов (36%/36%), участкового доктора/медицинской сестры (39%/14%), родственников и друзей (29%/21%), телевизионных программ о здоровье (29%/31%);

прививает детей абсолютное большинство (94 человека). Отношение к прививкам позитивное (61%), затрудняются ответить 34% опрошенных, 4 человек выказывают негативное отношение к прививкам;

у 66% детей была реакция на прививки, которая проявлялась местно (боль и покраснение в месте введения), повышением температуры тела и появлением сыпи (2 человека). Родители связывали эти реакции с введением АКДС-вакцины;

только 27% респондентов уверены, что вакцинация защищает ребенка от инфекционных заболеваний, о возможной защите говорят 56% респондентов, 80% родителей считают, что проведение профилактических прививок против пневмококковой и ХИБ–инфекции не повлияло на заболеваемости их детей;

мотивацией к проведению прививок для большинства родителей является угроза заболевания (76%);

одной из самых частых реакций на вакцину является повышение температуры тела, поэтому мы предложили родителям ответить на блок вопросов о рациональном применении

жаропонижающих в такой ситуации. Большинство родителей: дают жаропонижающие при температуре более 38-38,5 градусов (78%); стараются сбить температуру до 37-37,5 градусов (61%). 47 % респондентов дают жаропонижающие повторно через 4 часа, если температура у ребенка сохраняется, а 32% опрошенных дают их через 2 часа.

Русанова С.А., Наумчик Е.Н.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭНЦЕФАЛИТОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Астапов А.А.
Кафедра детских инфекционных болезней

Цель: изучить и проанализировать особенности клинического течения и роль лабораторных и инструментальных исследований в диагностике герпетических энцефалитов в остром периоде у детей.

Материалы и методы. Анализ историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом герпетического энцефалита. Было обследовано 14 детей с диагнозом герпетический энцефалит, находившихся на стационарном лечении в ДИКБ г. Минска, мальчиков – 8 (57%), девочек – 6 (43%).

Результаты и их обсуждение. Диагноз герпетического энцефалита и менингоэнцефалита подтверждался молекулярно-биологическими методами исследования у всех 14 больных: методами иммунофлюоресценции ликвора или крови (3-е больных), методом ПЦР выявлялось ДНК ВПГ у 11-ти больных (у 10 больных в ликворе), определение антител в крови во фракции IgM (1 больной).

Возраст детей колебался от 11 месяцев до 12 лет, но чаще всего встречалось в возрасте до 3-х лет (9 детей).

Заболевание начиналось с повышения температуры до 38°C у 8-ми больных, от 38°C до 39°C – у 4-х больных и только у 2-х больных температура больше 39°C. Ведущими клиническими симптомами были вялость, рвота от 2-х до 8-ми раз до момента госпитализации в стационар у 13-ти больных и судорожный синдром у 6-ти больных с очаговой симптоматикой со стороны нервной системы у 10-ти больных. Было направлено в стационар с диагнозом ОРВИ 9 больных, из них 6 детей с судорожным синдромом, 2-е больных с подозрением на менингит и 3-е больных с другими диагнозами.

Гематологические изменения характеризовались лейкоцитозом от 9,4 до 30,2x10^{9}/л в первые дни госпитализации с палочкоядерным сдвигом у 7-ми больных и увеличением СОЭ у 4-х больных.

В стационаре в клинической картине болезни преобладали рвота, судорожный синдром и очаговая симптоматика.

При исследовании ликвора у 13-ти больных были получены следующие данные: у 5-ти больных нормальный цитоз, у 3-х больных – до 100x10^{6}/л и больше 100x10^{9}/л – у 4-х больных. Клеточный состав ликвора был следующим: у 8-ми больных преобладали лимфоциты и у 5-ти преобладали нейтрофилы, что затрудняло дифференциальную диагностику с гнойными менингитами, которые исключались через 3-4 дня после получения отрицательных результатов посева на бактерии. Глюкоза в ликворе свыше 4 ммоль/л/час обнаруживалась у 11 больных, достигая в отдельных случаях 8.87 ммоль/л/час и только у 2-х больных была в пределах возрастной нормы. У 4-х больных из 11 было снижено содержание белка в ликворе.

На ЭЭГ у 5-ти больных выявлялись диффузные изменения медленноволнового характера.

Проводилось лечение виролексом, медавиром или ацикловиром внутривенно в дозах 10-20 мг/кг х 3 раза в сутки 7-10 дней, роцефином от 5 до 10 дней и восстановительная терапия. Летальных исходов не было.

Таким образом, для диагностики герпетических энцефалитов и менингоэнцефалитов необходимо использовать метод ПЦР диагностики, даже при нормальном ликворе.

Рутковская Т.С.

ВРОЖДЁННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА: НЕЗАРАЩЕНИЕ DUCTUS ARTERIOSUS

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Конопелько Г.Е.
Кафедра нормальной анатомии

Цель: по данным литературы изучить причины возникновения аномалии сердца – незаращение артериального протока; узнать какое место по частоте занимает данный порок среди других пороков сердечно-сосудистой системы; определить как данная патология распределяется среди лиц мужского и женского пола; изучить клинические симптомы проявления открытого артериального протока и методы его лечения.

Материалы и методы. Изучено 20 научных источников литературы по врожденным порокам сердца и крупных сосудов. Проанализированы 10 историй болезни из хирургического архива Детского хирургического Центра 1-ой клинической больницы больных, которые были прооперированы по поводу открытого артериального протока (Боталлова); изучено послеоперационное течение болезни.

Результаты и их обсуждение. По данным литературы незаращение артериального протока встречается в 9-30% случаев среди других врожденных пороков сердца. Установлено, что артериальный (Боталлов) проток имеет важное физиологическое значение при плацентарном кровообращение у плодов. Артериальный проток соединяет лёгочный ствол с вогнутой частью дуги аорты и служит для сбрасывания венозной крови в аорту минуя малый круг кровообращения. По данным литературы и клиники выявлено, что артериальный проток закрывается (облитерируется) к 6 месяцам после рождения, превращаясь в артериальную связку. По клиническим данным при нарушении процесса облитерации кровь из аорты, где давление выше, поступает обратно в правый желудочек и вызывает его расширение.

Дети, страдающие незаращением Боталлова протока, как правило, отстают в развитии. У них может отмечаться повышенная утомляемость, характерно появление одышки даже при небольшой физической нагрузке. В первые месяцы жизни дети склонны к пневмониям. У небольшого числа больных на первом году жизни может развиваться сердечная недостаточность, осложняющаяся гипертензией в малом круге кровообращения. Незаращение Боталлова протока сочетается с другими аномалиями сердца и крупных сосудов (стеноз устья аорты, коарктация аорты, тетрада Фалло). Лечение данного порока может быть только хирургическое.

Выводы. По данным литературы и на основании изученных историй болезни 10 пациентов, которые перенесли операцию по перевязке открытого артериального протока, нами было показано, что данный порок сердца влияет на гемодинамику большого и малого кругов кровообращения. Без хирургического лечения к 30 годам смертность среди больных составляет 20-25%. Учитывая высокую вероятность осложнений (сердечная недостаточность, инфекционный эндокардит, легочная гипертензия, смерть), изучение теоретических и практических вопросов об открытом артериальном протоке является актуальным.

Рутковская Т.С.

РЕШЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ЧЕРЕЗ РАБОТУ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В БЕЛАРУСИ

Научный руководитель преп. Лубинский И.И.
Кафедра философии и политологии

Цель: поиск методов по повышению эффективности решения социальных проблем в Беларуси через работу третьего сектора.

Задачи: ознакомление с понятиями «третий (гражданский) сектор», «общественная организация»; определение места этих понятий в системе государства с юридической стороны; выяснение, какие общественные организации существуют в Беларуси и какую они имеют направленность деятельности; рассмотрение иностранной системы работы третьего сектора, сравнение её с белорусской.

Отыскав несколько белорусских общественных организаций, было доказано практическое существование третьего сектора. Был проведён социальный опрос жителей столицы, который также выявлял место третьего сектора в жизни нашей страны. Упорядочив эти цифры, можно увидеть несомненные плюсы: три четверти населения знают о существовании третьего сектора, более половины знают о его работе. Но при этом вопрос выявил и минусы: основная часть населения не заинтересована в работе общественных организаций, всего 38% считают существование третьего сектора несомненно полезным.

В исследовании мы опирались в основном на теорию Б. Гидрона, Р. Крамера и Л. Саломона, которые выдвинули четыре модели социального обеспечения, и самой эффективной признали ту, при которой социальную функцию выполняет как государство, так и третий сектор, являясь при этом партнёрами. Кроме того государство занимается в основном финансированием, а общественные организации – непосредственно предоставлением услуг. Для повышения эффективности решения социальных проблем необходимо наладить партнёрство между государством и гражданским сектором.

Социальный заказ – такая система отношений, когда государство и третий сектор работают во взаимоотношениях заказчика-исполнителя, когда социальная функция, возложенная на государство, в какой-то мере перекладывается на общественную организацию, а государство направляет на выполнение заказа финансы. Социальное предпринимательство – система хозяйствования, при которой весь доход предприятия направляется для удовлетворения социальных нужд.

Для сравнения с опросами в Минске приведём материалы, полученные в городе Торунь, Польша, где, в отличие от Беларуси, программы социального заказа и социального предпринимательства уже разработаны. Был проведён опрос студентов одного из лицеев города. Отвечая на вопросы о существующих в Польше общественных организациях, студенты очень много рассказали о таких узкоспециализированных организациях, как Польская Организация Автомобилистов и Мотоциклистов, Ассоциация Фотографического Искусства, Национальный Охотничий Клуб и других.

Из этого следует, что другой уровень организации партнёрства государства и третьего сектора даёт возможность создания, и главное – широкого распространения таких специальных организаций.

Можно сделать вывод, что чем выше уровень организации партнёрства, тем шире спектр предлагаемых третьим сектором социальных услуг. Таким образом, третий сектор – это «сегодняшний» день, это показатель устойчиво развивающейся социально-экономической системы государства. Поэтому на развитие этого сектора нужно обратить пристальное внимание.

Рутковская Ю.Г., Длужневская В.И.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СХЕМЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Слизень В.В.
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

В последние годы на территории Республики Беларусь наметилась устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости энтеровирусными инфекциями. Периодические обострения эпидситуации имеют место во многих странах Европы, в том числе в государствах СНГ

(России, Украине), Азии и Америки. Улучшение лабораторной диагностики за счет внедрения современных методов является одной из мер по контролю заболеваемости энтеровирусными инфекциями.

Цель: усовершенствовать схемы лабораторной диагностики энтеровирусных инфекций.

Результаты и их обсуждение. Генетические исследования привели к накоплению информации о нуклеотидной последовательности геномов многих энтеровирусов. Генетическое разнообразие ЭВ, приводящее к формированию серотипов, обусловлено рекомбинациями в областях генома VP4 и 2A-2C, реже - в области генома 3C-3D, рекомбинации в структурной области генома (VP2-VP1) не влияет на серотип. В 1996 – 2003 гг. на территории РБ циркулировал довольно широкий набор ЭВ: вирусы полиомиелита всех трех серотипов, вирусы Coxsackie B 2, 3, 4, 5, 6, вирусы ECHO 3, 6, 7, 11, 13, 16, 30 серотипов (при этом ECHO 30 доминировал и на его долю приходилось 40,4% изолятов). Диагностика энтеровирусных инфекций включает 4 основных метода 1) серологический; 2) иммуногистохимический; 3) молекулярно-биологический; 4) культуральный. Молекулярно-биологические методы исследования с использованием полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией характеризуются высокой специфичностью, чувствительностью и быстротой исполнения. В работе проанализированы генетические локусы, на основании которых проводится генетическая идентификация и генотипирование энтеровирусов. Проведен анализ специфичности и чувствительности серологического, культурального метода диагностики энтеровирусных инфекций.

Таким образом, в работе оптимизирован алгоритм лабораторной диагностики энтеровирусных инфекций с учетом генетических методов.

Рутковский А.К., Метельский А.А.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МИНСКОГО РАЙОНА

Научный руководитель асс. Гамидова Е.Д.
Кафедра фармакологии

Глобальный характер проблемы артериальной гипертензии (АГ) продиктован ее широкой распространенностью в мире, которая составляет 30% населения Земли. Сердечно-сосудистые осложнения, вызванные АГ,- такие как инсульт, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, приводят к преждевременной инвалидизации и ухудшению качества жизни. Ежегодно в мире регистрируется около 3 млн. смертельных исходов от АГ и связанных с ней осложнений.

Появление современных технологий позволило подойти к решению проблемы АГ с качественно новых позиций, способствующих не только эффективному снижению уровня АД, но и уменьшению степени риска развития осложнений, вызываемых АГ. Однако общая эффективность гипотензивных препаратов используемых бригадами скорой помощи имеет некоторые недостатки. Это обусловлено не всегда правильным и рациональным использованием всего перечня гипотензивных лекарственных средств, доступных к применению медицинскому персоналу. В сложившейся ситуации актуально проведение анализа гипотензивных препаратов в условиях скорой помощи. Нами были проанализированы карты вызовов станции скорой медицинской помощи Минского района с окончательным диагнозом АГ. В РБ объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе организовано в соответствии с приказами: №1030 "Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению “ и №155 "Об утверждении алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией…".

Проведенный анализ выявил частоту назначений лекарственных средств не соответствующую указанным протоколам. Было показано процентное отношение препаратов исполь-

зуемых для купирования АГ кризов: (тиазидные и тиазидоподобные диуретики, петлевые диуретики, антагонисты альдостерона, В-блокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II), наиболее часто использовались: ингибиторы АПФ (каптоприл 16,28%), петлевой диуретик (фуросемид 26.41%) Обращает на себя внимание тот факт, что процент назначений $MgSO_4$ 30,23% не соответствует требованиям приказа МЗ РБ №155 и противоречит некоторым положениям приказа №1130. И среди прочих назначений довольно высока доля использования лекарственных веществ, не рекомендованных к назначению при АГ, данный факт указывает на необходимость более тщательной проработки существующих правовых актов.

Рыбина А.Л.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЯ ТРУДА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ОАО «БЕЛАРУСЬКАЛИЙ»

Научный руководитель доц. Семенов И.П.
Кафедра гигиены труда

Открытое акционерное общество "Беларуськалий" - один из крупнейших в мире и самый крупный на территории СНГ производитель и поставщик калийных минеральных удобрений. ОАО "Беларуськалий" включает в себя четыре рудоуправления, вспомогательные цеха и обслуживающие подразделения, в которых занято около 20 тысяч человек. Таким образом, условия труда на ОАО «Беларуськалий» оказывают влияние на значительное количество работающих, что вносит вклад в формирование заболеваемости по республике в целом.

Условия труда работников ОАО «Беларуськалий» характеризуются воздействием таких вредных производственных факторов как пыль, шум, вибрация, а также работы в условиях недостаточной инсоляции.

В ходе работы была проведена оценка факторов условий труда на данном предприятии, установлены классы условий для работающих на данном предприятии.

При проведении оценки состояния здоровья работающих по анкетам-опросникам для выявления факторов риска нарушений дыхательной системы были установлены наиболее диагностически важные симптомы, позволяющие установить риск развития заболеваний дыхательной системы, а также необходимость направления работающих на санаторно-курортное лечение. Также был проведен анализ нарушений состояния здоровья работающих со стороны дыхательной системы в различных стажевых и профессиональных группах. Также было проанализировано психологическое состояние здоровья работающих в различных стажевых и возрастных группах.

Была установлена взаимосвязь между состоянием здоровья работающих и условиями труда на производстве.

На основании полученных результатов была разработана система профилактических мероприятий на предприятии для снижения степени неблагоприятного влияния производственных факторов на состояние здоровья работающих.

Рымарь М.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И РОЛЬ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ В ОЦЕНКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Ясинская Л.И.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Исследование безусловных рефлексов у новорожденных и детей первого года жизни является одним из основных методов оценки состояния нервной системы и распознавания ее поражений.

Цель: изучение времени появления и редукции безусловных рефлексов у доношенных детей в период новорожденности и в течение первого года жизни для определения их диагностической значимости в неврологическом исследовании.

Материалы и методы. Проведен клинико-неврологический мониторинг с определением редукции врожденных безусловных рефлексов у 48 доношенных детей в возрасте от 1,5 до 12 месяцев, среди которых 22 мальчика (45,8%) и 26 девочек (54,2%), находившихся на лечении на базе ГДИКБ и 3 ГДКБ.

Результаты и их обсуждение.

1. Безусловные рефлексы у доношенных детей первого года жизни имеют различную диагностическую значимость.
2. Своевременная редукция надсегментарных позотонических автоматизмов оказывает большое влияние на становление моторного развития ребенка: лабиринтного тонического и асимметричного шейного тонического рефлексов, которые выявлялись на 3-ем месяце жизни только у 8,1% и 16,7% соответственно.
3. Выпрямляющие рефлексы туловища появляются к концу 3-го месяца жизни: лабиринтный установочный на голову – 79,2%, выпрямляющий рефлекс с туловища на голову – 69,1%, шейная выпрямляющая реакция – 72,7% с максимальной выраженностью в виде верхнего установочного рефлекса Ландау на 7 – 8 месяце жизни – 95,3%.
4. Рефлексы орального автоматизма у детей первого года жизни непостоянны и имеют невысокую диагностическую ценность для становления моторного развития: отмечается выявление ладонно-ротового рефлекса Бабкина у 64,3% детей до 3-ёх месяцев жизни; хоботковый рефлекс практически не выявлялся в первые месяцы жизни, поисковый рефлекс был только у 15,7% детей в первый триместр жизни.
5. Исследование рефлексов спинального автоматизма показало высокую диагностическую ценность рефлекса Моро – 54,2%, верхнего хватательного – 50,5%, опоры и автоматической ходьбы – 45,8%, рефлекса Бабинского – 58,3% в распознавании поражений нервной системы.
6. Прогностически неблагоприятным является сохранение после трех месяцев жизни у детей рефлекса Моро, перекрестного аддукторого рефлекса в сочетании с другими пирамидными симптомами (клонус стоп, высокие сухожильно-надкостничные рефлексы, асимметричность рефлекса Бабинского), верхнего хватательного рефлекса.
7. Развитие двигательных навыков (в частности движения руками) отражает состояние умственного развития ребенка: зрительно-тактильно-кинестетические манипуляции в первые три месяца жизни, зрительно-тактильно-моторные в период от 3 до 6 месяцев, зрительно-мотрная координация – после 6 месяцев.

Рындова Д.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ И БЕЗ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО ТРАКТА

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Хващевская Г.М.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) согласно B.J. Maron определяется как генетическое заболевание, сопровождающееся утолщением миокарда без дилатации, при отсутствии других причин, способных вызвать гипертрофию. Симптомы заболевания малоспецифичны, при этом происходят специфические морфофункциональные изменения миокарда с прогрессирующим течением. В настоящее время наблюдается рост заболевания, что связано, вероятно, не столько с возрастанием числа заболеваний, сколько с прогрессом современной диагностики. В связи с этим ГКМП остается актуальной проблемой современной кардиологии и терапии.

Цель: провести сравнительный анализ основных клинических симптомов и нарушений ритма при ГКМП с обструкцией и без обструкции выходного тракта (ВТ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезней пациентов кардиологических отделений УЗ 4 ГКБ г. Минска в период с 2010-2012 гг. с диагнозом ГКМП. Исследовались основные жалобы, данные анамнеза, объективные и лабораторно-инструментальные данные: ЭКГ, ХМ, ЭхоКГ. Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 7.0.

Результаты и их обсуждение. При проведении обследования выделены 2 группы пациентов: 16 человек с обструкцией ВТ и 14 человек без обструкции ВТ. Обе группы были сравнимы по возрасту и полу: средний возраст пациентов составил 42±13,3 лет, из них 18 мужчин и 12 женщин. I группу составили 10 мужчин и 6 женщин, II – 8 мужчин и 6 женщин. При поступлении пациенты жаловались на: боли в области сердца – 30%, одышку – 8%, головокружение и обморочное состояние – 3%, нарушение ритма – 19%.

На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии миокарда ЛЖ и/или МЖП: депрессия сегмента ST, изменения конечной части желудочкового комплекса (сглаженный или отрицательный зубец T), патологический зубец Q или зубцы QS в разных отведениях. При ХМ зарегистрированы следующие нарушения ритма: желудочковая экстрасистолия 70%, нарушение проводимости в а-в-узле 16,7%, нарушение функций с-а-узла 40%, эпизоды пароксизмальной мерцательной аритмии 10%. УЗИ сердца выявило ТМЖП 18,3±0,79 мм; ФВ – 58,9±1,72%; СГД ВТ ЛЖ:›30 мм рт. ст. – 70,4±6,58, ‹30 мм рт. ст. – 12,32±2,66.

Выводы.

1) ГКМП – прогрессирующее заболевание, приводящее к развитию жизнеугрожающих аритмий в виде ЖЭ, пароксизмов фибрилляции предсердий, суправентрикулярной ЭС и редко к развитию а-в-блокады.

2) Чаще основные клинические симптомы и нарушения ритма наблюдались при обструкции ВТ.

Рябоволов Ю.В.

УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Федулов А.С.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Цель: представить краткую информацию о новых препаратах моноклональных антител, чья эффективность в отношении лечения рассеянного склероза на сегодняшний день доказывается на различных фазах клинических испытаний; описать механизмы их действия; предоставить имеющуюся информацию о результатах клинических исследований на фазах 2 и 3 одного из препаратов данной группы (Алемтузумаб) в сравнении с самым часто используемым на сегодняшний день препаратом для лечения рассеянного склероза – интерфероном бета-1а; осветить основные аспекты безопасности данного препарата; прогнозировать дальнейшее использование препаратов данной группы для лечения рассеянного склероза.

Материалы и методы. Анализ научной литературы по данному вопросу.

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день все зарегистрированные препараты для лечения рассеянного склероза малоэффективны; однако проведенные клинические исследования различных препаратов моноклональных антител показывают высокие результаты их эффективности, давая возможность дальнейшего их изучения и применения для лечения различных типов течения рассеянного склероза.

Рябцев В.В.

ПРИЧИНЫ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Иванова Т.Е.
Кафедра военно-полевой хирургии

Цели:

1. Научиться работать с клиническими данными.
2. Изучить ошибки в диагностике «острого живота».
3. Научиться систематизировать и проводить анализ полученных данных.
4. Улучшить качество дифференциальной диагностики в неотложной абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. В ходе работы были изучены и проанализированы истории болезни 37 пациентов, проходящих лечение в период с 2009 по 2012 г.г., с неотложной хирургической патологией органов брюшной полости, переведенных в хирургическое отделение 4-ой городской клинической больницы из других отделений. Для обработки результатов ретроспективного исследования были использованы общепринятые методы дисперсионного статистического анализа.

В работе проведен анализ причин диагностических ошибок и возможные пути их устранения. Сформулированы рекомендации по внедрению в клиническую практику результатов работы. Выработанные в ходе исследования рекомендации позволят существенно снизить количество диагностических ошибок в общехирургической практике многопрофильного стационара.

Сабалевский А.В.

ТРАНСАНАЛЬНОЕ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ НИЗВЕДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Аверин В.И.
Кафедра детской хирургии

С момента первого описания в 1886 г. болезни Гиршпрунга было предложено множество различных методов ее хирургического лечения. Несмотря на то, что в настоящее время отмечается значительное улучшение результатов оперативных вмешательств, ни одна из применяющихся методик не обходится без осложнений и характеризуется высокой травматичностью, тяжелым послеоперационным, и длительным восстановительным периодами. Особенностью современного подхода к лечению аганглиоза толстой кишки является минимизация операционной травмы как за счет разработки различных модификаций широко известных методик Swenson, Soave, Duhamel, так и благодаря появлению качественно нового подхода - метода трансанального эндоректального низведения толстой кишки.

Цель: улучшение результатов лечения детей с болезнью Гиршпрунга путем внедрения в практику детской колопроктологии малоинвазивного метода трансанального эндоректального низведения толстой кишки при раннем достоверном выявлении патологии.

Задачи:

1. Разработать алгоритм обследования пациентов с хроническими запорами с целью более раннего выявления болезни Гиршпрунга.
2. Проанализировать суть метода трансанального эндоректального низведения толстой кишки: его преимущества и недостатки.
3. Проследить интраоперационные и послеоперационные осложнения, провести их комплексную оценку.
4. Проанализировать особенности послеоперационного ведения пациентов после таких операций.
5. Сравнить результаты лечения и качество жизни пациентов методом трансанального эндоректального низведения толстой кишки и операцией Дюамеля и Дюамеля-Мартина.

Материалы и методы.

I. Сбор анамнеза (жалобы, история развития, первоначальные признаки болезни, их динамика, проводимое лечение).

II. Клинико-лабораторные исследования (осмотр, общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ).

III. Специальные и дополнительные методы исследования (ирригоскопия, гистохимия, лапароскопическая поэтажная биопсия толстой кишки).

Было пролечено 14 детей с диагнозом Болезнь Гиршпрунга, исследуемым методом.

Результаты и их обсуждение.

1. Разработан алгоритм обследования детей для раннего выявления и достоверной постановки диагноза болезни Гиршпрунга.
2. Комплексно проанализирован метод, его достоинства и недостатки. Прослежены и оценены интра- и послеоперационные осложнения.
3. Проведен анализ собственного опыта применения данного метода на практике, изучены результаты лечения и качество жизни детей до и после трансанального эндоректального низведения толстой кишки.

Сабалинкайте О.Г.,Кравчук И.А.

IGA-НЕФРОПАТИЯ (БОЛЕЗНЬ БЕРЖЕ) У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Козыро И.А.
1-я кафедра детских болезней

Данное заболевание впервые было описано в 1968г, но в Беларуси этот диагноз ставился в большинстве случаев клинически, т.к. при проведении лишь световой микроскопии изменения в ткани почки описываются как мезангиально-пролиферативные, что не позволяет провести четкую дифференциальную диагностику с другими гломерулопатиями. Только в течение последних нескольких лет стало возможным проведение решающего иммуногистохимического (ИГХ) исследования нефробиоптата, что позволяет своевременно диагностировать болезнь Берже.

Цель: оценить значение клинических, лабораторных, морфологических данных в ранней диагностике IgA-нефропатии для оптимизации терапии.

Материалы и методы. Ретроспективно изучались медицинские карты 9 пациентов, средний возраст 13,7 (5 девочек; 4мальчика), находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении УЗ 2-я ДГКБ с 2010 по 2012 года.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного анализа было выявлено:

1) первые признаки заболевания приходятся на возраст от 7 до 16 лет; 2)соотношение мальчиков и девочек 1:1,2. 3) На момент поступления 100% пациентов предъявляли жалобы на: - изменения в ОАМ (эритроциты, белок); - эпизоды бурой мочи на фоне ОРВИ (7 пациентов), ангины(1 пациент), очаговой пневмонии(1 пациент) При этом интервал между инфекционным процессом и гематурией составлял 1-5 дней .4) по ОАК: без патологии у 3-х пациентов(33,3%), у 6-х воспалительные изменения(66,6%) – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ связанные с наличием интеркуррентных заболеваний. 5) иммуноглобулины сыворотки крови: повышение IgA у 1-го больного (11,1%); 6) по ОАМ: протеинурия до 0,033 г/л у 2-х больных(22,2%) ,у 7-х больных протеинурия от 0,062 до 0,517 (77,7%); эритроциты у 100% больных от 15 до 50; 7)по Зимницкому: нарушение концентрационной функции почек у 7 больных, что составляет 77,7% 8) расчетная скорость клубочковой фильтрации по формуле Шварца < 80 (76,5;73,1) у 2-х больных (22,2%) 9) уровень сывороточного креатинина в норме у всех больных. 10)наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, кариес) выявляется у 6-х больных, что составляет 66,6% 11) по результатам СМАД АГ регистрируется у 2-х больных. 12) результаты ИГХ: экспрессия IgA в большинстве клубочков в виде многочисленных мелких чётких мезангиальных и субэндотелиальных депозитов у 100% больных. 13) По биопсии: сегментарный тип пролиферации с сегментарным гломерулосклерозом у 5 больных. У 3-х сегментарный тип пролиферации без склероза.

Выводы.

1. IgA-нефропатия в большинстве случаев протекает латентно, следовательно, её обнаружение зависит от государственных скрининговых программ исследования мочи, доступности ИГХ исследования при проведении нефробиопссии.
2. Первичная IgA–нефропатия наиболее часто проявляется повторными эпизодами макрогематурии, сопровождающими интеркуррентные заболевания.
3. Уровень IgA сыворотки крови не имеет решающего диагностического критерия.
4. Большинство детей не нуждаются в активной патогенетической терапии. Всем больным с ренопротективной и антипротеинурической целью были назначены и АПФ (эналаприл до 5 мг/сутки) под контролем анализов.
5. Степень гематурии и уровень IgA в крови не влияет на прогноз.

6. Анализ результатов свидетельствует об относительно доброкачественном течении IgA нефропатии в детском возрасте.

Савастеева Е.С.

РОЛЬ ВОСХОДЯЩИХ ПОЯСНИЧНЫХ ВЕН В КОЛЛАТЕРАЛЬНОМ ОТТОКЕ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Научный руководитель асс. Клюй Е.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Наиболее частыми причинами окклюзии нижней полой вены (НПВ) являются ее тромбоз как следствие распространения вверх тромбоза подвздошных вен либо тромбоз кава-фильтра, сдавление НПВ опухолью, а также врожденные аномалии, такие как дисплазия НПВ (аплазия либо гипоплазия). Система непарной – полунепарной вен, начальным звеном которой являются ВосхПВ, играет важную роль основного пути коллатерального оттока в случаях нарушения проходимости (НПВ).

Цель: изучить топографию ВосхПВ на основании данных СКТ с контрастным усилением у пациентов с нарушением проходимости НПВ.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования 23 пациентов с нарушением оттока крови по НПВ. При гипо – или аплазии инфраренального отдела число больных составило 6 человек (26,1%), гипо – или аплазии супраренального отдела – 5 (21,7%), гипо – или аплазии инфра-супраренального отделов – 5 (21,7%), гипоплазии печёночного отдела – 2 (8,7%), субтотальной и тотальной аплазии НПВ – 3 (13,1%), тромбозе инфраренального отдела НПВ после имплантации кава-фильтра – 2 (8,7%).

Результаты и их обсуждение.

Таблица 1. Средние значения диаметра ВосхПВ в зависимости от уровня окклюзии НПВ

Сторона	Диаметр ВосхПВ, мм				
	Инфрареналь- ный (n= 8)	Супрареналь- ный (n= 5)	Инфра– и супрареналь- ный (n= 5)	Печеночный (n= 2)	Тотальная и субтотальная аплазия (n= 3)
Правая	8,1±0,5	12,8±0,9	8,9±0,5	5,5±0,4	13,1±1,6
Левая	6,2±0,4	9,6±0,7	7,5±0,4	5,2±0,3	9,4±0,8

При окклюзии НПВ на всем протяжении, а также супраренального ее отдела, регистрировалась достоверная разница ($p < 0.05$) в диаметрах ВосхПВ с разных сторон – справа эта магистраль расширялась в большей степени, чем с левой стороны, что указывает на большую значимость правостороннего тока крови (правая ВосхПВ продолжается в непарную вену выше диафрагмы и по ней возможен более интенсивный коллатеральный отток крови до верхней полой вены). Тогда как слева кроме ВосхПВ, имеется дополнительная возможность оттока крови по левой яичковой вене в левую почечную и далее через надпочечниковые, в нижние диафрагмальные, в то время как справа ВосхПВ – единственный путь коллатерального оттока.

Выводы.

1. Нарушение проходимости НПВ в любом из ее отделов запускает механизм коллатерального оттока, в котором системе непарной и полунепарной вен принадлежит основная роль. Начальным звеном этой системы являются ВосхПВ, значительное увеличение размеров которых и их 100% визуализация указывает на важную их составляющую.

2. Наиболее выраженная дилатация ВосхПВ была отмечена при окклюзии НПВ на всем протяжении (ср.13,1±1,6 мм справа), наименьшая – при нарушении проходимости в печеночном отделе НПВ (ср.5,2±0,4 мм слева). При нарушении проходимости НПВ в инфраре-

нальном отделе ВосхПВ увеличивались незначительно (ср.8,1±0,5 мм справа и 6,2±0,4 мм слева).

Саватеев И.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЯДЕР ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ ТИРОЦИТОВ В НОРМЕ И ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Студеникина Т.М.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель: сравнительный анализ ядер фолликулярных клеток здоровой щитовидной железы и при папиллярном раке.

Задачи:

1) провести кариометрические исследования тироцитов в норме.

2) провести кариометрические исследования тироцитов при папиллярном раке

4) провести сравнительную характеристику тироцитов

5) дать оценку применяемых методов информационного анализа для дифференциальной диагностики состояний щитовидной железы.

Материалы и методы. В данном исследовании использовались срезы щитовидной железы человека в норме и при папиллярном раке из коллекции кафедр патологической анатомии и гистологии, цитологии и эмбриологии. Проводилась морфометрия ядер тироцитов с помощью программы Scion Image Vers 4.2. Измерялись периметр, большой и малый диаметры ядер; вычислялись площадь, фактор формы и элонгация ядер тироцитов. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью Microsoft Office 2010 Excel, строились гистограммы распределения ядер тироцитов по площади и элонгации, проводился информационный анализ.

Результаты и их обсуждение. Получены статистически достоверные отличия между популяциями ядер тироцитов в норме и при папиллярном раке. Следует отметить, что такие доступные методы как статистический, анализ формы распределения и информационный анализ позволяют использовать их в дифференциальной диагностике различных форм патологии щитовидной железы.

Савицкая В.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Научный руководитель асс. Хоменко Н.В.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

В последние десятилетия много внимания стало уделяться изучению когнитивного дефицита при шизофрении, в частности, выделилось такое понятие, как «социальные когнитивные функции». Термин «социальные когнитивные функции» («социальные познавательные функции») впервые был использован в социальной психологии для определения того, как человек обрабатывает информацию в социальном контексте, включая личностное восприятие происходящего, выстраивание причинно-следственных связей относительно себя и других, привнесение социальных правил в процесс принятия решений. К основным социальным когнитивным функциям относятся: атрибутивный стиль, навыки в контексте «Теории разума», распознавание эмоций по выражению лица и интонациям голоса (эмоциональное восприятие).

Цель: определение особенностей эмоционального восприятия и исполнительских функций у пациенток с шизофренией.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 26 пациентов женского пола, страдающих шизофренией (согласно критериям МКБ 10), проходивших лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» и давших согласие на участие в исследовании. Контрольную группу составили здоровые женщины (27 человек), без каких-либо психических расстройств, не имеющие родственников с шизофренией. Группы были сопоставимы по возрасту и образованию ($p<0,05$).

Оценка эмоционального восприятия производилась с помощью компьютеризированной нейропсихологической батареи (PennCNP) для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета. Оценка исполнительских функций проводилась с помощью программы «Нейродиагностикум» (Висконсинский тест сортировки карточек). Результаты исследования обрабатывались с помощью статистической программы SPSS, версия 17,0 для Windows. Для оценки различий между основной и контрольной группой использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (Mann-Wittney Test).

Результаты и их обсуждение.

1. В тесте «Память на лица» выявлены различия в общем количестве правильных ответов ($p=0,01$), в т.ч. правильных положительных ответов ($p=0,03$).

2. В тесте «Распознавание эмоций» выявлено снижение количества правильных ответов ($p=0,01$), в т.ч. распознавания мужских и женских лиц ($p=0,01$), основных эмоций: счастье ($p=0,01$), грусть ($p=0,053$), злость ($p=0,025$), страх ($p=0,016$).

3. При выполнении WCST в основной группе определены различия в количестве предъявленных карточек ($p=0,01$), в общем количестве ошибок ($p=0,00$), в количестве неперсеверативных ошибок ($p=0,01$), количестве завершенных категорий ($p=0,00$).

Выводы.

1. Пациентки, страдающие шизофренией, обнаруживают дефицит в восприятии эмоций по сравнению с контрольной группой, для них характерно снижение памяти на лица, неправильное восприятие эмоций на фотографиях человеческих лиц.

2. В целом пациентки имеют более низкие результаты в тесте на исполнительские функции, по сравнению с контрольной группой.

Савицкая Ю.В., Бейнар К.Л.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц., Семенчук И.Д.
Кафедра общей хирургии

Несмотря на развитие медицины, внедрение новых и совершенствование старых хирургических методов даже в начале нового века показатели лечения острой кишечной непроходимости оставляют желать лучшего: количество больных, оперируемых с данной патологией, и процент послеоперационной летальности продолжают оставаться на высоком уровне и не имеют тенденции к снижению. В первую очередь, это связано с серьезными патофизиологическими нарушениями при кишечной непроходимости, развитию которых способствует позднее оперативное лечение, обусловленное несвоевременным обращением за медицинской помощью или трудностями, связанными с диагностикой и постановкой показаний к хирургическому лечению. Среди всей острой хирургической патологии органов брюшной полости на кишечную непроходимость приходится около 1,8%.

Работа наша основана на изучении результатов оперативного лечения 80 случаев кишечной непроходимости у пациентов, которые были оперированы на базе 1 хирургического отделения 5 ГКБ в период с 2009 по 2012г.

Цель: улучшение результатов оперативного лечения острой кишечной непроходимости.

В результате исследования выявлено, что возраст пациентов колеблется от 20 до 84 лет. В среднем составил 61 год. Преобладали пациенты пожилого и старческого возраста. Кроме того, наблюдается тенденция к «омоложению» заболевания: с 2009 по 2011 г.: процент заболеваемости в возрасте от 36 до 55 лет возрос с 16,7% до 31%, также выявлено, что кишечной непроходимостью в равной степени болеют как мужчины,так и женщины. При изучении причин кишечной непроходимости нашей группы пациентов установлено, что обтурационная кишечная непроходимость составила 84,1% (спаечная - 33,6%,опухолевая-50,5%), странгуляционная и смешанная - 6,9%, паралитическая - 9%. Характер оперативного вмешательства у пациентов зависил от причин заболевания и тактика определялась на операционном столе. Выполнены следующие операции: рассечение спаек - 31,9%, операция Гартмана - 31,9%, резекция кишечника с наложением анастамоза - 7,4%, диагностическая лапаротомия - 7,4%, наложение сигмастомы - 5,3%, устранение заворота кишки - 4,3%, грыжесечение - 3,2%. Из 80 оперированных пациентов в 22 случаях возникли послеоперационные осложнения: воспалительно-нагноительные в 35,1% случаев, несостоятельность анастомозов - 15,4%, рецидив кишечной непроходимости - 8,1%, абсцесс брюшной полости - 2,7%. Осложнения со стороны других органов и систем составили: полиорганная недостаточность - 18,9%,пневмония - 16,2%, инфаркт миокарда - 5%. Послеоперационная летальность составила 12,3%.

Савчук М.В.

ОБРАЗНЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Шаранда Г.И.
Кафедра иностранных языков

Слово в процессе общения врача и больного является удивительным исцеляющим фактором и важным компонентом искусства врачевания. Однако оно может вызвать у больного как позитивные, так и негативные эмоции. Умение целенаправленно использовать речевое богатство с учётом характера и индивидуальных черт собеседника помогает направить мысли и действия больного в необходимое русло. Но достижение благоприятного языкового влияния на собеседника немыслимо без выполнения грамматических, стилистических, акцентологических и фонетических норм, существенным недостатком речи врача является иногда бедность его словарного запаса и отсутствие в ней образных выражений (пословиц, афоризмов, крылатых слов), которые являются, как известно, своеобразной школой мудрости.

Основным источником как медицинской терминологии, так и образных выражений в языке медицины являются латинский и греческий языки. Но недостаточное их знание часто приводит к тавтологии, суть которой заключается в употреблении одного и того же слова из разных языков. Например, неграмотно звучит из уст врача «кисть руки»(кисть только на руке), «перелом руки, ноги». (В таком случае следует сказать, перелом какой кости или костей определил врач). Или «лечение фитотерапией» (правильно «провести лечение»), «гнойный абсцесс » (правильно только «абсцесс»), «панацея от всех бед» (греч. panacea – это и есть излечение от всех болезней, от всех бед) и т.д.

Латинский и греческий языки оказали огромное влияние на все европейские языки, в том числе и на немецкий. Так, к античности восходит целый ряд образных выражений, употребляемых в языке медицины, как «Es ist leichter, der Krankheit vorzubeugen, als sie zu behandeln» («Легче болезнь предупредить, чем её лечить»), «Schlaf ist die beste Medizin» («Сон – лучшее лекарство»), «Die Gefahr ist in der Verzögerung» (Опасность в промедлении).

Значительная часть таких образных выражений употребляется в речи как крылатые слова, т.е. выражения, автор которых известен. Например, Der Arzt hilft, die Natur heilt –

Hippokrates. (Врач помогает ,природа лечит). Der Mensch ist, was er isst - Ludwig Feuerbach. (Человек то, что он ест). Krankheit kommt libratim und geht hinweg unciahtim - Martin Luther. (Болезнь приходит пудами, а уходит золотниками). Der beste Arzt ist die Natur, denn sie heilt nicht nur viele Leiden, Sondern spricht auch nie schlecht von einem Kollegen - Ernst Ferdinand Sauerbruch. (Лучший врач – природа, так как она не только исцеляет страдания, но также никогда не говорит плохо о своём коллеге).

Однако большая часть образных выражений уже не воспринимаются в современном языке более как слова, имеющие своего автора, а вошли в сокровищницу народной мудрости и составили богатый пласт пословиц и поговорок. Например, Alter ist ein schweres Malter (старость – трудная ноша), leb endig tot (ни жив, ни мёртв), die Zeit heilt alle Wunden (Время – лучший доктор).

В заключение следует подчеркнуть, что выражения в языке медицины весьма разнообразны как по содержанию, так и по форме. Они являются наиболее экономными средствами выражения мысли, позволяют передать её метко и кратко и украшают речь врача, придавая ей выразительность, образность и точность.

Салахутдинов Э.М.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель асс. Сахаб Хайдар Али Нур
2-я кафедра хирургических болезней

Длительно незаживающие инфицированные раны являются актуальной проблемой современной медицины. Они характеризуются низкой склонностью к заживлению и дороговизной лечения. Предложено множество способов и методов лечения инфицированных ран, в том числе и антимикробными препаратами, но они не являются достаточно эффективными. Это и послужило основанием для изучения гистологических характеристик заживления длительно незаживающих ран с использованием мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани у лабораторных животных.

Для проведения эксперимента были использованы взрослые белые крысы линии Vistar весом 160-200 гр. У экспериментальных животных выполняли моделирование округлой раны на спине по отработанной методике. Затем дно и края раны инфицировались путем инъекций монокультур эталонных штаммов бактерий (*St. aureus*). Все животные были разделены на две группы: контрольную (n=20) и основную (n=20). В контрольной группе, начиная со вторых суток от начала эксперимента, ежедневно проводили внутримышечно антибактериальную терапию препаратом цефтриаксон с обработкой инфицированной раны антисептиками. В основной группе животных лечение включало как выбранную антибактериальную, так и клеточную терапию с применением мезенхимальных стволовых клеток (МСК) из жировой ткани (ЖТ) крыс. На 3,5,7,10,14 сутки вырезались кусочки по большому диаметру раны с краями и подлежащей подкожно-жировой клетчаткой. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и эозином. В дальнейшем проводили световую микроскопию срезов тканей экспериментальной раны в разных полях зрения.

В основной группе на 3-е сутки после трансплантации мезенхимальных стволовых клеток отмечалось: рана была глубокая, доходящая до жировой клетчатки, и была пропитана свежей кровью. Она была покрыта небольшим струпом, под которым начинался образовываться тонкий слой грануляционной ткани. В области краев раны отмечался умеренный воспалительный инфильтрат. На 5-е сутки рана была покрыта струпом, состоящим преимущественно из плазменных белков, под которыми находился тонкий слой некротизированной ткани, пропитанной кровью и молодая грануляционная ткань с большим количеством фибробла-

стов. Выявлялись единичные коллагеновые волокна, которые были ориентированы вдоль раны. Среди грануляционной ткани так же определялись жировые клетки. На 7-е сутки рана была покрыта небольшим струпом, под которым отмечалось образование грануляционной ткани, с большим количеством коллагеновых волокон. В поверхностных отделах грануляций располагались фибробласты, а воспалительный процесс был выражен слабо. На 10-е сутки раневая поверхность была представлена молодой соединительной тканью, в которой определялись большое количество горизонтально ориентированных коллагеновых волокон. Среди коллагеновых волокон на разных уровнях раны располагались большое количество жировых клеток. На 14-е сутки поверхность раны была представлена соединительной тканью, местами эпителизированы. В контрольной группе на 15-е сроки наблюдения в грануляционной ткани сохранялись признаки воспаления раны и замедление регенераторных процессов.

Таким образом, использование мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани способствует ускорению регенеративных процессов длительно незаживающих ран.

Самойлюк Р.Г., Михеев В.С.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Научный руководитель ст. преп. Пантюхов А.П.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Психические и поведенческие расстройства являются очень распространенными по всему миру и выявляются у многих людей в определенные периоды их жизни. Особое место среди психических расстройств занимают расстройства, связанные с такими чрезвычайными событиями как войны, террористические акты, крупные техногенные аварии и природные катаклизмы. В последнее десятилетие наблюдается увеличение числа различных чрезвычайных ситуаций (ЧС). Одновременно с этим имеет место увеличение числа лиц, вовлеченных в те или иные ЧС, что обусловлено такими факторами как рост населения земного шара и его плотности, особенно в мегаполисах, внедрением новых технологий и др.

При всем многообразии характера катастроф, стихийных бедствий и крупных аварий едиными остаются принципы оказания психиатрической и психологической помощи. Организация и конкретное содержание медицинской помощи при ЧС будут зависеть от многих факторов:

1. Вида и масштаба ЧС.
2. Территориальной распространённости ЧС.
3. Особенностей рельефа, климата, национального менталитета и т.д.
4. Возможностей местных (национальных) медицинских сил и средств.
5. Наличия опыта оказания медицинской помощи в подобных ситуациях.

На разных этапах развития ЧС различные факторы будут доминировать, приобретая ключевое значение. Утяжелять ситуацию будут масштабность и внезапность катастрофы, одномоментность возникновения санитарных потерь, недостаток сил и средств (в том числе и медицинских) для ликвидации ее последствий.

В связи с этим при ЧС решающее значение приобретает способность каждого врача, независимо от профиля его деятельности, оказать грамотную помощь при психогениях.

Исходя их вышесказанного, главная цель работы на основе анализа литературы изучить основные принципы организации и оказания психиатрической и психологической помощи населению при ЧС, найти инструкции, которыми могут воспользоваться врачи различных специальностей до контакта пострадавшего с психиатром.

Актуальность работы подтверждается также и тем, что вопросы, освещенные в работе, утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь как тематики спе-

циальной подготовки работников здравоохранения по функционированию отраслевой подсистемы государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

В работе освещены основные принципы организации оказания психиатрической и психологической помощи населению при ЧС, которая может быть оказана врачами не психиатрического профиля.

Сантрич-Баранов И.А., Илькевич С.В.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И АНЕВРИЗАЦИЕЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шамкалович А.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

В клинической практике, несмотря на использование самых совершенных из доступных методов диагностики и лечения и наличие в клиниках специалистов высочайшего уровня с большим опытом работы, случаются смертельные исходы. Как следствие больничная летальность остаётся одним из самых объективных показателей работы стационара, особенно если речь идёт о плановой патологии, как-то: опухоли головного мозга и аневризация сосудов головного мозга.

Цель: проанализировать летальность и показатели связанные с ней и сделать соответствующие выводы, выявляющие наиболее эффективные методы снижения смертности.

Материалы и методы. Материалы – медицинские карты стационарных пациентах за 2009 г., 2010 г., 2011 г., 2012 г., лечившихся и умерших на базе нейрохирургического отделения УЗ ГК БСМП г. Минска; данные о применяющих на базе нейрохирургического отделения УЗ ГК БСМП г. Минска методах лечения пациентов с опухолями головного мозга и аневризацией сосудов головного мозга за 2009 г., 2010 г., 2011 г., 2012 г. Методы – статистический анализ имеющейся документации о стационарных пациентов нейрохирургического отделения УЗ ГК БСМП г. Минска с опухолями головного мозга и аневризацией сосудов головного мозга за 2009г., 2010г., 2011г., 2012г. с последующим выявлением корреляций или отсутствия взаимосвязи между различными показателями, связанными с летальностью и самой летальностью, а также поиск возможных объяснений найденных особенностей и взаимоотношений различных показателей и критериев, сравнение летальности за 2009 г., 2010 г., 2011 г. и 2012 г., установление причин повлиявших на изменение летальности и связанных с ней показателей.

Результаты и их обсуждение. В 2009 г.: выполнено 1132 операции из них 230 случаев с летальным исходом; летальность общая 20,318%; среди прооперированных пациентов с плановой патологией было 95 аневризм головного мозга и 207 опухолей головного мозга; из них летальный исход в 9 и в 34 случаях соответственно. В 2010 г.: выполнено 1047 операций; из них 224 случая с летальным исходом; летальность общая 20,837%; среди прооперированных пациентов с плановой патологией было 85 аневризм головного мозга и 170 опухолей головного мозга; из них летальный исход в 8 и в 15 случаях соответственно. В 2011 г.: выполнено 1093 операции; из них 209 случаев с летальным исходом; летальность общая 19,122%; среди прооперированных пациентов с плановой патологией было 84 аневризмы головного мозга и 206 опухолей головного мозга; из них летальный исход в 2 и в 9 случаях соответственно. В 2012г.: выполнено 983 операции; из них 194 случая с летальным исходом; летальность общая 19,736%; среди прооперированных пациентов с плановой патологией было 86 аневризм головного мозга и 156 опухолей головного мозга; из них летальный исход в 3 и в 11 случаях соответственно. Основными причинами смерти пациентов являлись гематома головного мозга, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечнососудистая недостаточность, отёк и дислокация головного мозга.

Санько А.Н.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ – ОСНОВА ЕЕ БЕЗОПАСНОЙ ЭКСПЛУАТАЦИИ ОБСЛУЖИВАЮЩИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Лавинский Х.Х.,
канд. мед. наук, доц. Худницкий С.С.
Кафедра общей гигиены

Ультразвуковое исследование – метод диагностики, который на сегодняшний день является одним из основных инструментов современной медицины и применяется практически во всех её областях. С каждым годом на рынок выпускается все больше новых и усовершенствованных УЗИ аппаратов, требующих более детального изучения и тщательной экспертизы.

Цель: дать комплексную гигиеническую оценку основным неблагоприятным физическим факторам в новых УЗИ аппаратах мирового производства и решить вопросы профилактики профессиональной вредности.

Задачи: изучить основные компоненты любого ультразвукового аппарата; оценить показатели температуры датчиков; оценить показатели мощности ультразвуковых датчиков в различных видах сканирования; рассмотреть вопросы безопасности ультразвука; оценить возможность возникновения вегетативно-сенсорной полинейропатии рук врачей УЗД; указать профилактические мероприятия по предотвращению профессиональной заболеваемости. Международные стандарты, нормативы мощности, интенсивности и др. показателей не таковы, что действуют у нас. Значение интенсивности, согласно нормативным документам, должно быть меньше 100 Вт/см^2. Но, судя по значениям, предписанным FDA, в трех случаях наблюдается заведомое превышение ПДУ. Поэтому санитарно-гигиеническая экспертиза изделий медицинской техники является обязательным фактором перед вводом их в эксплуатацию на территории Республики Беларусь. Выяснено, что при отсутствии поломок и дефектов УЗИ аппарата, датчик от работы его нагревается. Датчики, встроенные в современные ультразвуковые аппараты PVT – 675MV и PST-25BT нагреваются при работе до 42 $\pm$ 1°C и 40 $\pm$ 1°C соответственно, что превышает нормированный уровень температуры датчика в 40°C. Большинство датчиков в современных ультразвуковых диагностических аппаратах с различными действующими методиками, поступающих в Республику Беларусь, имеют заведомое начальное превышение ПДУ выходной мощности. Риски работы с высокотехнологичным ультразвуковым диагностическим оборудованием связаны с возникновением субъективных и объективных реакций организма; и даже при выполнении ПДУ через 15 лет стажа с возникновением профессионального заболевания – вегетативно-сенсорной полинейропатии рук в 3-5 % случаев. При всех существующих методах безопасности врачей, эта проблема полностью не решена. Необходимо разработать меры защиты медперсонала, работающего в кабинете УЗД, а Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2013 года только подчеркивает необходимость данной работы. Из всего вышеизложенного следует, что даже современное высокотехнологичное оборудование имеет значения, превышающие у нас действующие ПДУ, в связи с чем является крайне важным проведение гигиенической экспертизы и представляется целесообразным разработка руководства по санитарно-гигиенической экспертизе УЗИ аппаратов.

Сатурина У.Д., Сабурова Т.И.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Глебов А.Н.
Кафедра патологической физиологии

Точных данных о распространенности наркоманий нет ни в одной стране. Считается, что истинное количество больных с зависимостью от психоактивных веществ в 5-10 раз больше количества наркоманов, зарегистрированных медицинскими учреждениями. Вместе с тем, данные учета позволяют судить о динамике заболевания наркоманиями. Так в Беларуси за последние 25 лет число регистрируемых в течение года больных наркоманией возросло в 32,1 раза с 315 человек в 1987 г. до 10 118 человек в 2012 г. В Минске этот показатель увеличился в 56,3 раза - с 89 в 1987-м до 5014 человек в 2012-м годах. По данным Министерства здравоохранения на 1 января 2013 г. в Беларуси на официальном наркологическом учете зарегистрировано 16 078 больных наркоманией и лиц, эпизодически употребляющих наркотические вещества. По оценочным данным в нашей стране около 75 тысяч потребителей инъекционных наркотиков. Проблема наркомании является одной из наиболее актуальных как для здравоохранения, так и для общества в целом. Это обусловлено тяжелыми медицинскими и социальными последствиями злоупотребления психоактивными веществами. В то же время в настоящее время не существует общепринятой единой концепции патогенеза наркоманий.

Цель: обзор литературных данных об установлении механизмов привыкания организма к наркотикам.

Материалы и методы. Обзор литературных источников.

Результаты и их обсуждение. Формирование и развитие зависимости от наркотических веществ прежде всего связано со структурными и функциональными изменениями в целом ряде образований центральной нервной системы. Нейрофизиологические механизмы развития зависимости от наркотиков базируются в стволовых и лимбических структурах мозга, тех его областях, где располагается так называемая система положительного подкрепления. Изучение механизмов действия наркотических препаратов показало, что каждый из них имеет свой фармакологический спектр действия. Но у всех веществ, способных вызвать синдром зависимости, есть общее звено фармакологического действия – это характерное влияние на катехоламиновую нейромедиацию в лимбических структурах мозга, в частности, в системе подкрепления. Стимулируемый очередным приемом наркотиков выброс катехоламинов и их ускоренное избыточное разрушение сочетаются с компенсаторно-усиленным синтезом этих нейромедиаторов, в результате чего формируется ускоренный кругооборот катехоламинов.

Наркотики активируют систему подкрепления. Это сопровождается выбросом дополнительных количеств нейромедиаторов из мест их депонирования. Они обеспечивают развитие очередного эпизода чувства комфорта, эйфории, хорошего настроения и даже повышение работоспособности. Так формируется устойчивое патологическое влечение к повторному приёму наркотического средства.

Таким образом, формирование зависимости от психоактивных веществ можно представить как циклическое нарушение деятельности подкрепляющей системы мозга. Подобные нарушения прогрессивно увеличиваются и приводят к непрекращающемуся потреблению наркотиков, а также к снижению контроля за их потреблением. Предполагается, что это связано с гомеостатической дизрегуляцией таких систем мозга, как мезолимбическая дофаминовая система, опиоидная пептидергическая система, ГАМК-ергическая система, серотонинергическая система, а также с изменениями в метаболизме нейрогормонов.

Сафронов М.О., Тришкина А.М.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ

Научный руководитель п-к м/с Лебедев С.М.
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

В формировании состояния здоровья человека большую роль играют факторы окружающей среды, важнейшим из которых служит питание. Адекватное и рациональное питание обеспечивает нормальный рост и развитие организма, способствует поддержанию высокой работоспособности, боеспособности военнослужащих и их адаптации к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. В условиях воинской части одним из основных направлений в системе медицинского контроля за соблюдением энергетической адекватности питания является измерение фактического питания, в т.ч. и не лабораторными методами.

Цель: расчетным методом (по раскладке продуктов) провести анализ химического состава, энергетической ценности рациона питания военнослужащих и оценить организацию питания в воинской части.

Материалы и методы. Использовалась общепринятая методика проведения анализа и оценки раскладки пищевых продуктов. При проверке доведения до военнослужащих продовольственной нормы за один день, масса различных продуктов, указанная в раскладке сравнивалась с нормой довольствия по общевойсковому пайку. Оценка количества питательных веществ, содержащихся в рационе и калорийность данного рациона проводилась по таблицам химического состава продуктов питания с учетом потерь питательных веществ в процессе приготовления пищи. Полученные результаты сравнивались с физиологическими нормами, установленными для военнослужащих. Оценка организации питания в воинской части проводилась посредством разработанной анкеты, позволяющей выявить мнения военнослужащих по предоставляемым в солдатской столовой услугам. Анкетирование прошли 100 военнослужащих воинской части. Статистическая оценка исследования проведена на основе критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа раскладки продуктов установлено, что энергетическая ценность составила 3446,1 ккал. Возможно такая калорийность рациона не в полной мере компенсирует суточные энергетические затраты военнослужащих в обычных условиях жизнедеятельности. Недостаток энергии составляет всего 54 ккал и не обеспечивается из-за недостаточного количества в рационе питания белков, жиров, углеводов. Содержится недостаточное количество по сравнению с физиологической потребностью белков (на 23 г), в том числе животного происхождения; жиров (на 16,84 г); углеводов (на 8,94 г). В потребляемом рационе питания военнослужащих содержится меньше рекомендуемых величин витаминов А (на 60%), B_2 (на 33,6%), ниацина (на 38,5 %). Следует отметить, что недостаток некоторых витаминов компенсируется за счет включения в продуктовый набор поливитаминного препарата. Из минеральных веществ в пищевом рационе в сравнение с физиологическими потребностями отмечается низкое содержание кальция (на 32 %) и повышенное содержание фосфора (на 20 %). Основными источниками поступления в организм военнослужащих фосфора и магния являются хлебопродукты и овощи.

Таким образом, изучение и анализ питания военнослужащих свидетельствует о его энергетической неадекватности, а разработанная анкета дала возможность получить достоверную информацию качества предоставляемых услуг в солдатской столовой и выявить причины их отрицательной оценки.

Саханова Ю.В.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ СИСТЕМЫ КОЖНОГО ПОКРОВА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии

Цель: проанализировать современные литературные данные о морфофункциональных особенностях сальных желез человека в зависимости от возраста и пола.

Задачи:

1. Изучить морфофункциональные особеноcти сальных желез в зависимости от возраста;
2. Изучить морфофункциональные особеноcти сальных желез в зависимости от пола.

Сальные железы появляются с 13-й по 15-ю недели эмбриогенеза. После рождения и до позднего детства они относительно не дифференцированы и небольшие по размеру. Увеличиваются в размерах после пубертатного периода. Сальные железы являются важными липидсодержащими и липидсинтезирующими компонентами системы кожного покрова человека. Они играют важную роль в процессах синтеза, накопления и выделения кожного сала. Актуальность изучения связана с тем, что вопросы морфологии сальных желез изучены далеко не полностью, поэтому и далее они будут привлекать исследователей многих специальностей.

Концевые отделы сальных желез образованы тремя видами секреторных клеток себоцитов: камбиальные, секреторные и разрушающиеся. Выводные протоки выстланы кератинизированным многослойным плоским эпителием, что доказывает эктодермальное происхождение сальных желез. По типу секреции сальные железы относятся к голокриновым. Секрет имеет сложный липидный состав. За сутки в норме выделяется около 20 г. кожного сала. Интенсивность выделения кожного сала зависит от возраста и пола, гормонального фона. Работа сальных желез регулируется гуморальными механизмами. С нарушением функционирования сальных желез связаны такие заболевания как себорея, акне, рак сальных желез.

Сальные железы являются важными липидсинтезирующими структурами органного уровня, относящимися к системе кожных покровов. Они органично встроены в эту систему и тесно взаимодействуют с эпидермисом, волосяными фолликулами и потовыми железами. Секрет сальных желез обладает бактерицидным и фунгицидным свойствами; в холодную погоду способствует сохранению тепла. Функциональная активность данных желез у женщин снижается после 50-летнего возраста, а у мужчин сохраняется до семидесяти лет.

Сачок В.С.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2006-2011 ГОДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, проф. Заяц Р.Г.
Кафедра биологии

Гельминтозы – группа заболеваний, вызываемых паразитическими червями – гельминтами. В Беларуси выявлено около 20 видов гельминтов, которые ежегодно поражают более 200 тыс. чел, при этом около 80% из них – дети. Наибольшее распространение получили такие паразитарные заболевания, как аскаридоз и энтеробиоз.

Цель: провести анализ и сравнительную характеристику статистических данных по гельминтозам у детей за период 2006-2011 годов.

Задачи:

1. Дать краткую характеристику основным возбудителям аскаридоза и энтеробиоза.
2. Изучить данные, изложенные в «Официальных статистических сборниках» за 2006-2011 года.
3. Провести анализ полученного материала.
4. На основании полученных данных составить сравнительную характеристику распространенности гельминтозов у детей в Беларуси.
5. Способствовать распространению знаний о профилактике гельминтозов среди населения.

Материалы и методы. В работе использованы материалы по данной теме из «Официальных статистических сборников» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, а также фотографии и схемы из учебно-методического пособия по частной паразитологии БГМУ.

В ходе данного исследования были проанализированы статистические данные, на основании которых были составлены графики и таблицы.

Общая заболеваемость населения РБ гельминтозами за период 2006-2011 г. (зарегистрировано заболеваний всего на 100 тыс. населения в возрасте от 0 до 17 лет)

Период	РБ	г. Минск	Брест. обл.	Вит. обл.	Гом. обл.	Гро д. обл.	Мин. обл.	Мог. обл.
2006 г.	7300,1	9311	6213,2	7289,4	7345,4	6334,5	6483,4	7980,9
2007 г.	7286,2	10041,3	5843,2	7510,4	7384,9	6550,5	6373,5	6971,6
2008 г.	6342,3	8242,6	5197,6	5303,4	7073,5	5833,1	5933	6390,5
2009 г.	6125,9	8002,5	4872,2	5641,4	6539,1	6144,9	5307,2	6129,3
2010 г.	5993,8	7922,6	4633,7	5128,3	6109,9	5462,6	5967,2	6240,5
2011 г.	7545,6	11718,1	5689,7	6707,8	7434	5578	7274,5	6960,7

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных установлена динамика заболеваемости гельминтозами среди детей разных областей; выявлен год, на который пришелся пик заболеваемости по РБ – 2011г.; установлены области с наибольшей заболеваемостью гельминтозами детей: Витебская, Гомельская и Могилевская обл. Было замечено, что благодаря проведению профилактических мероприятий заболеваемость гельминтозами детей с каждым годом по Беларуси снижалась, однако в 2011 г. количество заболевших детей резко

возросло. Это можно объяснить тем, что в связи с уменьшением гельминтозных заболеваний снизилось и внимание к данной проблеме, в результате чего и произошел резкий подъём численности заболевших детей.

Сбродова Д.О.

EPIDURAL ANESTHESIA DURING CHILDBIRTH

Научный руководитель ст. преп. Абедковская И.Ю.
Кафедра иностранных языков

The topicality of this problem is defined by a number of facts.

- Childbirth without any anesthetic methods is an extremely painful condition for the woman in labour. 10% of women in childbirth experience a moderate pain, which does not require treatment, 65% - have a severe pain which requires the use of medicines, and 25% - have a severe pain, which hazards mother's and child's health.
- Painful contractions cause many adverse effects and complications during the delivery and the postpartum period.
- Physiological reactions that occur in response to pain bring about adverse effects on the fetus.

Some obstetricians are insufficiently informed about the essence of the method of epidural anesthesia and do not trust it trying to avoid dangerous consequences. So, obstetricians are not always willing to explain its advantages and disadvantages and the possibility of epidural anesthesia during the delivery to the mother. The woman's choice of a particular method of anesthesia is directly linked to the information provided. Nowadays it is difficult to determine what deliveries can be high-risk ones, and, therefore, from the medical and humanitarian point of view, it is necessary to try to anesthetize not only pregnant women at high risk during the confinement, but also women in those cases where a favorable outcome is expected.

Objectives: 1) to identify the advantages and disadvantages of the use of epidural anesthesia during childbirth for both mother and child; 2) to determine the popularity of the method given in maternity accommodations in Minsk, regional and district centers by comparing the percentage of epidural anesthesia with the total number of births and the number of childbirths when other painkillers are used. Methods of research: analysis of childbirth histories, statistical method of processing the data. Based on the data collected from 100 case histories of childbirths, we have drawn the following conclusions. Epidural anesthesia has a number of advantages and complications. This type of anaesthesia:

• alleviates the pain in childbirth and gives the woman an opportunity to rest, when the pain is objectively excruciating and in case of a protracted delivery
• is indicated in case of high blood pressure (leading to its reduction)
• can help open the cervix and induce labour
• is better than intravenous narcotic drugs (promedol)

Among the complications of epidural anesthesia for the mother we can mention:

• headaches in 3% of deliveries after epidural anesthesia
•the reduction in blood pressure
• need in stimulation with oxytocin to resume delivery (especially in the first birth)
• an increased risk of cesarean section (especially if epidural anesthesia is made too early)
•septic meningitis (due to bringing in infection while making a puncture)

The unfavorable impact of epidural anesthesia on the fetus is as follows:

• in many cases the frequency of contractions of the child's heart reduces, it requires monitoring and is often interpreted as hypoxia and an indication for caesarean section
• Often the child has disorientation, disorder in motor skills, and difficulty in sucking

The results of this work can help make the method of epidural anesthesia more popular in maternity accommodations in our country, can be used in the teaching process at the Department of Obstetrics and Gynecology, at the Department of Anesthesiology and Reanimatology.

Свирко И.И.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Самаль Т.Н.
1-ая кафедра детских болезней

В последнее время отмечается резкое увеличение частоты аллергических заболеваний, особенно заметное в развитых странах, где их частота возросла за последние 10 лет в 2 раза. Считается, что аллергические состояния имеют место у 25-30% населения разных стран. Аллергические заболевания начинаются, как правило, в первые годы жизни с пищевой непереносимости и атопического дерматита (АД) и могут прогрессировать в дальнейшем, в том числе, трасформируясь в респираторные формы аллергии-бронхиальную астму(БА) и аллергический ринит (АР). Развитие аллергических заболеваний определяется 3 факторами: генетическая предрасположенность, контакт с аллергеном и факторы внешней среды. Наиболее важным из них считается генетическая предрасположенность. Мы проанализировали 30 историй болезни больных с АД и 30 - с БА, а также результаты определения специфических Ig E у 242 детей с аллергическими заболеваниями при помощи реакции иммуноблотинга «Аллерго-Скрин» (R-Biopharm, Германия) на базе Городской Детской Инфекционной Больнице. Согласно наших наблюдений у 75% больных АД и БА первые проявления аллергии появились в возрасте 2-6 месяцев, у 75%-прослеживалась наследственная предрасположенность к атопии. У детей с младенческой формой АД специфические IgE к основным пищевым аллергенам (куриное яйцо, пшеничная мука, говядина, куриное мясо, молоко, гречневая крупа, рыба, цитрусовые) выявлены только в 2,06%. Это подтверждает преобладающую роль в генезе аллергии к белкам Ig класса G4 коровьего молока, рыбы, яйца и наличие псевдоаллергии, связанной с рецепторами на Т-лимфоцитах. У детей с детской формой АД выявлены специфические IgE к пастеризованному молоку, казеину, яичному белку. В этой возрастной группе у 16,2% больных определяются IgE антитела к Malaseria furfur, дерматофиту, способному поддерживать аллергическое воспаление в коже. При анализе историй болезней у 20% пациентов с АД в посевах кожи выделен St.aureus, у 6%- St.epidermidis, у 3 %- БГС-группы А, обладающих суперантигенами, которые также поддерживают воспаление в коже. БА в 70% случаев сочеталась с АР и в 13% - с АД. По тяжести БА легкой иртермиттирующей степени составила 8,3%, легкой персистирующей - 66,7%, средне-тяжёлой персистирующей - 20,8%, тяжёлой персистирующей - 4,2% случаев. Вне приступа эозинофилия крови выявлена у 17%, а в назальной слизи - у 60% больных. По данным иммуноблотинга наиболее часто определяются специфические Ig E к эпидермальным аллергенам кошки (54%) и собаки (34%), несколько реже - к домашней пыли (36,5%). Среди пыльцевых аллергенов на первом месте - пыльца берёзы (26,6%), на втором - злаковых (17%) и на третьем - полыни (14%).

Таким образом, наше исследование подтверждает важность наследственной предрасположенности к атопии, раннее начало аллергических болезней - преимущественно на первом году жизни, выявлены особенности аллергического ответа у детей первых лет жизни с АД (преобладают Ig E чувствительность на пищевые аллергены и реакции псевдоаллергии) и доминирующие аллергены в разных возрастных группах.

Свирко И.И., Вавринюк Е.О.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИТАМИН Д ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ГОРОДА МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Байко С.В.
1-ая кафедра детских болезней

Витамин Д дефицитные состояния встречаются среди различных возрастных групп как у здоровых детей, так и при различной патологии. Обеспеченность организма витамином Д оценивается по уровню его печёночного метаболита 25(ОН)$Д_2$ и $Д_3$. Оптимальным считается уровень общего витамина Д в крови более 30 нг/мл. В последнее время большое внимание зарубежных авторов уделяется влиянию дефицита витамина Д не только на развитие костной патологии, но и на другие системы и органы, в частности иммунную, сердечно-сосудистую, эндокринную. В ряде исследований показано, что дефицит этого витамина увеличивает риск развития сахарного диабета, ряда онкологических заболеваний, атеросклероза сосудов.

Цель: изучение распространенности витамин Д дефицитных состояний среди здоровых детей одного из районов г. Минска.

Уровни общего витамина Д, кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, паратиреоидного гормона в крови и соотношение кальция и фосфора к креатинину в моче, а также проба Сулковича были оценены у 114 здоровых детей (55 мальчиков, средний возраст 12,1±3,4 лет, 59 девочек, 11,4±3,8 лет). Все пациенты были разделены на возрастные группы: 5-9, 10-13 и 14-17 лет. Дефицит общего витамина Д определялся при его уровне менее 20 нг/мл, а недостаточность при уровне 20-29 нг/мл.

Средний уровень 25(ОН)Д у здоровых детей составил 32,5±9,3 нг/мл. Уровень этого гормона не отличался среди мальчиков и девочек (33,7±10,0 и 31,7±8,4 нг/мл, $p>0,05$). В тоже время 7% здоровых детей г. Минска имели дефицит витамина Д и 31,6% его недостаточность. Уровни витамина Д среди возрастных групп мальчиков не различались между собой (5-9лет -33,5±8,5; 10-13л -31,5±8,3, 14-17л -36,5±12,7 нг/мл ($p>0,05$), в тоже время у девочек в возрасте 10-13 и 14-17лет они были существенно ниже чем в 5-9 лет (5-9лет -35,9±8,8; 10-13 -30,1±6,6, 14-17 -27,8±7,7 нг/мл ($p_{5-9/10-13}<0,05$, $p_{5-9/14-17}<0,05$). Кроме того, у девочек в возрасте 14-17 лет уровни этого витамина были значительно ниже, чем у мальчиков ($p<0,05$). 70,6% девочек в возрасте 14-17лет имели дефицит или недостаточность витамина Д.

Таким образом, дефицит или недостаточность витамина Д является распространенным состоянием среди здоровой популяции детского населения г. Минска, наиболее выраженный у девочек в возрасте 14-17 лет.

Сологуб Е.И., Челнокова Е.С.

DEUTSCHKENNTNISSE IM BEREICH MEDIZIN UND IHRE VERBESSERUNG DURCH MASSENMEDIEN

Научный руководитель канд. филол. наук, доц. Молош Н.К.
Кафедра иностранных языков

Deutsch ist in der Europäischen Union die meist gesprochene Muttersprache und nach wie vor eine der bedeutendsten Fremdsprachen. Deutsch ist die Sprache der Dichter und Denker, deren Gedanken die Welt bewegt haben. Die deutsche Sprache zu erlernen, ist nicht nur im Sinne besserer beruflicher Perspektiven nützlich, sondern auch, weil sie die Persönlichkeit erweitert.

Nicht zuletzt die historischen Beziehungen zwischen unseren Ländern bilden eine wertvolle Grundlage für eine zukunftsfähige Partnerschaft.

Zur Zeit bekommen die Fremdsprachen (und natürlich Deutsch) immer mehr Gewichtung in der

Medizin. Ein Grund dafür ist die Notwendigkeit des Erfahrungs- und Informationsaustausches zwischen den Fachleuten als Vertretern verschiedener Kulturen. Im Rahmen der internationalen Tagungen und Seminare werden verschiedene medizinische Probleme behandelt. Während der Studienaufenthalte und gegenseitigen Klinikbesuche werden von deutschen und belarussischen Chirurgen gemeinsam komplizierte Operationen durchgeführt.

Jedoch ist das Interesse der Studenten der medizinischen Hochschulen an Deutsch nicht genug groß und eine explizite Förderung der deutschen Sprache ist in dem heutigen Bildungssystem leider noch nicht vorhanden.

Wir haben uns deshalb zum Ziel gesetzt , die Festigung der Position der deutschen Sprache an der Belarussischen Staatlichen Medizinischen Universität durch die Erklärung von seiner Bedeutung , sowie die Vertiefung der Deutschkenntnisse durch Massenmedien zu ermöglichen.

Zur Zeit lesen viele medizinische Fachkräfte die ausländische Literatur, einschließlich die deutsche Fachliteratur um sich weiterzubilden. Jedoch sind viele von ihnen nicht in der Lage, den großen Teil der Informationen aus Mangel an Lesekompetenzen, Wortschatz- und Grammatikkenntnissen zu verstehen.

Eine der Lösungen des vorliegenden Problems sehen wir in der Ausgabe an unserer Universität der medizinischen Zeitung in der deutschen Sprache, die das Interesse der Studenten an der Sprache anregen und das Niveau der Deutschkenntnisse erhöhen sollte.

Im Laufe der Arbeit haben wir eine Umfrage durchgeführt. Die Medizinstudenten sollten auf die Fragen «Wie oft lesen Sie die medizinischen Zeitungen oder Zeitschriften?» und «Wie finden Sie die Idee der Ausgabe einer medizinischen Zeitung in Deutsch an unserer Universität?»antworten. Die Ergebnisse der Umfrage haben gezeigt, dass die junge Generation die medizinische Literatur auf Deutsch selten liest, aber sich sehr positiv zur Publikation in der deutschen Sprache von neuen Entdeckungen im medizinischen Bereich, sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einstellt.

Im praktischen Teil unserer Arbeit haben wir das Probeexemplar der ersten Ausgabe der medizinischen Zeitung in der deutschen Sprache vorbereitet, wo wir einige Artikel untergebracht haben, die von einigen Neuheiten in der medizinischen Sphäre berichten.

Das Endziel unserer Aktivitäten sehen wir in der Festigung der Position der deutschen Sprache und Erweiterung der Deutschkenntnisse für den Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit der belarussischen und deutschen Ärzte und der Möglichkeit sich mit den neusten Errungenschaften der Wissenschaft bekanntzumachen.

Свирский А.А., Семичковская О.Л.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПЕРИОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Даревский В.И.
3-ая кафедра терапевтической стоматологии

В 30% случаях клиницист сталкивается с разнообразием неблагоприятных факторов в системе «эндодонт-периодонт», что сильно затрудняет клиническую диагностику эндопериодонтальных поражений. В свою очередь, это может привести к дальнейшим ошибкам в тактике лечения и, наконец, к осложнениям в результате некорректных лечебных мероприятий.

Цель: оценка эффективности лечения эндопериодонтальных поражений с первичным поражением эндодонта. Для достижения цели были сформулированы следующие задачи: 1) провести диагностику эндопериодонтита, 2) провести лечение эндопериодонтита, 3) осуществить динамическое наблюдение за результатом проведенного лечения с оценкой эффективности в ближайшей и краткосрочной перспективе.

Материалы и методы. объектом исследования явился пациент женского пола 29 лет практически здоровый. Исследования проводились с применением следующих субъективных и объективных методов: знакомство с пациентом, анамнез общего состояния пациента, анамнез жизни, сбор жалоб, определение статуса полости рта (определение гигиены полости рта OHI-S – Green,Vermillion, 1964), исследование зубов (оценка количества и причины утраченных зубов, оценка состояния контактных поверхностей зубов, оценка подвижности зуба, перкуссия зуба, наличие патологической миграции зубов, исследование окклюзионных контактов), первичная визуальная характеристика периодонта, Ro-исследование, наличие над- и поддесневых зубных отложений в области всех зубов, оценка уровня вовлечения десны в патологический процесс (GI – Silness-Loe, 1964), оценка уровня деструкции периодонтальной ткани, (ПИ – S.P.Ramfjord, 1959), наличие гноетечения из периодонтальных карманов (пальпация, зондирование), оценка состояния микроциркуляции периодонта (определение вакуумной пробы на стойкость капилляров десны - В.И. Кулаженко, 1960; ИПК - Л.Н. Дедова, 1981). В ходе эндодонтического лечения проводилась оценка рабочей длины корневых каналов с помощью апекслокатора – NSK iPex NE181 и внутриротовых рентгенограмм с эндодонтическим инструментарием.

Результаты и их обсуждение. На основании данных исследования нами был поставлен диагноз: хронический простой локализованный эндопериодонтит легкой степени тяжести в области зуба 3.6 (классификация болезней периодонта – Л.Н.Дедова, 2012) После проведенного нами лечения эндопериодонтита в области зуба 3.6 было отмечено значительное улучшение состояния тканей периодонта. Клинически выявлено: уменьшение отека десневого края с полным восстановление цвета (бледно-розовый цвет), восстановление плотности десны, а также частичное восстановление поверхности десны. Рентгенологически выявлено: признаки остеогенеза в апикальной области и области бифуркации зуба 3.6.

Секерина А.Ю., Балакирева О.С.

ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА. ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель асс. Дубинецкая С.В.
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Заболеваемость населения различными вирусными инфекциями неуклонно растет с каждым годом. К числу наиболее актуальных инфекций сегодня относится герпетическая вирусная инфекция, распространенность которой среди молодой части населения является достаточно высокой. В связи с тем, что беременность сопровождается физиологическим иммунодефицитом, клиническое течение вирусных инфекций в этот период бывает более тяжелым. Герпетическая инфекция часто протекает бессимптомно и впервые может проявляется в виде патологии: беременности(многоводие, невынашивания, угрозы прерывания беременности), плода(внутриутробной инфекции без летального исхода или с летальным исходом, спонтанного аборта, мертворождаемости), новорожденного (врожденного герпеса, недоношенности, низкой массы тела при рождении). Среди беременных, инфицированных ВПГ-2, многоводие, невынашивание , угроза прерывания беременности регистрируется в 5-10 раз чаще, чем среди серонегативных женщин. Герпесвирусной инфекции принадлежит ведущее место среди основных причин перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель: установление частоты встречаемости ВПГ среди беременных женщин, а также определение связи инфицирования с развитием патологии беременности и плода.

Материалы и методы. В исследовании определена частота выявления вирусов простого герпеса 1 и 2 типов и клинических форм течения у женщин, в анамнезе которых были случаи антенатальной гибели плода. Был изучен 151 случай антенатальной гибели плода за период 2010-2012 гг. по данным отделения детской патологии Городского клинического патолого-

анатомического бюро г. Минска. Материалом исследования послужили протоколы патологоанатомических вскрытий мертворожденных.

Результаты и их обсуждение. Выявлены критерии, определяющие принадлежность беременных к группам высокого риска по антенатальному инфицированию плода вирусом простого герпеса, определены принципы ранней диагностики и прогнозирования внутриутробного инфицирования плода вирусом простого герпеса.

Секерина А.Ю.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА (ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО Г. МИНСКА ЗА 2010-2012 ГОДЫ)

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Бич Т.А.,
канд. мед. наук, доц. Кириллова Е.Н.
Кафедра патологической анатомии, кафедра акушерства и гинекологии

Антенатальная гибель плода (АГП) представляет собой наиболее частую причину мертворожденности и является актуальной проблемой современного акушерства. Данная патология это не только репродуктивные потери. В некоторых случаях она может служить источником прямой угрозы здоровью и жизни беременной. Совершенствование тактики ведения беременности и родов у данной категории беременных не возможно без тщательного анализа каждого случая и изучения тонких патогенетических реакций, происходящих в организме женщины и приведших к внутриутробной гибели плода.

Цель: охарактеризовать причины АГП и выявленить группы риска по вероятности ее возникновения.

Материалы и методы. Был изучен 151 случай АГП за период 2010-2012 гг. по данным отделения детской патологии Городского клинического патологоанатомического бюро г. Минска. Материалом исследования послужили протоколы патологоанатомических вскрытий мертворожденных, а также гистологические препараты внутренних органов и плаценты. Исследование плаценты проводилось с целью уточнения пути инфицирования (при врожденных инфекционных заболеваниях) и оценки структурных изменений, указывающих на характер фето-плацентарного кровотока. В исследовании проведен анализ по следующим направлениям: количество, течение, исходы предыдущих беременностей; особенности течения настоящей беременности и родов; изучение морфологических изменений плаценты, количества и характера околоплодных вод; наличие и характер генитальной, экстрагенитальной патологии матери (инфекционного, метаболического и диспластического характера); наличие вредных привычек(алкогольная, наркотическая, никотиновая зависимость).

Результаты и их обсуждение. В ходе выполненного исследования установлена структура и дана подробная характеристика причин АГП, выявлены группы риска по вероятности возникновения данной патологии у беременных.

Селях Э.А., Суслов В.С.

РЕГУЛЯТОРНАЯ РОЛЬ ЛЕПТИНА

Научный руководитель асс. Стовба А.А.
Кафедра биологической химии

Лептин – недавно открытый белковый гормон с молекулярной массой 16 kDa. Лептин представляет собой белок, кодируемый в жировых клетках геном, обусловливающим тучность. Лептин участвует в процессах регуляции веса тела. Уровень лептина повышается с увеличением тучности как мужчин, так и женщин. Исследования по изучению корреляции между концентрацией лептина в сыворотке и степенью ожирения (а именно, определение индекса массы тела (BMI) или процента жира) продемонстрировали, что концентрация лептина повышена у пациентов, страдающих ожирением. Снижение веса тела на 10% приводит к 53%-му снижению концентрации лептина. Напротив, 10%-ый набор веса на 300% увеличивает уровень сывороточного лептина. Повышенный уровень лептина у таких пациентов может объясняться «резистентностью к лептину» - неспособностью лептина проникать в спинномозговую жидкость и далее к участкам связывания в гипоталамусе, отвечающим за регуляцию аппетита.

Особого внимания заслуживает вопрос, касающийся молекулярных аспектов нарушений углеводно-жирового метаболизма при диабете. Учеными были проведены исследования метаболизма лептина при ожирении, сопровождающем диабет. Экспериментально было доказано, что в изолированных островках поджелудочной железы человека, а также в культуре клеток инсулиномы, лептин ингибировал секрецию инсулина. Аналогичная активность была зафиксирована и in vivo: наблюдалось значительное уменьшение инсулина в плазме и ассоциированное повышение уровня глюкозы. Содержание в печени при этом уменьшалось. Таким образом, лептин обладает мощным инсулин-ингибирующим действием. Кроме того, лептин является частью механизма, благодаря которому существенно изменяется метаболизм углеводов.

Показано, что уровень лептина находится в зависимости от эндокринного статуса. Например, концентрация лептина выше у женщин по сравнению с мужчинами. Это может быть связано также с различным распределением жировой ткани у мужчин и женщин, у которых сильнее развит подкожный слой жира, а от этого зависит разная скорость синтеза лептина.

Высоким уровнем лептина объясняется тромбоз кровеносных сосудов, проявляющийся инсультами или сердечными приступами, возникающими у тучных людей чаще, чем у людей с нормальным весом. Было показано, что тромб начинает образовываться в результате особого взаимодействия лептина со своими рецепторами, расположенными на тромбоцитах. Если будет найдена возможность прервать взаимодействие этого гормона с его рецептором, станет возможным предотвращение инсульта и сердечных приступов у людей с избыточным весом.

Из всего вышесказанного следует, что лептин – один из важнейших регуляторов чувства сытости и голода, настроения и уровня других анаболических гормонов.

Семанюк А.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРОЗА ПО ДАННЫМ УЗ «ГОРОДСКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕКОЕ БЮРО»

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юдина О.А.
Кафедра патологической анатомии

Одним из прогностически неблагоприятных интерстициальных заболеваний легких является идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА), который характеризуется воспалением и фиброзом легочного интерстиция, дезорганизацией структурно-функциональных единиц паренхимы, приводящих к развитию рестриктивных изменений легких, нарушению газообмена, прогрессирующей дыхательной недостаточности и к смерти больного. Трудность дифференциальной диагностики ИФА и других заболеваний легких, сопровождающихся фиброзом, состоит в отсутствии патогномоничных признаков в клинической картине. Установить диагноз фиброзирующий альвеолит и его этиологию позволяют патоморфологические изменения в ткани легкого, зависимые от стадии воспалительного процесса.

Цель: проанализировать морфологические изменения при различных формах фиброза легких.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 32325 протоколов патологоанатомического исследования за 2005-2012 гг. с помощью морфологического и статистического методов.

Результаты и их обсуждение. Фиброзирующий альвеолит был выявлен в 18 случаях (мужчины - 12, женщины - 6). Возраст пациентов был представлен в пределах 46 - 90 лет (средний возраст составил 50±10,5 лет). Для постановки диагноза в каждом случае анализировали макроскопическую и микроскопическую картину изменений легких. При макроскопическом исследовании учитывали наличие или отсутствие гидроторакса, облитерации плевральных полостей, состояние плевральных листков, консистенцию легочной ткани, вид легких на разрезе, состояние бронхов, наличие их деформации, изменения перибронхиального пространства, состояние сосудов. При микроскопическом исследовании учитывали состояние альвеол, межальвеолярных перегородок, микроциркуляторного русла, периваскулярного пространства, фибропластическую активность. Диагноз выставляли после комплексного анализа полученных данных.

Гистологические признаки, не характерные для ИФА: образование гранулем; выраженное интерстициальное продуктивное воспаление; маркеры профессиональной патологии (отложение фиброгенной пыли и асбестовых телец) и скопления эозинофилов.

Однако после дополнительного изучения анамнеза (доступные данные клинического эпикриза), данных протоколов вскрытия, гистологического исследования, в половине случаев были выявлены отдельные или сочетающиеся признаки, не позволяющие достоверно установить диагноз идиопатического фиброзирующего альвеолита:

- наличие в легких очагов гнойного расплавления – 4 случая,
- наличие в легких тонкостенных сосудов – 1 случай,
- пожилой возраст - 7 случаев (по литературным данным средний возраст пациентов с ИЛФ – 40-49),
- преобладание лиц мужского пола - 6 случаев (по литературным данным ИЛФ отмечается преимущественно у женщин).

Полученные данные не позволяют говорить об истинной распространенности идиопатического фиброзирующего альвеолита, а значит, требуется более детальное и пристальное изучение данной патологии.

Семёнов В.В.

THE PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSIS OF ONCOLOGICAL DISEASES

Научный руководитель преп. Саянова Г.И.
Кафедра иностранных языков

The objective of this study is the most topical problem of humanity – the problem of early diagnosis of oncological diseases in the Republic of Belarus. Being one of the leading causes of death malignant neoplasms lead to significant loss of labour and vital potential of the society. They are in the center of social, economic, phychological, moral, deontological problems of our country and abroad. Cancer, for example, is the second most common cause of death in the United States. Cancers of the lung, prostate, breast, colon and rectum account for about 55 % of all new cancer diagnoses and for over 50% of cancer deaths in the United States. According to WHO global estimates there were 12 million patients with malignant neoplasms in 2007 and 7,6 million deaths. The incidence of and the mortality from cancer has increased by 23% over the past decade. According to forecasts, by 2020 the number of new cancer diagnoses will reach 16 million a year, and cancer deaths – 10 million.

The cause of most cancers remains unknown. Mutation in DNA sequences leading to abnomal or unregulated expression of protooncogenes or deletion of tumor suppressor genes – or both processes – have been linked to abnomal cellular proliferation. Cancer results from mutations, which may be due to environmental exposure, genetic susceptibility, infections agents, and other factors. Most tumors exhibit chromosomal abnormalities such as deletions, inversions, translocations, or duplications. Although usually nonspecific, certain genetic alterations are strongly associated with specific malignancies and in some cases can be used to assess prognosis. Chronic myelogenous leukemia (CML), for example is defined by a reciprocal translocation of the long arms of chromosomes 9 and 22, resulting in the generation of a fusion protein with tyrosine kinase activity.

The development of cancer is a complicated multistep process that appears to involve the acquisition of an increasing number of genetic mutations, eventually resulting in invasive disease. Clinical examples of this stepwise progression can be found in many common cancers, including breast, colon, and prostate cancers. Understanding the cascade of genetic changes associated with the progression of benign cells to invasive cancer is a critical step in developing therapies targeted to a specific cancer. These genetic changes is an intense area of research.

Population studies suggest that lifestyle – including tobacco use, diet and alcohol consumption – accounts for a majority of avoidable cancer deaths. Other factors, including obesity, parity, and length of lactation, have also been associated with increased cancer risk. Although prostate and breast cancers are the most common malignancies in men and women, respectively, the most common cause of cancer death in both sexes is still lung cancer.

Another lifestyle factor with important implications for primary prevention is exposure to ultraviolet light. Regular use of sunscreen prevents the development of precancerous solar keratoses and results in regression of existing keratoses, although the effect of sunscreens on the incidence of melanoma is not clear. Protection from sunlight and the regular use of sunscreens should be recommended for the primary prevention of skin cancers.

The measures aimed at the reduction of oncological morbidity and mortality should include prevention and early diagnosis of oncological diseases:

- Screening and monitoring the people’s health
- Development of effective measures for decreasing mortality

The solution of these goals is impossible without modernization of oncological institutions, hospital facilities and improving the quality of medical treatment of the patients.

Семёнова А.В.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Панкратова Ю.Ю.
1-я кафедра внутренних болезней

Известно, что основными возбудителями бактериальных респираторных инфекций являются Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis. Цель лечения – не только купирование симптомов острого воспаления, но и элиминация возбудителей. Достижение эрадикации возбудителей предотвращает переход острой инфекции в хроническую, уменьшает частоту рецидивов при хронических заболеваниях, увеличивает интервал между обострениями, т.е. разрывает порочный круг инфекционного процесса. Для эффективной терапии необходимо знать не только основных возбудителей, но и контролировать их постоянно меняющуюся чувствительность к антибиотикам.

Цель: оценить информативность результатов микробиологического мониторинга и возможность использования их в практической деятельности для более эффективного лечения пациентов пульмонологического профиля.

Материалы и методы. Проводилось бактериологическое исследование биологического материала (мокрота, ПВБ, кровь), полученного от пациентов пульмонологического отделения 10-й ГКБ г. Минска. Выполнялся посев на микрофлору и определялась её чувствительность к антибактериальным препаратам. Параллельно вёлся учёт потребляемых в отделении антибиотиков.

Результаты и их обсуждение. С 2005 г. в лечебно-профилактических учреждениях ведётся микробиологический мониторинг. В 2005 году среди возбудителей бронхолёгочных заболеваний пневмококк выделялся в 13% случаев. С каждым годом удельный вес данного возбудителя снижался. А в последние годы он перестал высеваться из биологического материала в пульмонологическом отделении. Лидирующее положение стали занимать гемолитические стрептококки (α и β), а также кандиды, которые не являются причиной воспалительных заболеваний легких за исключением пациентов с иммунодефицитом. Параллельно нарастала резистентность возбудителей к антибактериальным препаратам пенициллинового ряда и цефалоспоринам I-II поколения. Это привело к резкому ограничению использования данных препаратов в отделении и переходу на стартовую терапию цефалоспоринами III поколения (цефтриаксоном и др.).

Из информации, предоставленной микробиологической лабораторией Центра коллективного пользования Минской городской ЦГЭ, стало известно, что ежегодно по городу высевается всего несколько десятков изолятов пневмококка. Это связано с непереносимостью возбудителем транспортировки, погрешностями при сборе мокроты и высоким качеством современных методов идентификации возбудителя. Оказалось, что выделенные изоляты попрежнему чувствительны к препаратам пенициллинового ряда. Среди них также отсутствует резистентность к основным АБ, включённым в протоколы лечения пациентов пульмонологического профиля на амбулаторном и стационарном этапе.

Таким образом:

1. Микробиологический мониторинг, являющийся основным методом контроля возбудителей лёгочных заболеваний и их антибиотикорезистентностью, нуждается в усовершенствовании.
2. Необходимо обучение пациентов правильному сбору мокроты, внедрение методик получения индуцированной мокроты.

3. Посев мокроты на питательные среды осуществлять в отделении с последующей транспортировкой в бактериологическую лабораторию.

Семенович А.И., Семенович Ю.И.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солнцева А.В.
1-я кафедра детских болезней

Диабетический кетоацидоз (ДКА) остается актуальной проблемой детской эндокринологии, так как является одним из наиболее частых и угрожающих жизни пациентов осложнений сахарного диабета (СД) 1 типа, требующих интенсивной терапии.

Цель: изучить метаболический статус детей с ДКА в зависимости от степени тяжести.

Задачи: проанализировать нарушения кислотно-основного состояния и газового состава крови, электролитного баланса, изменения в общем анализе крови и мочи; выявить выраженность данных нарушений у детей с диабетической кетоацидотической комой как наиболее тяжелого проявления ДКА; причины развития ДКА у детей с СД 1 типа.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и выписных эпикризов 34 пациентов с СД 1 типа, находящихся на диспансерном учете в амбулаторном эндокринологическом отделении 2ДГКБ г.Минска, которые были госпитализированы в отделение интенсивной терапии данного стационара с диагнозом ДКА за период с 2009 по 2012 год. Полученные данные обработаны с помощью Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. В 71% случаев ДКА развивался при манифестации СД 1 типа, в 29% - при декомпенсации ранее установленного СД 1 типа. У всех детей с ДКА наблюдался метаболический ацидоз различной степени тяжести: среднее значение pH крови – 7,22±0,1; дефицит оснований (BE) – -16,8±3,2 ммоль/л; концентрация бикарбоната – 10,0±2,8 ммоль/л; анионная разность плазмы (АРП) – 27±3,6 ммоль/л; снижение парциального давления углекислого газа (pCO2) в крови как проявление респираторного механизма компенсации метаболического ацидоза (23,3±4,2 мм рт. ст.); среднее значение сатурации – 92,3±2,5%. Среднее значение натрия – 134,7±6,3 ммоль/л, калия – 4,3±0,7 ммоль/л. Наиболее выраженные нарушения наблюдались у детей с кетоацидотической комой: pH крови – 6,93±0,19 (минимально 6,66); BE – -24,1±3,4 ммоль/л; концентрация бикарбоната – 5,0±2,7 (минимально 2) ммоль/л; АРП – 29,5±4,1 ммоль/л; pCO2 – 20,3±4,6 (минимально 14) мм рт. ст. При поступлении в стационар средний уровень гликемии составил 21,2±7,8 (максимально 58,3) ммоль/л. У 68% детей отмечен нейтрофильный лейкоцитоз (17,2±4,3*109/л; максимально 59,6 – у ребенка с комой) со сдвигом формулы влево с последующей быстрой нормализацией, что свидетельствует о преимущественно реактивном характере изменений. У 29% детей выявлено увеличение количества эритроцитов и гемоглобина сверх возрастной нормы, что связано с гемоконцентрацией на фоне дегидратации. Все дети имели снижение массы тела в анамнезе, у 55% отмечалось увеличение удельного веса мочи более 1025, что также свидетельствовало о дегидратации. У всех детей отмечалась выраженная глюкозурия и кетонурия. Выявлены причины развития ДКА у детей: манифестация СД 1 типа, присоединение интеркуррентных инфекций (в 32,3% - инфекции верхних дыхательных путей); у детей с ранее установленным диагнозом СД 1 типа – несоблюдение лечения ввиду недостаточного контроля со стороны родителей. 4 ребенка имели сопутствующее эндокринологическое заболевание – аутоиммунный тиреоидит.

Таким образом у всех детей отмечены типичные для ДКА нарушения метаболического статуса. Выявлена корреляция между выраженностью данных нарушений и тяжестью состояния пациентов. Наиболее частая причина развития ДКА у детей – манифестация СД 1

типа. Провоцирующим фактором, запускающим развитие и/или утяжеляющим состояние детей с ДКА, явились острые инфекционные заболевания.

Семенюк Р.А., Григорук А.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Губкин С.В.
3-я кафедра внутренних болезней

Тромбоэмболия легочной артерии – синдром, характеризующийся закупоркой ветвей легочной артерии тромбом и рядом патофизиологических реакций, выраженность которых находится в прямой зависимости от размеров тромба, степени шунта, компенсаторных возможностей правого желудочка и тяжести фоновых заболеваний. Диагностика тромбоэмболии легочной артерии всегда представляла собой трудную задачу. Клиническая симптоматика ТЭЛА часто оказывается неспецифичной, что определяет необходимость применения многочисленных лабораторных и инструментальных методов диагностики. Ситуация осложняется также тем, что ТЭЛА далеко не всегда можно легко заподозрить и подтвердить, надежные диагностические методы требуют времени и финансовых затрат, в то время как тромбоэмболия во многих случаях развивается стремительно и ведет к жизнеугрожающему состоянию. При жизни диагноз устанавливается менее чем в 70% случаев. Летальность среди пациентов без патогенетической терапии составляет 40% и более, при массивной тромбоэмболии достигает 70%, а при своевременно начатой терапии снижается до 2-8%.

Цель: рассмотреть ценность и информативность различных диагностических методов для выявления тромбоэмболии легочной артерии и правильной постановки диагноза посредством анализа научной литературы.

Задачи: оценить диагностические возможности различных методов, их специфичность и чувствительность в диагностике ТЭЛА; изучить наиболее применяемые алгоритмы диагностики тромбоэмболии легочной артерии в клинике.

Результаты и их обсуждение. Ни клинические признаки, ни стандартные методы обследования (обычные лабораторные тесты, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки) не дают возможности достоверно подтвердить диагноз ТЭЛА. К чувствительным и специфичным методам диагностики этой патологии относятся определение уровня D-димера, ЭхоКГ, вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия, ангиография, а также методы диагностики тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Самым современным и точным на сегодняшний день методом диагностики является мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография. Таким образом, основной алгоритм диагностики ТЭЛА основан преимущественно на использовании КТ (чувствительного, неинвазивного и относительно доступного метода обследования), однако предварительно необходимо исключить пациентов, которым КТ не потребуется (для больных высокого риска – с помощью ЭхоКГ, для больных невысокого риска – с помощью оценки вероятности ТЭЛА и определения уровня D-димера).

Сенько К.В.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИТЕРИЕВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Федулов А.С.,
канд. мед наук, доц. Логинов В.Г.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Проведение тромболитической терапии (ТЛТ) с использованием рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (Актилизе), достоверно наиболее эффективный способ лечения больных в острейшем периоде развития инфаркта головного мозга. Малейшее упущение при предварительном обследовании пациента может привести к серьезным осложнениям.

Цель: оценка прогностической значимости клинических симптомов, ранних КТ признаков ишемического повреждения головного мозга, а также лабораторных маркеров для оценки эффективности тромболитической терапии у пациентов с инфарктом мозга (ИМ).

Материалы и методы. На базе 9 ГКБ и БСМП ретроспективно были проанализированы 26 историй болезни больных с ИМ, которым была проведена тромболитическая терапия.

Для стандартизации и объективизации оценки проведенных исследований разработана формализованная история болезни пациентов с ИМ, которым проводилась ТЛТ. История болезни состояла из паспортных данных, анамнеза заболевания, клинических, лабораторно-инструментальных данных, а так же показателей нейровизуализации. Обработка полученных данных проводилась общепринятыми методами вариационной статистики с помощью Microsoft Excel и STATISTICA. Учитывая небольшое количество наблюдений, для статистического анализа был применен ранговый коэффициент корреляции Спирмена и метод множественных линейных регрессий.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа 36 параметров формализованной истории болезни, удалось установить статистически значимое ($p<0,05$) влияние 10 из них на исход ИМ после проведения системного тромболизиса. Метод множественных линейных регрессий позволил установить коэффициенты значимости для каждого из предикторов ТЛТ. Определение коэффициентов значимости послужило основой для создания формулы, количественно определяющей исход ТЛТ в баллах по шкале NIHS.

Сенюта Е.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЯ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Месникова И.Л.
Кафедра поликлинической терапии

Цель: сравнение качества жизни (КЖ) и состояния адаптации организма пациентов с ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом (ОА) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование было включено 50 пациентов ряда поликлиник г. Минска, в т.ч по 25, страдающих РА и ОА. Группы пациентов были сопоставимы по полу (в

обеих группах по 22 женщины и 3 мужчин) и возрасту (средний возраст пациентов с РА и ОА составил соответственно 59,4 ± 2,3 лет и 58,1 ± 0,9 лет). Группы были также сопоставимы по функциональной недостаточности суставов и по сопутствующим заболеваниям. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц того же гендерно-возрастного состава (по КЖ).

В исследовании использовались следующие методы: а) лабораторные и инструментальные методы исследования суставной патологии; б) методика Гаркави «Определение реакций адаптации и уровней реактивности организма», определяющая нейроэндокринное звено адаптации организма; в) русская версия общего опросника RAND-36 для оценки КЖ.

Достоверность результатов исследования оценивалась методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. КЖ пациентов с различной суставной патологией было достоверно ниже по сравнению с практически здоровыми лицами по всем шкалам опросника RAND-36. Наибольшие отличия в показателях КЖ здоровых и больных лиц установлены по шкалам, касающимся физической и социальной сфер, что указывает на более выраженное неблагополучие в этих сферах у пациентов, а также в показателе НН (сравнение с предыдущим годом), что говорит о прогрессирующем характере суставных заболеваний. У пациентов с РА достоверно более низкие показатели КЖ по следующим шкалам: PF (физической активности), SF (социального функционирования), GH (общего восприятия здоровья). По другим шкалам достоверных различий у пациентов с различной суставной патологией выявлено не было.

В результате исследования состояния нейроэндокринного звена адаптационных систем организма установлено, что у пациентов с РА нормальное состояние адаптации, соответствующее среднему уровню здоровья имело 6 чел. (24,0%), состояние предболезни – 10 (40,0%) и болезни – 9 (36,0%). При этом состояние спокойной активации установлено у 10 пациентов (40,0%), реакция тренировки – у 8 (32%), реакция стресса – у 7 чел. (28%), определены следующие уровни реактивности организма: очень низкий – у 7 больных РА (28%), низкий – у 8 (32%), и средний – у 10 чел. (40%). У пациентов с ОА состояние нейроэндокринного звена адаптации было несколько лучше: средний уровень здоровья был у 4 чел. (16,0%), состояние предболезни – у 16 (64,0%) и болезни – у 5 (20,0%). При этом состояние спокойной активации определено у 14 пациентов (56,0%), повышенной активации – у 7 (28%), переактивации – у 1 (4%), реакция тренировки – у 1 (4%), реакция стресса – у 2 чел. (8%), а также следующие уровни реактивности организма: очень низкий – у 4 больных ОА (16%), низкий – у 14 (56%), средний – у 5 чел. (20%) и высокий – у 2 (8%).

Таким образом, ревматоидный артрит в большей степени, чем остеоартроз ухудшает качество жизни пациентов и нейроэндокринную составляющую адаптационных систем организма.

Серак А.А.

HYPERACTIVE CHILDREN: BRING UP OR CURE?

Научный руководитель ст. преп. Бабчук О.В.
Кафедра иностранных языков

The study is devoted to the problem of hyperactivity in children. According to general opinion, always obedient, quiet, calm, sedentary child is probably not healthy or has serious psychological problems. Active child is a kid who is developing normally, moves a lot, likes to run, jump, play with other children and seeks after understanding the world. So, what’s the difference between active and hyperactive child?

Hyperactive child is in constant motion and can’t control himself; asks a lot of questions, but rarely listens to the answers; often provokes conflicts and rather often loses things; doesn’t react to

prohibitions and restrictions. The child's motor activity, as a rule, doesn't have any purpose. He runs, tries to climb up somewhere, though sometimes it is not safe. It's difficult to put a hyperactive child to bed, his sleep is restless. He has intestinal disorders and a tendency to different allergic reactions.

Hyperactivity is accompanied by extreme mental and motor activity. The whole complex of such symptoms is called the syndrome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). According to the statistics, ADHD syndrome inherents almost five times more often in boys than in girls. As a child gets older symptoms of hyperactivity subside.

The main difference between hyperactivity and temperament peculiarities is that it is not the child's character trait, but the psycho-physiological health violation, caused by brain damage during pregnancy, birth and early period of life. Children with ADHD syndrome have minimal brain dysfunction; the proportions of their right hemisphere frontal lobes are less than the same of their healthy peers. They are distinguished by emotional instability, a developmental delay, difficulties in perceiving and mastering educational material, speech defects and light neurological disorders revealed by medical examination.

Experts identify three main groups of childhood hyperactivity reasons:

1) genetic predisposition;

2) pathological deflections during pregnancy and childbirth;

3) psychological traumas caused by improper care and unhealthy situation in the family.

Nowadays there is one more reason for ADHD syndrome development. Scientists from Southampton University have concluded that food additives used in the manufacture of beverages, biscuits, sweets and ice cream, negatively affect the children's behavior and can even cause the development of hyperactivity.

Researchers believe that if the following additives: E102 (Tartrazine), E110 (Yellow Sunset), E122 (Carmoisine), E124 (Ponceau 4R), E211 (Sodium Benzoate) are removed from products, ADHD syndrome will occur at least three times less.

Methods of ADHD syndrome treatment are selected by the doctor who should take into account functional impairments and individual peculiarities of a child. The complex medicinal therapy use allows to compensate different displays of the syndrome in 50-60% of cases completely. Non-drug therapy includes massage, therapeutic exercise and manual therapy of the spine necessary for the correction of the blood cerebral circulation.

No matter what methods of treatment are prescribed by the doctor, the success of treatment mostly depends on the parents' behavior and family relations.

Серак А.А.

АТОМНО-СИЛОВАЯ МИКРОСКОПИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ МОРФОЛОГИИ ПОВЕРХНОСТИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. Кухаренко Л.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

В последнее время мезенхимальные стволовые клетки широко исследуются и представляют большой интерес из-за возможности их использования, как в регенеративной медицине, так и в тканевой инженерии. Однако многие вопросы, касающиеся морфологии поверхности МСК при их дифференциации остаются открытыми. Атомно-силовая микроскопия (АСМ) позволяет визуализировать медико-биологических объекты на молекулярном уровне в различных окружающих средах. С помощью АСМ также возможно исследовать локальные свойства мембран клеток, такие как адгезивность, пластичность, жесткость. В настоящее время именно АСМ широко используется в медико-биологических исследованиях. Неразрушающий характер исследований, высокое пространственное разрешение и возможность про-

ведения экспериментов в жидких средах делают этот метод перспективным для изучения морфологии поверхности мезенхимальных стволовых клеток.

Одной из определяющих задач для получения АСМ изображений мезенхимальных стволовых клеток с высоким пространственным разрешением, является их иммобилизация на поверхности твердых подложек, а также выбор подложки. В данной работе разрабатывалась методика приготовления мезенхимальных стволовых клеток для их изучения с помощью АСМ, а также исследовалось влияние природы подложки на морфологию их поверхности.

Фиксация мезенхимальных стволовых клеток осуществлялась 2% раствором глютарового альдегида и 4% раствором формалина в течение 30 мин. Затем образцы промывали фосфатным буфером (0,2М Na2HPO4/NaH2PO4) пять раз. Полученные АСМ–изображения мезенхимальных стволовых клеток показали, что использование глютарового альдегида практически не приводит к артефактам, а также обеспечивает наилучшую морфологическую сохранность. Процесс обезвоживания проводился последовательным помещением подложек с клетками на 5 мин в водные растворы этанола концентрации 30, 50, 70, 96%. В качестве подложек для АСМ исследования клеток использовалась слюда и стекло. При неравномерном сколе слюды на полученных АСМ-изображениях визуализированы ступеньки на ее поверхности.

Использование АСМ позволило визуализировать мезенхимальные стволовые клетки с высоким пространственным разрешением. Размер клеток был от 90 до 120 мкм. С помощью АСМ показано, что упорядоченные параллельные плотноупакованные актиновые филаменты располагаются вдоль длинной оси клетки и их латеральные размеры составляют от 30 до 80 нм. Особенно хорошо актиновые филаменты были визуализированы над ядром клетки. Плотная сеть актиновых микрофиламентов с утраченной упорядоченной структурированностью наблюдается в периферических областях мезенхимальных стволовых клеток. Высота ядра составляет от 400 нм до 1,2 мкм, а периферийной ламеллиподиальной области – от 150 до 300 нм.

В результате проведенного эксперимента отработана методика фиксирования мезенхимальных стволовых клеток для проведения исследований на атомно-силовом микроскопе. Показано, что при использовании глютарового альдегида морфология поверхности клеток практически не изменяется. В АСМ эксперименте как слюда, так и стекло могут быть использованы в качестве подложки для нанесения мезенхимальных стволовых клеток.

Сербина Д.В., Добыш К.Н.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Ромбальская А.Р.
Кафедра нормальной анатомии

По статистике болезни сердца лидируют среди всех прочих болезней как причина летальных исходов. Именно поэтому заболевания сердца находятся в зоне особого внимания. Из 100 тысяч человек только от инфаркта миокарда ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины, а от инсультов - 204 мужчины и 151 женщина.

По оценкам, в 2008 году от ССЗ умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,3 миллиона человек умерло от ишемической болезни сердца и 6,2 миллиона человек в результате инсульта.

Эта проблема в разной степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Более 80% случаев смерти от ССЗ происходит в этих странах, почти в равной мере среди мужчин и женщин.

Цель: на основании анализа данных литературы изучить и описать строения митрального клапана в норме и при его пролапсе.

Материалы и методы. Материалами послужили источники отечественной и зарубежной литературы, электронный ресурс и с применением аналитического метода

Результаты и их обсуждение. Пролапс (выпячивание и неполное закрытие) митрального клапана – это одна из наиболее частых случайных находок во время УЗИ сердца, которая в большинстве случаев не представляет никакой угрозы для жизни и не требует никакого специального лечения.

Популяционная частота ПМК, по данным разных авторов (от 1,8 до 38%), существенно колеблется в зависимости от используемых критериев диагностики, однако большинство авторов считают, что она составляет 10–15%. При этом на долю вторичного ПМК приходится не более 5% всех случаев. Распространенность ПМК существенно колеблется с возрастом – после 40 лет число лиц с данным феноменом резко уменьшается и в возрастной популяции старше 50 лет составляет всего 1–3%. Поэтому ПМК – это патология лиц молодого трудоспособного возраста.

Серова А.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ВИТАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Мирная Е.А.
2-я кафедра терапевтической стоматологии

Цель: сравнить эффективность витального отбеливания зубов некоторых популярных в настоящее время отбеливающих систем.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие практически здоровые лица 20-45 лет, желающие улучшить внешний вид зубов с помощью отбеливания. Вероятной причиной изменения цвета зубов являлось окрашивание от пищевых продуктов. При опросе и обследовании пациентов не выявили противопоказаний к отбеливанию. Протокол процедуры отбеливания включал: обсуждение с пациентом пути улучшения цвета зубов, обследование (на отсутствие кариеса, некариозных поражений, болезней периодонта и СОПР, реставрации в зоне улыбки), заполнение документации. Определяли исходный оттенок in situ по шкале Vita в баллах, в условиях естественного освещения. Перед процедурой отбеливания проводили профессиональную гигиену рта.

Применили следующие 4 отбеливающие системы: 35% гель пероксида карбамида и 7,5 % гель пероксида водорода в индивидульных каппах, 35% гель пероксида карбамида в виде полосок и 35% гель пероксида карбамида нанесением при помощи специального аппликатора. При проведении исследования точно придерживались инструкции производителя. Пациентов инструктировали в соответствии с режимом отбеливания.

Все пациенты отбеливали зубы впервые, режим отбеливания - через день. Результат оценивали после 2, 4 и 6 процедур, соответственно на 4, 8 и 12 день от начала отбеливания. Определяли рецидив цвета через 6 недель. Оценивали изменение цвета in situ по шкале Vita в баллах. Проводили анализ временных затрат, необходимых для достижения результата. Оценивали чувствительность зубов в ходе отбеливания и удовлетворенность пациента результатами по субъективной 10-ти бальной шкале. Определяли динамику индекса гигиены рта (OHI-S) и индекса гингивита (Gi).

Результаты и их обсуждение. При использовании 35% пероксида карбамида в индивидуальной каппе для получения результата было затрачено меньше времени. Отметили, что исходный цвет зубов и возраст влиял на результат - лучший эффект отбеливания наблюдался у пациентов 20-30 лет на более желтых зубах. Определена тенденция к улучшению состояния десны и уровня гигиены рта после процедуры отбеливания. Данное наблюдение может быть объяснено токсическим действием отбеливающего агента на бактерии ротовой полости.

Вместе с этим необходимо учитывать, что пациенты, отбеливающие зубы, более внимательны к состоянию зубов и, как результат, улучшают гигиену рта во время лечения.

Сетко Н.С.

ГИППОКРАТ КАК НРАВСТВЕННЫЙ ОРИЕНТИР ДЛЯ ВРАЧА

Научный руководитель канд. филол. наук, доц. Капитула Л.С.
Кафедра латинского языка

Цель: кратко описать жизнь и врачебную деятельность Гиппократа, а также проанализировать его трактаты, в которых содержатся сведения о том, какими моральными, физическими и духовными качествами должен обладать настоящий врач.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные из учебной и научной литературы с описанием таких сочинений Гиппократа этического характера, как «Клятва», «О враче», «Закон», «Наставления», «О благоприличном поведении».

Результаты и их обсуждение. В результате анализа указанных трудов установлено, что истинный врачеватель должен был постигать знания не только из области медицины, но и все те, которые полезны и могут пригодиться во врачебной деятельности. В этих трудах в основном говорилось о необходимости воспитания врачом в себе таких качеств, как решительность, опрятность, отвращение к пороку, презрение к деньгам, изобилие мыслей, отрицание страха перед богами, ибо хороший врач сам приравнивался к богу. Однако излишнее применение этих знаний на практике, когда они могли причинить вред, осуждалось, так как первым законом врачевания был закон «прежде всего не вредить» - primum non nocere.

Основы современной этики и деонтологии уходят корнями в древний период. В каждом государстве существует клятва врача, которая отражает уровень развития медицины, национальные и религиозные традиции, но все они сохраняют общие черты с древнегреческой клятвой, а также этические нормы, изложенные в работах Гиппократа.

Сечко О.Г.

ГЕНЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель асс. Сорокина В.Н.
Кафедра клинической фармакологии

По данным ВОЗ, сосудистые заболевания (СЗ) и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются прямой причиной, по крайней мере, одной трети всех смертей на земном шаре. Основные типы сердечно-сосудистых заболеваний включают цереброваскулярные заболевания, атеросклероз, ишемическую болезнь сердца (ИБС), гипертонию, тромбозы, врождённые пороки сердца и ревматические заболевания сердца.

Цель: Изучить роль генетического фактора в патогенезе сердечно-сосудистой патологии и атеросклеротического поражения сосудов.

Материалы и методы. Изучены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, к которым относятся высокий уровень артериального давления крови, пожилой возраст, избыток массы тела, фактор курения, сахарный диабет, принадлежность к мужскому полу и др. Разработаны клинические и биохимические маркеры повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний: высокий уровень общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, высокий уровень глюкозы сыворотки крови и др. В то же время вклад наследственности в формирование ССЗ составляет 50-70%. Изучено несколько десятков генов-кандидатов различных ССЗ: Ренин; Ангиотензиноген;АПФ; АТ1-рецептор; АТ2-рецептор; Альдостерон синтаза; G-протеин

бета(3)- субъединица; Рецептор к натрийуретическому пептиду, тип А; NO-синтаза; а2-адренорецептор,к ним относятся генотипы 1166СС гена AGTR1, -240TT и 2350GG гена ACE, 677TT гена MTHFR, 174MM гена AGT, 825TT гена GNB3, VNTR4aa и 894GT гена NOS3, 1691GA и 1691AA гена F5, PLA1/A2 и PLA2/A2 гена ITGB3, 20210GA и 20210AA гена F2.

Результаты и их обсуждение. Атеросклеротические поражения сосудов являются одним из признаков старения человека и занимают главенствующее место среди патогенетических механизмов. Важнейшими факторами риска развития прогрессирования заболевания являются нарушения липидного обмена, который контролируется генами. К настоящему времени описаны генные сети, участвующие в регуляции липидного обмена. Основными аполипопротеинами плазмы крови являются апоа-I, апоа-II, апоа-IV, апоа-V, апов-48, апов-100, апос-I, апос- II, апос- III, апоE, апоD и апо(а).Ген апо-Е входит в состав атерогенных триглицеридбогатых ЛП и в состав ЛПВП. Ген ЛПЛ играет ключевую роль в метаболизме триглицериднасыщенных ЛП, она гидролизует хиломикроны,ЛПОНП и ЛПНП, влияя тем самым на уровень ЛПВП в плазме крови. Установлено, что носительство гомозиготного генотипа Н+Н+ гена ЛПЛ увеличивает риск атеросклеротического поражения сосудов. Ген CETP участвует в метаболизме ЛПВП. Гены ренин-ангиотензин-альдостероновой системы(РААС) отвечают за регуляцию тонуса кровеносных сосудов. Ген АПФ гидролизует ангиотензин I в ангиотензин II.

Изучена связь полиморфизма генов, участвующих в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, таких как атеросклероза, гипертензия, ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, инсульт, тромботических и других заболеваний. Прямые ассоциации найдены с относительно небольшим количеством генов-кандидатов, которые детерминируют предрасположенность к сердечно-сосудистой патологии и обладают способностью потенцировать действие других факторов риска.

Сидорович А.Р., Бульчук В.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРРОМАГНИТНЫХ ЧАСТИЦ В МЕДИЦИНЕ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ МР-ТОМОГРАФА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гольцев М.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – самая молодая из радиологических методик. Магнитно-резонансные томографы могут создавать изображение сечений любой части тела в трех плоскостях. При этом в отличие от компьютерной томографии ионизирующее излучение не используется (метод безвредный), а воздух и кости в отличие от УЗИ не являются помехой. В основе МРТ лежит феномен ядерно-магнитного резонанса (ЯМР), открытый в 1946г. физиками Ф.Блохом и Э.Перселлом, за что в 1952 году они была удостоены Нобелевской премии в области физики. Суть этого феномена состоит в способности ядер некоторых элементов, принимать энергию радиочастотного импульса. В 1973г. американский ученый П.Лотербур предложил дополнить феномен ядерно-магнитного резонанса наложением градиентных магнитных полей для пространственной локализации сигнала. С помощью протокола реконструкции изображений, использовавшегося в то время при проведении рентгеновской компьютерной томографии (РКТ), ему удалось получить первую МР-томограмму. В 2003 г. ученым Полу Лотербуру и Питеру Мэнсфилду эа изобретение метода магнитно-резонансной томографии была присуждена Нобелевская премия в области физиологии и медицины. В последующие годы МРТ претерпела целый ряд качественных преобразований, став в настоящее время наиболее сложной и многообразной методикой лучевой диагностики.

Однако, несмотря на высокий уровень развития современных методов визуализации, применяемых в медицине, существует ряд трудноразрешаемых задач. Например, это раннее вы-

явление метастазов злокачественных новообразований, в первую очередь, в регионарные лимфатические узлы.

Таким образом, цель работы можно сформулировать следующим образом: предложить методику, позволяющую с помощью метода МРТ определить наличие метастазов в лимфатических узлах (ЛУ). Задачи: изучить существующую литературу по данной проблеме; ознакомиться с физическими основами работы МР-томографа; предложить методику для решения вышеуказанной проблемы.

Авторами было предложено использование ферромагнитных частиц, вводимых в периферический кровоток. Данные частицы захватываются клетками с макрофагальной активностью в интактных лимфоузлах и создают искажение нормального изображения. В то же время, макрофаги в блокированных метастазами ЛУ не имеют контакта с феррочастицами, соответственно изображение не искажается.

Цель: ознакомиться с физическими основами работы МР-томографов; предложить метод ранней диагностики метастазирования в регионарные ЛУ; разработать компьютерную модель поведения ферромагнитных частиц в условиях работы МР-томографа

Материалы и методы. В данной работе проведено компьютерное моделирование поведения ферромагнитных частиц в условиях работы МР-томографа. Модель разработана в программе MathLab.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ литературы по данной теме; авторы ознакомились с физическими основами работы МР-томографов; был предложен метод ранней диагностики метастазирования в регионарные ЛУ; была разработана компьютерная модель поведения ферромагнитных частиц в условиях работы МР-томографа.

Сидорчук Е.А.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДАИБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Диабетическая остеоартропатия (стопа Шарко, ДОАП) — это деструкция костей и суставов неинфекционного характера, вызванная диабетической невропатией.

До настоящего времени ДОАП часто выявляется несвоевременно, при появлении выраженных осложнений (деформации, язвенные дефекты, остеомиелит), так как манифестация проявляется безболезненно. Предсказать развитие ДОАП и выделить группы риска среди пациентов с СД остается крайне трудной задачей. Несмотря на то, что распространенность ДОАП среди всех пациентов с СД не превышает 1 %, стопа Шарко остается серьезной медико-социальной проблемой, приводящей к длительной утрате трудоспособности и инвалидизации пациентов. В развитии ДОАП значимую роль играют декомпенсация СД, выраженная невропатия, остеопороз (чаще локальный), механическая травма.

Цель: изучить структуру и частоту встречаемости анатомических классов ДОАП.

Материалы и методы. В ходе исследования проведен анализ данных 63 пациентов, находившихся на лечении в кабинете «Диабетическая стопа» в период с 2007 по 2013 гг. Среди обследованных пациентов преобладали лица мужского пола (57,1 %) в возрасте от 44 до 64 лет. Среди женщин 29,6% (8 пациенток) - женщины фертильного возраста и 71,4% (19 человек) в менопаузе. ИМТ 27,17±6 кг/м2. У 60,3 % сахарный диабет (СД) 2-го типа. У 39,7% СД 1-го типа. У подавляющего большинства пациентов (98,4%) длительность диабета составляла более 10 лет. У 31,8 % пациентов стопа Шарко сочеталась с нефропатией, 1,7 % с ретинопатией, 39,6% с нефропатией и ретинопатией. Уровень гликемии 9±4,5 ммоль/л, НвА1с – 7,8 ±3,3%. Билатеральное поражение выявлено в 9,5% случаев. ДОАП I класса выявлена у

49,21% пациентов, II класса - у 30,16%,III класса - у 17,46%,IV класса - у 1,59%,V класса - у 1,59% пациентов.

У 45 пациентов проведена двойная рентгеновская абсорбциометрия, по результатам которой у 33,3% пациентов (15 человек) зарегистрировано снижение минеральной плотности кости (МПК) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и проксимальном отделе бедра. У 84,1% пациентов выявлена хроническая стадия ДОАП. У 49% из них отмечались рецидивы, у 60% развивались осложнения. Операция по поводу ампутации была выполнена у 41,3%.

Результаты и их обсуждение. Результаты свидетельствуют о высокой частоте развития стопы Шарко у пациентов с длительной декомпенсацией СД, частом сочетании с другими осложнениями СД. У 49,21% пациентов выявлена ДОАП I класса. Снижение МПК осевого скелета выявлено у 33,3%, в дистальных отделах конечности (по данным рентгенографии) у 100% обследованных пациентов.

Сикорская Д.А.

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Научный руководитель асс. Кострова Е.М.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Цель: определить эффективность использования низкомолекулярных гепаринов у беременных женщин с патологией сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Было проанализировано 72 истории родов женщин в возрасте от 20 до 40 лет с патологией сердечно-сосудистой системы за январь–октябрь 2012 года на базе УЗ «1–я ГКБ» г. Минска, которым было проведено кесарево сечение в условиях спинальной анестезии. Пациентки были разделены на две группы: в первой группе (37 женщин) предоперационная тромбопрофилактика (ТПФ) проводилась низкомолекулярными гепаринами (фрагмином) в средней дозе 100 МЕД/кг, во второй группе (35 женщин) – ТПФ не проводилась. В послеоперационном периоде ТПФ осуществлялась всем женщинам обеих групп.

Спинальная анестезия проводилась с первой попытки, в асептических условиях в положении сидя на уровне L2–L3 0,5% раствором маркаин-спинал-хэви в дозе 0,5 мг/кг.

Во время анестезии проводилась инфузия кристаллоидных растворов (0,9% раствор NaCl) со скоростью 8–10 мл/кг/час. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 23,2±2,4 мин в первой группе и 23,7±2,1 мин во второй. Объем кровопотери составил 641,25±74,91 мл у пациенток первой группы и 644,32±73,52 мл во второй группе. Обработка полученных данных произведена с помощью компьютерной программы Статистика w.6.

Результаты и их обсуждение. В первой группе у 17 пациенток (45,9%) выявлен пролапс митрального клапана. У 10 пациенток (27,1%) была выявлена артериальная гипертензия (АГ): 4 пациентки– АГ 1 степени, 6 пациенток – АГ 2 степени. У 5 пациенток (13,5%) выявлены нарушения ритма: 2 пациентки – экстрасистолия, у 2 пациенток – пароксизмальная тахикардия, 1 пациентка – неполная блокада правой ножки пучка Гиса. У 4 (10,8%) пациенток выявлены пороки сердца: 2 врожденных, 2 приобретенных. У 1 пациентки (2,7%) выявлен постмиокардитический кардиосклероз. Во второй группе патологии сердечно-сосудистой системы не было выявлено.

В первой группе на первом этапе до операции была выявлена достоверная разница показателей свертывающей системы крови (снижение АЧТВ на 18,83%, снижение ТВ на 5 %, увеличение фибриногена на 26%) по сравнению со второй группой ($p<0,05$). Через 22-24 часа после операции в первой группе отмечалось увеличение показателей по сравнению со второй группой, что свидетельствует об эффективности проводимой ТПФ у пациенток первой груп-

пы (увеличение АЧТВ на 23%, увеличение ТВ на 10 %, снижение уровня фибриногена на 4,25%). На 5-е сутки после операции показатели приходили к нормогемостазиограмме, и достоверной разницы получено не было у пациенток обеих групп.

Сикорская Д.А., Гладкова И.А.

СОПРЯЖЕНИЕ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ И ОНКОГЕНЕЗА

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Чаплинская Е. В.
Кафедра биологии

В работах, посвященных гериатрической онкологии, отмечается, что 60 % вновь зарегистрированных онкобольных составляют лица старше 60-65 лет, смертность же от рака в этом возрасте достигает почти 50 % общей смертности этого заболевания. По другим данным, частота рака у лиц в возрасте до 40 лет составляет менее 5 %, а в возрастной группе 60-79 лет эта частота повышается до 25-35 %. Такая связь говорит о том, что в основании старения и рака лежит общий патогенетический механизм. Однако до настоящего времени он во многом остается неясным.

Цель: изучение существования общих генетических и молекулярных механизмов старения и онкогенеза.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы проведен анализ научных статей за 2008-2012 годы посвященных проблемам онкогериатрии с использованием базы данных NCBI (National Center of Biotechnological Information), материалов конференции (Keystone Symposia on Molecular and Cellular Biology, 2008), журнала «Успехи геронтологии» и др.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что процесс канцерогенеза, так же как процесс геронтогенеза, сопровождается повреждениями генома, которые могут действовать синергично, способствуя развитию рака. Среди этих нарушений ключевую роль играют три развивающихся с возрастом изменения в ДНК: нестабильность генома, гипометилирование ДНК и образование аддуктов ДНК.

Нестабильность генома возникает при активации генов, таких как клеточные протоонкогены, которые в норме супрессированы, и/или инактивации опухолевых супрессорных генов (в первую очередь p53). Гипометилирование ДНК, являясь одним из потенциальных механизмов активации онкогенов, может приводить к спонтанному деаминированию цитозина и последующей транзиции пар оснований. Накопление несоответствующих пар оснований, приводя к активации клеточных протоонкогенов, может быть причиной опухолевой трансформации. Даже в пределах одной клетки различные сегменты ДНК могут в разной степени подвергаться гипометилированию при старении. Неравномерное распределение гипометилирования может приводить к избирательной избыточной экспрессии протоонкогенов. Различная степень повреждения ДНК в разных тканях при старении может определять различия в их чувствительности к канцерогенам.

На модели p53-мутантных мышей показано, что онкогены индуцируют белок ARF, который подавляет активность ингибитора p53 Mdm2. В результате количество функционального p53 в клетке накапливается, что через p53-зависимую индукцию белков p21 и p14-3-3 вызывает клеточное старение, либо апоптоз — через белки-регуляторы Bax и Puma. Оба механизма (клеточное старение и апоптоз) подавляют онкогенез, но способствуют старению организма в целом.

В настоящее время расширен список белков, задействованных в генезе обоих состояний организма: белок семейства сиртуинов SIRT2, как и два других белка этого же семейства, участвующий в процессах старения, также выполняет функцию белка-супрессора опухолевого роста. Это позволяет предположить существование уникального «семейства» белков-супрессоров опухолевого роста, одновременно задействованных в процессе старения организма.

Детальное выяснение молекулярных и генетических причин возрастного увеличения частоты рака, возможно, даст ключ к разработке стратегии первичной профилактики злокачественных новообразований.

Симончик В.С.

АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И АРТРИТАХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Григорчук И.П.
2-я кафедра внутренних болезней

Ревматоидный артрит (РА) – это одно из наиболее распространенных системных аутоиммунных заболеваний, характеризующееся хроническим прогрессирующим воспалением синовиальных суставов, часто приводящее в потере трудоспособности и инвалидизации пациентов. Ранняя диагностика заболевания дает возможность своевременно назначить комплексное лечение, эффективность которого позволяет замедлить или даже остановить прогрессирование патологического процесса и существенно улучшить прогноз. Одним из методов иммунологической диагностики РА на ранних стадиях течения заболевания является определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду (анти-ЦЦП) в сыворотке крови. Несмотря на высокую специфичность метода для диагностики РА, в последнее время появляется все больше данных об обнаружении этих антител при других формах артритов, в том числе и при артритах, связанных с инфекцией.

Цель: изучить частоту встречаемости и титры антител к циклическому цитруллинированному пептиду у пациентов с ревматоидным артритом (РА), урогенными артритами, в том числе и хламидиоиндуцированными (ХИА), и у больных с ассоциацией РА и ХИА.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 230 пациентов, находившихся на лечении в ревматологическом отделении 9 клинической больницы г.Минска с июня 2011 по июнь 2012 года. Среди них - 149 больных РА, 28 больных ХИА, 12 пациентов с урогенным неуточненным артритом, 32 пациента с РА, ассоциированным с ХИА, и 9 больных с сочетанием РА и инфекции мочевыводящих путей. Анализировались клинические параметры артритов (локализация суставного поражения, системные проявления, длительность болезни, степень активности патологического процесса, выраженность функциональной недостаточности), данные лабораторно-инструментальных исследований (рентгенологическая стадия, методы выявления инфекции при артритах, связанных с инфекциями).

Результаты и их обсуждение. В общей группе больных и при серопозитивном по ревматоидному фактору РА положительные анти-ЦЦП встречались одинаково часто – примерно в 80% случаев, а при серонегативном варианте заболевания – лишь у 30% больных. Повышение содержания анти-ЦЦП отмечено примерно у каждого десятого больного ХИА, а при урогенных артритах еще чаще – в 17% случаев. Встречаемость повышенных титров анти-ЦЦП при ассоциации РА с ХИА соответствовало таковой при серопозитивном РА и составило 81%. В случае сочетания РА с реактивным урогенным артритом количество анти-ЦЦП-позитивных пациентов было значительно меньше – 55%. Не было обнаружено корреляции между титрами анти-ЦЦП и активностью патологического процесса, длительностью заболевания, наличием системных проявлений, рентгенологической стадией РА.

Частота встречаемости повышенных титров анти-ЦЦП у больных РА и в случаях ассоциации РА с ХИА соответствует общепризнанным. Не обнаружено значимых корреляций титров анти-ЦЦП с основными клиническими параметрами РА. Причины повышения анти-ЦЦП у пациентов с ХИА и урогенными артритами нуждаются в дальнейшем исследовании.

Симончик В.С.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РАСШИФРОВКА ДИАГНОЗА «ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА» У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В УЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» г. МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Горбич Ю.Л.
Кафедра инфекционных болезней

Нередко, проявлением какой-либо соматической патологии является наличие только лихорадочного или гипертермического синдрома. Зачастую, в условиях поликлиники сложно выставить окончательный диагноз пациенту, даже за несколько посещений. В то же время неоспоримым является тот факт, что пациенты нуждаются в постановке точного диагноза и соответствующем адекватном лечении.

Цель: изучить этиологические причины заболевания у пациентов, госпитализированных в УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска, за период с ноября 2012г по март 2013г. с диагнозом «Лихорадка неясного генеза».

Материалы и методы. В процессе выполнения работы были проанализированы все медицинские карты стационарных пациентов, находящихся на лечении в дифференциально-диагностическом отделении УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска, которым на догоспитальном этапе в период с ноября 2012 г. по март 2013 г. был выставлен диагноз «Лихорадка неясного генеза».

Для оценки достоверности различий между качественными признаками использовались критерии Z и $\chi 2$ в соответствующих ситуациях. Разница считалась статистически достоверной, если значение ошибки 1-го рода (p) было меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с вышеприведенными критериями включения в исследование были отобраны 55 пациентов. Среди них мужчины составляли – 58,2% (32 пациента). К возрастной группе 18-30 лет относились 29,1% пациентов (16 человек), 31-60 лет – 60% пациентов (33 человека), старше 60 лет – 10,9% (6 человек).

Причинами развития лихорадочного синдрома у взрослых являлись: инфекции мочевыводящих путей (21,8 %), острые респираторные вирусные инфекции и бактериальные инфекции верхних дыхательных путей (по 12,7%), болезнь Стилла у взрослых (9,1%), кишечный иерсиниоз (7,3%). Реже встречались гепатиты неинфекционного генеза (5,5%), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, реактивный урогенный артрит, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, патология щитовидной железы, лимфопролиферативное заболевание (по 3,6%), бактериальный эндокардит, стрептококковый сепсис, острая цитомегаловирусная инфекция, болезнь Шарко-Мари-Тута, миома матки, серозный менингит, фелиноз (по 1,8%).

В ходе анализа было установлено, что выраженных различий по частоте встречаемости отдельных заболеваний в различных половозрастных группах не наблюдается, за исключением бактериальных инфекций дыхательных путей, которые достоверно чаще встречались у мужчин (p=0,046), а также болезни Стилла у взрослых, которая достоверно чаще встречалась в возрастной группе от 18 до 30 лет (p=0,049).

Таким образом наиболее частыми этиологическими причинами, приводившими к постановке диагноза «Лихорадка неясного генеза» среди пациентов, госпитализированных в УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска являлись инфекции мочевыводящих путей, острые респираторные вирусные инфекции и бактериальные инфекции верхних дыхательных путей.

Синюк К.В.

ПОПУЛЯЦИОННАЯ СТРУКТУРА ИЗОЛЯТОВ *N. MENINGITIDIS*, ВЫДЕЛЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЕВРОПЫ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Титов Л.П., канд. мед. наук, доц. Дронина А.М.
Кафедра эпидемиологии

Носительство менингококков в популяции человека встречается гораздо чаще манифестных форм заболевания (1:10000 – 1:30000) и встречается у 10-50% населения. Таким образом, изменения популяционной структуры возбудителя могут оставаться незамеченными, что затрудняет определение взаимосвязи между различными изолятами. Основным методом эпидемиологического мониторинга за возбудителем менингококковой инфекции является мультилокусное сиквенс-типирование (МЛСТ), основанное на расшифровке нуклеотидных последовательностей фрагментов 7 генов домашнего хозяйства.

Цель: проанализировать популяционную структуру и филогеографию изолятов N. meningitidis, выделенных на территории Республики Беларусь и стран Европы.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования были использованы 26 изолятов N. meningitidis, выделенных в Беларуси. Нуклеотидные последовательности фрагментов МЛСТ генов (11460 изолятов из 14 стран Европы) были экспортированы из международной базы данных изолятов N. meningitidis (pubmlst.org/neisseria) и использованы для построения филогенетического дерева в программе FastTree. Оценка переноса генетического материала между популяциями была произведена в программе Arelequin 3.1 по коэффициенту фиксации Fst, значение которого при отсутствии разницы между популяциями будет равно 0, при полном отсутствии сходства популяций – равно 1. Достоверность вычисленных значений Fst была определена по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с филогенетическим деревом, построенным по нуклеотидным последовательностям МЛСТ генов, более 90% всех изученных изолятов подразделяются на 5 кластеров. Малое число групп указывает на возможное существование барьеров для свободного переноса генов между изолятами. Изоляты внутри кластеров были в дальнейшем сгруппированы по странам. Коэффициенты фиксации Fst, вычисленные на основе попарного сравнения групп разных стран внутри каждого кластера, достоверно меньше ($p<0,05$) значений Fst, полученных при сравнении групп разных кластеров внутри одной страны. Полученные данные указывают на преобладание филогенетических барьеров над географическими, что означает наличие нескольких, относительно изолированных потоков распространения возбудителей менингококковой инфекции. Возможными причинами данной генетической изоляции может являться дивергентный характер эволюции исследуемых генов, который снижает вероятность успешной гомологичной рекомбинации при увеличении разницы между рекомбинирующими последовательностями. Наличие нескольких типов систем рестриктивных ферментов, участвующих в горизонтальном переносе генов, является предрасполагающим фактором для создания барьеров между популяциями.

Выводы. Малые значения коэффициентов Fst для сравнения групп внутри кластеров по сравнению со значения Fst групп между кластерами свидетельствуют о существовании 5 филогенетически обособленных популяций N. meningitidis, циркулирующих на территории Европы.

Синяк М.Д., Оленцевич А.В.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Рычагов Г.П.
Кафедра общей хирургии

За последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы, в результате чего они становятся инвалидами I-II групп. Среди причин стомии — наследственные и хронические заболевания толстого кишечника, травмы и ранения живота. Однако первостепенное значение в росте числа стомированных больных имеет высокий уровень заболеваемости населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки, дивертикулярной болезнью, воспалительными процессами, а так же запущенность этих заболеваний.

Цель: оценить результаты хирургического лечения стомированных больных, а так же их роль в системе медицинской и социальной реабилитации данной группы населения; провести сравнительный анализ результатов лечения больных с колостомами при выполнении восстановительных операций аппаратным и ручным способами; оценить послеоперационные осложнения у стомированных пациентов.

Материалы и методы. В ходе работы нами был проведен ретроспективный анализ 85 историй болезни пациентов, которым было произведено восстановление кишечной проходимости в колопроктологическом отделении 3-й городской клинической больнице им. Е.М.Клумова города Минска в 2010-2012 годы. В ходе выполнения работы мы обратили внимание на возрастную и половую структуру пациентов, на детальное обследование больных перед выполнением оперативных вмешательств, на сроки проведения реконструктивно-восстановительных операций. Проанализировали виды стом по месту локализации и типу, способы наложения колоректального анастомоза (аппаратный или ручной), течение послеоперационного периода. Возраст больных был от 19 до 83 лет, из них мужчин- 52, женщин - 33. Стомы были наложены при заболеваниях неопухолевого генеза (дивертикулярная болезнь, острый панкреонекроз, язвенный колит, болезнь Крона) – 52, травмах ободочной и прямой кишок -24, при злокачественных опухолях ободочной кишки - 9. Локализация стом: трансверзостома (23), цекостома(7), сигмостома(42), илеостома(10), трансверзосигмостома (2), асцендостома (1). Типы стом: одноствольные (37), двуствольные (24), пристеночны(7), петлевые(15), концевые (2).

Перед выполнением оперативных вмешательств всем больным проводились: ретроманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, оценка функций запирательного аппарата прямой кишки. Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 3 до 12 месяцев после формирования колостомы.

Колоректальный анастомоз накладывался ручным - 53 и аппаратным способом -32. Средние сроки пребывания в стационаре 20,4 к/дней (после операции 14,0 к/дней).

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 больных: нагноение послеоперационной раны отмечено в 2-х случаях; в 3-х случаях выявлена микронесостоятельность анастомоза с формированием кишечных свищей (в 2-х случаях свищи зажили после консервативного лечения; в 1-ом случае выполнена релапаротомия с восстановлением колостомы и дренированием брюшной полости). Летальных исходов не было.

Результаты и их обсуждение. Реконструктивно-восстановительные операции, являясь важной составной частью реабилитации стомированных больных, относится к сложным пластическим операциям и должны выполнятся в специализированных отделениях, имеющих достаточный опыт закрытия стом с учетом их типа, локализации и характера исходной патологии.

Ситник Н.Г.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БЛИЗНЕЦОВ

Научный руководитель асс. Альферович Е.Н.
2-я кафедра детских болезней

Цель: изучить особенности течения периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных от многоплодной беременности.

Материалы и методы. Методика проведения исследования: способ сбора информации – документальный, способ наблюдения – метод основного массива. В ходе работы проанализировано 106 историй развития новорожденного от многоплодной беременности, родившихся в родильном отделении 6 ГКБ в период 2011-2012гг. (опытная группа), и 106 историй развития новорожденного от одноплодной беременности, родившихся в тот же период, отобранных посредством случайной выборки (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. Из 53 двоен 9 пар (17%) были признаны монозиготными (1 пара (1,9%) монохориальной моноамниотической и 8 пар (15,9%) монохориальными диамниотическими), 44 пары (83%) – дизиготными.

В опытной группе недоношенными родились 34 ребенка (32,1%), незрелыми – 47 детей (44,3%). Средняя масса тела при рождении составила 2697г. 36 детей (34,1%) получили оценку по шкале Апгар 8/9, 67 детей (63,2%) – 8/8, 1 ребенок (0,9%) – 7/8, 2 детей (1,8%) – 7/7.

В контрольной группе все 106 детей родились доношенными, 11 из них – незрелыми (10,4%). Средняя масса тела при рождении составила 3417,35г. Оценки по шкале Апгар были следующими: 8/9 у 85 детей (80,2%), 8/8 у 21 ребенка (19,8%).

Период ранней адаптации протекал без осложнений у 29 новорожденных из опытной группы (27,3%) и у 87 новорожденных из контрольной группы (82,1%).

Скворчевская М. В.

АЛЛОПУРИНОЛ: ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ

Доцент, к. м. н. Михневич Э.А.
1-я кафедра внутренних болезней

Актуальность: Аллопуринол (Ал) – это наиболее часто используемый неселективный ингибитор ксантин-оксидазы для лечения подагры. Несмотря на длительный срок использования (Ал) в клинической практике, сохраняются сложности и ошибки при его применении.

Цель: оценить соответствие назначения Ал рекомендациям по его применению EULAR/ACR; выявить причины прекращения лечения.

Пациенты и методы: в исследование включено 360 пациентов, у которых выставлен диагноз подагры. Диагноз базируется на классификационных критериях острого подагрического артрита АКР, 1977 года. Большинство пациентов -315 (87,5%) - составили мужчины. Коморбидная патология: ИБС - 206 (57,2%) пациентов; артериальная гипертензия – 298 (82,8%) пациентов; сахарный диабет – 57 (15,8%) пациентов, нефролитиаз – 135 (37,5%) пациентов. 60 (16,7%) пациентов принимали Ал постоянно, дозы варьировали от 50 мг до 600 мг. Определялась правильность назначения Ал у пациентов с подагрой: показания, регулярность приема, дозы, безопасность, противопоказания у пациентов. Были выявлены основные причины прекращения лечения Ал. Также сравнивалась правильность назначения Ал в 2009 и в 2012 году, в связи с чем пациенты были делены на 2 группы: 1(n=96) – 2009г., 2(n=102) – 2012г., в которых проводилось сравнение динамики в отношении применения Ал.

Результаты: У пациентов, болеющих подагрой более 1 года (293 пациента), назначение Ал было показано у 271 (92,5%), в то же время препарат применяли только 158 (53,9%) пациентов. Постоянно принимали Ал 60 (20,5%) пациентов, при этом в минимальной дозе 50-200 мг Ал применяли 16 пациентов, в максимальной дозе 600 мг – только 3 пациента, а большинство пациентов принимали Ал в дозе 300 мг – 41 человек. Несмотря на постоянное применение Ал, целевого уровня мочевой кислоты в крови достигли только 5 (8,3%) пациентов. В острый период Ал был назначен 67 (18,6%) пациентам, что у 45 пациентов привело к пролонгации приступа. Среди пациентов, у которых впервые была заподозрена подагра (58 пациентов), уже в поликлинике назначался Ал в полной дозе у 11 человек (19%). Среди пациентов, постоянно принимающих Ал, отмена его при острой атаке подагры проводилась у 38 (63,3%) пациентов. У всех пациентов отсутствовали рекомендации об одновременном применении с Ал противовоспалительной профилактической терапии в первые 6 месяцев.

Основными противопоказаниями при применении Ал были аллергия к препарату у 13 (3,6%) пациентов, ХБП III ст. и выше у 51 (14,2%) пациента, хронические гепатиты различной этиологии у 53 человек и т. д. Другими причинами прекращения применения аллопуринола явились: его неэффективность по мнению 124 (34,4%) пациентов, одновременный приём большого количества медикаментов у 50 (13,9%) пациентов, а также прекращение атаки по их мнению.

При сравнении 2 групп за 2009 и 2012 годов были выявлены снижение числа случаев назначения Ал при острой атаке подагры ($p<0,05$).

Выводы: Результаты исследования показывают, что основными ошибками при применении Ал являются назначение в острый период, отсутствие чётких показаний к применению, отсутствие противовоспалительной профилактической терапии на начальном этапе применения, назначение субоптимальных доз, не позволяющих достичь цели лечения. Наиболее часто прекращение препарата было связано с неэффективностью аллопуринола, полипрагмазией, сопутствующей патологией со стороны почек, печени и ЖКТ. В последнее время отмечаются положительные тенденции по применению аллопуринола.

Сковородко А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ УЗЛОВ В ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук. доц. Лемешевский А.И.
Кафедра общей хирургии

Эндоскопические хирургические вмешательства в последние десятилетия начали широко применяться в хирургической практике и вытеснять традиционные методы оперативных вмешательств во многих областях хирургии. Многие приемы в эндоскопической хирургии направлены на пережатие сосудов, протоков или иных тканей и выполняются с помощью наложения лигатур. Лигатура состоит из нити, которая фиксируется специализированным узлом. Существуют готовые эндопетли, но из-за высокой стоимости таких петель их использование в хирургической практике Республики Беларусь ограниченно. Применение обычных узлов хирургической практики для фиксации петли шва при проведении лапароскопического вмешательства невозможно по причине малого диаметра операционных отверстий и глубоко расположенных объектах хирургического вмешательства. В связи с этим в лапароскопической практике применяются специализированнные узлы, которые можно разделить на три группы.

Первая группа узлов - экстракорпоральные узлы. Они формируются снаружи операционного поля и затем опускаются до нужного уровня узлопереместителя (длинная тонкая трубка с коническим концом). Вторая группа узлов - полуэкстракорпоральные узлы. Эти узлы на начальном этапе формируются экстракорпорально за пределами операционного поля, а на

последующих этапах интракорпорально - инструментально. Третья группа узлов – интракорпоральные узлы, которые формируются инструментально полностью внутри тела человека.

Цель: поиск наиболее эффективного метода формирования узла в эндоскопической хирургии и определение возможностей разработки более эффективного метода.

Материалы и методы. Проведено сравнение отдельных групп: экстракорпоральных, полуэкстракорпоральных и интракорпоральных узлов по скорости формирования стандартного узла и надежности. В качестве стандартного узла применяли двойной морской узел, который формировался самостоятельно или после скользящего. Время формирования узлов определялось интраоперационно при работе хирурга, владеющего методом наложения шва. Для узлов сравнения разработана балльная система. Надежность складывалась из скорости формирования, дотягивания и жесткости. Каждый из параметров определялся в баллах от 0 до 2.

Результаты и их обсуждение. Определены наиболее эффективные из узлов. Установлено, что в сравнении между экстракорпоральными, интракорпоральными и полуэкстракорпоральными узлами наиболее эффективным были полуэкстакорпоральные.

Учитывая эффективность и малую распространенность полуэкстракорпоральных узлов, нами разработана и предложена собственная методика формирования полуэкстракорпорального узла.

Скрипник К.В., Ефимчик А.В.

ЭВТАНАЗИЯ, АБОРТ, КЛОНИРОВАНИЕ КАК ПРЕДМЕТ ВРАЧЕБНОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЭТИКИ

Научный руководитель д-р фарм. наук, проф. Эльяшевич Е.Г.
Кафедра организации фармации

Цель: определение отношения к проблемам медико-биологической этики XXI века (эвтаназия, аборт, клонирование) студентов фармацевтического факультета.

Материалы и методы. Был использован метод анкетирования. Анкета включала 25 вопросов. Опрошено 100 студентов фармацевтического факультета.

Результаты и их обсуждение. Анкетный опрос показал, что 25% считают эвтаназию убийством, преступлением, так как каждый человек имеет право на жизнь. У 37% мнение абсолютно другое: эвтаназия является милосердием, объясняя это тем, что она облегчает страдания людей, это помощь безнадежно больным, а также 38% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос.

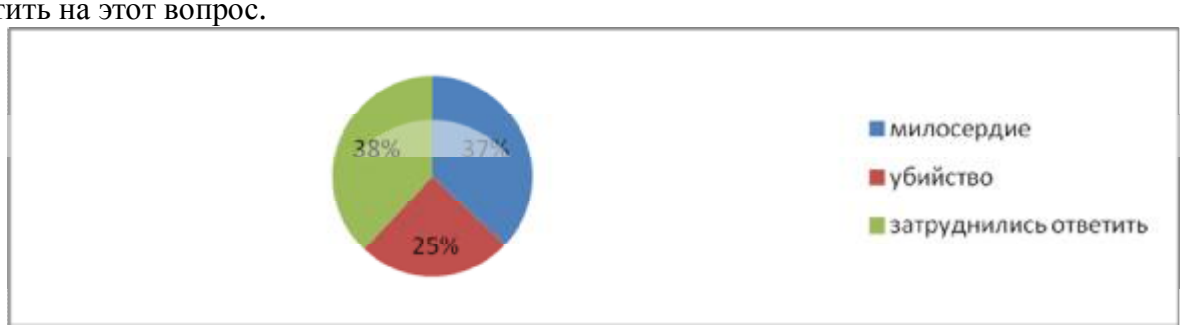


Рис. 1 – Результаты анкетирования по вопросу о значении эвтаназии

На вопрос «кем должно приниматься решение о проведении эвтаназии?» 55% респондентов ответили, что, в первую очередь, самим больным, если же он по каким-либо причинам не в состоянии принять решение, то — комиссией врачей (18%), либо единогласным решением родственников(18%). На поставленный вопрос затруднились ответить 9%.

Мнение студентов также разделились на счет вопроса эвтаназии плода: одни считают это допустимо (21%), так как каждая женщина имеет право распоряжаться своим телом, другие (79%) - что у будущего ребенка также есть право на жизнь.

На вопрос об отношении к суициду 73% ответили отрицательно, 8% положительно и 19% затруднились что-либо ответить.

Большинство опрошенных (66%) затруднились ответить на вопрос о допустимости клонирования, назвав положительные и отрицательные стороны; 11% высказались положительно и 23% отрицательно.

Результаты исследования. В итоге можно сделать вывод, что эвтаназия может рассматриваться и как милосердия, и как убийство. Применение эвтаназии допустимо только в случаях безнадежно больных. Аборт и суицид вообще недопустимы. В отношении аборта следует сказать, что данный вопрос вызвал некоторые разногласия: одни считают, что аборт – это «убийство», другие же – что «женщина вправе распоряжаться жизнью своего ребенка».

Что касается клонирования, то в настоящее время запрещено его проведение относительно людей. Большинство опрошенных затруднились высказать свое мнение, аргументировав это отрицательными и положительными моментами данного вопроса. Но клонирование как способ воспроизведения человека, может привести к негативным, опасным и даже катастрофическим последствиям, которые могут наступить в результате пренебрежения нравственными критериями и требованиями морали при выборе направлений научных исследований.

Скуратович Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТЕМОДЕКСОМ В ЛЕЧЕНИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГ МОЗГА

Научные руководители асс. Боровский А.А., Веевник Д.П.
Кафедра неврологии и нейрохирургии

Первичные опухоли головного мозга имеют важное медико-социальное значение и занимают одно из ведущих мест в структуре инвалидности и смертности у наиболее трудоспособной части населения. Поиск рационального подхода в лечении глиальных опухолей головного мозга до сегодняшнего дня остается актуальной задачей многих научных исследований.

Цель: оценить безопасность, переносимость и эффективность применения лекарственного средства ТЕМОДЕКС, при проведении локальной интраоерационной химиотерапии в лечении глиальных опухолей головного мозга.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских документов 17 пациентов прооперированных на базе нейрохирургического отделения УЗ «ГК БСМП» по поводу глиальных опухолей головного мозга (Gr II- Gr IV) в период с 12.11.2012г по 27.02.2013г . Всем пациентам с целью проведения локальной интраоперационной химиотерапии, в ложе удаленной опухоли был имплантирован лекарственный препарат ТЕМОДЕКС, производства РУП «Белмедпрепараты». Из прооперированных пациентов 10 (58,8%) мужчин, 7 (41,2%) женщин. Средний возраст мужчин – 54 года (от 30 до 74), средний возраст женщин – 59 лет (от 48 до 75). Из них 12 (70,6%) пациентов с мультиформной глиобластомой (Gr IV), 2 (11,7%) – с анапластической астроцитомой (Gr III), 2 (11,7%) пациента с диффузной фибриллярной астроцитомой (Gr II), 1 (5,8%) - с олигодендроглиомой (Gr II).12 пациентам оперативное лечение было проведено впервые, 5 пациентам проводилась реоперация по поводу рецидива опухоли. На момент исследования 16 (94,2%) пациентов живы, 1 (5,8%) пациент умер (от ТЭЛА в ранний послеоперационный период). Всем пациентам проводилось МРТ исследование с контрастным усилением до проведения операции, на 2-3 день после операции, для контроля степени удаления опухоли, через 3 месяца, для контроля роста опухоли.

Результаты и их обсуждение. Безопасность и переносимость: на данном этапе исследования не было выявлено случаев токсического (нейротоксического и общетоксического) действия Темодекса на организм пациентов. Не было отмечено также аллергических реакций на препарат. На 2-3 день после имплантации Темодекса у 100% пациентов в ОАК отмечается

нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, с тенденцией к снижению на 7- 10 день, также отмечен рост СОЭ с максимумом на 7-10 день после операции. Биохимический анализ крови, показатели гемостаза – без существенных отклонений от нормы. У подавляющего большинства пациентов отмечен регресс очаговой неврологической симптоматики, наблюдавшейся до проведения операции. Среднее значение индекса Карновского до имплантации Темодекса составляет 83%, на 7-10 день - 85,6%. Через 3 месяца после имплантации Темодекса 5 пациентам было проведено повторное обследование с проведением МРТ исследования с контрастным усилением. У 3 из 5 обследованных пациентов, по данным МРТ исследования, не отмечено отрицательной динамики (роста опухоли), у 2 пациентов, прооперированных по поводу рецидива опухоли, отмечен повторный рост опухоли. Все лабораторные показатели в пределах нормы. Токсических и аллергических реакций на препарат не выявлено.

Слижевская Н.А., Бейня Д.Е.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ КАК ПРИЧИНА УТОМЛЕНИЯ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Иванов Е.В.
Кафедра биоорганической химии

Цель: Уточнить механизм развития постепенного утомления мышечного волокна при повышенной физической нагрузке.

Материалы и методы. Изучение научной литературы по данной теме.

Результаты и их обсуждение. Повышенная физическая нагрузка отличается усилением потребления кислорода и, как следствие, значительным возрастанием количества свободных радикалов в организме. Негативное влияние свободных радикалов осуществляется, главным образом, через воздействие на липидный слой биологических мембран и повышение его проницаемости. В зависимости от того, где находится поврежденная мембрана, проявляются различные виды нарушений жизнедеятельности организма. Применительно к мышечной ткани, обращаясь к проблеме утомления мышцы, можно привести ряд локализаций повреждений и последующих расстройств, влияющих на качество работы мышечного волокна:

- повреждение биологической мембраны в синаптической щели влечет за собой торможение передачи нервно-мышечного импульса, вследствие чего сокращение мышцы происходит позже и медленнее;
- распад фосфолипидного слоя мембран снижает активность K/Na-зависимой АТФазы, расположенной в сарколемме миофибриллы, и Са-зависимой АТФазы, находящейся на саркоплазматическом ретикулуме, что способствует повышению концентрации кальция в цитоплазме. Такая миофибрилла быстрее возбуждается, но при этом сила её сокращения падает;
- нарушение проницаемости мембран влечет за собой потерю веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности миоцитов, что влияет как на сократительную, так и на релаксационную способность клетки, приводит к быстрому истощения органелл;
- важной структурой клетки является митохондрия, мембрана которой тоже повреждается при перекисном окислении. При этом нарушается процесс тканевого дыхания, что влечет за собой снижение энергообеспечения аэробным путем. Отсюда нарастание процессов анаэробного дыхания, накопление недоокисленных продуктов реакций и усугубление окисления мембран.

Слижевская Н.А.

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Барановская Е.И.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель: оценить значимость медицинских и социальных факторов в невынашивании беременности для снижения перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных детей.

Материал и методы. Был проведён статистический анализ данных 39 историй родов, проведенных в Городском родильном доме №2 г.Минска за период декабрь 2012- январь 2013 года. Пациентки были разделены на 2 группы. В первую входили 26 женщин со спонтанно начавшимися преждевременными родами на сроке 29-36 недель. Вторую группу составили 13 женщин, поступившие с угрожающими преждевременными родами, их беременность была пролонгирована на срок от 2 до 20 дней. Результаты сравнения приведены в таблице.

Таблица – Социальные и медицинские факторы невынашивания беременности

Показатели	Группа 1 (n=26)	Группа 2 (n=13)
Возраст женщин а) юные б) возрастные	 а) 34,6% б) 65,4%	 а) 53,8% б) 46,2%
Образование	76,9% - высш.	69,2% - высш.
Роды а) первые б) повторные	а) 50% б) 50%	а) 53,8% б) 46,2%
ОАА анамнез	50%	23%
Наличие половых инфекций	19,2%	0%
Сопутствующие экстрагенитальные заболевания	50%	69,2%
Осложнения беременности	92,3%	84,6%
ЭКО	19,2%	15,3%
Профилактика СДР плода	7,7%	92,3%
Срок родоразрешения а) до 196 дней Б) 196 – 224дня В) 224 – 252 дня	 а) 3,8% б) 26,9% в) 69,3%	 а) 0% б) 23,1% в) 76,9%
Роды а) консервативные б) путем операции кесарева сечения	а) 50% б) 50%	а) 15,4% б) 84,6%
Вес ребенка а) до 2500г б)2500г и выше	а) 63,3% б) 36,7%	а) 75% б) 25%
Ребенок переведен на ИВЛ	26,9%	46,1%

Результаты и их обсуждение. Возможность пролонгирования беременности при угрожающих преждевременных родах возрастает у женщин раннего репродективного возраста с неосложненным акушерским анамнезом, что позволяет провести антенатальную профилактику СДР новорожденного и улучшить его состояние и прогноз.

Смеян Я.А., Черная Е.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Пищинский И.А.
2-ая кафедра терапевтической стоматологии

Наиболее ранней и распространённой формой поражения зубочелюстной системы являются дефекты коронок зубов кариозного и некариозного происхождения, лечение которых может приводить к эндодонтическом вмешательствам. Для проведения качественного лечения необходимо обладать достаточно высоким уровнем знаний анатомии и топографии корневых каналов.

Цель: изучить вариации строения корневых каналов зубов человека методом цифровой 3D компьютерной томографии.

Материалы и методы. Для изучения анатомии корневых каналов зубов человека нами было исследовано 37 цифровых дентальных компьютерных томограмм пациентов в возрасте от 18 до 50 лет. Исследования проводились на аппарате Sirona Galileos. За основу вариаций морфологии корневых каналов зубов нами была взята классификация Vertucci 1984 года, которая является одной из наиболее известных в мировой практике. В этой классификации автор на основании морфологического изучения корней удалённых зубов человека выделяет 8 типов строения корневых каналов. Однако в нашем исследовании были обнаружены корневые каналы, морфология которых не отражена в классификации Vertucci, так как в ней не учитываются другие варианты анатомии корневых каналов, одни из которых были представлены на слайдах нашего доклада.

Результаты и их обсуждение. Для рентгенологического изучения конфигурации корневых каналов зубов целесообразно применять метод цифровой дентальной компьютерной томографии, рентгенологу и врачу необходимо подробно описывать анатомию корневых каналов в стоматологической амбулаторной карте пациента, для описания морфологии корневых каналов рекомендуем пользоваться классификациями.

Зуб	Центральный резец	Боковой резец	клык	1й премоляр	2й премоляр	1й моляр	2й моляр	3й моляр
Количество зубов	2	2	2	2	2	3	3	1
Количество корней в зубе	1	1	1	1	1	2	2	2
Класс	1	1	1	1	1	1	1	1

Рис. 1. Результаты исследования анатомии корневых каналов зубов нижней челюсти.

Зуб	Центральный резец	Боковой резец	клык	1й премоляр	2й премоляр	1й моляр	2й моляр	3й моляр
Количество зубов	2	2	2	3	2	3	4	2
Количество корней в зубе	1	1	1	1 2	1	3	3	1
Класс	1	1	1	1	6	1	1	Не

Рис. 2 Результаты исследования анатомии корневых каналов зубов верхней челюсти.

Смирнова Л. А., Гордей Е.П.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель асс. Никитина Е.В.
Кафедра акушерства и гинекологии

Распространённость гепатита С среди населения варьирует в широких пределах в разных географических зонах. В последние годы всё большее распространение вирусные гепатиты получают среди населения репродуктивного возраста. К данному контингенту лиц относятся беременные женщины. Установлено, что вероятность инфицирования беременных женщин больше, чем небеременных, что обусловлено высокой восприимчивостью организма матери

к вирусу вследствие ослабления иммунитета. Актуальность проблемы определяется высоким риском внутриутробного заражения и инфицирования новорождённого в родах и послеродовом периоде. Вирус гепатита С у матери нередко является хроническим заболеванием (в 75-85% случаев), поэтому риск заражения плода сохраняется и при последующих беременностях. В связи с этим возникает необходимость изучения течения HCV-инфекции у беременных, влияния её на беременность, роды и здоровье новорождённого.

Цель: изучить особенности клинического течения HCV-инфекции у беременных и ее влияние на течение беременности, роды и здоровье новорожденного.

Материалы и методы. Были изучены 50 историй родов женщин с хроническим вирусным гепатитом С, рожавших в 2011-2012 году в УЗ 6 ГКБ. Контрольную группу составили женщины (30), не болеющие вирусными гепатитами, рожавшие в 2012 году в УЗ 6 ГКБ.

Результаты и их обсуждение. На основании проведённого исследования установлено, что большинство женщин (34, или 68%) родоразрешили в сроки 38-40 недель, 6 (12%) – после 40 недель, 4 (8%) - в 37 недель и 6 (12%) - в сроки до 37 недель. 45 (90%) детей родились доношенными, 5 (10%) - недоношенными. Оценка по шкале Апгар: 39 (78%) новорождённых – 8/9 баллов, 11 (22%) 8/8 баллов. У 30 (60%) женщин настоящая беременность закончилась I срочными родами, у 9 (18%) – II срочными родами, у 10 (20%) – III срочными родами, у 1 (2%) – IV срочными родами. Из них 34 (68%) – через естественные родовые пути, 16 (32%) – путём операции кесарева сечения. У 6 (12%) беременных женщин наблюдалась слабость родовой деятельности. Осложнения во время беременности: угроза прерывания беременности – у 15 (34%) женщин, ХФПН – у 10 (23%), угроза преждевременных родов – у 7 (16%), УВГП – у 6 (14%), преждевременное созревание плаценты – у 2 (4.5%), СЗРП – у 2 (4.5%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 1 (2%); у одной беременной отмечалось нарушение МППК 1А степени. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 5 (15%) рожениц, раннее – у 10 (29%), своевременное – у 19 (56%). Из сопутствующих заболеваний у беременных женщин наиболее часто встречались следующие: ОРВИ – 29 (34%), миопия – 17 (20%), заболевания ЖКТ – 6 (7%), кольпит – 7 (8%), носитель ВПГ – 5 (6%), хронический пиелонефрит – 4 (4.5%), анемия – 4 (5%), миома матки – 5 (6%), токсоплазмоз – 3 (3.5%), НЖО – 3 (3.5%), носитель ЦМВ – 2 (2.5%).

Таким образом у женщин с гепатитом С по сравнению с контрольной группой наиболее часто встречались различные осложнения беременности: слабость родовой деятельности в 2 раза чаще, чем в контрольной (12% против 6%), несвоевременное излитие околоплодных вод в 2.2 раза чаще (44% против 20%), угроза прерывания беременности в 2.5 раза чаще (34% против 13.3%), ХФПН в 1.7 раза чаще (23% против 13.3%), преждевременное созревание плаценты и СЗРП в контрольной группе не отмечались.

Смирнова Н. А.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солонский Д.С.
Кафедра нервных болезней
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова

Сахарный диабет (СД) – это «неинфекционная эпидемия XXI века». Распространенность СД более 190 млн человек в мире. Одним из самых частых осложнений СД является диабетическая полиневропатия (ДП), прогрессирование которой может привести к нарушению чувствительности, а затем и к развитию язв стопы.

Цель: оценка состояния периферических нервов у пациентов с диабетической полиневропатией по данным ультразвукового исследования. Задачи: клиническое обследование боль-

ных сахарным диабетом с диабетической полиневропатией, оценка ультразвуковой (УЗ) характеристики периферических нервов у пациентов с СД и у здоровых испытуемых, определение особенностей УЗ картины большеберцового нерва у больных ДП.

Материалы и методы. Для исследования были взяты две группы пациентов: первая группа – здоровые испытуемые в количестве 20 человек (возраст – 53±12лет, распределение по полу одинаково), вторая группа – больные СД с клинически выраженной ДП в количестве 14 человек (возраст - 59±10лет, распределение по полу одинаково); также, использовалась клиническая оценка выраженности полиневропатии с использованием шкалы MICHIGAN NEUROPATHY SCREENING INSTRUMENT (MNSI) и УЗ оценка большеберцового нерва во всех группах по следующим параметрам – площадь поперечного сечения, эхо-интенсивность сигнала.

Результаты и их обсуждение. Особенностями УЗ картины периферических нервов у пациентов с ДП является достоверный рост площади поперечного сечения (ППС) со снижением средней эхогенности нерва по сравнению со здоровыми испытуемыми. Вывод: У пациентов с ДП по сравнению со здоровыми испытуемыми на ультрасонограммах достоверно изменяются главные показатели ультразвуковых измерений – рост ППС достоверно более чем на 3 мм² по сравнению с нормой и снижение средней эхогенности более чем на 5 %. Эти данные предоставляют возможность для применения ультрасонографии в диагностике полиневропатий. Ультразвуковой метод исследования может использоваться в практике как дополнительный к имеющимся методам исследования (клинический осмотр, электронейромиография), так и, как основной, в диагностике заболеваний периферической нервной системы и диабетической полиневропатии, в частности.

Смольник В.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Тихон С.Н.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Паховые грыжи являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний и составляют 50,7 – 75% в общей структуре наружных грыж живота. Грыжесечение по поводу паховых грыж занимает третье место по количеству плановых и экстренных операций и составляет 24-66% от всех оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургическом стационаре.

Актуальность проблемы хирургического лечения паховых грыж, подтверждается тем, что за последние 10 лет, различные аспекты лечения паховых грыж широко обсуждались на 4 хирургических форумах. Несмотря на то, что до настоящего времени разработаны более 600 способов и модификаций паховой герниопластики, многие вопросы, связанные с проблемой хирургического лечения паховых грыж, все еще остаются до конца не разрешенными, о чем свидетельствует высокий уровень рецидивов заболевания.

По данным литературы, при применении традиционных стандартных способов грыжесечения в зависимости от методов пластики частота рецедивов паховых грыж в условиях специализирорванного центра составляет 1- 5%, в отделениях общехирургического профиля этот показатель возрастает до 6,9 – 28,5%.

Современные способы герниопластики, разработаны на уменьшения количества рецидивов, а также направлены на улучшение качества жизни после применения данных методов лечения.

В работе даны современные методы лечения паховых грыж, как открытых, так и лапароскопических и их сравнительная эффективность, сведенья частоты осложнений и рецидивов после выполнения пластики пахового канала традиционными методами и с использованием

синтетической сетки по Лихтенштейну, влияния используемых видов аллотрансплантанов на послеоперационный период.

Экспериментальные иследования ряда авторов в области патогенеза формирования грыж, а также «неидеальность» даже современных способов диктует необходимость дальнейшей разработки более рациональных и приоритетных способов хирургического лечения паховых грыж.

Смолякова И.В.

ОЦЕНКА ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ РАКОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Литвинова Т.М.
Кафедра онкологии

Рак шейки матки (РШМ) продолжает занимать лидирующее место среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин и остается одной из сложнейших проблем онкогинекологии. В мире среди злокачественных опухолей женских половых органов рак шейки матки (РШМ) занимает первое место, а в Беларуси занимает третье место с уровнем заболеваемости 15–18 на 100 000 женского населения.

В результате многочисленных эпидемиологических, клинических и молекулярно-биологических исследований установлено, что важнейшим фактором канцерогенеза шейки матки является инфицирование женщин вирусами папилломы человека (HPV). В настоящее время известно около 150 типов HPV, которые условно разделены на группы «высокого» (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58,59,66) и «низкого» (6, 11, 42, 43, 44, 54, 61, 72) онкогенного риска.

Цель: определить генотип, количественную нагрузку ДНК папилломавирусов и особенности клинического течения вирус-ассоциированного рака шейки матки и цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили клинические данные о пациентках с РШМ (n=80) и цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) I–III степени (n=89). Объектом исследования явились соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала и шейки матки. Молекулярно-генетические исследования проводились методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени».

Пациенты включались в исследование с обязательной морфологической верификацией диагноза. Рак in situ диагностирован в 20,5% случаев, I–II стадия РШМ – в 59%. Средний возраст женщин с РШМ составил 44,5 ± 3,6 года. Плоскоклеточный (высоко- и умеренно дифференцированный) рак выявлен у 69 (86%) пациенток, высокодифференцированная аденокарцинома — у 11 (14%).

Среди CIN шейки матки преобладала CIN III ст. (79,0%), а CIN II ст. составила всего 21%. Средний возраст пациенток с CIN составил 44,0±7,5 года.

Вирусная нагрузка оценивалась по бальной системе, согласно которой 0–3 балла соответствуют низкой вирусной нагрузке, 3–5 – средней, свыше 5 – высокой.

Результаты и их обсуждение. Инфицирование HPV выявлено у 76 (94,7%) пациенток с РШМ. У пациенток с CIN II–III ст. детектирован HPV в 80,9% случаях. Папилломавирус 16 типа диагностирован у 63 женщин, имеющих РШМ, 31 и 33 типы – у 22.

Анализ определения вирусной нагрузки при РШМ показал, что низкое содержание ДНК HPV имеет место в 13,6% случаев, среднее – в 27,3%, высокое – в 59,1%. В группе, имеющих CIN, низкий уровень DNA HPV обнаружен у 29,2%, средний – у 27,7%, высокий – у 43,1%.

В результате проведенного исследования установлена взаимосвязь между количеством выявленных генотипов вирусов папилломы, умеренной дифференцировкой опухоли (R=0,706473, p<0,005), распространенностью опухолевого процесса и числом диагностированных генотипов папилломавирусов (R=0,517676, p<0,05).

Смолякова И.В.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Прохоров А.В.
Кафедра онкологии

Одними из самых неблагоприятных по прогнозу злокачественных новообразований являются протоковые аденокарциномы поджелудочной железы, которые составляют 85-90% всех опухолей этого органа. Смертность от рака поджелудочной железы (РПЖ) практически равна частоте их обнаружения. Согласно данным современной литературы, на момент постановки диагноза только у 10–15% пациентов имеется резектабельная опухоль и среди них хорошие отдаленные результаты возможны только у части радикально прооперированных. В связи с этим, рак поджелудочной железы остается заболеванием с крайне низкой выживаемостью и неблагоприятным прогнозом.

Ген Smad4 (DPC4) был впервые идентифицирован как ген-супрессор опухолевого роста при РПЖ. Ген DPC4 располагается на длинном плече 18 хромосомы и состоит из 11 экзонов и 552 кодирующих аминокислот. Длинное плечо 18-й хромосомы рассматривается как наиболее частое и специфичное место хромосомных нарушений при РПЖ. Ген DPC4 инактивирован в 50–90% наблюдений РПЖ. Потеря функции гена в 30% наблюдений связана с гомозиготными делециями, с потерей гетерозиготности в комбинации с внутренней мутацией второго аллеля – у 20% пациентов и является прогностическим фактором раннего развития рецидива заболевания при РПЖ.

Цель: прогнозирование риска раннего развития рецидива заболевания на основе выявления мутаций в гене DPC4 при раке поджелудочной железы.

Материалы и методы. Материалом исследования явились клинические данные о 70 пациентах, страдающих раком поджелудочной железы I–IV стадий. Пациенты включались в исследование с обязательным морфологическим подтверждением диагноза. При анализе степени распространенности опухолевого процесса в анализируемой группе пациентов РПЖ преобладала (49%) II стадия опухолевого процесса. Средний возраст пациентов составил 61,4±11,3 года. По морфологическому строению в изучаемой группе пациентов в большинстве случаев (43/61%) диагностирована протоковая аденокарцинома со степенью дифференцировки G2 (76%).

Методом молекулярного секвенирования в опухолевой ткани, забранной во время хирургического лечения, выявляли делеции в 508 и 513 кодонах гена DPC4.

Результаты и их обсуждение. Результаты молекулярно-генетического анализа показали, что у 18 пациентов РПЖ выявлены различные генетические нарушения в 11 экзоне гена DPC4. Среди выявленных генетических нарушений преобладали делеции (GAAA > GAA; Gly > Ala; TACC > TCC; Ter > Ser) в 508 и в 513 кодонах соответственно. У пациентов раком поджелудочной железы делеции в 513 кодоне детектированы у 13 пациентов, в 508 кодоне – у 5.

В зависимости от степени распространенности опухолевого процесса диагностированы делеции в 11 экзоне гена DPC4 при I ст. заболевания у 3 пациентов, при II ст. – у 10; при III ст. – у 5 пациентов с РПЖ.

На основе результатов бессобытийной и общей выживаемости, а также молекулярно-генетического анализа пациентов с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы

стратифицируют на две группы: высокого риска раннего развития рецидива заболевания (в течение 6 мес.) после радикального хирургического лечения и низкого риска развития рецидива после операции.

Смолякова М.В.

РОЛЬ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА В РАЗВИТИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Научные руководители д-р мед.наук, проф. Митьковская Н.П.,
канд. мед. наук Калачик О.В.
3-я кафедра внутренних болезней

Цель: изучить особенности влияниепаратиреоидного гормона на развитии кардиоваскулярных нарушений у пациентов на программном гемодиализе.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 22 пациента, получающих почечно-заместительную терапию методом программного гемодиализа в отделении нефрологии и гемодиализа УЗ 9 ГКБ.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных 15 человек (68,2%) – мужчины и 7 (31,8%) – женщины. Средний возраст составил 49,3 года (от 25 до 74 лет). Средний срок диализотерапии – 5,7 лет (от 3 месяцев до 19 лет).

В14 (63,6%) случаяхтерминальная почечная недостаточность явилась исходом хронического гломерулонефрита, в 4 (18,2%) – врожденной аномалии мочевых путей, в 3 (13,6%) – хронического пиелонефрита, в 1 случае была вызвана поликистозом.3 (13,6%%) пациента имели склонность к понижению давления, 15 (68,2%) страдали гипертонией различной степени выраженности и коррекции.

При сборе анамнеза 20 (90,9%) человек указали стенокардиальные симптомы, 2 (9,1%) перенесли острый инфаркт миокарда, 1 – острое нарушение мозгового кровообращения.

В20 (90,9%) анализах крови определялась анемия на фоне приема препаратов железа и эритропоэтина. Гиперхолестеринемиядиагностирована у 13 (59,1%) пациентов, гипокальциемия – у 15 (68,2%), гиперфосфатемия – у 19 (86,4%). У 18 (81,8%) человек выявлен дефицит витамина Д.

Средний уровень паратиреоидного гормона (ПТГ) в исследуемой группе составлял 450,5 пг/мл, причем у 14 (63,8%) он превышал критическую, в плане поражения сердца, концентрацию 200 пг/мл.

Повышенный уровень ПТГ и недостаточность витамина D непосредственно, через повышение внутриклеточного кальция, и опосредованно, через нарушение обмена липидов, участвуют в ремоделировании сосудистой стенки, способствуя тем самым развитию ишемии миокарда и кальцификации сердца, а значит, обладают значительным кардиотоксическим эффектом.

Отмечена положительная корреляция уровня ПТГ с возрастом, продолжительностью заболевания и диализотерапии, выраженностью артериальной гипертензии, частотой приступов стенокардии, уровнем гиперлипидемии.

Полученные результаты позволяют предположить, что уровень паратиреоидного гормона и витамина Д взаимосвязан с риском развития кардиоваскулярных осложнений у пациентов, получающих лечение методом программного гемодиализа.

Своевременное выявление и коррекция вторичного гиперпаратиреоза у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности является важной составляющей профилактики кардиоваскулярных нарушений.

Согомонян Н.Ф.

ГИДРОМАГНИТОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Научный руководитель д-р. мед. наук Крючок В.Г.
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Аппарат «АкваСПОК» предоставляет возможность сочетанного применения низкочастотного импульсного магнитного поля и лечебных ванн - гидромагнитотерапии. Применение метода патогенетически и симптоматически обосновано при остеохондрозе позвоночника ввиду выраженных противовоспалительного, трофического, анальгетического, репаративного, сосудорегулирующего, иммуномодулирующего, гипокоагулирующего, седативного эффектов.

Цель: изучение клинических эффектов гидромагнитотерапии как компонента комплексной терапии пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника в подостром периоде заболевания.

Материалы и методы. Мы наблюдали 68 пациентов, находившихся на стационарном лечении в неврологическом и травматологическом отделениях 11 ГКБ в апреле 2011 - октябре 2012 гг. по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника в подострой стадии с такими неврологическими проявлениями, как люмбалгия и люмбоишалгия.

В двух сопоставимых по половозрастному составу и количеству человек группах проводили физиотерапевтическое лечение по стандартной схеме и с включением в лечебно-реабилитационный комплекс процедур гидромагнитотерапии с использованием аппарата «АкваСПОК». Оценивали: 1. Клинику и динамику общего состояния пациентов. 2. Наличие и интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале. 3. Общую и двигательную активность по динамике двигательного режима, а мобильность в самообслуживании и быту - по функциональной шкале (Бартел-индексу). 4. Уровень самооценки и психоэмоционального состояния с использованием самоопросника «Индекс Общего Психологического Благополучия».

Результаты и их обсуждение. 1. Все пациенты, получавшие процедуры гидромагнитотерапии, хорошо их переносили и не отмечали побочных реакций. 2. Улучшение состояния пациентов, характеризовавшееся в первую очередь исчезновением болевого синдрома у 24% пациентов опытной и 6% контрольной групп, наблюдали уже на 3-4 сутки, при этом болевых проявлений к середине курса не было уже у 44,12% получавших воздействия от аппарата «АкваСПОК» (на 23,53% больше, чем при стандартных процедурах ($p \leq 0,05$)). 3. Интенсивность боли, бывшая достаточно высокой в начале курса лечения у всех пациентов (с оценкой по визуально-аналоговой шкале до 7-8 см.), к его окончанию большинством представителей обеих групп воспринималась как практически отсутствующая (97,06 и 88,24%, соответственно) ($p > 0,05$). 4. Общая и двигательная активность к концу лечебно-реабилитационного курса расширилась у всех пациентов, но значительно быстрее изменения происходили в опытной группе: к 5-6 суткам разница между количеством больных в группах, находящихся во втором и третьем режимах, достигала 38,23% ($p < 0,05$). 5. Независимость в самообслуживании и быту по шкале Бартела при сравнимых исходных данных по завершении физиотерапевтических процедур также интерпретировалась как более благоприятная пациентами первой группы - разница в оценке максимальной независимости составила 20,59% ($p \leq 0,05$); аналогичную тенденцию отметили и при самооценке больными своего психоэмоционального состояния по «Индексу Общего Психологического Благополучия».

Соколов А.С., Валюженич Я.И.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И ФЕНОТИПА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У АППАРАТНЫХ БОЛЬНЫХ К АНТИБИОТИКАМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Королева А.А.
Кафедра военно-полевой терапии

Широкий перечень патологических состояний требует применение респираторной поддержки. Тяжесть состояния пациентов и длительная искусственная вентиляция легких (ИВЛ), являются основными факторами риска летальности. У интубированных пациентов, находящихся на ИВЛ, возрастает риск развития вентилятор-ассоциированных пневмоний (ВАП). В США число случаев нозокомиальных пневмоний (НП) составляет 300 тыс. в год и около 60% случаев смерти от всех госпитальных инфекций. При количественной оценке бронхиального аспирата пациентов ОРИТ, находящихся на ИВЛ, ВАП подтверждается у 10–30%. Летальность при ВАП колеблется от 14 до 43%, находясь в зависимости от адекватности эмпирической антимикробной терапии (АМТ) и особенностей возбудителя. У 40% пациентов эмпирическая терапия является неадекватной, при этом летальность возрастает в 2–3 раза. Адекватная эмпирическая АМТ позволяет как минимум в 2–2,5 раза снизить число летальных исходов.

Цель: изучить особенности изменения этиологической структуры и фенотипа резистентности возбудителей нозокомиальных инфекций у аппаратных больных к антибиотикам и обосновать рациональный вариант ранней эмпирической антимикробной терапии ВАП в соответствии с полученными результатами.

Задачи: сравнительный анализ спектра и чувствительности к антибиотикам патогенной флоры в верхних дыхательных путях больных с ВАП.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 111 пациентов ОИТР 9 ГКБ и 432 ГВКМЦ с ВАП.

Результаты и их обсуждение. 1. В ходе работы выявлен ряд возбудителей ВАП, характерных для реанимационных отделений 9-ГКБ и 432 ГВКМЦ (Acinetobacter baumanii, Pseudomonas aeruginosa и Klebsiella pneumonia), что согласуется с литературными данными.

2. Выявлен ряд антибиотиков, которые можно рекомендовать в качестве адекватной эмпирической стартовой терапии ВАП до получения результатов микробиологического исследования: зивокс, колистин, ванкомицин, амикацин, имипенем и меропенем.

3. Необходим регулярный мониторинг этиологии ВАП в любом стационаре для подбора адекватной эмпирической стартовой терапии.

4. При выборе антибиотикотерапии у группы пациентов пожилого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний сердца и легких, длительное время находящихся на ИВЛ, необходимо учитывать возможность развития у них микст-инфекции, что влечет за собой применение комбинированной антибиотикотерапии.

Соколов-Воропаев А.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ В МАТЕРИАЛЕ ГАСТРОБИОПСИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Захарова В.А.
Кафедра патологической анатомии

В настоящее время весьма актуальными являются исследования, посвященные риску развития рака желудка при наличии в материале гастробиопсий различных вариантов кишечной

метаплазии. Встречаемость кишечной метаплазии наибольшая в возрасте старше 70 лет и в среднем составляет 25-30%. Она может сочетаться с язвенной болезнью желудка (55%) и гастритами (29%). Неполный тип КМ увеличивает риск развития рака желудка в 6 раз и выявляется во всех случаях (в предшествующих гастробиопсиях) у пациентов с колоректальным типом рака желудка.

Цель: установить морфологические особенности кишечной метаплазии в материале гастробиопсий.

Материалы и методы. Исследовано 1265 случаев гастробиопсий с морфологическими признаками кишечной метаплазии за период 2010 - 2012 гг. Морфологическое исследование гастробиоптатов проводилось с использованием стандартной окраски гистологических препаратов гематоксилин-эозином, а также гистохимических окрасок по Гимзе и альциановым синим. Статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение. В исследованном материале выявлен значительный рост частоты встречаемости и распространенности кишечной метаплазии в материале гастробиопсий с увеличением возраста пациентов.

В структуре патологии желудка кишечная метаплазия (тонко- и толстокишечного типа) составила 23,5% и 6,8% соответственно. При этом тонкокишечный (полный, I) тип имел место во всех возрастных группах (20-29 лет: 5,9%, 30-39 лет: 4,9%, 40-49 лет: 8,8%) с вдвое более высокой частотой диагностики в возрасте старше 50 лет (50-59 лет: 17,6%, 60-69 лет: 22,5%, 70 лет и более: 19,6%). Прогностически неблагоприятный, толстокишечный (неполный, II и III), тип кишечной метаплазии в изученном материале гастробиопсий не выявлялся у пациентов в возрасте до 30 лет и достигал максимума в возрасте 70 лет и старше (30-39 лет: 1%, 40-49 лет: 2,9%, 50-59 лет: 3,9%, 60-69 лет: 5,9%, 70 лет и более: 6,9%).

В структуре метаплазий на долю тонкокишечного (I) типа приходилось 76,2%, толстокишечного II и III типа – 4,2% и 18,3% соответственно, в 1,3% случаев выявлено сочетание тонкокишечной и пилорической метаплазии.

Согласно результатам корреляционного анализа, выявлена прямая взаимосвязь между наличием и степенью распространенности кишечной метаплазии (тонкокишечного и толстокишечного типа) с возрастом пациентов (ρ=0,30 и ρ=0,24 соответственно), выраженностью воспаления (ρ=0,45 и ρ=0,28 соответственно) и степенью атрофии (ρ=0,8 и ρ=0,35 соответственно), $p<0,001$. Одновременно, тип и распространенность КМ не коррелировали с такими морфологическими признаками, как активность воспаления и обсеменённость H.p.

Таким образом частота выявления кишечной метаплазии в материале гастробиопсий в исследованном материале составила 30,3% с преобладанием тонкокишечного (I) типа (23,5%). Встречаемость кишечной метаплазии и ее распространенность увеличивается с возрастом пациентов, степенью выраженности хронического воспаления и атрофии.

Соколовская О.Н., Царик И.Ю.

ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА ГИСТОФИЗИОЛОГИЮ ОРГАНОВ ПЕРЕДНЕГО И СРЕДНЕГО ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Научный руководитель асс. Белевцева С.И.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Итак, о жвачке. Мы не "за" и не "против" нее. Мы за объективность. Развеиваем мифы.

С каждым годом увеличивается количество больных с заболеваниями зубочелюстного аппарата, желудка и кишечника, а средства массовой информации активно рекламируют жевательные резинки.

Актуальность изучения влияния жевательной резинки на состояние органов и тканей полости рта обусловлена широким распространением привычки к употреблению жевательной

резинки среди различных слоев населения, в первую очередь – среди детей и лиц юношеского возраста.

Контролируемый прием жевательной резинки не вызывает сомнения в ее положительном влиянии на состояние органов и тканей полости рта. С другой стороны, длительное, беспорядочное употребление жевательной резинки может иметь негативные последствия как для стоматологического статуса, так и для органов пищеварения.

Цель:

1. Изучить распространенность употребления и мотивацию к применению жевательной резинки среди школьников (8-11 классы) и студентов белорусских вузов; изучить влияние жевательной резинки на морфологические структуры переднего и среднего отделов желудочно-кишечного тракта.
2. Определить положительное и отрицательное воздействие жевательной резинки на гистофизиологию желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В данной работе на основе анкетирования школьников старших классов Московского района г. Минска и студентов белорусских вузов специальными индивидуальными опросниками были проанализированы и сопоставлены литературные данные о положительном и отрицательном влиянии жевательной резинки на верхние отделы ЖКТ.

Результаты и их обсуждение. Опираясь на литературные источники отмечено, что систематическое употребление жевательной резинки приводит не только к морфологическим изменениям органов переднего и среднего отделов желудочно-кишечного тракта, но и всего организма в целом.

Солёная Л.А.

СОСТОЯНИЕ ЗДРОВЬЯ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солтан М.М.
Кафедра гигиены детей и подростков

Цель: изучить состояние здоровья выпускников медицинского ВУЗа как важного компонента профессиональной адаптации к выбранной специальности.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись выпускники педиатрического (ПФ) и медико-профилактического факультетов (МПФ) учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет». Общее количество обследованных составило 545 человек.

В процессе работы студентам предлагалось заполнить специально разработанную нами анкету и пройти психологическое тестирование для оценки уровня стресса и диагностики стрессоустойчивости («Шкала психологического стресса PSM-25», «Опросник, определяющий склонность к развитию стресса по Т.А. Немчину и Тейлору», «Тест на определение стрессоустойчивости личности»). Обработка материала осуществлялась с помощью стандартных статистических методов в компьютерной программе Exelle.

Результаты и их обсуждение.

1. По данным анкетирования установлено, что 41% выпускников педиатрического и 64% выпускников медико-профилактического факультета имеют отклонения в состоянии здоровья, из них 2,3% на ПФ и 14,1% на МПФ - сочетанную патологию.
2. Анализ состояния здоровья шестикурсников вышеуказанных факультетов в динамике показал, что в структуре патологии преобладают нарушения со стороны дыхательной системы, органов зрения и желудочно-кишечного тракта. Имеются различия в структуре нарушений здоровья в зависимости от специальности.
3. Отклонения в состоянии здоровья были впервые установлены ещё до поступления в ВУЗ в 75,7% случаев на педиатрическом и 85,9% на медико-профилактическом факультетах.

4. В период обучения в ВУЗе пик регистрации впервые выявленной патологии приходится на 3-4 год обучения и в 100% случаев – это заболевания ЖКТ.

5. Проведенная оценка уровня стресса и диагностика стрессоустойчивости у 173 выпускников выявила статистически значимые различия между студентами в зависимости от выбранной специальности. Среди выпускников педиатрического факультета чаще регистрируется низкая стрессоустойчивость и высокий уровень тревоги.

6. Выявлена положительная динамика в мотивации выпускников обоих факультетов к работе по выбранной специальности.

Таким образом нарушения в состоянии здоровья выпускников могут негативно влиять на профессиональную адаптацию будущих специалистов, требуют учёта при дальнейшей специализации выпускников и указывают на необходимость проведения более активной профориентационной работы с абитуриентами. Выявленные тенденции свидетельствуют о том, что наряду с мерами по оптимизации учебного процесса в ВУЗе (особенно на младших курсах), необходимы активизация воспитательной работы и работы службы психологической помощи студентам, ведение мониторинга за состоянием здоровья студентов, а также своевременное внедрение эффективных здоровьесберегающих технологий.

Солёная Л.А.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС КОКЛЮША В МОСКОВСКОМ РАЙОНЕ Г.МИНСКА В 1999-2012 ГГ.

Научный руководитель канд. мед. наук. Бандацкая М.И.
Кафедра эпидемиологии

Коклюш, несмотря на достигнутые успехи в области вакцинопрофилактики и 55-летнюю историю вакцинации, остается актуальной проблемой в нашей стране и во всем мире. Ежегодно около 60 миллионов человек в мире заболевает коклюшем, а около 600 тысяч умирает. В условиях высокого уровня иммунитета к нему у детей первых лет жизни, оказалось, что возбудитель способен циркулировать и среди взрослых – в группах старших школьников и студентов, а также в интернатах для пожилых. Именно школьники и взрослые являются основными источниками инфекции для непривитых детей первого полугодия жизни.

Цель: выявить закономерности развития эпидемического процесса коклюша в современных условиях.

Материалы и методы. Исходными данными явились данные официальной регистрации коклюша в Московском районе г. Минска в 1999-2012гг.

Для исследования применены методы эпидемиологической диагностики – ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочные методы, а также статистические методы.

Результаты и их обсуждение. В Московском районе г. Минска в 1999-2011гг. ежегодно регистрировалось от 1 до 9 случаев коклюша (0,4-3,3 на 100 000). Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась выраженной тенденцией к росту (средний темп прироста – 9,3%) и 3-4-летней периодичностью. Прогнозируемый показатель заболеваемости на 2012г. составил 2,2 на 100 000.

В годовой динамике минимальные показатели регистрировались с октября по март, с апреля по июль отмечался рост заболеваемости, а с июля по октябрь – снижение. Но, в связи с низким числом регистрируемых случаев, статистически значимых различий между минимальными и максимальными показателями не выявлено.

В 1999-2011г. 49% заболевших составили дети 0-2 лет, в этой же группе отмечались и самые высокие показатели заболеваемости (22,5 на 100 000). При этом болели только дети не посещающие организованные коллективы. Второй по значимости группой были дети школьного возраста (36% заболевших, 5,2 на 100 000). Дети 3-6 лет составили 11% заболевших. В

этой возрастной группе заболеваемость организованных детей была в 4 раза ниже ($p<0,05$), чем неорганизованных (3,6 и 14,9 на 100 000).

В 2012г вступили в силу Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения коклюша», в которых впервые введено стандартное определение случая коклюша.

В 2012г. в Московском районе было зарегистрировано 37 случаев коклюша (13,4 на 100 000), что в 6 раз выше прогнозируемого показателя. В годовой динамике отмечена выраженная летне-осенняя сезонность. Пик заболеваемости сместился с июля на сентябрь. Сезонные факторы обусловили 62% случаев. Среди заболевших по-прежнему доминировали неорганизованные дети 0-2 лет (40%), но значительно возросла роль детей 3-6 лет (35%). Заболеваемость организованных детей 3-6 лет была в 6 раз ниже ($p<0,05$), чем неорганизованных (100,5 и 639,7 на 100 000). Четверть заболевших составили школьники. Среди взрослых коклюш не регистрировался.

Соловей Н.В.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ФОРМЫ КОЛИСТИНА ДЛЯ ТЕРАПИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНО РЕЗИСТЕНТНОЙ СИНЕГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Карпов И.А.
Кафедра инфекционных болезней

Цель: определить показания для использования парентеральной формы антибактериального препарата резерва колистина для эмпирической терапии множественно устойчивой синегнойной инфекции.

Материалы и методы. В исследование включены 86 пациентов из 9 многопрофильных стационаров г. Минска и культуры синегнойной палочки, полученные из патологического материала данных пациентов. На базе микробиологической лаборатории НИИ антимикробной химиотерапии (г. Смоленск, Российская Федерация) диско-диффузионным методом определена чувствительность синегнойной палочки к 6 маркерным антибиотикам (цефтазидим, гентамицин, амикацин, ципрофлоксацин, имипенем, меропенем) согласно критериям CLSI (2011). В зависимости от фенотипа антибиотикорезистентности выделенной P.aeruginosa все пациенты разделены на две группы: с чувствительными только к колистину штаммами синегнойной палочки и со штаммами возбудителя, чувствительными еще по меньшей мере к 1 антибиотику, кроме колистина. Проанализированы возможные факторы риска инфицирования чувствительными только к колистину штаммами синегнойной палочки. Для статистического анализа использовался критерий хи-квадрат для категориальных переменных и U-критерий Манна-Уитни для количественных переменных. Результаты признавались статистически значимыми, если значение p было меньше 0,05. Обработка данных и статистический анализ результатов исследования осуществлялись с использованием программ Microsoft Excel (Microsoft, США) и SPSS 19.0 (IBM, США).

Результаты и их обсуждение. Среди исследованных культур синегнойной палочки устойчивость к цефтазидиму составила 64,0%, к ципрофлоксацину 96,5%, к гентамицину 84,9%, к амикацину 84,9%, к имипенему 72,1%, к меропенему 62,8%. Не было обнаружено штаммов, устойчивых к полимиксинам. 31 штамм возбудителя был резистентен ко всем 6 маркерным антибиотикам и сохранял чувствительность лишь к колистину.

Согласно фенотипу резистентности выделенных возбудителей сформированы 2 группы пациентов, 1-ая группа – с чувствительными только к колистину штаммами синегнойной палочки (31 пациент), 2-ая группа – с менее устойчивыми штаммами (55 пациентов). Проведенный клинико-эпидемиологический анализ выявил следующие статистически значимые факторы риска инфицирования чувствительными только к колистину штаммами

P.aeruginosa: поступление пациента из другого стационара (отношение шансов (ОШ) 3,34, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,06-10,54, p=0,042), применение метронидазола в анамнезе в ближайшие 6 месяцев (ОШ 6,89, 95% ДИ 2,86-16,60, p=0,015), повторное выделение синегнойной палочки у одного и того же пациента в текущую госпитализацию (ОШ=2,89, 95% ДИ 1,09-7,64, p=0,046). Для пациентов с чрезвычайно устойчивыми штаммами синегнойной палочки был характерен более молодой возраст (49,2±16,7 лет против 57,6±13,1 лет, p=0,016), а также более низкий бал по шкале коморбидности Чарльсона (медиана 1, 25-75 процентили 0-3 балла против медианы 3, 25-75 процентили 2-4 балла, p=0,004).

Таким образом можно сделать вывод, что у тяжелых пациентов с наличием факторов риска инфицирования чувствительными только к колистину штаммами синегнойной палочки (поступление из другого стационара, использование метронидазола в ближайшие 6 месяцев, повторное выделение штамма в текущую госпитализацию) обязательным компонентом эмпирической антимикробной терапии должен быть колистин.

Соловьёв Д.А., Холамов А.И.

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА В ОНКОЛОГИИ

Научный руководитель канд. биол. наук, асс. Петренко Л.Д.
Кафедра биологии

В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений в гематологии и иммунологии является изучение моноклональных антител, которые принадлежат только к одному клону В-лимфоцитов. В 1970-х гг. Цезарь Мильштейн и Георг Кёлер путём слияния В-клеток мышей с миеломными клетками, получили гибридомы, синтезирующие антитела только к определённому антигену.

При слиянии плазматических мембран клеток образуются клетки с двумя или большим числом ядер – гетерокарионы. После первого деления ядра сливаются и образуется одно ядро с набором хромосом от всех слившихся партнеров – образуется гибридная клетка. Низкую частоту образования гибридов можно было увеличить, использовав ряд агентов, вызывающих слияние: вирус Сендай, лизолецитин, полиэтиленгликоль. Гибридомы продолжают размножаться и могут быть клонированы, что позволяет получать большое количество антител.

В клинической иммунологии, а также патологической анатомии специфические антитела к определенным поверхностным антигенам клеток, применяются с целью диагностики. Данные иммуноглобулины могут содержать флюоресцентную или радиоактивную метку с целью подтверждения наличия патологического процесса в исследуемой ткани (бактериальных, вирусных и протозойных инфекций, гельминтозов, неопластических процессов). Ведутся исследования по применению лекарственных препаратов моноклональных антител для лечения заболеваний различной этиологии, в том числе опухолей. Лекарственный препарат rituximab представляет собой химерное моноклональное антитело мыши/человека, которое специфически связывается с трансмембранным антигеном CD20. Антиген расположен на пре-В-лимфоцитах и зрелых В-лимфоцитах и экспрессируется более чем в 95% случаев при В-клеточных неходжкинских лимфомах. Ритуксимаб связывается с антигеном на лимфоцитах и инициирует иммунологические реакции, опосредующие лизис В-клеток. Возможные механизмы клеточного лизиса включают комплемент-зависимую цитотоксичность, антителозависимую клеточную цитотоксичность и индукцию апоптоза. Также лекарственный препарат способствует сенсибилизации линии опухолевых клеток к химиотерапевтическим препаратам.

Цель: изучить механизмы цитотоксического действия моноклональных антител на неопластические образования.

Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы работы около 15 иностранных и отечественных авторов по тематике, дана оценка положительного и отрицательного влияния противоопухолевой терапии моноклональными антителами.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время учёные занимаются решением проблемы доставки химических веществ, так как антитело связывается только с поверхностными антигенами клеток и не проникает внутрь. Противоопухолевая терапия препаратами моноклональных антител обладает точечным поражением опухолевых клеток, однако обладает рядом опасных побочных эффектов со стороны иммунной системы пациента.

Соловьев Д.А.

ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Научный руководитель асс. Галаганова Л.М.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Проблемы ожирения, сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза, гормонозависимых новообразований, инфекционно-вирусные заболевания - СПИД, туберкулез, а также социального характера - курение, алкоголизм, наркомании ставит задачи более детально изучить эндокринную функции жировой ткани.

Цель: проанализировать и обобщить современные литературные научные данные, касающиеся представлений относительно функциональной эндокринной активности жировой ткани, как органа. Изучить динамику и взаимосвязь воздействия секретирующих эффектов, реализующих и местно, и на расстоянии. Систематизировать исторические взгляды и углубить знания о роли и функциях данной ткани.

Жировая ткань относится к соединительной ткани со специальными свойствами. Жировая ткань структурирована в отдельные дольки, разделенные прослойками рыхлой соединительной ткани, васкуляризирована. Дольки состоят из адипоцитов - сферических клеток размером от 100 до 120 μm. Практически все пространство цитоплазмы занимает огромная жировая вакуоль. На периферии клетки находится уплощенное ядро, комплекс Гольджи, эндоплазматический гранулярный и гладкий ретикулум, митохондрии.

На поверхности адипоцита расположены симпатические α- и β-рецепторы, а также рецепторы к различным стероидам. За липогенез отвечают α-рецепторы, а за липолиз — β-рецепторы. Распределения жировой ткани в организме контролируется гормонами, а развитие и клеточные деления белком SRMT.

Данная ткань не однородна, различают белую и бурую жировую ткань, выполняющие различные функции.

Резервным депо энергетических субстратов является бурая жировая ткань. Энергия, необходимая для «повседневного» функционирования организма, аккумулируется в белой жировой ткани. Жировые клетки весьма чувствительны к различным патологическим стимулам: травме, ишемии, окружающим и воспалительным процессам.

Долгое время жировая ткань рассматривалась, как пассивное депо насыщенных жирных кислот. В настоящее время она получила статус эндокринного органа.

К факторам, секретируемым жировой тканью, относятся лептин, адипсин, белок, стимулирующий ацилирование, ангиотензин II, простагландины, адипонектин, резистин, фактор некроза опухолей (TNF-α), фактор, ингибирующий миграцию макрофагов, остеонектин, ангиопоэтин, фактор, вызывающий чувство голода, интерлейкин-6, а также рецепторы семейства PPAR (PPAR-γ и PPAR-δ), входящие в группу ретиноидных, тироидных и стероидных рецепторов. Эта ткань в большом количестве содержит и секретирует олеиновую кислоту, влияющую на активность многих мембранных белков и рецепторов.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных научных литературных источников, позволяет сделать вывод, что факторы, секретируемые жировой тканью обладают эндокринными

свойствами и выполняют ключевую роль в регуляции энергетического гомеостаза в физиологических и патологических процессах как в жировой ткани, так на системном уровне организма. Адипоциты- основные ведущие функциональные гистологические элементы модулируют метаболические процессы, иммунный ответ, репродукцию, гематопоэз, а также сами являются клетками – мишенями различных стимулов.

Сологуб Е. И.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И БЕЗОПАСТНОСТИ УПАКОВКИ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПИЩЕВЫХ ЖИДКОСТЕЙ

Научный руководитель канд. хим. наук, асс. Фандо Г. П.
Кафедра биоорганической химии

Упаковка из полимерных материалов укрепляет свои позиции, так как обладает рядом интересных характеристик: имеет низкую стоимость и высокую прочность, в несколько раз легче стекла, герметична, трансформируется в любые формы, абсолютно прозрачна, но при желании окрашивается в любой цвет, сохраняя прозрачность, экономична при транспортировке, помогает эстетически выгодно представить продукт.

Однако в последнее время появилось много информации, свидетельствующей о вредных для здоровья человека свойствах упаковки, изготовленной из полимерных веществ.

Цель: исследовать отдельные характеристики упаковки из полимерных материалов, пригодной для хранения пищевых жидкостей, и проверка её безопасности для хранящихся в ней веществ.

На территории Республики Беларусь действует технический регламент «Потребительская тара. Безопасность. Основные требования», утвержденный Постановлением Совета Министров от 31.01.2010 г., который устанавливает требования безопасности потребительской тары в целях защиты жизни, здоровья и наследственности человека, охраны окружающей среды и предупреждению действий, вводящих в заблуждение потребителей продукции относительно её назначения посредством недостоверной информации.

Материалы и методы. Предметом исследования явились водные и спиртовые вытяжки из полимерных материалов, применяемых для изготовления ёмкостей для пищевых жидкостей, которые реализуются на территории Республики Беларусь. Для решения поставленных задач в практической части работы был использован метод количественного и качественного анализа.

В процессе работы было экспериментально установлено, являются ли допустимыми количества миграции фенола и формальдегида в вытяжках из полимерных материалов. Кроме того была исследована деформация полимерных материалов при контакте с жидкостями, имеющими повышенную температуру.

В ходе работы образцы подверглись различным испытаниям: были помещены в воду, нагретую до температуры 70±5 С, находились под действием хлорида железа (III) и свежеосажденного гидрооксида меди.

Результаты и их обсуждение.. Результатом работы стало подтверждение безопасности исследуемых упаковок, которые изготовлены из данных полимерных материалов, для хранящихся в них пищевых жидкостей. Однако в некоторых вытяжках были обнаружены вещества не входящие в перечень допустимых Техническим регламентом.

В завершении работы были даны определённые рекомендации потребителям при выборе пищевых жидкостей, находящихся в упаковке из полимерных материалов, и их дальнейшем хранении.

Сологук Т.И.

ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА СЛЕПОЙ КИШКИ У ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Журавлёва Н.В.
Кафедра морфологии человека

Острый аппендицит является самым распространенным хирургическим заболеванием брюшной полости. В России частота заболевания составляет 1 случай на 200–250 чел. ежегодно. На долю воспаления червеобразного отростка приходится 75–85 % всех случаев острой хирургической патологии брюшной полости. Послеоперационная летальность при остром аппендиците достигает 0,1–0,3 % и связана с атипичным расположением отростка и развитием осложнений. Несмотря на огромные достижения современной хирургии, диагностика данной патологии порой ставит практикующих врачей в трудные положения, особенно при атипичном течении заболевания.

Цель: изучить варианты расположения червеобразного отростка и влияние его на клинику острого аппендицита, используя отечественные и зарубежные научные литературные источники

Задачи: 1. Изучить анатомию аппендикса. 2. Проследить особенности развития червеобразного отростка в процессе онтогенеза и филогенеза у млекопитающих. 3. Ознакомится с кровоснабжением и иннервацией аппендикса. 4. Изучить функции аппендикса. 5. Изучить влияние расположения аппендикса на клинические проявления аппендицита.

Результаты и их обсуждение. В работе рассмотрено анатомическое строение аппендикса, его развитие в эмбриогенезе человека, кровоснабжение и иннервация, лимфоотток. Установлено, что червеобразный отросток, расположенный на границе между тонким и толстым кишечником, в ходе эволюции млекопитающих независимо возникал у разных видов около 32 раз. Эти данные могут свидетельствовать, что аппендикс — не бесполезный рудимент, а орган, играющий важную роль в организме. Функции аппендикса: пищеварительная (резервуар для бактерий, участвующих в переваривании определённых типов пищи), эндокринная, иммунная. Кроме того, аппендикс применяют в качестве материала при реконструктивных операциях на органах мочеполовой системы

Изучено расположение аппендикса и его роль. Варианты расположения червеобразного отростка:

1 — типичное;
2 — медиальное;
3 — тазовое;
4 — восходящее — по ходу правого бокового канала;
5 — подпеченочное;
6 — ретроцекальное;
7 — ретроперитонеальное;
8 — левостороннее.

Учитывая, что острое воспаление червеобразного отростка занимает лидирующие позиции среди острой патологии брюшной полости, актуальность дальнейшего изучения анатомии аппендикса и выявления частоты различных вариантов его расположения, определяющих многообразие клинических проявлений болезни, является несомненной. Именно ретроцекальное (5-7%) расположение вызывает трудности при оперативном вмешательстве.

Сомов Е.В., Фрайжи А.А.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дубровский А.С.
Кафедра фтизиопульмонологии

Цель: рассмотреть особенности этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения. За последние 30 лет он унес более 25 млн человеческих жизней. Туберкулез является второй по значимости причиной смерти от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу. В настоящее время в мире ежегодно заболевает туберкулезом около 9 млн человек, а 3 млн умирает от данной инфекции. Основными причинами современного неблагополучия по туберкулезу являются ухудшение жизненного уровня населения и все возрастающее влияние ВИЧ-инфекции. ВИЧ является самым мощным биологическим фактором, повышающим восприимчивость к заражению туберкулезом. Вероятность развития активной формы туберкулеза у коинфицированных ВИЧ и туберкулезом в 21-34 раза превышает аналогичный показатель среди людей, неинфицированных ВИЧ. В мире около 34 млн ВИЧ-инфицированных, одна треть из которых коинфицированы микобактерией туберкулеза. В РБ в настоящее время насчитывается порядка 1,8 тыс. пациентов страдающих от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. ВИЧ-инфекция не только способствует дальнейшему распространению туберкулеза среди населения, но осложняет диагностику, клиническое течение и терапию туберкулезного процесса. А туберкулез в свою очередь является основной причиной смертности среди ВИЧ-инфицированных лиц. ВИЧ и туберкулез представляют собой смертельное сочетание, компоненты которого ускоряют развитие друг друга, и эпидемиологический прогноз по туберкулезу в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных весьма неблагоприятен. Понимание данной проблемы представляет собой важный аспект в борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом и требует тесного сотрудничества между программами по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

В данной работе представлены современные данные о возможных путях передачи, патогенезе, а также статистике, зараженных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Детально отражены вопросы клинических проявлений и симптомов. Особое внимание обращено на ранние признаки и сроки проявления ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Данный работа иллюстрирована таблицами, схемами, которые существенно облегчают восприятие материала.

Результаты и их обсуждение. Результатом работы является наглядное предоставление накопленной и анализированной информации в виде стендового доклада.

Сомов Е.В.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Научный руководитель асс. Боровский А.А.
Кафедра неврологии и нейрохирургии

Заболевания и травмы периферических нервов имеют тенденцию к росту в большинстве стран мира и составляют около 10% всех травм, более чем в половине случаев сопровождаются инвалидизацией, при этом подавляющее большинство случаев приходится на долю пациентов трудоспособного возраста.

Цель: изучить отдаленные результаты наложения эпи-периневральных швов нервов верхних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациента оперированных на базе БСМП за 2008-2012гг. по поводу изолированных и сочетанных повреждений срединного и/или локтевого нервов на уровне предплечья. В связи с отсутствием стандартных опросников был разработан оригинальный опросник, состоящий из 10 вопросов и учитывающий восстановление афферентных и эфферентных волокон, а также расстройство функции вегетативных нервных волокон.

Результаты и их обсуждение. Из 65 больных, которым на базе БСМП за 2008-2012гг. было проведено хирургическое лечение на периферической нервной системе, и которые удовлетворяли критериям выборки, удалось связаться с 34 пациентами в возрасте от 10 до 64 лет. Среди пациентов преобладали мужчины (27 чел.); средний возраст составил 34,6 лет; у половины опрошенных наблюдалось изолированное повреждение локтевого нерва.

Парестезии, так же как и прострелы в кисть («электрическим током»), что является признаком начала афферентной реиннервации, пациенты отмечали уже через 1-3 недели после операции. Восстановление чувствительности в автономной зоне срединного нерва оценивалось вопросами «Чувствуете ли вы пальцами руки мелкие предметы?» и «Можете ли вы поднять иголку со стола двумя пальцами?» - срок восстановления составил в среднем 7-9 месяцев. Расстройство функции вегетативных нервных волокон выявлялось с помощью вопросов «Больная рука зимой мерзнет больше?», «Больная рука потеет больше?», «Больная рука потеет меньше?». Наличие вазомоторно-секреторных расстройств спустя 12 месяцев после операции отметили 24 пациента. Вопросом «Можете ли вы достать большим пальцем кончик мизинца?» определялась регенерация эффекторных волокон срединного нерва. Восстановление данной функции пациенты отмечали уже через 5-7 месяцев после операции. Средняя субъективная оценка пациентами удовлетворенностью результатами операции составила 7 баллов по 10-бальной шкале.

В результате проведенного исследования установлено, что сроки начала восстановления афферентной реиннервации составили 1-3 недели; восстановления чувствительности в автономной зоне срединного нерва – 7-9 месяцев. Наличие вазомоторно-секреторных расстройств в позднем отдаленном периоде (спустя 12 месяцев после операции) отметили 24 пациента; восстановление функции эффекторных нервных волокон срединного нерва наблюдалось через 5-7 месяцев после операции.

Полученные результаты в целом соответствуют данным мировой литературы. Вместе с тем оценка степени восстановления функции периферических нервов носит в большинстве случаев субъективный характер, что обусловлено социальным статусом больных, их профессией, эмоциональной окраской пережитой травмы, операцией, ведением послеоперационного периода.

Сопромадзе С.В.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Сундуков А.В.
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Цель: оценить частоту встречаемости и разработать дифференциально-диагностические критерии острой хирургической патологии у больных с острыми кишечными инфекциями.

Материалы и методы. Исследование проводилось в хирургическом отделении ИКБ №2. Проанализировано 1718 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении в 2011 году. Из них у 2,85% больных пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ) диагноз острой

хирургической патологии был снят. Диагноз сочетание ПТИ и острой хирургической патологии был поставлен в 4,8% случаях.

Результаты и их обсуждение.. 1) ПТИ и острая хирургическая патология встречалась у 4,8% больных. 2) У больных с ПТИ наиболее часто встречается: острый аппендицит — 75,6% пациентов; острый панкреатит — 9,7% больных; кишечная непроходимость — 6,1% больных. 3) Наиболее часто ПТИ и острая хирургическая патология встречалась у мужчин (61%) и в наиболее трудоспособном возрасте от 25 до 50 лет. 4) У беременных женщин среди острой хирургической патологии встречался только острый аппендицит. Частота диагностических ошибок у беременных в 2 раза выше по сравнению с другими больными.

Сорокина В.Н.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный руководитель доктор медицинских наук, профессор Хапалюк А.В.
Кафедра клинической фармакологии

Эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) – полиэтиологичное заболевание, которое является результатом взаимодействия многих факторов: генетических, хронического стрессагиподинамии, избыточной массы тела, вредных привычек. Некоторых биохимические парамтры являются индикаторомиранних метаболических нарушений при этой патологии. Следует подчеркнуть, что характеристики генетических факторов ЭАГ ещё чётко не обрисованы. Выявлены некоторые генетические маркёры болезни в виде специфических особенностей состава генов, ассоциирующихся с ЭАГ. Имеет место противоречивость данных, полученных на различных выборках данных.

Цель: на основе данных мировых литературных источников оценить роль генетических факторов в развитии артериальной гипертензии.

Материал и методы. Анализ литературных данных на эту тему.

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день доказано, что генетический фактор можно считать основным в развитии ЭАГ. Сложность генетического анализа такого гетерогенного заболевания заключается в большом количестве потенциальных генов-кандидатов, способных участвовать в формировании «генной сети» наследственной предрасположенности. К настоящему времени известно около 150 генов, продукты которых могут прямо или косвенно участвовать в сложном патогенезе артериальной гипертензии. Важная роль в этом процессе принадлежит генам, продукты которых участвуют в регуляции артериального давления, - адренергической, ренин-ангиотензин-альдостероновой, гомоцистеиновой и брадикининовой систем. Эти системы тесно сопряжены последовательными и параллельными химическими реакциями, что позволяет с помощью генетического тестирования определить состояние всей системы, в целом. Анализ полиморфных маркеров разных групп генов, кодирующих элементы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, позволяет определить роль каждого из патогенетических факторов АГ в развитии заболевания.

В геноме человека полиморфизм генов в большинстве процентов случаев обусловлен однонуклеотидными заменами – SNP (от англ. single nucleotide polymorphism). Ведущую роль в развитии эссенциальной АГ отводят полиморфизму следующих генов: REN (ген ренина), ACE (ген ангиотензинпревращающего фермента), AGT (ген ангиотензиногена), AGTR1 (ген рецептора 1-го типа к ангиотензину II), AGTR2 (ген рецептора 2–го типа к ангиотензину II), BKR2 (ген брадикининового рецептора 2 типа), ADRB1 (ген β1-адренорецептора), ADRB2 (ген β2-адренорецептора), MTHFR (ген 5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы), NO S3 (ген NO -синтазы 3 типа). Продукты этих генов обеспечивают различные этапы одной метаболической цепи. Системный подход к изучению данных генов позволяет более адекватно оце-

нить роль каждого полиморфного аллеля в формировании патогенетического варианта эссенциальной АГ.

Приведенные данные обусловливает высокую актуальность изучения генетических основ предрасположенности к артериальной гипертензии, поскольку позволит разрабатывать методы профилактики и лечения этого заболевания на принципиально новой основе.

Софонова А.С.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УЗ «БРЕСТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ»

Научный руководитель асс. Петровская О.Н.
Кафедра общей гигиены

Работа посвящена гигиенической оценке адекватности питания беременных женщин в УЗ «Брестский областной родильный дом». Данная тема актуальна, главным образом, тем, что от рационального питания будущей матери полностью зависит жизнь и здоровье ребенка, ведь организм женщины в течение всего периода беременности является единственным источником питательных веществ, витаминов и минералов для развивающегося плода. Поэтому учреждения здравоохранения обязаны обеспечить полноценное и сбалансированное питание женщинам на любом сроке беременности, так как в каждом триместре оно имеет свои особенности. Однако это не всегда возможно из-за недостаточного финансирования учреждений данного типа.

Цель: изучить фактическую адекватность питания суточного рациона беременных женщин в УЗ «Брестский областной родильный дом».

Задачи: 1) изучить и проанализировать количественную адекватность питательных веществ в суточном рационе беременных женщин; 2)изучить качественную адекватность питания беременных женщин и провести анализ полученных результатов; 3)выявить лимитирующие факторы в питании беременных женщин; 4) дать рекомендации по улучшению качества питания.

Материалы и методы. Материалом для проведения анализа адекватности питания явились данные, полученные из меню-раскладок за 7 дней УЗ «Брестский областной родильный дом».

В исследовании применены методы изучения фактической адекватности питания – расчетный, аналитический, описательно-оценочные методы, а также статистические методы. Для подсчета было взято пособие «Химический состав пищевых продуктов», 1977. На его основе велся расчет количества питательных веществ в суточном рационе беременных в течение семи дней. Оценивалась адекватность диеты по белкам, углеводам, кальцию, железу, витамину В1 и С и энергетической ценности продуктов.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее несоответствие требованиям наблюдалось по количеству железа: при норме 38 мг/сут, фактическое содержание в суточном рационе в среднем 27 мг/сут (что меньше суточной нормы на 30%); избыток жиров составил около 23%; калорийность диеты превысила допустимую на 21%; по белкам показатели неоднозначные, наблюдалось отклонение от нормы до 20% в обе стороны (наблюдалось увеличение количества белка до 117 г/сут либо снижение до 70-85 г/сут). Показатели кальция соответствуют норме (1200 мг/сут), количество витамина В1 несколько повышено (в среднем до 1,7 мг при норме 1,5 мг/сут), что не является серьезным отклонением. Женщины ежедневно получают дополнительную дозу витамина С (100 мг/сут) соответственно норме.

Таким образом, для приведения диеты в соответствие нормам рационального питания необходимо увеличить использование продуктов с повышенным содержанием железа (мясо, фрукты, продукты из муки грубого помола) и сократить количество продуктов с большим

количеством жиров (сливочное масло, майонез), продуктов высокой калорийности (батон, сахар, макаронные изделия).

Споткай А.П.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ржеутская Р.Е.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Респираторная поддержка является важнейшим методом интенсивной терапии. Основными задачами искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у нейрореанимационных пациентов является поддержание адекватной оксигенации артериальной крови и нормокапнии. Гипоксемия, гипервентиляция или гиперкапния могут являться факторами вторичного повреждения мозга.

Цель: изучить методы и результаты проведения респираторной поддержки у пациентов нейрохирургического профиля.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование, основанное на анализе историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации №1 5ГКБ г. Минска с января по декабрь 2011 г., продолжительность ИВЛ у которых составляла 48 часов и более. Таких пациентов было 219 (21,4%), из них мужчин 163 (74,4%), женщин 56 (25,6%) в возрасте от 20 до 95 лет (средний возраст составил 49±15,3лет). По нозологии пациенты распределились следующим образом: нейроонкология - 41 (18,7%), черепно-мозговая травма (ЧМТ) - 117 (53,4%), разрыв артериальной аневризмы - 10 (4,6%), ОНМК по геморрагическому типу – 39 (17,8%), другие заболевания ЦНС - 12 (5,5%). Анализировались показания для проведения ИВЛ, длительность ИВЛ, сроки трахеостомии, частота развития нозокомиальной пневмонии. Респираторная поддержка проводилась аппаратами среднего и высокого класса (Raphael, Виан-3 Турбо, Gallileo, Puritan-Bennet), с преимущественным использованием вспомогательных режимов вентиляции P-SIMV, BIPAP, при отлучении от респиратора SPONT+PS, ASV. Основными показаниями для постановки трахеостомы являлись: необходимость обеспечения проходимости дыхательных путей, проведения длительной респираторной поддержки, защиты от аспирации. Пункционно-дилятационная трахеостомия (ПДТ) выполнялась по комбинированной методике Сигли и Григса с фиброоптическим контролем. При анализе данных использовались методы описательной статистики. Данные представлены как среднее ± стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность ИВЛ составила 15±17,5 суток (от 2 до 120 суток). Наиболее частыми показаниями к проведению ИВЛ являлось угнетение сознания – 145 (66,2%) пациентов, грубые бульбарные нарушения – 55 (25,1%) пациентов. Необходимость седации в связи с судорожным синдромом или психомоторным возбуждением являлась причиной продленной ИВЛ у 19 (8,7%) пациентов. ПДТ была выполнена у 129 (58,9%) пациентов в среднем на 3±0,2 сутки проведения ИВЛ. Частота развития нозокомиальной пневмонии составила в общем 60,3% (132 из 219 пациентов) в том числе при различных нозологиях: нейроонкология - 22 (53,7%), ЧМТ - 97 (82,9%), разрыв артериальной аневризмы - 1 (10%), ОНМК по геморрагическому типу – 10 (25,6%), другие заболевания ЦНС - 2 (16,5%). У пациентов с ЧМТ частота развития нозокомиальной пневмонии была значительно выше, чем у пациентов после плановых нейрохирургических вмешательств.

В результате проведенного исследования выявлены различия в структуре показаний к ИВЛ, в длительности респираторной поддержки, а также в частоте развития нозокомиальной пневмонии у разных категорий нейрохирургических пациентов. Снижение частоты развития нозокомиальной пневмонии с учетом факторов риска ее развития возможно при оптимизации респираторной поддержки и респираторного ухода.

Ставбуник С.В, Валенто Ю.В

ФАКТОРЫ, УСУГУБЛЯЮЩИЕ СОЦИАЛЬНУЮ ДЕЗАДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Пятницкая И.В.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Современные классификации рассматривают детский аутизм как общее (первазивное) нарушение развития. Это подчеркивает тот факт, что при аутизме страдает не какая-то одна или небольшое количество функций, а психика в целом.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что в значительной степени снизить влияние аутизма на ход дальнейшего развития, тем самым изменяя жизнь ребенка в сторону максимально полноценной, включенной в общество, самостоятельной и независимой, возможно только при условии ранней диагностики и использовании адекватных проблемам аутичных детей условия, формы и методы обучения.

Актуальность данной темы обусловлена ежегодным ростом показателей заболеваемости аутизма в детской популяции Республики Беларусь, осложненными формами клинического течения и высоким уровнем инвалидности.

Цель: выявить зависимость между фактом позднего обращения за специализированной психиатрической помощью и степенью социальной дезадаптации детей, страдающих аутизмом.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Городского клинического детского психоневрологического диспансера г.Минска. Нами было исследовано 46 амбулаторных карт детей, страдающих аутизмом. Они были разделены на две группы с учетом времени обращения к психиатру за помощью и возраста детей: 1-я группа - раннее обращение (до того как ребенку исполнилось 3 года), 2-я группа – после 4-5 лет. В 1-ой группе оказалось 16 человек, во 2-ой –30. Анализировались группы по следующим признакам: уровню интеллектуального и речевого развития, наличию инвалидности. Учитывался факт того, кто являлся инициатором обращения за помощью.

После обработки данных получили следующие результаты:

1)Инициаторами обращения за психиатрической помощью в 87% (в 40 из 46 случаев) были родители ребёнка (2 детей (4%) – направлены педиатром, 4 (9%) – детским невропатологом).

2) Умственная отсталость и речевые нарушения более тяжелых форм встречались во 2-ой группе в 4,5 раза чаще, чем в 1-ой (в 56,7% к 12,6% случаев соответственно).

3) В 1-ой группе детей с установленной инвалидностью было 10 человек, что составило 62,5%, во 2-ой группе количество инвалидов-28 человек (93,3%)

Результаты и их обсуждение. 1) Уровень ранней диагностики аутизма специалистами первичного звена (педиатрами, неврологами) недостаточен. 2) Отсутствие специализированной помощи на ранних этапах развития приводит к более выраженным проявлениям интеллектуальной недостаточности и нарушениям речи, что в свою очередь усугубляет социальную дезадаптацию детей с аутизмом. 3) Позднее обращение за специализированной помощью детей, страдающих аутизмом, дает высокие показатели инвалидности.

Станчик М.Г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОЧАГАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Научный руководитель асс. Максимович Е.В.
Кафедра хирургической стоматологии

Среди стоматологических пациентов имеются лица с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции, которые по различным причинам не посещают своевременно врача-стоматолога и санацию начинают только перед протезированием. Однако далее такие пациенты хотят все сделать максимально быстро и приходят на санацию иногда ежедневно. Большинство из них относятся к группе пожилого и старческого возраста. Для них характерны возрастные нарушения функций печени и почек, что отражается на фармакодинамике и фармакокинетике местных анестетиков из группы амидов, метаболизирующихся в печени и выводящихся из организма почками. Местные анестетики из группы амидов являются наиболее часто применяемыми в повседневной стоматологической практике. Актуальность этому вопросу придает еще и то, что возрастная структура населения в Беларуси, как и во всей Европе, характеризуется растущей долей пожилого населения. В «Европейском статистическом обзоре за 2010 год», отмечается, что к 2030 году доля населения 65 лет и старше составит в нашей стране 19%. В 2009 году этот показатель равнялся 14,1%.

Частые повторные введения местных анестетиков из группы амидов в область головы и шеи небезопасны для организма человека и в свою очередь могут оказывать гепатотоксическое действие вплоть до развития лекарственного гепатита.

Цель: выявление лиц с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции среди стоматологических пациентов, нуждающихся в ортопедическом лечении.

Материалы и методы. Было изучено 2291 стоматологическая амбулаторная карта за 2008-2010гг. пациентов, обращавшихся за специализированной ортопедической помощью в учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника», среди которых выявляли лиц с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции. К данной группе были отнесены пациенты, нуждающиеся в санации 5 и более зубов (требующих эндодонтического или хирургического лечения с использованием местного инъекционного обезболивания).

Результаты и их обсуждение. Среди ортопедических пациентов УЗ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника» за 2008-2010гг. таких лиц было выявлено 151 (6,6%). Возраст таких пациентов составил от 20 до76 лет. Средний возраст - 65 лет. Женщин было 69 ±5,4%, мужчин -30±4,6%. Данным пациентам было сделано 1143 раза местная инъекционная анестезия: из них 52.8% с целью удаления и 47.2% с целью эндодонтического лечения зубов. Максимальное количество удаленных зубов у одного человека составило 14, максимальное количество эндодонтически пролеченных зубов – 12. Среднее количество сделанных анестезий у одного пациента составило 7,57 раз. Средний промежуток времени между введениями местных анестетиков равен 4.27 дня, минимальный промежуток – 1,4дня.

Таким образом пациенты с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции могут быть отнесены к группе риска по развитию токсических реакций на местные анестетики и следует разработать рациональную схему санации таких пациентов.

Стаселович В.В., Черная Е.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОАСПИРАТОРА ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Пищинский И.А.
2-ая кафедра терапевтической стоматологии

Причиной воспалительных заболеваний пульпы и апикального периодонта является микрофлора полости рта, поэтому важным этапом эффективного эндодонтического лечения остаётся воздействие на микроорганизмы инфицированных каналов. Правильной очистки системы корневых каналов можно достичь только путём полного удаления возбудителей из всех её отделов (боковые ответвления, слепые ходы, анастомозы). Для выполнения этой задачи наряду с механической очисткой системы канала выполняют её тщательное промывание эффективными ирригационными растворами (хемо-механическая обработка).

На сегодняшний день существуют следующие пути повышения качества медикаментозной обработки: глубокое апикальное проникновение антисептика, повышение концентрации используемых препаратов, нагревание и(или) ультразвуковая активация.

Эффективно применяют при эндодонтическом лечении гипохлорит натрия 1-6 %, хлоргексидина биглюконат 1-2%, ЭДТА 15-17%, лимонную кислоту 40%. При использовании любого из этих ирригантов необходимо помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала, так как попадание этих растворов в периапикальные ткани, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению тканей, возникновению острой боли и отёка. Исходя из опасений возникновения такого рода осложнений при эндодонтическом лечении предпринимаются попытки либо замены антисептиков, либо снижения концентрации используемых растворов, что снижает эффективность медикаментозной обработки и может стать причиной неудачного лечения.

Остаются актуальными вопросы изоляции рабочего поля и аспирации растворов антисептиков, которые могут быть решены с помощью эндоаспиратора. Существуют эндоаспираторы заводского изготовления, которые требуют специальных стоматологических установок и отличаются высокой стоимостью. Эндоаспиратор, предлагаемый нами, достаточно прост в изготовлении, а точнее, может быть собран из подручных средств: слюноотсоса, пластиковой трубки, инсулинового шприца и сменной одноразовой канюли. Сам эндоаспиратор быстро подключается к стоматологической установке через систему сбора слюны. Его использование повышает качество медикаментозной обработки, позволяет контролировать глубину проникновения антисептика, в тоже время обеспечивая глубокую антисептическую обработку, предотвращает выведения ирригационного раствора за пределы корневого канала и предупреждает их попадание на слизистую полости рта(метод пассивного промывания). Все перечисленные достоинства эндоаспиратора подтверждены в нашем экспериментальном и клиническом исследовании.

Таким образом использование эндоаспиратора при эндодонтическом лечении повышает эффективность и безопасность медикаментозной обработки корневых каналов.

Статкевич А.И.

НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н.Я.
Кафедра общей хирургии

За 10 лет в РБ число впервые выявляемых за год случаев новообразований выросло с 33 до 42 тысяч, в том числе рак кожи увеличился на 79%. Структура распространенности различных видов рака отличается для мужчин и женщин. У мужчин на первом месте рак легкого —

18%, на втором рак кожи — 14%, затем рак предстательной железы, желудка, толстого кишечника и почки. У женщин на первом месте рак кожи — 20%, молочной железы — 18%, затем следует рак толстого кишечника, матки, желудка, щитовидной железы. В последнее десятилетие во всем мире отмечается стремительный рост злокачественных новообразований кожи.

Цель: изучить структуру новообразований кожи в зависимости от локализации.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ медицинских карт 244 пациентов с новообразованиями кожи, находившихся на лечении в Вилейском онкологическом диспансере в 2012 году.

Результаты и их обсуждение. Основную группу составили 204 (83,6%) пациента с новообразованиями кожи на открытых участках тела (коже лица, шеи, волосистой части головы, кисти, лучезапястного сустава), из них 75 (36,8%) - мужчины, 129 (63,2%) - женщины. Трудоспособные составили 25 (12,3%). Мужчин с базалиомой было 48 (23,5%), с меланомой – 2 (1,0%), с плоскоклеточным раком кожи – 20 (9,8%), с кератоакантомой – 2 (1,0%), с лейкоплакией – 2 (1,0%); с гиперкератозом – 1 (0,5%). У женщин выявлена 91 (44,6%) базалиома, 8 (3,9%) меланом, 21 (10,3%) плоскоклеточный рак кожи, 1 (0,5%) преканцерозный меланоз, 4 (2%) гиперкератоза, 1 (0,5%) лейкоплакия,1 (0,5%) кератоакантома, 1 (0,5%) рак на месте. У мужчин злокачественные новообразования составили 70 (93,3%), доброкачественные - 1 (1,3%), предраки – 4 (5,3%), у женщин соответственно – 122 (94,5%), 5 (3,9%) и 2 (1,6%).

Злокачественные новообразования кожи диагностированы у 112 (54,9%) городских жителей и 80 (39,2%) сельских жителей.

Контрольную группу составили 40 (16,4%) пациентов с новообразованиями кожи на закрытых участках тела (кожа грудной клетки, спины, плеч, голени и др.), из них 23 (57,5%) - мужчины и 17 (42,5%) - женщины. Трудоспособные составили 6 (15,0%). У мужчин диагностированы 7 (17,5%) базалиом, 13 (32,5%) меланом, 1 (2,5%) плоскоклеточный рак, 1 (2,5%) кератопапиллома, 1 (2,5%) кератоакантома. У женщин выявлено: 7 (17,5%) базалиом, 7 (17,5%) меланом, 2 (5,0%) плоскоклеточных рака, 1 (2,5%) гиперкератоз. У мужчин злокачественные новообразования составили 21 (52,5%), доброкачественные – 1 (2,5%), предраки – 1 (2,5%), у женщин соответственно – 16 (40,0%) и 1 (2,5%), предраков выявлено не было. Злокачественные новообразования кожи диагностированы у 22 (55,0%) городских жителей и 15 (37,5%) сельских жителей.

В основной группе злокачественные новообразования составили 192 (94,1%), большинство из которых (112, 54,9%) городские жители, женщины старше 60 лет. В контрольной группе злокачественные новообразования составили 37 (92,5%), большинство из которых (22, 55,0%) городские жители, женщины старше 60 лет.

Достоверной разницы между частотой встречаемости злокачественных новообразований кожи в основной и контрольной группах не установлено.

Стельмашок Е.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ Г. МИНСКА

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Павлович Т.П.,
канд. мед. наук, асс. Трушина А.С.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, кафедра поликлинической терапии

Определение понятия «качество жизни, связанного со здоровьем» (КЖ) как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии неразрывно связано с дефиницией здоровья, данного ВОЗ. Именно необходимостью достичь улучшения КЖ пациента должен руководствоваться врач при выборе того или иного метода лечения. Основопола-

гающим условием использования показателей КЖ в научных исследованиях является информирование специалистов об уровнях показателей КЖ в популяции.

Цель: выявить особенности КЖ, связанного со здоровьем населения г.Минска.

Материалы и методы. В исследование включено 475 жителей г. Минска. Средний возраст респондентов составил 37,4±0,56 лет, из них 313 женщин (65,9%) и 162 мужчины (34,1%). По возрасту группы однородны. Оценку КЖ осуществляли с помощью опросника SF-36. Обработку производили при помощи ПЭВМ с использованием программы STATISTICA 10.0. При обработке данных, в зависимости от распределения признака, были использованы как параметрические, так и непараметрические статистические методы. Данные представлены в виде M±m или Me (25% - 75%). Различия между признаками принимали как значимые при вероятности безошибочного прогноза более 95% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Уровни как физического, так и психологического компонентов здоровья находились на среднем уровне. Снижение физического компонента здоровья (ФКЗ) обусловлено общим состоянием здоровья, психологического компонента здоровья (ПКЗ) – жизненной активностью. Достоверные различия между мужчинами и женщинами выявлены только по составляющим показателя ФКЗ: физическому функционированию и индексу боли. Выявлены значимые различия в уровне ФКЗ у лиц, выполняющих профессиональные обязанности, и неработающих граждан. Показатель выше на 7,1% ($p<0,001$). Причем различия наблюдаются по всем показателям, характеризующим ФКЗ.

Фактором, влияющим на оценку качества жизни респондентами, является семейное положение. Выявлены значимые различия в уровнях ФКЗ у лиц, состоящих в браке, в сравнении с не состоящими в браке.

Таким образом:

1. Показатели качества жизни, связанного со здоровьем, у жителей г. Минска находятся на среднем уровне.

2. Выявлены достоверные различия физического компонента здоровья у жителей в зависимости от семейного положения и социального статуса.

Стефанович В.Т., Шестель И.В.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В МОРФОЛОГИИ МЕЛАНОМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гузов С.А.
Кафедра патологической анатомии

Цель: выявление корреляции между морфометрическими параметрами строения ядер клеток различных клинико-морфологических типов распространения меланомы и ее злокачественностью.

Задачи: 1) анализ литературных данных;

2) поиск собственных материалов различных клинико-морфологических типов меланомы;

3) морфометрическое исследование собственных материалов;

4) анализ и сопоставление различных клинико-морфологических групп меланомы.

Материалы и методы. Иисследования проводились на 15 парафиновых срезах различных клинико-морфологических типов меланомы, окрашенных гематоксилином и эозином. Кроме качественного анализа проводилась кариометрия патологических меланоцитов. Определялись такие параметры, как площадь, периметр, длина большой и малой осей ядер клеток, содержание хроматина в ядре.

Исследования проводились на цифровых фотографиях размером 640×480 пикселей, полученных с помощью системы «микроскоп – TV–камера» на увеличении 1000х, которые впоследствии обрабатывались в программе ScionImage 4.0.2. Статистический анализ проводился с помощью пакета «Анализ данных» программы MS Office 2010 Excel.

Анализ собственных материалов: применение в цитоморфологическом исследовании морфометрических и статистических методов позволило выявить характерные для морфогенеза злокачественных эпидермальных меланом асинхронность и ассиметрическую пролиферацию, цитологическое разнообразие и укрупнение клеток, дистрофический полиморфизм с пикнозом и гетерохромностью ядер. Проводилось изучение динамики изменений таких статистических характеристик, как дисперсия, коэффициент вариации, среднеев зависимости от типа опухоли и стадии метастазирования.

Результаты и их обсуждение. Ввиду многообразия клинико-морфологических форм выделяют несколько типов меланоцитарных опухолей, наиболее распространенными из которых являются поверхносто распространяющаяся и нодулярная меланомы. Поверхностно распространяющаяся меланома является наиболее частой формой(84%). Для нее характерно преобладание эпителиоподобных меланоцитов с низким ядерно-цитоплазматическим отношением, непостоянством митотической активности. Узловая меланома составляет 10-15%всех злокачественных меланом. Характеризуется преобладанием клеток веретеновидной формы, быстрым ростом, плохим прогнозом. Ей свойственны высокая частота сочетанных цитологических форм, выраженная ядерная и клеточная атипия.

В результате проделанной работы была выявлена корреляционная зависимость между морфометрическими параметрами ядер клеток меланомы и злокачественностью опухоли.

Стецова А.Л., Жалнерчик Е.Д.

VALUE OF MEDICINAL PLANTS

Научный руководитель ст. преп. Митерева Г.В.
Кафедра иностранных языков

There are a lot of drug plants in Belarus that have medicinal properties. Some of them are used only in folk medicine, but therapeutic properties of many plants are well- known and recognized by Ministry of Health of the Republic of Belarus.

So, in preparatory stage of our work we decided to choose two plants: plantain and chamomile, because their therapeutic properties are scientifically proved , they are ones the most common drug plants in Belarus and a lot of drugs are made on their basis.

The goal of our work is to study therapeutic properties of the drugs, synthesized from plant material of plantain and chamomile.

Medicinally, plantain is astringent, demulcent, emollient, cooling, vulnerary, expectorant, antimicrobial, antiviral, antitoxin, and diuretic. It effects blood sugar, usually lowering it. It has been used to treat lung disorders and stomach problems. For these purposes, tea is made from either the leaves or the whole plant and taken internally. The same tea may be used as a mouthwash to treat sores in the mouth and toothaches. It may also be used externally to treat sores, blisters, insect bites and stings, hemorrhoids, burns, rashes, and other skin irritations. Alternatively, a poultice of the leaves may be applied to the afflicted area. This is probably plantain's most common use.

Chamomile’s multitherapeutic, cosmetic, and nutritional values have been established through years of traditional and scientific use and research.

Chamomile therapeutic properties are calmative, analgesic, anti-spasmodic, febrifudge, immunostimulant.

Chamomile is useful for brain and nervous system conditions (hysterical and nervous people, nightmares, restlessness in children), gastrointestinal conditions(colic, dyspepsia, heartburn, spasms, stomach cramps), genitourinary conditions(dropsy, gout), female conditions(period headaches) and others. And as a poultice and fomentation for congested neuralgia, earache, inflammatory pain, toothache.

Furthermore, particular emphasis is given to the biochemistry, biotechnology, market demand, and trade of the plant. This is an attempt to compile and document information on different aspects of chamomile and highlight the need for research and development.

We investigated botanical descriptions ,area of distribution, opportunities of cultivation, chemical composition and application of these drug plants.

Стецова А.Л.

К ИСТОКАМ СЛОВА (НЕПРОСТАЯ ИСТОРИЯ НЕКОТОРЫХ СЛОВ ЛАТИНСКОГО И ГРЕЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ)

Научный руководитель канд. филолог. наук, доц. Цисык А.З.
Кафедра латинского языка

Цель: изучение происхождения слов нашей повседневной речи.

Материалы и методы. Мы провели историко-этимологический анализ восемнадцати слов, имеющих латинские или греческие истоки: батарея, бомба, биржа, бутылка, галиматья, галлюцинация, камин, комната, лупа, пилот, пилотный, поганый, крестьянин, фарс, фарш, инфаркт, филе, гастроном. Для работы мы использовали следующие источники: Дворецкий И.Х. Латинско-русский словарь. М.1986; Древнегреческо-русский словарь / сост.И.Х. Дворецкий. М., 1958; Крысин П.Л. Толковый словарь иноязычных слов. М., 2009; Черных П.Я. Историко-этимологический словарь современного русского языка. В 2 т. М., 2001; Duboi J. Dictionnaire étymologique et historique du français / J. Duboi, H. Mitterand, A. Dauzat. – Paris: Larousse, 2007 и другие.

Результаты и их обсуждение. В ходе работы удалось выяснить занимательную и иногда весьма причудливую историю происхождения наших общеупотребительных слов, сделать весьма интересную экскурсию в прошлое, проследить закономерности и случайности возникновения понятий и отражающих их слов. Мы убедились, насколько значительно сказывается наследие античного мира на наших понятиях и нашей лексике. Исследовательская работа подобного плана значительно расширяет кругозор и повышает эрудицию молодого исследователя. Также оказалось, что нередко в тех этимологических справках, которые встречаются в Интернете, приводятся неточные сведения (в частности, по словам «галиматья» и «лупа»), и только работа с авторитетными справочными изданиями позволяет установить истинную картину истории того или иного слова.

Наша работа заставляет поразмыслить над тем, как и откуда пришли к нам слова, которые ежедневно слетают с нашего языка, и какая история скрыта за ними.

Стопченская А.Н.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРСОМАТОТРОПИЗМА

Научный руководитель канд мед.наук, доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Гиперсоматотропизм (Акромегалия, ГС) — нейроэндокринное заболевание, вызванное хронической избыточной секрецией гормона роста (соматотропина - СТГ) у лиц с законченным физиологическим ростом и характеризующееся патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов, а также нарушением функционального состояния сердечно-сосудистой, легочной системы, периферических эндокринных желез, обмена веществ Распространенность этой патологии колеблется от 16

до 120 случаев на 1 млн жителей. Ежегодно регистрируется 3–4 новых случая на 1 млн граждан.

Цель: изучить структуру и частоту встречаемости системных проявлений гиперсоматотропизма

Материалы и методы. В практической части работы представлены данные общеклинического анализа медицинской документации 100 пациентов с ГС, которые наблюдались в ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения».

Анализируемые показатели:

- антропометрические данные;
- лабораторные показатели (уровень СТГ, ИФР-1,АКТГ, тироксин, глюкоза);
- данные инструментальных методов исследования (КТ головного мозга, УЗИ щитовидной железы, УЗИ сердца, двойная рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) осевого скелета, осмотр окулиста).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных пациентов соотношение мужчин и женщин составило 1:2,7 (27 и 73 соответственно). Средний возраст мужчин на момент постановки диагноза ГС составил 48,8±23 года (от 26 до 72), женщин – 52,9±25 года (от 24 до 74), причем 34,2% женщин (25 человек) фертильного периода, 45% (45 женщин, в том числе фертильного периода) – в постменопаузе. У 81 пациента была проведена ДРА. У пациентов с ГС в возрасте старше 50 лет остеопения выявлена в 43,9% (36 пациентов), остеопороз – 13,9% (11 пациентов) с преимущественной потерей массы кости в области позвоночника (0,08±1,53 vs 0,21 ± 1,03, $p<0,05$). В группе лиц молодого возраста с гиперсоматотропизмом (женщины репродуктивного возраста и мужчины моложе 50 лет) низкая костная масса выявлена у 6 пациентов (6%). В 67% случаев диагностирована микроаденома гипофиза, в 33% - макроаденома гипофиза. Среди клинических проявлений ГС отмечены: 80%-сужение полей зрения, 26% - НТГ,29% - СД, 42% - артериальная гипертензия, ожирение (ИМТ более 30 кг/м^2) - 51%.

Таким образом среди системных проявлений ГС отмечена высокая доля лиц с АГ(42%), остеопенией (43,9%), остеопорозом (13,9), СД (29%), НТГ (26). У пациентов с ГС в возрасте старше 50 лет остеопения выявлена в 43,9% (36 пациентов), остеопороз – 13,9% (11 пациентов) с преимущественной потерей массы кости в области позвоночника (0,08±1,53 vs 0,21 ± 1,03, $p<0,05$). В группе лиц молодого возраста с гиперсоматотропизмом (женщины репродуктивного возраста и мужчины моложе 50 лет) низкая костная масса выявлена у 6 пациентов (6%).

Стрельчук С.М., Лойко С.Р.

ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель асс. Губарь Л.М.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность рассматриваемых вопросов определяется увеличением числа проводимых лучевых исследований в последние годы, широким использованием источников ионизирующего излучения (ИИИ), огромным числом людей, подвергающихся воздействию радиации и недостаточным пониманием населением и многими медработниками в частности степени опасности этого фактора для здоровья человека.

Цель: заострить внимание будущих врачей на значимости и осторожности назначения методов лучевой диагностики в выявлении заболеваний.

Материалы и методы. Анализ научно-методической литературы, анкетирование.

Результаты и их обсуждение. В наше время появились новые методы лучевой диагностики со своими особенностями использования. Среди них классический рентгенологический метод, рентгеновская компьютерная томография (РКТ), ультразвуковой метод (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), радионуклидный. Уменьшение лучевых нагрузок на пациентов достигается определением четких показаний к лучевым исследованиям, применением рациональных схем обследования, заменой в отдельных случаях ионизирующих методов (рентгенологических и радионуклидных) на неионизирующие (УЗИ, МРТ). К сожалению, большая часть населения, в том числе и часть студентов ГрГМУ, заблуждаются в вопросах применения этих методов.

С целью выяснения отношения студентов ГрГМУ к использованию методов лучевой диагностики мы провели добровольное анкетирование среди 200 респондентов ЛФ (100 - I курса и 100 - III курса) по 10 вопросам. Ответы были следующими (I, III курс соответственно): 1. «Метод, сопровождающийся меньшим облучением?» - РКТ - 43%, 22%, флюорография - 57%,78%; 2. «Какой метод сопровождается биологическим действием?» - МРТ - 24%,5%, радионуклидный - 59%,74%, рентгенологический - 38%,89%, УЗИ - 7%,2%; 3. «Какой метод сопровождается большим облучением?» - рентгеноскопия - 46%,73%, рентгенография - 54%,27%; 4. «Ионизирующее излучение используется при методах?» - МРТ - 31%,2%, радионуклидный - 46%,87%, рентгенологический - 32%,82%, УЗИ - 9%,1%; 5. «Неионизирующее излучение используется при методах?» - МРТ - 43%,73%, радионуклидный - 24%,8%, рентгенологический - 6%,4%, УЗИ - 64%,93%; 6. «Источником ионизирующего излучения (ИИИ) является рентгеновская трубка?» - МРТ - 16%,2%, радионуклидный - 7%,2%, рентгенологический - 75%,90%, УЗИ - 2%,2%; 7. «ИИИ является радионуклиды?» - МРТ - 3%,1%, радионуклидный - 89%,93%, рентгенологический - 5%,2%, УЗИ - 3%,0%; 8. «Профилактическое рентгенологическое обследование не проводят?» - беременным - 69%,88%, детям до 17 лет - 31%,97%, нет противопоказаний - 12%,2%; 9. «Когда рекомендуется проводить рентгенобследование женщинам детородного возраста?» - не имеет значения - 48%,15%, I неделя после менструаций - 52%,85%; 10. «Целесообразно ли ежегодное проведение флюорографии?» - да - 73%,83%, нет - 4%,2%, должно быть добровольным - 18%,15%. Большинство респондентов первого курса и часть третьего не различают ионизирующие методы лучевой диагностики от неионизирующих, не понимают их суть и устройство, не знают противопоказаний для профилактического рентгенологического исследования. Большая часть студентов I и III курса согласно с целесообразностью ежегодного проведения флюорографии. Необходимо заинтересовывать будущих врачей в повышении знаний о роли методов лучевых исследований в ранней диагностике заболеваний и в профилактике неблагоприятного действия ИИИ на организм.

Стуканова О.И., Шульжицкая О.О.

RELATION BETWEEN CELIAC DISEASE AND DIABETES MELLITUS TYPE 1

Научный руководитель ст. преп. Митерева Г.В.
Кафедра иностранных языков

Celiac Disease is a topical subject nowadays. Celiac Disease is the most common genetic disease in Europe 1:250-300 (in Republic of Belarus 1:300).

The goal of this work is to study the characteristics of celiac disease and its relation to diabetes mellitus type 1.

Objectives:

1. Determine the percentage ratio of patients suffering from both celiac disease and diabetes mellitus 1.
2. Determine the characteristics of the people concerned.
3. Determine particular diet for people with both celiac disease and diabetes mellitus 1.

Materials and Methods. In accordance with the goal and objectives of this work, an analysis of 30 case histories of patients with celiac disease has been carried out, and an extensive research has been conducted with the help of a wide range of information suppliers and additional materials.

Celiac disease (gluten enteropathy) is an autoimmune hereditary disease; digestive disorders caused by damage to the villi of the small intestine by foods containing gluten protein and of its related proteins (avenin, hordein) – containing in such grains as wheat, rye, barley and oats. Celiac disease is associated with a particular gene of HLA, localized at chromosome locus 6p21 (HLA-DQB1).

Type 1 diabetes (T1D) is a hereditary disease that results from destruction of insulin-producing β-cells of the islets of Langerhans of the pancreas. Type 1 diabetes is also associated with the genes of HLA, localized at two loci of chromosome 6p21 (HLA-DQB1 and HLA-DRB1).

Results and discussion. Average patient's age is 32 years; the percentage of women is 66.7%, men - 33.3%. i.e., the incidence of the disease is higher in women, it is confirmed by statistical data from other studies. The patients were identified with type 1 diabetes in 100% of cases, rapid frothy stools in 46.7%, weight loss in 20%, retarded physical growth in 6%. Thus, the genetic predisposition to both type 1 diabetes and Celiac disease is caused by common alleles expressed in these patients. The only effective treatment for celiac disease is to eliminate gluten from the diet (gluten-free diet). Excluded are not only cereal products, but also products that contain "hidden" gluten: sausages, meat and fish semi-manufactured food, canned food, tomato paste, ketchup, ice-cream, cheese, mayonnaise, crab sticks, instant coffee and cocoa, some food additives .

Сцефановіч І.Г.

МОЙ РОДНЫ КУТ, У ТАБЕ МАЯ НАДЗЕЯ!

Навуковы кіраўнік канд. пед. навук, дац. Кітаева Т.В.
Кафедра беларускай і рускай моў

Мой праект называецца "Мой родны кут, у табе мая надзея!". У ім мы разгледзім гісторыю стварэння, развіцця і станаўлення невялікага мястэчка заходняй часткі Беларусі. Вы атрымаеце магчымасць пазнаёміцца з падрабязным апісаннем маленькага, але вельмі маляўнічага кутка. У фотагалерэі, што знаходзіцца ў дадатковых матэрыялах, вы ўбачыце ўсю прыгажосць гэтай мясцовасці. Не застанецца без увагі і цудоўны помнік – касцёл Святой Тройцы, які знакаміты не толькі сваёй вышынёй, але і незвычайнай прыгажосцю.

Вёска Гервяты Астравецкага раёна Гродзенскай вобласці, калісьці невялікі пасёлак, размешчана каля 65 км на ўсход ад Вільнюса (Літва) на рацэ Лоша (даўнейшая яе назва Галоша) прытоку Ашмянкі. Упершыню ў дакументах Гервяты згадваюцца ў 1484 годзе, аднак уладанні віленскіх біскупаў па рацэ Лоша, на якой знаходзяцца і Гервяты, адпаведна з дакументамі, існавалі значна раней. У гэтых першых дакументах назва Гервяты не фігуруе, але апісанныя ўладанні з вялікай упэўненасцю можна ідэнтыфікаваць з Гервятамі.

23 жніўня 1797 года рускі цар Павел 1 падараваў Гервяты графу Яну Габрыэлю Аўгусту Дэ Хойсель-Гойфіер, паслу Расіі ў Стамбуле. Граф 3 мая 1803 года прадаў Гервяты Мацвею Дамэйку, які быў падкаморным Віленскага павета. З таго дня і да 1939 года Гервяты знаходзіліся ў валоданні паноў Дамэйкаў.

Жамчужынай Астравецкага раёна і вёскі Гервяты з'яўляецца касцёл Святой Тройцы. Пабудаваны касцёл ў 1899-1903 гг., замест старога драўлянага. Сам касцел размешчаны пасярод вёскі пры галоўнай дарозе на прасторнай плошчы, якая агароджана плотам з палявога каменю. Варта адзначыць тое, што архітэктарам касцёла з'яўляўся праваслаўны рускі чалавек Аляксей Альшалоўскі, які ў свой час з'яўляўся галоўным арахітэктарам горада Вільнюса. Менавіта па яго праекту быў пабудаваны касцёл, які захаваны да цяперашняга часу.

Прыгажосцю ўражвае не толькі сам храм, але і навакольны інтэр'ер. На тэрыторыі касцёла і на прыкасцёльнай плошчы заложаны парк з рэдкімі дэкаратыўнымі раслінамі і фігурамі дванаццаці апосталаў. Усё гэта заслуга ксяндза Леаніда Несцюка і яго памочніка.

Судновская К. А.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ИЛЕОЦИСТОАУГМЕНТАЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Зайцева Е.С.
1-ая кафедра детских болезней

Основная задача парентерального питания (ПП) состоит в обеспечении пластических потребностей организма и компенсации энергетического и водно-электролитного баланса при органической или функциональной недостаточности энтерального питания путем внутривенного введения питательных веществ. Цель ПП – предоставление необходимых калорий и сохранение белка с помощью инфузии аминокислот, углеводов и жиров. Проблема парентерального искусственного питания и в настоящее время не утратила своего значения, несмотря на возможность проведения сбалансированного энтерального питания, благодаря успехам развития медицинской фармации. Наиболее актуально парентеральное питание в хирургии, где оно является предметом пристального внимания врачей, занимающихся интенсивной терапией, так как без применения нутритивной поддержки не может быть преодолен стресс, вызванный болезнью и операцией.

Цель: изучить виды и расчет парентерального питания, применяемые у детей после проведения илеоцистоаугментации, длительность использования ПП.

Материалы и методы. Нами проанализированы 27 истории болезни детей после проведения илеоцистоаугментации, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации Республиканского центра детской нефрологии и урологии (УЗ «2-ая детская городская клиническая больница» г. Минск) в период с 2007 по 2012 годы с последующей выкопировкой и статистической обработкой полученных данных.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационный период все дети находились на парентеральном питании первые 4-5 суток. Они получали сбалансированные смеси, содержащие энергетический субстрат в виде раствора глюкозы, электролитные компоненты и аминокислоты. В течение нескольких суток отмечалась положительная динамика и с 5-6 суток пациенты начинали получать энтеральный компонент – бульон, что способствовало более физиологичному механизму приема пищи. Как правило, в раннем послеоперационном периоде применялось полное парентеральное питание. У пациентов встречались разнообразные изменения лабораторных показателей, в том числе и гипопротеинемия, которая является одним из самых ранних проявлений белковой недостаточности, что наблюдается в постагрессивном периоде особенно у ослабленных детей. Такие состояния корректировались назначением аминокислотных растворов с последующим переходом на энтеральное кормление.

При хирургической патологии голодание служит одним из серьезнейших факторов, сопутствующих заболеванию. Следует помнить, что голодание — дополнительный стресс-фактор для организма, который меняет течение метаболических процессов и требует немедленной нутритивной коррекции.

Судновская К.А.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Баранаева Е.А.
2-ая кафедра детских болезней

Острое отравление представляет собой неотложную ситуацию, вызванную попаданием в организм ядовитых веществ и требующую быстрой оценки состояния ребенка и адекватной неотложной помощи. По данным ВОЗ, количество острых отравлений у детей в экономически развитых странах увеличивается из года в год. Среди несчастных случаев данная проблема занимает третье место, уступая травме и ожогам. Чаще всего отравления встречаются у детей в возрасте до 5 лет (90% всех отравлений в детском возрасте), а среди их причин лидирующее положение занимают лекарственные средства гипотензивного и нейротропного действия. Среди других причин отравлений следует отметить сельскохозяйственные, промышленные и растительные яды, препараты бытовой химии, алкоголь. Наряду с ростом частоты и спектра веществ, вызывающих отравления у детей, возрастает их тяжесть, а смертность остается на достаточно высоком уровне. Поэтому проблема острых отравлений у детей становится все более актуальной и ставит перед врачами, родителями и в целом перед обществом целый ряд вопросов, нуждающихся в разрешении.

Цель: изучить причины и структуру острых отравлений у детей в зависимости от возраста, пола, социального статуса семьи, принципы диагностики, особенности клинической картины, основные принципы лечения, а также разработать основные направления общей профилактики отравлений в детском возрасте.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни детей с острыми отравлениями, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации УЗ «3-ая детская городская клиническая больница» г. Минска с января по декабрь 2011 года с последующей выкопировкой и статистической обработкой полученных данных.

Результаты и их обсуждение. Острые отравления в 57% случаев встречались у детей в возрасте до 5 лет. Среди обследованных пациентов преобладали мальчики. 25% детей воспитываются в неполных семьях. Около 65 % пациентов были доставлены в стационар скорой медицинской помощью экстренно в первые 6 часов от момента отравления. В структуре острых отравлений медикаменты составили 56%, средства бытовой химии – 14%, грибы – 3%, алкоголь – 28%. Основной путь поступления ядов в организм – через желудочно-кишечный тракт, что обусловило наличие скрытого периода патологического процесса и отсроченную во времени клинику заболевания. Анализируя основные принципы лечения, следует отметить, что на уровне оказания первой медицинской помощи, большинству детей проводилось промывание желудка и введение антидота. В условиях отделения интенсивной терапии и реанимации дети получали инфузионную терапию, энтеросорбенты, им проводили форсированный диурез. 90% пациентов были переведены в соматические отделения на вторые сутки.

Основные направления профилактики острых отравлений заключаются в контроле за ребенком и его воспитании, правильном хранении лекарственных средств, проведении санитарно-просветительных работ среди населения.

Сулим О.В., Ковшик А.А.

ЭКСПЕРИМЕНТЫ НАД ЛЮДЬМИ В КОНЦЕНТРАЦИОННЫХ ЛАГЕРЯХ ВО ВРЕМЯ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель канд. филос. наук, доц. Савко Н.П.
Кафедра философии и политологии

Создание концентрационных лагерей началось сразу после прихода нацистов к власти в 1933 г. с целью изоляции лиц, подозреваемых в оппозиции нацистскому режиму. Начиная с 1941 года, появляются «лагеря смерти», «фабрики смерти», единственной целью которых было методичное убийство европейских евреев. На территории концентрационных лагерей и лагерей смерти на большом числе заключенных проводилась серия медицинских экспериментов.

Эксперименты над детьми-близнецами в концентрационных лагерях были начаты для того, чтобы обнаружить схожесть и различия в генетике близнецов. Эксперименты включали в себя инъекции различных химических препаратов в глаза близнецов, чтобы проверить, возможно ли изменить цвет глаз. Также проводились попытки «сшить» близнецов, чтобы искусственно создать сиамских близнецов.

В начале 1942 г. над заключенными проводились эксперименты по перенесению перепадов давления. Целью этих экспериментов было исследование возможных проблем состояния здоровья лётчиков, которые занимались пилотированием на больших высотах.

В 1941 году для люфтваффе провели серию экспериментов для изучения гипотермии. Эксперименты проводились с целью обнаружения различных способов спасти человека, перенесшего гипотермию. Они проводились на мужчинах, чтобы моделировать условия, которые приходилось переносить германской армии на Восточном фронте.

С февраля 1942 по апрель 1945 проводились эксперименты, целью которых было разработать вакцину от малярии. Также на заключенных проводились испытания вакцин от сыпного тифа и желтой лихорадки.

С сентября 1939 по апрель 1945 проводились эксперименты по обнаружению наиболее эффективного способа лечения ранений, полученных воздействием горчичного газа.

С июля 1942 до сентября 1943 производились эксперименты, целью которых было изучение эффективности сульфаниламида.

Эксперименты с влиянием морской воды на человека были связаны со спасением попавшего в море сбитого пилота. При отсутствии у него питьевой воды требовался поиск её заменителя.

Эксперименты по стерилизации проводились с марта 1941 по январь 1945. Эксперименты проводились при помощи рентгена, хирургии и различных лекарственных средств. В ходе экспериментов применялись внутривенные инъекции йода или нитрата серебра. Но более предпочтительным было радиационное облучение.

Также проводились эксперименты с ядами, зажигательными смесями. Заключенных уничтожали для создания коллекции черепов в Страсбургском университете.

Кроме того, была разработана программа Т-4 по умерщвлению всех физически и психически неполноценных людей.

После окончания войны был произведен Нюрнбергский процесс над врачами (9 декабря 1946 – 20 августа 1947). Основными пунктами обвинения были принудительные медицинские опыты, убийство заключённых для анатомической коллекции Августа Хирта, принудительная стерилизация. Из 23 обвиняемых 7 были приговорены к смертной казни, 5 к пожизненному заключению, 4 к различным тюремным срокам (от 10 до 20 лет) и 7 были оправданы.

Сурмач А.Г.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель преп. Чумакова Е.И.
Кафедра гигиены детей и подростков

Физическое развитие детей и подростков – это состояние морфологических и функциональных свойств и качеств, а так же уровень биологического развития. Физическое развитие растущего организма является одним из основных показателей состояния здоровья ребенка. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний.

Цель: оценить уровень и гармоничность физического развития учащихся 6 классов общеобразовательных учрежденийс учетом гендерной принадлежности.

Материалы и методы. Обследовано 110 мальчиков и 100 девочек. Для изучения физического развития школьников проведено антропометрическое исследование, включающее соматометрический метод (определение массы и длины тела, окружности грудной клетки) и физиометрический метод (определение мышечной силы рук и экскурсии грудной клетки). Полученные результаты сравнивались со среднестатистическими половозрастными данными таблиц. Оценка уровня физического развития осуществлялась методом индексов (на основе полученных данных соматометрии и физиометрии).

Результаты и их обсуждение. На основании результатов установлено, что имеются некоторые гендерные различия по уровню морфофункционального статуса организма. У школьников мужского пола в физическом развитии прослеживается тенденция грацилизации с астенизацией, для школьниц более свойственен нормостенический тип телосложения. Только у 12,5% мальчиков рост соответствует среднестатистическим нормативным данным, у большинства обследованных (56%) - выше среднего, у 31,5% ниже средних нормативных величин. Рост у 32% девочек соответствует среднестатистическим данным, у 26% - выше среднего, а у 42% - ниже нормативных величин. Расчет индекса массы тела показал, что у 87,5% мальчиков масса тела средняя, у 12,5% - отмечается дисгармоничность физического развития за счет недостаточной массы тела. Индекс массы тела у 89,5% девочек соответствует норме, а у 10,5% - дефицит массы тела. Исследование экскурсии грудной клетки показало, что у 81,25% мальчиков и у 94,7% девочек показатели соответствуют возрастной норме, у 18,75% мальчиков и 5,3% девочек ниже среднего. Результаты динамометрии демонстрируют различный уровень функционального состояния организма учащихся в зависимости от пола. У большинства (62%) мальчиков сила кистей в пределах возрастных нормативов, у 38% - ниже нормы, у 85% девочек – в пределах и выше возрастных нормативов, и только у 15% ниже нормы.

В результате исследования установлено наличие гендерной обусловленности морфофункционального статуса учащихся среднего школьного возраста. Более выраженные неблагоприятные отклонения в показателях физического развития наблюдаются у мальчиков по сравнению с девочками, что указывает на необходимость усиления профилактических и коррекционных мероприятий среди учащихся общеобразовательных учреждений, прежде всего среди лиц мужского пола.

Суслов В.С., Селях Э.А.

БАЗАЛЬНЫЕ ЯДРА ПОЛУШАРИЙ: ФИЗИОЛОГИЯ, ФУНКЦИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Александров Д.А.
Кафедра нормальной физиологии

Цель: изучить роль базальных ядер полушарий в человеческом организме, их физиологию в норме и при патологии

Материалы и методы. Анализ научной литературы

Результаты и их обсуждение. Роль базальных ядер у человека, несмотря на то, что по своему происхождению эти образования являются более старыми, остаётся очень велика. У низших позвоночных базальные ядра являлись основным центром координации движений, но у человека, в связи с усложнением его двигательной деятельности, эти центры подпадают под управление коры больших полушарий.

Базальные ганглии представляют собой структуры ядерного типа, которые располагаются в толще белого вещества переднего мозга ближе к его основанию. У млекопитающих к базальным ганглиям относятся сильно вытянутое в длину и изогнутое хвостатое ядро и заложенное в толще белого вещества чечевицеобразное ядро. Двумя белыми пластинками оно подразделяется на три части: наиболее крупную, лежащую латерально скорлупу и бледный шар, состоящий из внутреннего и внешнего отделов.

Эти анатомические образования формируют так называемую стриопаллидарную систему, о которой также будет сказано в нашей работе.

В данной работе большая роль уделена не столько анатомии, сколько физиологии как в норме, так и при патологии. Базальные ганглии играют важную роль в регуляции движений и сенсомоторной координации. Известно, что при повреждении полосатого тела наблюдается атетоз - медленные червеобразные движения кистей и пальцев рук. Дегенерация клеток стриатума вызывает также другое заболевание - хорею, выражающуюся в судорожных подергиваниях мимических мышц и мускулатуры конечностей, которые наблюдаются в покое и при выполнении произвольных движений. Однако попытки выяснить этиологию этих нарушений в экспериментах на животных, описанных в литературе, не дали результатов. Разрушение хвостатого ядра у собак и кошек не приводило к возникновению гиперкинезов, характерных для описанных выше заболеваний.

Локальное электрическое раздражение некоторых участков стриатума вызывает у животных так называемые циркуляторные двигательные реакции, характеризующиеся поворотом головы и туловища в сторону, противоположную раздражению. Раздражение других участков полосатого тела, напротив, приводит к торможению двигательных реакций, вызванных различными сенсорными раздражениями.

Из всего вышесказанного следует, что данные структуры головного мозга весьма важны для нашего организма и их роль в медицине ни в коем случае не должна быть нивелирована.

Суслов В.С., Селях Э.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА БРУГАДА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шуст О.Г.
Кафедра патологической физиологии

Цель: установить особенности проявления синдрома Бругада на современном этапе и выявить частоту заболеваемости синдромом Бругада в Республике Беларусь

Материал и методы. - анализ клинических литературных данных.

- исследование архивных историй болезни.

- совместный осмотр больных с заведующими кардиологическими отделениями стационаров и консультантами Профессорского консультативного центра БГМУ.

Результаты и их обсуждение. Синдром Бругада – относительно недавно описанный клинико-электрокардиографический синдром (братья Бругада, 1992 г.), характеризующийся блокадой (полной или неполной) правой ножки пучка Гиса, седловидной или косовосходящей элевацией сегмента ST в правых грудных отведениях, короткими периодами пароксизмальной желудочковой тахикардии с возможной фибрилляцией желудочков и внезапной сердечной смертью.

Причиной синдрома Бругада считают первичную "электрическую" болезнь, связанную с патологической электрофизиологической активностью вмиокарде правого желудочка, обусловленное мутациями в гене SCN5A, кодирующем α-субъединицу натриевого канала. С мутацией этого гена связывают также некоторые варианты синдрома удлиненного интервала QT. Обследование родственников больных продемонстрировало аутосомно-доминантный тип наследования синдрома Бругада.

В основе заболевания лежит угнетение входящего натриевого тока, в результате которого наблюдается укорочение 1 и 2 фазы потенциала действия в миокарде выносящего тракта правого желудочка, что приводит к дисперсии его реполяризации. Электрическая гетерогенность эпикарда правого желудочка способствует возникновению тесно сцепленных желудочковых сокращений по механизму re-entry.

Частота синдрома Бругада в Европе и Америке составляет около 1:10 000 населения. Наибольшее распространение синдром имеет в странах Юго-Восточной Азии. Существуют данные, согласно которым это заболевание является причиной около 20% случаев внезапной кардиогенной смерти людей, у которых не выявляются структурные нарушения в миокарде.

Установлено, что в Республике Беларусь синдром Бругада встречается с частотой 1:15000 населения и протекает преимущественно тяжело, с частыми периодами пароксизмальной желудочковой тахикардии, а также многочисленными случаями внезапной сердечной смерти среди пациентов, имеющих данную форму патологии.

Сущая Е.М., Бычковский П.А.

РОЛЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В ПОВЫШЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Щерба А.Е.
2-я кафедра хирургических болезней

При выполнении обширных резекций печени существует риск развития послеоперационной печеночной недостаточности, связанный с малым объемом остающейся печеночной ткани (futureremnantliver - FRL). Курабельная резекция невозможна и крайне рискованна, если предполагаемый остающийся объем печени составляет менее 25% органа при нормальной и менее 40% при нарушенной функции печени. В связи с этим разработка способов предоперационного увеличения FRL представляется актуальной задачей современной хирургической гепатологии. Выполнение предоперационной эмболизации воротной вены способствует атрофии пораженной части и викарной гипертрофии оставшейся доли печени, увеличивая остающийся объем печени на 50-70%

Цель: определить эффективность и безопасность проведения эмболизации воротной ветви перед проведением резекции печени.

Задачи:

1. Провести анализ данных компьютерной томографии до и после проведения эмболизации воротной вены.

2. Провести расчеты объема печени, предполагаемой резекции и FRL, RLV/TLV(отношение остаточного объема печени к общему объему),RLV/BWR(отношение остаточного объема печени к площади тела), используя формулы и программное обеспечение.

3. Оценить частоту осложненийпосле обширных резекций печени.

4. Оценить эффективность проведения эмболизации воротной вены.

Материалы и методы. Анализ историй болезни, предоперационных и послеоперационных КТ-ангиографических исследований пациентов, находившихся на лечении в отделениях портальной гипертензии и трансплантации РНПЦ «Трансплантации органов и тканей» и УЗ «9-я ГКБ».

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований определено, что эмболизация воротной вены является безопасной и технически выполнимой процедурой, эффективно позволяющей достичь необходимойгипертрофии FRL и способствующей снижению риска печеночной недостаточности после резекции печени.

Ю.И. Сымоник

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕНОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Научный руководитель асс. И.В. Долина
Кафедра болезней уха, горла, носа

Носоглоточная миндалина является иммунным органом, ее иммунологическая нагрузка в различных возрастных категориях различна. С помощью применения интегральных математических показателей лейкоцитарной формулы периферической крови можно получить информацию о состоянии иммунологической реактивности организма.

Цель: Определить соотношение клеточного и гуморального звена иммунной системы в различных возрастных группах путем сравнения лейкоцитарных индексов.

Задачи: изучить и проанализировать лейкоцитарный индекс (ЛИ) ,индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ)в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни в четырёх возрастных группах (3-5 лет средний возраст 4,21±0,81; 8-10 лет (средний возраст 8,54±0,56); 11-13 лет (средний возраст 12,71±0,39). Каждая группа насчитывала 25 человек. Истории болезни были взяты из архива 3 ГДКБ, 4ГКБ. Метод - ретроспективное исследование. Статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. При исследовании лейкоцитарный индекс, индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов, индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов в различных возрастных группах в 100 % превышает норму, преимущественно преобладает гуморальное звено иммунной системы.

Таблица № 1. Результаты исследования индексов в различных возрастных группах

Возраст	Средний возраст	n	ЛИ	ИСЛМ	ИСЛЭ
3-5	4,21±0,81	25	1,32(1,02; 1,54)	12,13(7,10; 18,3)	25,00(11,63; 44,50)
8-10	8,54±0,56	25	1,10(0,78;1,33)	12,75(9,68; 21,50)	17,95(14,0; 20,75)
11-13	12,71±0,39	25	0,92(0,74;1,19)	11,75(8,02;16,55)	13,80(4,23; 26,00)

Сырадоев А.В., Павленкович Е.А.

ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗЫВАНИЧ ИОНОВ ТЯЖЁЛЫХ МЕТАЛЛОВ ХИТИНОЗАН-МЕЛАНИНОВЫМИ КОМПЛЕКСАМИ НА ПРИМЕРЕ Cd^{2+}

Научный руководитель доц. Сарока С.С.
Кафедра общей химии

Меланины — обычно черные или темно-коричневые пигменты животных, растений и микроорганизмов. Они эффективно связывают металлы переменной валентности. Хитозан является аминополисахаридом, полученным при удалении ацетильной группы из положения С2 β-(1-4)-2-амино-2дезокси-D-гликополисахарида (хитина).Молекула хитозана содержит в своем составе большое количество свободных аминогрупп, которые определяют его катионообменные свойства.

Цель: изучить особенности комплексообразования хитозана и меланина и сорбции хитозан-меланиновыми комплексами ионов кадмия.

Задачи:

1.Изучить сорбцию кадмия меланинами.

2.Изучить влияние хитозана на комплексы меланина с кадмием.

Материалы и методы. Меланин выделяли из сухого чая экстракцией водным раствором аммиака. Очистку препарата проводили двукратным переосаждением соляной кислотой. Раствор меланина переносили в круглодонную колбу и упаривали до сухого остатка.

Для приготовления раствора хитозана навеску сухого препарата растворяли в уксусной кислоте, прибавляли ацетатный буфер (pH 6,2). Активная кислотность в полученных растворах составила 5,9-6,0.

Для получения комплексов меланин-хитозан были приготовлены ацетатные буферы с различным показателем pH. Но в ходе исследования было установлено, что массовая доля абсорбированных ионов кадмия наиболее высока при получении меланин-хитозановых комплексов in situ.

Для определения было произведено смешивание растворов кадмия, меланина и хитозана по двум схемам для установления количества ионов кадмия.

Результаты и их обсуждение. Результаты представлены на графике 1.

Схема I

1.разливают в пробирки раствор соли кадмия

2.приливают рассчитанный объем буфера;

3.приливают рассчитанный объем раствора хитозана и инкубируют 30 мин

4.запускают реакцию комплексообразования добавлением раствора меланина.

Схема II

1.разливают в пробирки раствор соли кадмия

2.приливают рассчитанный объем буфера

3.приливают раствор меланина и инкубируют 30 мин

4.запускают реакцию комплексообразования добавлением рассчитанного объема раствора хитозана.

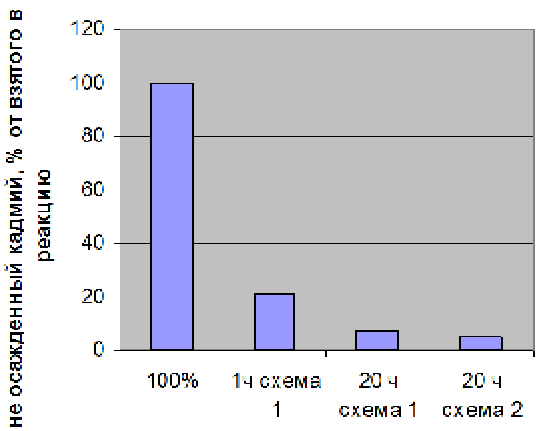


График 1. Результаты проведённого исследования

Сямичева М.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Прилуцкая В.А., канд. мед. наук, доц. Пискун Т.А.
1-я кафедра детских болезней

Цель: дать клинико-лабораторную характеристику и проанализировать особенности терапии острых пневмоний у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 детей с пневмонией, из которых 15 были доношенными, 20 – недоношенными. Пациенты находились на лечении в ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в 2011-2012 гг. Критерием включения в основную группу было наличие пневмонии и перинатального поражения ЦНС в анамнезе. Контрольную группу составили 13 детей, получавших терапию в УЗ "Городская детская инфекционная клиническая больница" г. Минска. Пациенты контрольной группы имели острую пневмонию и отсутствие в анамнезе перинатального поражения ЦНС. Верификация диагноза пневмонии проведена согласно рекомендации В.К. Таточенко (2004) и перечню нозологических форм заболевания в МКБ-10. Неврологические расстройства у детей трактовались в соответствии с классификацией перинатальных поражений ЦНС (2005). Возраст пациентов основной группы составил 6,07±5,40 мес., группы контроля 9,54±3,05 мес. (P>0,05). Клиническое состояние детей оценивали при поступлении и на протяжении всего периода нахождения ребенка в стационаре. Сопоставлялись результаты инструментальных методов (рентгенография грудной клетки, НСГ, ЭЭГ, исследование глазного дна) и лабораторных исследований (клинический анализ крови, уровень иммуноглобулинов, данные микробиологического и вирусологического исследований). При сборе анамнеза жизни ребенка особое внимание уделялось характеру течения беременности у матери, особенностям родов, соматической и экстрагенитальной патологии у матери. Учитывались выраженность и тяжесть перинатальных поражений головного мозга у детей. Полученные данные обработаны общепринятыми методами параметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. У детей основной группы структура острых пневмоний была представлена следующим образом: очаговые – 47,22%, очагово-сливные – 2,78%, моносегментарные – 5,56%, полисегментарные – 36,11%, интерстициальные – 8,33%. Клинико-рентгенологические формы у пациентов группы контроля представлены в основном очаговыми пневмониями (84,62%). В начале заболевания в основной группе детей течение было средней тяжести в 37,51%, тяжёлое в 40,63% и очень тяжёлое в 6,25% случаев, в то время как состояние пациентов контрольной группы было средней тяжести в 100%. Тяжесть состояния младенцев основной группы была обусловлена комбинацией основных заболеваний (перинатальной патологией ЦНС и пневмонией). Затяжное течение пневмоний встречалось только у младенцев основной группы, причём исключительно у недоношенных. Осложнения пневмонии в виде плевритов и ателектазов отмечались у 4 детей основной группы и лишь у одного из группы контроля. Продолжительность антибактериальной терапии составила 25,20±4,72 и 10,51±1,75 суток соответственно. Часть младенцев основной группы нуждалась в респираторной поддержке (CPAP – 2,94%, ИВЛ – 14,70%, кислородная палатка – 8,82%). Инфузионную терапию получало 71,88% пациентов основной группы и лишь 15,38% контрольной группы.

Таким образом, острые пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС характеризовались особенностями клинического течения, что обосновывает необходимость и целесообразность разработки алгоритмов ранней диагностики пневмоний, профилактики вероятных аспирации и внутрибольничного инфицирования, оптимизации терапии неврологических проявлений перинатального поражения ЦНС.

Таболич И.С.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Королева А.А.
Кафедра военно-полевой терапии

Несмотря на достигнутые за последние 20 лет успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться важной клинической проблемой. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ХСН в мире варьирует от 0,4 до 2%, значительно увеличивается с возрастом, достигая 10% у лиц старше 60 лет. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается дальнейший рост числа больных с ХСН.

Несколько лет назад было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН приводят повышение концентрации креатинина в сыворотке крови и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Однако оценка этих показателей проводилась, главным образом, при ХСН с сопутствующей внесердечной патологией, способной оказывать влияние на почки. При ХСН без указанной патологии азотвыделительная функция почек и состояние клубочковой фильтрации исследованы недостаточно. Практикующие врачи чаще всего обращают внимание на состояние почек у больных с ХСН только после присоединения хронической почечной недостаточности (ХПН). В исследованиях, посвященных дисфункции почек при ХСН, у многих больных отмечалось значительное повышение сывороточной концентрации креатинина. Изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, предшествующие этому, изучены недостаточно, точные и доступные для клинической практики методы, позволяющие выявлять легкие и умеренные нарушения функции почек при ХСН, не разработаны.

Несмотря на большое количество исследований, включавших больных с ХСН, до сих пор окончательно не поняты механизмы развития многих симптомов и снижения толерантности к физической нагрузке при этом заболевании, не ясна их взаимосвязь с нарушениями кровоснабжения и работы почек.

Цель: изучение изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики и прогнозом у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни больных с хронической сердечной недостаточностью, проведен опрос больных.

Результаты и их обсуждение. На данный момент результаты, полученные в ходе выполнения работы, находятся в стадии статистической обработки.

Талака А.В., Дубовик М.В.

NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING

Научный руководитель ст. преп. Новицкая Т.Г.
Кафедра иностранных языков

Our study is aimed at giving a better insight into the problem of Neuro-Linguistic Programming. We try to give an objective analysis of different views on this very topical issue.

NLP encompasses the three most influential components involved in producing human experience: neurology, language and programming. The neurological system regulates how our bodies function, language determines how we interface and communicate with other people and our pro-

gramming determines the kinds of models of the world we create. NLP describes the fundamental dynamics between mind (neuro) and language (linguistic) and how their interplay affects our body and behavior (programming).

NLP is a pragmatic school of thought that addresses the many levels involved in being human. NLP is a multi-dimensional process that involves the development of behavioral competence and flexibility, but also involves strategic thinking and understanding of the mental and cognitive processes behind behavior. NLP provides tools and skills for the development of states of individual excellence, but it also establishes a system of empowering beliefs and presuppositions about what human beings are, what communication is and what the process of change is all about. At another level, NLP is about self-discovery, exploring identity and mission. It also provides a framework for understanding and relating to the 'spiritual' part of human experience that reaches beyond us as individuals to our family, community and global systems. NLP is not only about competence and excellence, it is about wisdom and vision.

In essence, NLP is founded on two fundamental presuppositions:

1. The Map is Not the Territory. As human beings, we can never know reality. We can only know our perceptions of reality. We experience and respond to the world around us primarily through our sensory representational systems. It is our 'neuro-linguistic' maps of reality that determine how we behave and that give those behaviors meaning, not reality itself. It is generally not reality that limits us or empowers us, but rather our map of reality.

2. Life and 'Mind' are Systemic Processes. The processes that take place within a human being and between human beings and their environment are systemic. Our bodies, our societies, and our universe form an ecology of complex systems and sub-systems all of which interact with and mutually influence each other. It is not possible to completely isolate any part of the system from the rest of the system. Such systems are based on certain 'self-organizing' principles and naturally seek optimal states of balance or homeostasis.

All of the models and techniques of NLP are based on the combination of these two principles. In the belief system of NLP it is not possible for human beings to know objective reality. Wisdom, ethics and ecology do not derive from having the one 'right' or 'correct' map of the world, because human beings would not be capable of making one. Rather, the goal is to create the richest map possible that respects the systemic nature and ecology of ourselves and the world we live in. The people who are most effective are the ones who have a map of the world that allows them to perceive the greatest number of available choices and perspectives. NLP is a way of enriching the choices that you have and perceive as available in the world around you.

NLP has developed some very powerful tools and skills for communication and change in a wide range of professional areas including: counseling, psychotherapy, education, health, creativity, law, management, sales, leadership and parenting. We shall try to focus on the medical aspects of this problem.

Талокина А.Ю.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Брагина З.Н.
Кафедра патологической анатомии

Меланома – одна из наиболее злокачественных опухолей, которая рано дает гематогенные и лимфогенные метастазы практически во все органы. В Республике Беларусь показатель заболеваемости меланомой кожи находится в приделах 2,1 – 2,2 на 100 тыс. населения, причем за последние 30 лет число заболевших увеличилось в 6,5 раза.

Актуальность данного исследования: имеется большое количество типов меланом и пигментных образований, что затрудняет морфологическую их диагностику и требует дополни-

тельных, прежде всего иммуногистохимических (ИГХ) исследований, для верификации и дифференциальной диагностики этих опухолей.

Цель: провести иммуногистохимическое исследование для верификации диагноза в случаях, когда предварительное морфологическое исследование вызвало сомнение.

Иммуногистохимический анализ - это метод выявления и точной локализации того или иного клеточного или тканевого компонента (антигена) с помощью иммунологических и гистохимических реакций. В основе данного метода лежит взаимодействие антигена с антителом, которое приводит к формированию комплекса «антиген-антитело». Существует прямой и непрямой варианты иммунологических реакций.

Наиболее информативным для диагностики меланом является использование иммуногистохимических сывороток с маркерами S 100, Melan-A, Ki-67, HMB-45, Bcl, p16, CyclinD1, CD44, CD40.

Материалы и методы. В ходе нашего исследования был использован метод полимерной технологии со вторичными антителами фирмы DAKO EnVision. Данный метод основан на декстрановой молекуле, связывающей до 20 первичных антител и до 100 молекул фермента. Таким образом одна молекула антигена оказывается связана со 100 молекулами фермента, что обеспечивает крайне высокую чувствительность.

Нами изучено 287 биоптатов на базе отделения морфологии Республиканского научно-практического центра «Онкология» им. Александрова.

Результаты и их обсуждение. В 221 (77%) случае клинический диагноз меланома в препаратах при окраске гематоксилином и эозином был подтвержден. В 12 (4,2%) случаях клиническими диагнозами были: рабдомиосаркома, неврогенная саркома, заболевание вульвы, рак уретры, опухоль прямой кишки, папиллома, опухоль слизистой оболочки носа, саркома, глаукома. Однако после проведения ИГХ исследования выставлен диагноз меланома. В 54 (18,8%) после проведения ИГХ анализа диагноз меланома был снят и выставлены следующие диагнозы: невусы, рубцовые изменения кожи, себорейный кератоз, гемангиома, плоскоклеточный рак, фиброз, базалиома, низкодифференцированный рак, липогранулематоз, склероз, эпидермальная киста, лимфома, базальноклеточный рак. В результате в 66 случаях для постановки окончательного диагноза потребовалось проведение ИГХ исследования.

Таким образом использование современных иммуногистохимических методов исследования позволяет провести более точную диагностику меланомы.

Тарайкович А.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КОРРЕКЦИИ СХЕМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА г.МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Солнцева А.В.
1-я кафедра детских болезней

Цель: провести анализ показателей метаболического контроля и эффективности схем инсулинотерапии до и после проведения суточного мониторирования глюкозы (CGMS) при сахарном диабете I типа (СД I) у детей.

Материалы и методы. Был выполнен ретроспективный анализ 49 амбулаторных карт детей в возрасте от 2 до 15 лет (средний возраст – 9,8 ± 3,5лет) с диагнозом СД I (средний стаж заболевания – 3,1 ± 2,42 года), наблюдавшихся в городском детском эндокринологическом центре г.Минска, которым был проведен CGMS в 2011-2012гг. Оценивались: антропометрические показатели, хронические осложнения СД I, значения гликированного гемоглобина, базальный и постпрандиальный уровни гликемии, гликемия в 22-00 и в 2-00 часа, инсулинотерапия до и после проведения CGMS. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA6.

Результаты и их обсуждение. Диабетическая гиперлиподистрофия зарегистрирована в 71,4% случаев, дистальная полинейропатия – 2%, гепатопатия – 4,1%, ограничение подвижности суставов – 2%, липоидный некробиоз – 2%. По результатам самоконтроля (не менее 4 раз в сутки) ($p<0,05$): гликемия натощак – 7,1 ± 2,5 ммоль/л, гликемия через 3 часа после еды – 9,71 ± 2,78 ммоль/л, гликемия в 22-00 – 7,72 ± 3,82 ммоль/л. По результатам CGMS ($p>0,05$): гликемия натощак - 8,9±3,4 ммоль/л, гликемия через 3 часа после еды - 11,57 ±4,35 ммоль/л, гликемия в 22-00 – 9,19±3,4 ммоль/л, гликемия в 2-00 – 8,19 ±2,62 ммоль/л. Терапия до CGMS препаратами короткого и ультракороткого действия – 0,54 ±0,16 ЕД/кг, после – 0,48±0,2 ЕД/кг ($p<0,05$). Терапия до CGMS препаратами длительного действия – 0,36±0,17ЕД/кг, после – 0,32±0,19 ЕД/кг ($p<0,05$). Уровень гликированного гемоглобина до исследования и коррекции терапии в среднем составил 8,24%, после – 7,24% ($p= 0,000128$).

Применение систем суточного мониторирования уровня глюкозы даёт возможность составить представление о характере гликемической кривой, скорректировать инсулинотерапию с учётом индивидуальных особенностей.

Тарасевич Ж.И.

ДИНАМИКА УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Лабодаева Ж.П.
Кафедра гигиены детей и подростков

Работоспособность определяется, как способность человека к выполнению конкретной умственной деятельности в рамках заданных временных лимитов и параметров эффективности. Основу работоспособности составляют специальные знания, умения, навыки, а также определенные психофизические особенности, например, память, внимание, мышление и т.д.

Работоспособность зависит от возможностей человека, адекватных уровню мотивации и поставленных целей. Под влиянием учебно-трудовой деятельности работоспособность студентов претерпевает изменения, которые отчетливо наблюдаются в течении дня, недели, на протяжении каждого полугодия и учебного года в целом.

Цель: изучить динамику умственной работоспособности студентов 3 и 5 курсов медико-профилактического и 3 курса педиатрического факультетов в течении недели в зависимости от времени проведения практических занятий в режиме дня.

Материалы и методы. Динамика функционального состояния центральной нервной системы на протяжении учебной недели определялась с помощью корректурных проб, то есть дозированных заданий.

В данном случае применялись таблицы Анфимова. Согласно этой методике определялась скорость работы (количество просмотренных знаков), которая является показателем возбудительного процесса в коре головного мозга, и точность ее выполнения (количество ошибок), характеризующая уровень дифференцированного торможения. Обследовано 336 студентов.

Результаты и их обсуждение. Кривая работоспособности студентов 3 курса педиатрического факультета характеризуется периодом врабатывания в понедельник и вторник, высокой работоспособностью в среду и снижением ее в пятницу. Высокая работоспособность у студентов 3 курса медико-профилактического факультета наблюдалась во вторник, снизилась в среду, незначительные колебания наблюдались в четверг и пятницу. На 3 курсе в сумме за неделю более высокий и устойчивый уровень работоспособности наблюдался у студентов медико-профилактического факультета по сравнению с педиатрическим факультетом.

Работоспособность студентов 5 курса медико-профилактического факультета отличается стабильностью, устойчивым функциональным состоянием у 70% обследованных. Некоторое

снижение работоспособности наблюдается в среду, когда выраженное утомление отмечено у 22,2% студентов.

По показателям точности и скорости работы на 3 курсе педиатрического факультета наибольшая работоспособность отмечена в среду. На 3 курсе медико-профилактического факультета продуктивность работы (точность и скорость) изменялась в зависимости от нагрузки до исследования. При оптимальной нагрузке, когда занятия проводились с утра или после одной лекции, скорость и точность дозированных заданий были достаточно высоки. В среду, в день наибольшей нагрузки, после лекции, практического занятия протяженностью 2 часа, наблюдалось снижение работоспособности на 35%, точности выполнения работы в 2,5-5 раз.

Таким образом, для поддержания высокой умственной работоспособности студентов необходима оптимизация учебной нагрузки в динамике недели с учетом кривой работоспособности.

Тарасова Е.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕРРОМАГНИТНЫХ НАНОЧАСТИЦ В КАЧЕСТВЕ КОНТРАСТА ДЛЯ МРТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ

Научный руководитель ст. преп. Недзьведь О.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Злокачественные опухоли как причина смерти находятся на втором месте (20 % общей смертности) после сердечно-сосудистых заболеваний. Один из четырех жителей планеты заболевает злокачественными опухолями при общей 5-летней выживаемости 40 %. Ранняя диагностика важна для любого заболевания, но особенно следует подчеркнуть актуальность этого положения в онкологии, так как благоприятные исходы лечения больных с запущенными формами онкологических заболеваний являются редким исключением. Особо трудной задачей является диагностика метастатических поражений. Метастаза – это частое осложнение онкологического заболевания, при отсутствии соответствующего лечения она приводит к фатальным последствиям. По статистике вторичные опухоли превышают количество первичных заболеваний и составляют примерно пятнадцать случаев на сто тысяч человек в год. Наиболее точными методами диагностики на сегодняшний день считаются КТ и МРТ. Однако, даже при применении новых высокоточных технологий проблема диагностики метастатических поражений остается актуальной. Одним из возможных способов решения является применение метода МРТ с контрастированием ферромагнитными наночастицами. Данные частицы захватываются клетками с макрофагальной активностью в интактных лимфоузлах и создают искажение нормального изображения. В то же время, макрофаги в блокированных метастазами ЛУ не имеют контакта с феррочастицами, соответственно изображение не искажается.

Цель: разработать методику получения ферромагнитных частиц для применения в качестве контраста для МРТ.

Задачи: изучить существующую литературу; ознакомиться с методами получения коллоидных растворов ферромагнитных частиц; ознакомиться с фармакодинамикой и фармакокинетикой данных частиц; получить раствор частиц.

Материалы и методы. Предлагаемый в качестве действующего вещества сложный оксид железа – магнетит (Fe3O4) был получен химическим методом при осаждении магнетита щелочью из водного раствора солей двухвалентного железа таким образом, чтобы размер частиц в коллоидном растворе не превышал 5–9 нм. В качестве основной химической реакции для получения наполнителя магнитной жидкости выбрана так называемая реакция Элмора, при этом исходные реактивы представляют собой соли двухвалентного железа. В случае полной нейтрализации соли железа (II) направление процесса кристаллизации получаемого

гидроксида железа зависит главным образом от pH и температуры. Изменение условий (температуры и pH раствора) позволяет существенно изменять как фазовый состав, так и размер образующихся частиц. Полученный раствор является стабильным при условиях, близких к плазме крови.

Результаты и их обсуждение. В ходе работы был изучен принцип действия МР-томографа, изучена литература по данной теме; получен стабильный раствор феррочастиц, который теоретически можно применять в качестве контраста для МРТ.

Тележный З.Е.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Е.Р.Макаревич
Кафедра травматологии и ортопедии

Синдром карпального канала (запястный туннельный синдром) является наиболее распространенной формой компрессионно-ишемической невропатии, встречающейся в клинической практике. Данная патология относится к группе заболеваний, обусловленных сдавлением нервов в узких анатомических пространствах (анатомических туннелях).Этот синдром обусловлен сдавлением срединного нерва в том месте, где он проходит через запястный канал под поперечной связкой запястья.

Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов, которым были выполнены оперативные вмешательства. Возраст больных – от 42 до 74 лет. Женщин было 32, мужчин -4. Правосторонняя локализация патологии отмечена в 25 случаях. У 21 пациента патология развилась после переломов дистального метаэпифиза лучевой кости или костей проксимального ряда запястья. Эргономические факторы – хроническая микротравматизация – имели место в 9 случаях. Заболевания, сопровождающиеся нарушением метаболизма (ревматоидный артрит, сахарный диабет) отмечены у 6 больных. У всех пациентов отмечены боли в области лучезапястного сустава, слабость кисти, онемение или парестезии по ладонной поверхности большого, указательного, среднего и лучевой поверхности безымянного пальцев. Тест Тинеля был выражен у 32 пациентов, тест Дуркана – у 35, тест Фалена – у 29. Положительная оппозиционная проба отмечена в 14 наблюдениях.

Хирургические вмешательства во всех случаях были выполнены под проводниковой анестезией, при обескровливании конечности путем наложения пневматического жгута на верхнюю треть предплечья. Доступ к поперечной связке осуществлялся путем зигзагообразного разреза кожи по продольной ладонной и дистальной волярной складке предплечья. Под уплотненную карпальную связку вводили зонд Кохера, защищая тем самым проходящие в туннеле образования, и выполняли над ним карпаротомию и частичную резекцию связки. У 33 пациентов четко определена зона компрессии нерва под удерживателем сгибателей. После осуществления гемостаза рану ушивали узловыми швами, затем накладывали асептическую повязку и гипсовую шину по тыльной повехности предплечья до основания пальцев в средне-физиологическом положении кисти. Швы снимали на 12 – 14 день после операции, после чего проводили курс физиотерапевтического лечения и лечебной гимнастики. У всех 36 пациентов достигнуты хорошие функциональные результаты: отмечено исчезновение боли, восстановление чувствительности пальцев, восстановлен объем движений кисти. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности хирургического лечения при синдроме карпального канала в случаях, когда были исчерпаны все возможности предварительно проведенной консервативной помощи.

Терентьев Д.О.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук, доц. Кухаренко Л.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

За последнее десятилетие во всем мире отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи. Рак кожи является самой распространенной опухолью и занимает первое место в структуре онкологических заболеваний. Из литературы известно, что частота базально-клеточного рака среди всех злокачественных эпителиальных новообразований кожи достигает 75%-85%, а наиболее частым местом локализации является голова (до 70% случаев), особенно область лица (нос, лоб, височные и щёчные области).

Многообразие клинических форм проявления и склонность базально-клеточного рака к появлению рецидивов требуют особого внимания при выборе оптимального метода лечения для получения стойкого клинического эффекта. Выбор метода лечения зависит как от формы опухоли и ее локализации, так и от стадии и распространенности процесса, а так же возраста и общего состояния пациента. В настоящее время хирургический метод лечения базально-клеточного рака кожи является ведущим как для полной элиминации опухолевых клеток, так и для получения оптимального косметического эффекта. Электрохирургия и лазерная хирургия относятся к современным методам хирургического лечения базально-клеточного рака кожи.

Цель: провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов электрохирургического и лазерного лечения базально-клеточного рака кожи.

Материалы и методы. В работе было проанализировано лечение (октябрь 2012 – март 2013 гг.) тридцати больных раком кожи на двух аппаратах “Фотек-Е300” и “Ланцет-2”. Пятнадцати пациентам лечение проводилось на аппарате “Фотек-Е300” и такому же количеству пациентов - на “Ланцет-2”.

Возраст больных составлял 60-80 лет, мужчин и женщин было поровну. Все злокачественные опухоли кожи (базально-клеточная карцинома) были I стадии, т. е. размерами от 0,5 до 1,5 см в диаметре, глубина инвазии от 0,2 до 0,5 см. Все базалиомы локализовались на лице: на носу – 6, на нижнем веке – 2, во внутреннем углу глаза – 4, в носогубной области – 2, на щёчных областях – 6, на височных областях – 4, на лбу – 6.

Результаты и их обсуждение. Заживление ран после операции на электрокоагуляторе “ Фотек-Е300” происходило в течении трёх недель, в то время как после операции на лазерном хирургическом аппарате “Ланцет-2” – в течение месяца. В связи с тем, что кровотечение из сосуда диаметром более 2 мм невозможно остановить с помощью лазерного излучения, гемостаз (остановка кровотечения) методом лазерной коагуляции не всегда возможен.

Были обнаружены рецидивы базально-клеточного рака через 6 месяцев после лечения методом электрохирургического воздействия на опухоль у двух процентов больных, а после CO2-лазерного воздействия рецидивы обнаружены у пяти процентов.

В работе показано, что оба метода лечения базально-клеточного рака кожи являются современными и эффективными в онкохирургии поверхностных злокачественных новообразований. Однако, из проведенных исследований, анализа методов, сроков лечения и осмотра самих пациентов следует, что более эффективное воздействие на опухолевые клетки оказывает высокочастотный электрокоагулятор “Фотек-Е300”. Кроме того, установлено, что формирование операционных рубцов после лечения базально-клеточного рака кожи электрокоагулятором “Фотек-Е300” в области лица протекает быстрее и с более хорошим косметическим эффектом.

Терешко Д.Г.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук Трухан А.П.
Кафедра военно-полевой хирургии

В результате разрушений многоэтажных конструкций (землетрясения, техногенные катастрофы, террористические акты) встречаемость синдрома длительного сдавления у пострадавших, извлеченных из-под завалов, достигает 40%, а в отдельных случаях и более. Несмотря на развитие медицины и появление современных методов лечения, летальность при синдроме длительного сдавления является одной из самых высоких в хирургии, достигая 85-90%.

Сложность изучения данной патологии в клинических исследованиях – большая вариабельность повреждений тканей, которая зависит от силы сдавливания и площади ее воздействия, а также от характеристик биологических объектов, подвергшихся сдавлению (мышечная ткань, кость, сдавление магистральных сосудов), поэтому только в эксперименте возможна стандартизация всех параметров компрессии для достижения однотипных повреждений тканей.

Цель: разработать устройство для моделирования синдрома длительного сдавления.

Материалы и методы. Сотрудниками кафедры военно-полевой хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет» и кафедры конструирования и производства приборов УО «Белорусский национальный технический университет» было разработано устройство для моделирования синдрома длительного сдавления, названное прибором регулируемой компрессии (ПРК-1).

Результаты и их обсуждение. Соответствие прибора принципам доказательной медицины было достигнуто следующими факторами: точность силы компрессии обеспечивается тем, что винт прибора вращается с помощью динамометрического ключа, по шкале которого можно устанавливать требуемую нагрузку в широком диапазоне. Для точного измерения площади сдавления в данном приборе используются набор мерных (различной площади – 2, 3, 4, 6 см^2 и т.д.) жестких плиток. Главным доказательством работоспособности устройства стало то, что в группе животных с одинаковыми параметрами компрессии (сила, площадь и время сдавления) отмечался одинаковый исход заболевания, идентичные морфологические изменения в поврежденной тазовой конечности и в различных органах.

Таким образом:

1. Объективное измерение силы и площади сдавления в приборе регулируемой компрессии позволяет точно воспроизводить в эксперименте параметры длительного сдавления, что соответствует принципам доказательной медицины.

2. Применение для сдавления плиток с известной площадью позволяет применять данное устройство для моделирования синдрома длительного сдавления у лабораторных животных разных размеров.

3. Простота и удобство в применении данного устройства позволяет широко использовать его в экспериментальной хирургии.

Терещенко В.Д.

BLAST-АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНЫХ ФРАГМЕНТОВ БОЛЬШОГО ПРИОННОГО БЕЛКА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель канд. биол. наук, асс. Хрусталев В.В.
Кафедра общей химии

Прионы являются одними из самых бурно изучаемых в настоящий момент инфекционных агентов. Это связано с функциями этих агентов, которые совсем не характерны для химической структуры, которой они обладают. Прионы являются единственными в своем роде белками, способными к воспроизведению себе подобных. Основной проблемой в изучении прионов является механизм их "размножения", который пока не ясен. Актуальность данной работы заключается в том, что поиск последовательностей, сходных с отдельными фрагментами прионного белка человека, был проведен в широком филогенетическом ряду.

Цель: сравнить нуклеотидные и аминокислотные последовательности большого прионного белка человека с прионными белками остальных представителей животных и выделить наиболее консервативные фрагменты; найти наиболее сходные с ними последовательности среди других представителей животного мира.

Материалы и методы. На основании выровненных аминокислотных и нуклеотидных последовательностей большого прионного белка (Major prion protein), кодируемого геном PRNP, и прионных белков остальных млекопитающих, было построено филогенетическое дерево и высчитаны эволюционные дистанции. Эти данные также сравнивались с классическими представлениями об эволюции млекопитающих. Был найден наиболее консервативный участок, характерный для прионного белка млекопитающих.

Путем BLAST-анализа был осуществлен поиск фрагментов, сходных с наиболее консервативной последовательностью и короткими повторами большого прионного белка в базе NCBI. Схожие последовательности были найдены среди бактерий, архей и дрожжей. Были посчитаны эволюционные дистанции между этими последовательностями. Как ни странно глицин-богатые повторы большого прионного белка человека демонстрируют большее сходство с фрагментами глицин-богатых белков бактерий, чем с прионоподобным белком дрожжей, который считается ближайшим родственником белка человека.

Результаты и их обсуждение. В ходе BLAST-анализа по консервативной гидрофобной аминокислотной последовательности большого прионного белка было обнаружено сходство со спидроинами, белками, входящими в состав паучьей паутины, и фиброином. Эти белки, как и прионы, способны образовывать амилоиды. Поэтому сходство их последовательностей может свидетельствовать о схожем механизме образования амилоидов.

Гриневич В.В, Терещенко В.Д.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ ГЕНЕТИКИ В ПРИКЛАДНОЙ МЕДИЦИНЕ. ГЕН CCR5 КАК ПРИМЕР ТАКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Научный руководитель асс. Черноус Е.А.
Кафедра медицинской биологии и общей генетики

В силу бурного развития генетики в последнее двадцатилетие ее достижения все чаще находят свое применение в медицине. В частности медиков интересует связь между генетическими особенностями пациента и спецификой течения и лечения различных заболеваний. В последние годы можно найти все больше статей описывающих влияние различных генов на устойчивость к различным заболеваниям, в том числе вирусным.

Цель: изучить влияние определенных генов на предрасположенность, течение и эффективность лечения инфекционных заболеваний.

Как пример нами был выбран ген CCR5, обуславливающий предрасположенность/устойчивость к некоторым заболеваниям. Ген CCR5 кодирует рецептор на поверхности Т-лимфоцитов. Несмотря на то, что роль этого белка в имунном ответе пока не выяснена, известно, что наличие мутантного аллеля CCR5-Δ32 влияет на устойчивость к ВИЧ.

Однако влияние этого аллеля не ограничивается устойчивостью к ВИЧ, а охватывает куда более широкий перечень заболеваний. К сожалению, данные об этих заболеваниях и влияние на них генотипа пациента по CCR5 фрагментарны, и обобщенных сведений в научных статьях нет. Поэтому, ознакомившись с доступными нам ресурсами, мы задались целью обобщить эти данные.

Одной из актуальных проблем является распределение частоты этого аллеля на территории Беларуси, с целью изучения оценки устойчивости населения Беларуси к ВИЧ. Был определен генотип по этому аллелю у 269 человек из разных регионов Беларуси.

В дополнение были определены генотипы по этому аллелю у студентов БГМУ. Впоследствии эти люди смогут использовать информацию о наличии CCR5-Δ32, как один из факторов при выборе специализации, связанной с повышенным риском заражения инфекционными заболеваниями.

Материалы и методы. ДНК выделяли из клеток буккального эпителия методом SDS-лизиса с последующей фенольной очисткой. Для анализа популяции белорусов использовался генетический банк ГНУ "Институт генетики и цитологии" НАН Беларуси. Определение аллеля CCR5-Δ32 проводилось с помощью ПЦР с последующим определением длины фрагментов методом электрофореза в агарозном геле.

Результаты и их обсуждение. Был определен генотип по аллелю CCR5-Δ32 у 269 белорусов из разных регионов и 12 студентов БГМУ. Были получены данные о частотах аллелей в разных регионах Беларуси, которые были оформлены в виде карты распределения частот с учетом известных частот в других странах.

Тимончик К.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юшко Е.И.
Кафедра урологии

Среди неотложных состояний в урологии, требующих проведения экстренных диагностических и лечебных мероприятий важное место занимают травматические повреждения органов мочеполовой системы (МПС). Для выбора лечебной тактики у больных с травмой органов МПС большое значение имеет правильно собранный анамнез, данные осмотра и обследования пострадавших. Итоговый результат хирургического лечения пациентов с травмами органов МПС зависит от времени, прошедшего с момента получения травмы до установки правильного диагноза.

Цель: изучить структуру травм органов МПС, оптимизировать показания для углубленного исследования и оперативного лечения.

Задачи:

1. Изучить структуру травматических повреждений органов МПС у пациентов урологической клиники.
2. Установить алгоритм диагностики травматических повреждений МПС.
3. Оценить особенности лечения у пациентов с травмами МПС.

Материалы и методы. Для достижения поставленных задач нами был проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 93 пациентов с травмами органов МПС, проходивших лечение на базе 4 ГКБ им. Н.Е. Савченко г. Минска в период с 2010 по 2012 г.

Результаты и их обсуждение. За период с 2010 по 2012 г. в урологическую клинику по поводу травм МПС различной локализации поступило 93 человека. Из них 66 мужчин (71%) и 27 женщин (29%). Преимущественно это были лица трудового возраста: 18-60 лет – 77(82,8%) человек и лишь 16(17,2%) старше 60 лет.

Травма почек выявлена у 59 человек(63,4%), травма мочеточника у 7(7,5%) человек, травма мочевого пузыря – 2(2,2%) человек, травма мочеиспускательного канала – 12(12,9%) человек, травматические повреждения наружных половых органов выявлены у 13 человек(14%).

Выбор методов обследования определялся локализацией, характером и особенностями полученной травмы, а также доступностью их применения. Оно включало общий осмотр больных, данные лабораторных методов диагностики, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов МПС, эндоскопические методы, рентгенологическое обследование.

Выводы:

1. Первое место по частоте встречаемости в структуре травматических повреждений МПС занимает травма почки (63,4% пациентов). Травма мочеточника установлена у 7(7,5%) пациентов, травма мочевого пузыря – 2(2,2%), травма мочеиспускательного канала – 12(12,9%), травматические повреждения наружных половых органов выявлены у 13(14%).
2. При травмах органов МПС алгоритм диагностики должен включать данные объективного исследования, лабораторной диагностики, УЗИ органов брюшной полости, МПС, по показаниям - рентгенологические методы исследования.
3. В оперативном лечении нуждаются 55% от общего числа пациентов, поступивших в стационар с травматическими повреждениями МПС.

Тимофеева Т.С., Уласовец Л.П.

ИСЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Григорчук И.П.
2-ая кафедра внутренних болезней

Цель исследования: изучить параметры качества жизни в различных клинических группах пациентов с первичным остеоартрозом (ПОА).

Материал и методы. Обследовано 14 пациентов с ПОА (8 мужчин и 6 женщин, средний возраст 73 года), находившихся на лечении в ревматологическом отделении 9 клинической больницы в 2013 году. В зависимости от локализации патологического процесса пациенты были разделены на 3 группы: 1) с преимущественным поражением крупных суставов конечностей (6 пациентов); 2) с преимущественным поражением мелких суставов кистей (4 пациента), 3) с полиостеоартрозом (4 пациента). Анализ исследуемых параметров проводился также в группах с различной длительностью заболевания: 1) до 5 лет; 2) от 5 до 15 лет; 3) более 15 лет. Оценивались клинические показатели (индекс LEQUESNE, индекс WOMAC, выраженность боли по ВАШ при ходьбе и в покое). Качество жизни изучалось с использованием вопросников, HAQ (Health Assessment Questionnaire), SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form), FACIT.

Результаты. В таблице представлены средние значения индексов FACIT, HAQ, WOMAC, LEQUESNE в исследуемых подгруппах пациентов.

	FACIT	HAQ	WOMAC	LEQUESNE

По локализации поражения	с преимущественным поражением крупных суставов (n=6)	1,3	0,7	34,5%	18 баллов
	с преимущественным поражением мелких суставов кистей (n=4)	1,5	0,4	44,3%	18 баллов
	с полиостеоартрозом (n=4)	1,7	1,1	50,9%	21 балл
По длительности заболевания	<5 лет	1,4	0,5	25,8%	17 баллов
	5-15 лет	2,1	0,6	68,6%	23 балла
	>15 лет	1,6	0,6	42,7%	10 баллов

Наиболее существенное снижение качества жизни по всем изучаемым параметрам выявлено у пациентов с полиостеоартрозом. В подгруппах, выделенных в зависимости от длительности заболевания, достоверных различий средних значений индексов FACIT и HAQ не выявлено. Более выраженное снижение качества жизни по клиническим индексам отмечено у пациентов с длительностью заболевания от 5 до 15 лет. Определены также пункты вопросников, по которым у пациентов с более высоким стажем заболевания отмечаются наиболее значимые ограничения в повседневной жизни.

Выводы. Полиартикулярное поражение и увеличение длительности течения заболевания оказывают существенное влияние на параметры качества жизни у больных ПОА.

Тимохина М.А.

ЛИЗИЛОКСИДАЗА В ТКАНЕВОЙ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель асс. Стовба А.А
Кафедра биологической химии

Лизилоксидаза (LOX) – это медьсодержащая аминооксидаза, принадлежащая к семейству, состоящему по последним данным из пяти членов: LOX и лизилоксидазоподобных протеинов – LOXL, LOXL2, LOXL3, LOXL4. Наиболее изученной является сама LOX. Ее основной функцией является инициирование образования межмолекулярных кросс-сшивок в коллагене и эластине, что ведет к повышению прочности и упругости волокон, а также к формированию целостной структуры этих волокон.

Доказано, что LOX участвует в контроле за внутриклеточной активностью. Кроме того, высокая внутриядерная активность LOX связана с ее ролью в модификации внеклеточного матрикса и это дает возможность предположить, что этот белок может быть мессенджером, переносящим информацию между внутренним содержимым и окружением клетки, т.е. участвовать в клеточно-матриксном взаимодействии.

Показано, что экспрессия LOX значимо увеличивается при гипоксии, при этом установлена связь между экспрессией LOX и гипоксией индуцирующего фактора (HIF). HIF относится к семейству транскрипционных факторов и индуцирует адаптивный фенотип клетки в ответ на гипоксию. Когда клетки находятся в условиях хронического кислородного голодания, их защитные свойства могут ослабевать, в результате чего происходит апоптоз. Состояние гипоксии является характерным признаком клеточного метаболизма в очагах воспаления и травматического повреждения. Следовательно, ядерный фактор HIF-1 и LOX может быть ещё одним связующим компонентом между гипербластическими процессами в эндометрии и опухолеобразованием.

Новые данные показывают, что стойкие повреждения легких и печени приводят к фиброзу микросреды, которая поддерживает рост новых опухолей, и тем самым повышает метастазирование раковых клеток молочной железы в этих органах. Блокировка LOX препятствует образованию фиброза этой микросреды, тем самым предотвращая распространение метастазов.

Известно, что сигналы от фиброзной ткани могут ускорить прогресс опухоли и метастазов, однако основные механизмы этого процесса остаются неизвестными. Новые результаты исследований дают представление о связи между фиброзом и прогрессированием рака.

В настоящее время терапия, направленная на подавление фермента LOX, находятся в стадии разработки. Тем не менее, два основных вывода уже сделаны. Во-первых, метастатические опухоли характеризуются повышенным количеством LOX. Во-вторых, LOX способствует росту отдаленных метастазов за счет структурных изменений в органе микросреды в ответ на постоянные травмы.

Тихоновец А.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕОТЛОЖНУЮ ПАТОЛОГИЮ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н.Я.
Кафедра общей хирургии

Г**астроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - заболевание с** высокой распространенностью и наличием как типичных так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют **диагностику** ГЭРБ, особенно при сочетании с другой патологией органов брюшной полости (ОБП). При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в 12-16% случаях выявляют эзофагит различной степени выраженности и другую патологию пищеводно-желудочного перехода. У пациентов с подозрением на неотложную патологию органов брюшной полости, в алгоритм дифференциальной диагностики часто включают выполнение обзорной рентгенограммы органов брюшной полости(ОРОБП), информативность которой для диагностики ГЭРБ недостаточно изучена. Данные ОРОБП следует оценить для обоснования возможного включения в алгоритм обследования пациента такого инвазивного исследования как ФГДС.

Цель исследования: изучить возможности ОРОБП для скрининга ГЭРБ.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ результатов ФГДС и ОРОБП, выполненных 70 больным, поступившим по экстренным показаниям в хирургическое отделение УЗ «3-ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска в 2012 году.

Результаты и обсуждение. По качеству функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС) согласно данным результатов ФГДС все пациенты были разделены на 2 группы – основную, 35 человек, у которых эндоскопически подтверждена недостаточность функции кардиального сфинктера, и контрольную, 35 человек, у которых функция кардиального сфинктера не была нарушена. Для анализа изучены ОРОБП с определением площади газового пузыря дна желудка. При исследовании установлено, что средняя площадь газового пузыря на ОРОБП в основной группе составила 20,42 кв.см., в контрольной - 14,97 кв.см. Таким образом, площадь газового пузыря желудка на ОРОБП при наличии эндоскопически подтвержденной недостаточности НПС в среднем в 1,36 раза выше, чем у больных с эндоскопически подтвержденной нормальной функцией НПС. За норму в результате проведенного математического исследования площадей газового пузыря на ОРОБП 35 пациентов в контрольной группе, использована площадь газового пузыря дна желудка до 30 кв.см.

Выводы. Измерение площади газового пузыря дна желудка на ОРОБП может служить критерием для скрининга ГЭРБ у пациентов с подозрением на неотложную патологию ОБП.

В качестве нормальных значений площади газового пузыря следует принимать 30 кв. см и менее.

Тихонович Е.В.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ С ПОМОЩЬЮ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Царева С.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

Анализируя предыдущий опыт оценки эффективности лечебных мероприятий при бесплодии различного генеза, можно прийти к выводу, что хирургическое вмешательство с использованием эндоскопических методов наиболее перспективно в восстановлении фертильности.

Цель работы: обосновать эффективность внедрения в клиническую практику высокотехнологической методики лечения трубно-перитонеального фактора бесплодия в сочетании с эндометриозом, СПКЯ, миомой матки, кистами яичников, заключающуюся в использовании хирургического Nd-YaG лазера (неодимовый).

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были отобраны 43 пациентки репродуктивного возраста, страдающих различными формами бесплодия, которые были пролечены с использованием хирургического лазера в период 2011-2012 гг.

Результаты и обсуждения. У всех пациенток 100% интраоперационно был выявлен спаечный процесс оранов малого таза: у 68% -1 степени, у 21%-2 степени, у 12%-3 степени. Поражение маточных труб выявлено 64%.Из них поражение одной маточной трубы (до сальпингонеостомии) у 52%, 2 труб-у 12%.У 12% пациенток был выявлен СПКЯ, у 14% пациенток имелся различной степени выраженности эндометриоз различной локализации (в основном-широкие связки, задняя поверхность тела матки, дугласово пространство). Пациенткам исследуемых групп проводились вмешательства: адгезиолизис (100%), СНС(64%), перфоративная вапоризация(дриллинг) -(14%), коагуляция очагов эндометриоза-14%, цистэктомия-10%, миомэктомия-10%, резекция яичников-14%, реканализация маточных труб у 7% пациенток (гистероскопически).Длительность лазерной экспозиции составляла 5-7 минут. Коагуляция была бесконтактной. Абляцию эндометрия в области маточных труб производили лазером длиной волны 970 нм, мощностью 20-30 Вт по бесконтактной методике. Послеоперационный период у всех пациенток протекал без особенностей. Практически у всех пациентов основной группы в течение первых суток послеоперационного периода живот был менее напряженным и болезненным по сравнению с больными, оперированными с использованием электрокоагулятора. Во время проведения лазерной деструкции ни у кого не отмечено интраоперационных и связанных с экстрагенитальной патологией осложнений.

Выводы. Использование хирургического лазера позволяет широко применять его в эндоскопической гинекологии, избегать чрезмерного повреждающего действия на ткани, наблюдать более гладкое течение послеоперационного периода, сократить число возможных послеоперационных осложнений, улучшить и пролонгировать лечебный эффект после операции.

Тишук П.А.

ДОФАМИН КАК ГОРМОН И НЕЙРОМЕДИАТОР

Научный руководитель асс. Морозова С.П.
Кафедра биоорганической химии

Цель: изучение эффектов дофамина в норме и при патологических состояниях.

Дофамин- это биологически активное вещество, выступающее в качестве нейромедиатора и гормона, а так же являющееся биохимическим предшественником адреналина и норадреналина. Как нейромедиатор, дофамин используется в определенных проводящих путях головного мозга. Из всех нейронов ЦНС около семи тысяч способны его синтезировать. Основные дофаминовые пути это: 1)мезокортикальный(процессы мотивации и эмоциональные реакции), 2)мезолимбический(продуцирование чувств удовольствия, ощущения награды и желания), 3)нигростриарный(двигательная активность, экстрапирамидная система). Известно несколько дофаминовых ядер, среди которых выделяют: дугообразное ядро, дофаминовые нейроны черной субстанции и нейроны, находящиеся в области вентральной покрышки. Как гормон, дофамин синтезируется в мозговом слое надпочечников и обладает рядом физиологических свойств, характерных для адренергических веществ. Синтез дофамина протекает в несколько стадий, включающих последовательные превращения: Phe-Tyr-ДОФА- Дофамин.

В 1954 году канадские ученые Джеймс Олдс и Питер Милнер обнаружили, что если имплантировать электроды в определенные участки мозга, то лабораторную крысу можно приучить нажимать на рычаг в клетке, включающий стимуляцию низковольтными разрядами электричества. Когда крыса научилась стимулировать этот участок, она нажимала рычаг до тысячи раз в час. Это дало основание для предположения, что стимулируется центр наслаждения. Один из главных путей передачи нервных импульсов в этом участке мозга- дофаминовый, поэтому исследователи выдвинули версию, что главное химическое вещество, связанное с удовольствием,- это дофамин. Эксперименты показали, что даже воспоминания о позитивном поощрении могут увеличить уровень дофамина, поэтому данный нейромедиатор используется мозгом для оценки и мотивации, вызывает чувство удовольствия и является частью “системы поощрения”мозга.Дофаминергическая повышенная или пониженная активность может приводить к различным патологическим состояниям.

Болезнь Паркинсона-заболевание, вызванное прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов черной субстанции среднего мозга и других отделов ЦНС, использующих в качестве нейромедиатора дофамин. На сегодняшний день болезнь Паркинсона является неизлечимым заболеванием, а все существующие методы лечения направлены на облегчение симптомов.

Шизофрения еще одна тяжелая патология, которая характеризуется повышенной дофаминергической активностью в некоторых структрах(и пониженной активностью в мезокортикальном пути и префронтальной коре).Основные симптомы этого заболевания: бред и галлюцинации, апатия, безволие и когнитивные нарушения(расстройство мышления, восприятия и внимания).Для лечения шизофрении применяются антипсихотики (нейролептики), которые блокируют рецепторы к дофамину. По данным исследователей, уменьшение концентрации дофамина в подкорковых центрах и плотности дофаминовых рецепторов связано с процессом старения. Клиническими проявлениями этих изменениеи является обеднение мимики, общая замедленность, сгорбленная, старческая поза,укорочение длины шага, а так же изменения в когнитивной сфере(снижение внимания,быстрорты реакции, памяти).

Дофамин как гормон и нейромедиатор имеет широкий спектр действия в организме, нарушение его метаболизма и активности может привести к тяжелым заболеваниям.

Тищенко А.А.

ПОДКОЖНАЯ АПОНЕВРЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Беспальчук П.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Контрактура Дюпюитрена – заболевание соединительной ткани, вызванное рубцовым перерождением ладонного апоневроза, приводящее к возникновению сгибательно-разгибательных контрактур пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пальцев кисти. Чаще эта патология затрагивает IV,V или III пальцы. Консервативное лечение контрактуры Дюпюитрена, за более чем полуторавековой период применения,исчерпало свои ресурсы. Общепризнано, что положительных результатов при данном заболевании можно добиться только путем хирургических вмешательств.

Основные разновидности оперативных пособий при контрактуре Дюпюитрена включают открытую или перкутанную апоневротомию рубцовых тяжей ладонного апоневроза и их апоневрэктомию.

Выбор хирургической тактики зависит от степени выраженности патологии и напрямую связан с изменением кожных покровов кисти. Исходя из опыта работы республиканского центра хирургии кисти, функционирующего на базе 6-й клинической больницы г. Минска, наиболее оптимальные результаты хирургического лечения, как в функциональном ,так и в косметическом плане наблюдаются в случаях выполнения оперативных доступов по ладонным складкам и у основания пораженных пальцев. Вначале производится выделение и иссечение трапециевидного участка ладонного апоневроза через открытый доступ, выполненный по одной из продольных складок у основания кисти. Затем выделяется рубцово-измененный тяж апоневроза, который тупо и остро отделяется подкожно в дистальном направлении от окружающей подкожной клетчатки и ладонных сосудисто-нервных образований. После этого производится пересечение рубцового тяжа и извлечение его проксимального участка через первичный доступ. Следующим этапом осуществляется разрез кожи по дистальной ладонной складке. Выделенный рубцово-измененный тяж ладонного апоневроза захватывается зажимом Кохера и отделяется от окружающих тканей в проксимальном и дистальном направлениях.

Нами изучены результаты хирургических вмешательств у 22 больных в возрасте от 36 до 65 лет, оперированных по данной методике. Во всех случаях функция пальцев кисти восстановлена полностью, чувствительность их не нарушена, кожные покровы ладони мягкие, не отличимы от соседних участков. Спустя год и более после выполнения хирургических вмешательств операционные доступы идентифицируются с большим трудом, так как совпадают с естественными ладонными складками пациента.

Наши наблюдения позволяют рекомендовать выполнение подкожной апоневрэктомии при наличии у пациентов контрактуры Дюпюитрена II - III ст. с преимущественным поражением одного из пальцев кисти в тех случаях, когда кожные покровы, располагающиеся над рубцово-измененным тяжом ладонного апоневроза не имеют трофических нарушений, довольно мобильны, участок рубцово-измененных тяжей ладонного апоневроза хорошо идентифицируется в окружающих мягких тканях.

Товстыко А.В.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук Трухан А.П.
Кафедра военно-полевой хирургии

Введение. В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция увеличения встречаемости огнестрельных ранений в мирное время. В связи с этим сохраняется актуальность правильного выполнения первичной хирургической обработки, как основного метода лечения данного вида повреждений. Хирургическую помощь в данных ситуациях, как правило, оказывают врачи-хирурги «гражданских» лечебных учреждений.

Цель исследования: Оценить качество выполнения первичной хирургической обработки огнестрельных ран «гражданскими» врачами-хирургами.

Материалы и методы. Работа основана на анализе лечения 34 раненых с огнестрельными ранениями различной локализации, переведенных в ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр» из лечебных учреждений системы министерства здравоохранения.

Результаты исследования. Было установлено, что основными сложности при выполнении первичной хирургической обработки (ПХО) огнестрельных ран связаны с оценкой жизнеспособности тканей раневого канала и, соответственно, с определением объема удаляемых тканей (прежде всего, кожного покрова). Также значительные сложности вызывал выбор способа завершения ПХО: было выявлено необоснованно частое наложение первичных швов на огнестрельную рану.

Выводы. Необходимо вносить изменения в подготовку врачей-хирургов для улучшения качества оказания медицинской помощи раненым с огнестрельными ранениями мирного времени.

Токтабекова А.М.

ВЛИЯНИЕ РАДИОНУКЛИДНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ИСПЫТАТЕЛЬНОГО ПОЛИГОНА НА АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ

Научные руководители д-р. биол. наук, проф. Шарипов К.О., канд. биол. наук, доц. Киргизбаева А.А.
Кафедра биологической химии
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Казахстан, Алматы

Известно, что территория Семипалатинского региона неоднократно подвергалась радиационному воздействию в ходе ядерных испытаний. Как мы знаем, ядерные испытания приводят к аккумуляции в почве радионуклидов. Они в свою очередь, накапливаясь в почве, меняют ее состав. В связи с этим проведено изучение влияния некоторых долгоживущих радионуклидов на ферментативную активность различных типов почв, что немаловажно в оценке состояния экологии природной среды

Были отобраны пробы почвы различного типа и радионуклидного состава с сорока семи точек территории бывшего Семипалатинского испытательного полигона. В отобранных пробах определялась активность некоторых ферментов, а также содержание тяжелых металлов и гумус.

Процессы свободно-радикального окисления, встречающиеся в природе, изучены достаточно хорошо. Одной из наиболее вероятных причин повышения активности ферментов мо-

жет быть вызванное облучением активизация антиоксидантной защиты. Под влиянием гамма-излучения ускоряются процессы образования свободных радикалов, которые влиют на органические молекулы (липиды, белки, нуклеиновые кислоты), способствуют их деструкции и распаду с образованием низкомолекулярных продуктов. Исходя из специфичности воздействия радионуклидов, для ферментативного исследования были выбраны ферменты, обладающие антиоксидантной активностью (каталаза, пероксидаза). Каталаза разрушает ядовитую перекись водорода, а пероксидаза, используя свободные пероксидные радикалы, разрушает доноры электронов и действует как агент детоксикации перекисей в реакциях метаболизма. Тем самым, каталаза и пероксидаза выполняют активную защитную функцию. Активность каталазы в работе измеряли по скорости распада перекиси водорода с последующим титрованием перманганатом калия. Активность пероксидазы определяли по учету количества продуктов окисления полифенолов путем фотометрических измерений интенсивности их окраски.

Каталазная активность имела значительные колебания. Она варьировала в пределах 0,04-0.8 у.е. в зависимости от уровня радиоактивного загрязнения. Было отмечено, что влияние радионуклидов на каталазную активность не зависело от типа почв. Воздействие радионуклидов на пероксидазную активность, в зависимости от типа почв, располагалось в следующем ряду: темно-каштановые<светло-каштановые<солончак-луговой.

Нами также изучалась связь ферментативной активности с содержанием гумуса в различных типах почв территории Семипалатинского испытательного полигона. Одна из функций гумусовых веществ – способность аккумулировать поступающие в почву ферменты и оказывать на них стабилизирующее действие. Был проведен качественный и количественный анализ гумусовых веществ. Выявлено, что в почвах с высоким содержанием гумуса ферментативная активность также была высокой. Таким образом, уровень ферментативной активности почв указывал на своеобразие протекающих в них биохимических процессов и на почвообразование.

Топтун П.Д., Василевский И.В.

АНАЛИЗ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. И.В. Василевский
Кафедра клинической фармакологии

Цель: изучить спектр возбудителей, вызывающих инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) у детей, обращавшихся за лечением амбулаторно.

Материал и методы исследования. Мы проанализировали результаты обследования на бактериурию 290 детей с ИМВП, обращавшихся за амбулаторной помощью в третью городскую детскую клиническую поликлинику г. Минска в период с 01.01.2011г. по 31.12. 2012г. Исследования мочи с использованием бактериологического метода проводили в городской санитарно эпидемиологической станции, центре эпидемиологии и микробиологии.

Результаты. В период с 01.01.2011г. по 31.12. 2012г. всего на базе УЗ «3-я ГДКП» было обследовано на бактериурию 290 детей с ИМВП. В результате обследования у 119 (41%) пациентов были обнаружены различные возбудители и их комбинации (см. таблица). Степень бактериурии варьировала от 10^5 до 10^{10} КОЕ/мл. В 68,88% случаев ИМВП была вызвана грамотрицательными микроорганизмами из семейства Enterobacteriaceae, основным возбудителем более чем в 40% случаев была Escherichiae coli. Удельный вес представителей грамположительной микрофлоры составил 31,11% с преобладанием энтерококков (18,52%).

Таблица - **Спектр выделенной микрофлоры**

n = 119	Возбудители	% ±m

Грамм +	Streptococcus spp.	12,59 ± 2,85
	Enterococcus faecalis	18,52 ± 3,34
Грамм -	Esherichiae coli	41,49 ± 4,24
	Psevdomonas aeruginosae	8,14 ± 2,35
	Klebsiella sp.	5,93 ± 2,03
	Proteus mirabilis, vulgaris	8,14 ± 2,35
	Morganella morganii	2,96 ± 1,45
	Enterobacter cloacae	2,23 ± 1,26

При этом у 20 пациентов (14,81%) мы зарегистрировали сочетания возбудителей. В структуре бактериальных ассоциаций доминировали 2-компонентные (55%) с основным ассоциантом Esherichia coli (Esherichiae coli + Psevdomonas aeruginosae; Esherichiae coli + Proteus vulgaris - у двоих пациентов; Esherichiae coli + Enterococcus faecalis - у троих пациентов; Esherichiae coli + Streptococcus spp. - у двоих пациентов; Esherichiae coli + Staphylococcus aureus - у двоих пациентов; Esherichiae coli + Proteus mirabilis), 2-компонентные с основным ассоциантом Psevdomonas aeruginosae (10%) (Psevdomonas aeruginosae + Morganella morganii; Psevdomonas aeruginosae + Klebsiella sp.). У отдельных пациентов выделяли 3-компонентные (25%) ассоциации (Esherichiae coli + Enterococcus faecalis + Streptococcus spp.; Esherichiae coli + Enterococcus faecalis + Morganella morganii; Enterobacter cloacae + Enterococcus faecalis + Klebsiella sp.; Enterobacter cloacae + Enterococcus faecalis + Staphylococcus aureus; Enterococcus faecalis + Proteus vulgaris + Klebsiella sp.).

Таким образом, ИМВП у детей являются одной из актуальных проблем детской урологии и нефрологии и характеризуются этиологической мультифакторностью, могут быть вызваны моно- и микст-инфекцией. Нами было установлено, что наряду с основным «Грам-» возбудителем ИМВП Escherichia coli, увеличивается роль «Грам+» микроорганизма Enterococcus faecalis, а также возможны комбинации «Грам+» и «Грам-» микроорганизмов. Учет сведений о потенциальных возбудителях, наиболее часто вызывающих ИМВП позволит уже на ранних сроках заболевания проводить рациональную этиотропную терапию.

Требуховский А.Ю.

ПЕРВИЧНАЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРЕПАРАТА «ГРИПИЛ»

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Семёнов И.П.
канд. мед. наук Соболь Ю.А.
Кафедра гигиены труда

Актуальность. Препарат «Грипил» применяется для предуборочной обработки рапса, позволяя увеличить на 15-20% сбор урожая, способствует увеличению масляничности семян, а также снижению затрат на сушку зерна.

Возможность загрязнения воздуха рабочей зоны: при нарушении герметичности оборудования и коммуникаций, при авариях и неисправностях возникает опасность загрязнения воздуха производственных помещений парами и аэрозолем, применяемых при изготовлении Грипила химических веществ, а также кожных покровов работающих.

Цель работы:

- изучить параметры острой интоксикации при однократном поступлении в желудок
-дать оценку раздражающего действия на слизистые оболочки глаз;
-оценить местно-раздражающие и кожно-резорбтивные свойства,
-исследовать кумулятивные свойства Грипила,
-оценить сенсибилизирующие свойства

Материалы и методы исследования. Полученные в опытах материалы для оценки достоверности подвергались статистической обработке общепринятыми методами вычисления

среднеарифметических (M), средних ошибок (m) по отношению к параллельному контролю. Различия между сравниваемыми средними считали достоверными при $p < 0,05$. При этом использовался пакет прикладных программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6.0».

Результаты. Изучение параметров острой интоксикации при однократном поступлении в желудок: В ходе проведенного эксперимента установлено, что введение Грипила вызвало частичную гибель животных: доза 5000.0 мг/кг – гибель 2-х животных из 6; 7500,0 мг/кг – 3 из 6; 10000,0 мг/кг – 5 из 6. DL_{50}, рассчитанная экспресс-методом, составила 6577 мг/кг.

Оценка раздражающего действия на слизистые оболочки глаз. Внесение 50-100 мкл Грипила в нижний конъюнктивальный свод глаз кроликов после инстилляции приводит к развитию слезотечения и минимальному количеству выделений в углу глаза, проходящих в течение 1 суток после воздействия без промывания водой.

Оценка местно-раздражающих и кожно-резорбтивных свойств. Исследование местно-раздражающего и кожно-резорбтивного действия проводили в условиях 20-кратного (по 5 раз в неделю) нанесения Грипила на 2/3 поверхности кожи хвостов белых крыс (экспозиция – 4 часа). На местах соприкосновения с препаратом отмечена слабая гиперемия (1 балл). Сухости, изъязвлений и прочих проявлений раздражения не отмечено.

Исследования кумулятивных свойств. Кумулятивные свойства изучены методом Ю.С. Кагана и В.В. Станкевича в условиях 30 суточного (по 5 раз в неделю) введения Грипила в желудок белых крыс в дозе 658 мг/кг (1/10 от установленной в остром опыте величины DL_{50}). Контрольные животные получали воду в эквивалентных количествах. На протяжении всего эксперимента гибели и видимых признаков интоксикации подопытных животных не отмечалось, что не позволило рассчитать коэффициент кумуляции.

Оценка сенсибилизирующих свойств: Исследованиями установлено, что у опытных животных при внутрикожном тестировании в апоневроз задней лапы уровни внутрикожной провокационной пробы по абсолютному показателю ВТОЛ превышали таковые в контроле более чем в 2 раза, а среднегрупповые величины имели различия при $p<0,01$.

Троцкий Н.Д., Степанова Е.В.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНТИОКСИДАНТНОГО СОСТАВА БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ, УПОТРЕБЛЯЕМЫХ СТУДЕНТАМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бацукова Н.Л.
Кафедра общей гигиены

Антиоксиданты (антиокислители) – ингибиторы окисления, природные или синтетические вещества, способные замедлять окисление. Особенно богаты антиоксидантами некоторые безалкогольные напитки. Недавние зарубежные исследования свидетельствуют о том, что, например, в кофе содержатся антиоксиданты (хлорогеновая кислота), которая помимо антиоксидантного действия, регулирует ростовые процессы, оказывает противовоспалительное и желчегонное действие, улучшает работу печени и почек.

Цель работы. Изучение антиоксидантного состава безалкогольных напитков, употребляемых студентами-медиками, проведение сравнительного анализа содержания хлорогеновой кислоты (свободных полифенолов) в кофе марки Nescafe Classic в зависимости от стран-производителей (на основании результатов лабораторных испытаний аккредитованного испытательного лабораторного центра).

Методы и результаты. Проведено анкетирование и дана гигиеническая оценка антиоксидантного состава наиболее часто употребляемых студентами безалкогольных напитков.

Проанализировано содержание свободных полифенолов в кофе марки Nescafe Classic в странах Европы (г/100г), которое составило: в Польше – 2,51; в Германии – 2,01; в Испании – 2,32; Греция – 2,59. Таким образом, среднее значение содержания свободных полифенолов для стран Европы составило $2,36 \pm 0,38$.

Содержание свободных полифенолов в кофе марки Nescafe Classic в США (г/100г) составило 3,85, что является статистически достоверно выше ($p < 0,05$), чем у европейских производителей, однако, во всех изученных образцах содержание хлорогеновой кислоты находилось в пределах нормы (среднее содержание – 3,3г/100г).

Доказано, что содержание свободных полифенолов зависит от продолжительности обжаривания зерен. Даны рекомендации по суточному употреблению напитков-источников антиоксидантов (например, суточная потребность человека в хлорогеновой кислоте возмещается одной чашкой кофе).

Троян А.Н., Рогоза С.А.

EXPERIMENTS ON HUMANS IN HISTORY

Научный руководитель ст. преп. Костюшкина О.М.
Кафедра иностранных языков

The issue of human experimentation in medicine has always been very serious. Are the experiments on humans permissible in general? If yes, are they acceptable on healthy or sick ones? What are the limits of the experiment? What conditions must be observed in this case and etc. Experiments on human beings and ethics research have been evolving as time goes by. In some cases, doctors experimented on themselves when they did not want to risk the lives of others. Often the victims of the experiments on humans were prisoners, slaves, or even family members.

The aim of our work was to study some historical examples of experiments on humans paying particular attention to the ethical component.

The definition of medical experiment is the following: medical experiment is an active (pharmacological, surgical, radiation, etc.) impact on a human altering the physiological and pathological processes to achieve the goal of the experiment.

Because during the experiment new treatments are explored, there is no guarantee of its successful outcome. As any scientific experiment, a medical experiment should meet a number of demands, including the possibility of a repetition of experiments, their variations, etc. Obviously, on the one hand, all this makes the medical experiment rather dangerous to health and even life. But on the other hand, medical experiments are necessary for the further progress of science and, therefore, for the good of mankind.

In contrast to the medical experiments, purely scientific experiments should be conducted only on a voluntary basis. Man on whom the experiment is carried out suffers, risks his health for the sake of the common good; and, of course, he can agree to do it only on a voluntary basis. But even if voluntariness is respected, the experimenter must figure out what underlies it: the desire to be useful to people or the desire to make money. In our point of view, carrying out medical experiments that are dangerous to health for a fee is immoral. Voluntariness cannot be used in those cases when it is provoked by exaltation of a man, who isn’t conscious of the consequences of his actions.

Having studied these examples we came to the conclusion that of many ethical requirements the most frequently broken ones were: informed consent of participants, the principle of not to harm the participant, and there also was racial discrimination. Medical professionals always must view human life and health as a supreme value and follow medical ethics and deontology issues.

Трус А. С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТКРЫТЫМ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМ МЕТОДАМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шамкалович А.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Актуальность. Частота встречаемости артериальных аневризм сосудов головного мозга – 10 - 16 случаев на 100 000 чел. (в Беларуси — 2,6). По данным ВОЗ, 90,4% артериальных аневризм головного мозга (АА) проявляются субарахноидальным кровоизлиянием (САК), а неразорвавшиеся аневризмы выявляют в 9,6% случаев и обнаруживают случайно при обследовании. Летальность после первого аневризматического САК достигает 43%, после второго - 64%, после третьего - 86%. 35% больных, выживших после первого кровоизлияния, погибают в течение года. 30% перенесших САК имеют разные степени инвалидизации.

Цель настоящей работы: сравнить эффективность хирургического лечения аневризматической болезни головного мозга эндоваскулярным и открытым методами.

Материалом настоящего исследования послужил анализ историй болезни 193 пациентов с аневризматической болезнью головного мозга, которые находились на лечении в нейрохирургическом отделении УЗ «ГК БСМП» с января 2011 по январь 2013 гг. Все больные были разделены на две группы по виду выполненного оперативного вмешательства (I группе выполнялся эндоваскулярный доступ, II группе - открытый). Для оценки тяжести состояния больных использовали шкалы Hunt&Hess и WFNS. Наличие и выраженность субарахноидального кровоизлияния оценивали по шкале G. Fisher. Для оценки ранних исходов оперативных вмешательств использовали пятиступенчатую шкалу исходов Глазго и модифицированную шкалу Рэнкина (mRS).

Результаты. В остром периоде кровоизлияния оперировано 130 больных (67,4%), в холодном - 34 (17,6%). По поводу неразорвавшихся аневризм головного мозга оперировано 29 пациентов (15,0%). Зависимость исходов (по модифицированной шкале Рэнкина) лечения от тяжести состояния больных (по шкале Ханта и Хесса):

Степень тяжести САК (по HH)	Всего пациентов	Группа	Количество оперированных	Исход (по mRS)
I	38	I	18 (47,4%)	I 18;
		II	20 (52,6%)	I 17; II 3
II	58	I	17 (29,3%)	I 16; II 1
		II	41 (70,7%)	I 23; II 12; III 6
III	32	I	8 (25,0%)	I 5; II 3
		II	24 (75,0%)	I 8; II 14; III 1; IV 1
IV	17	I	-	
		II	17 (100%)	II 11; III 6
V	9	I	-	
		II	9 (100%)	II 3; III 4; IV 2

Выводы. Общие результаты внутрисосудистого и микрохирургического лечения аневризматической болезни преимущественно определяются формой и тяжестью субарахноидального кровоизлияния, тяжестью общего состояния больных, наличием осложнений субарахноидального кровоизлияния, анатомическими особенностями аневризмы, а не способом выключения аневризмы из кровотока ($\chi^2(1,74) < \chi^2_{кр}(21,026)$ при $p<0,05$).

Тулендин А.А.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

Канд. мед. наук, доц. Дорошевич В.И.

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

В современных условиях сохраняется актуальность и значимость гигиенической экспертизы продовольственного сырья и пищевых продуктов, основной задачей которой является установление и выяснение всех свойств характеризующих качество этой продукции с гигиенических позиций, пищевой ценности и безвредности для здоровья людей, в том числе военнослужащих. Большой интерес представляет изучение основных этапов организации и становления гигиенической экспертизы и основные ее проблемы на современном этапе.

Целью настоящего исследования явилось изучение, анализ и обобщение литературных данных по становлению гигиенической экспертизы продовольствия и готовой пищи для военнослужащих. Для достижения поставленной цели использовался аналитический метод.

В 18 веке основной профилактической задачей военной медицины относительно питания была разработка научно-обоснованных или эмпирически доказанных рекомендаций для командования, офицеров и нижних чинов по сохранению здоровья, которые бы были для них руководством к действию. В современном понимании это можно рассматривать в качестве научной, методической и просветительской (гигиеническое воспитание) функций медицины.

Во времена Петра I контроль за доведением рационов питания, доброкачественностью пищевых продуктов возлагался на командование, тыловые структуры и подотчётных им должностных лиц. Имевшиеся в штате лекари обязаны были только лечить больных, не вмешиваясь в то, чем и как кормят нижних чинов.

Медицинский, или, как его тогда называли, санитарный контроль за питанием войск в русской армии впервые был введён в конце 18 века, в царствование Павла I , который в 1797 году возложил на военных врачей медико-полицейский надзор за доброкачественностью съестных припасов, санитарным состоянием и питанием нижних чинов.

В царствование Александра I и Николая I был произведён ряд реформ и, в частности, был создан Медицинский департамент, во главе которого назначался Директор, в обязанности которого входили все вопросы, касающиеся охраны здоровья солдат и лечения их болезней. Конференцией (ученым советом) Медико-хирургической академии при участии Виллие в 1828 году была разработана инструкция для батальонных лекарей и полкового штаб-лекаря. Последнему, например, впервые в истории русской армии вменялись не только лечебные, но и профилактические обязанности. В современном понимании полковой штаб-лекарь обязан был наблюдать за качеством продовольствия, особенно при получении продуктов от подрядчиков. На военных врачей возлагался контроль за приготовлением пищи в походах и лагерях, за качеством съестных припасов и напитков.

По-видимому, с этого времени именно на врачей были возложены функции медицинского контроля за питанием, то есть не что иное, как элементы гигиенической экспертизы пищевых продуктов и продовольственного сырья, хотя четких указаний о том, какова была система контроля за качеством продовольствия и в стране, и в ВС, в доступных источниках обнаружить не удалось.

Гигиеническая экспертиза пищевых продуктов и продовольственного сырья продолжала совершенствоваться и на последующих исторических этапах. Появлялось множество различных новых методик и методов исследования пищевых продуктов, новые приборы, оборудование и реактивы, а также новые организационно-штатные структуры санитарно-эпидемиологический учреждений.

М.В.Тур

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Л.А. Малькевич
Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Вертеброгенные заболевания нервной системы, и неврологические проявления пояснично остеохондроза (НППО) в частности, являются одной из основных причин временной нетрудоспособности среди активного населения Республики Беларусь. Так называемым пояснично-крестцовым радикулитом страдают от 10 до 15% трудоспособного населения РБ.

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение эффективности модификаций методик СМТ-терапии при лечении больных неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов с различными формами НППО, из них 34 мужчины и 26 женщин в возрасте от 19 до 60 лет; средний возраст 37,2 ± 2,15 лет. У всех пациентов в клинической картине заболевания превалировали два синдрома - умеренный болевой и умеренный рефлекторно-тонический.

Исследования проводились на базе УЗ «10-я городская поликлиника» г. Минска в течение 2012- 2013 годов и продолжаются в настоящее время. Все пациенты получали медикаментозное лечение (дегидратация, рассасывающая терапия, сосудорегулирующие препараты) и синусоидальные модулированные токи – СМТ в различных модификациях – I группе проводилась общепринятая методика СМТ-терапии (на очаг боли накладывался катод), II группе – анод по схеме лечения болевого синдрома. Курс лечения 7- 8 процедур. До и после курса лечения оценивалась выраженность болевого и рефлекторно-тонического синдромов.

В результате проведенного лечения отмечено статистически достоверное снижение интенсивности боли по ВАШ и индексу Oswestry, начиная со второго дня лечения и последующее его уменьшение на протяжении всего курса лечения ($p<0,001$). Сравнивая в целом эффективность лечения в изучаемых группах, можно отметить значительное и последовательное уменьшение боли в течение всех дней лечения. Выраженность симптомов Ласега уменьшилась на 61% во II группе, где на очаг боли в качестве активного электрода накладывался «анод», на 23% - в I группе, где в качестве активного электрода использовался «катод».

Вывод. Синусоидальные модулированные токи (активный электрод «анод») можно использовать в комплексном лечении пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза в период обострения на амбулаторном этапе.

Турбинская О.О., Зданович И.Э.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Палий Л.И.
Кафедра общей стоматологии.

Эндодонтическое лечение зубов один из важнейших этапов стоматологического лечения. Успех проведенного эндодонтического лечения напрямую связан с долговечностью дальнейшего протезирования или реставрации зуба. Концепция современного эндодонтического лечения построена на принципах биологической целесообразности (создание биологического равновесия между эндодонтом и периодонтом). Поэтому в настоящее время большое внимание уделяется дезинфекции системы корневого канала. Данная процедура обеспечивается в ходе выполнения инструментальной обработки корневого канала с использованием различ-

ных групп антисептиков. Однако, многочисленные исследования авторов по данной тематике показали, что инструментально невозможно идеально очистить внутренние поверхности корневого канала из-за сложности его анатомического строения.

Лечебные возможности современной физиотерапии велики. Физиотерапевтические процедуры оказывают многообразное действие на организм человека в целом и на периодонт в частности.

Цель нашей работы - обобщить данные по применению физических методов в эндодонтическом лечении. В презентации будет отражена информация об эффективности применения различных физических методов в эндодонтическом лечении : электрофореза (депофорез Са), ультразвука, магнитотерапии, лазертерапии

Турсина В.С., Свирко И.И.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Астапов А.А.
Кафедра детских инфекционных болезней

Целью данной работы было изучение клинико-лабораторных особенностей разных клинических форм герпетических нейроинфекций (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит). Материалы и методы: нами было проанализировано 37 историй болезни (17 девочек, 20 мальчиков) в возрасте от 3,5 месяцев до 16 лет, отобранными методом случайной выборки за 1992-2012 годы. Актуальность: герпетические инфекции протекают под маской различных заболеваний и часто сопровождаются преимущественным поражением вещества головного мозга. Из 37 пациентов дети до года составили 10,8%, дети от года до 3 лет 18,9%, от 3 до 7 лет 16,2%, от 7 и старше 54,1%. Пациенты поступали в стационар в следующие сроки от начала заболевания: в первые трое суток 56,8%, позже третьих 43,2%. На догоспитальном этапе начало заболевания было острым: с резкого подъёма температуры, выраженной головной боли, вялости, адинамии, на пике интоксикации - рвота или понос, признаки нарушения сознания, нарастания неврологической симптоматики и выраженных менингеальных симптомов у 43,2 % пациентов, у остальных было постепенное начало заболевания: за 2-3 дня была ОРИ, общие интоксикационные симптомы развиваются постепенно, менингеальные симптомы сомнительны у 56,8 %. При поступлении в стационар клинические диагнозы: 1.С подозрением на нейроинфекцию (67,6%), 2. ОРИ, фебрильные судороги (13,5%), 3. С ошибочным диагнозом (18,9%). При лабораторном обследовании пациентов (ОАК) во всех возрастных группах преобладали признаки острой воспалительной реакции (высокое СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево) у 75 % пациентов, признаки анемии у 18,9%; лимфоцитоз у 16,2 %. Нормальные показатели ОАК были у 8,1% пациентов. При наличии вышеуказанных изменений со стороны ОАК было проведено дополнительное микробиологическое обследование пациентов. При исследовании спинномозговой жидкости во всех возрастных группах были выявлены признаки серозного менингита: цитоз до $1000*10^6$/л клеток, нейтрофилы преобладали в 1-2-е сутки, а с 3-4-го дня преобладали лимфоциты, также наблюдались повышенные показатели глюкозы; однако нормальные показатели цитоза были выявлены в 13,5% случаев. При исследовании ликвора вышеуказанными методами было выявлено, что ВПГ-1 типа был обнаружен у 13,5%, ВПГ-2 типа у 32,4%, ВПГ-1 и 2 типов у 29,7%, IgM ВПГ у 8,1% пациентов. Для постановки диагноза и более точной диагностики были проведены КТ и МРТ головного мозга. Таким образом, диагноз герпетической нейроинфекции был подтверждён методом иммунофлюресценции при исследовании ликвора у 70,3% пациентов, методом ПЦР у 8,1% пациентов. Клинические формы после дополнительного обследования у пациентов с герпетической нейроинфекцией были следующие: 1.Менингоэнцефалит – 83,8%, 2. Менингит- 0%, 3.Энцефалит- 16,2%. Лечение было комплексным и включало использование противовирус-

ных препаратов, антибиотиков, глюкокортикостероидов, ГБО, симптоматическое и восстановительное лечение.

Таким образом, наблюдался широкий полиморфизм клинических проявлений герпетической нейроинфекции, и ни у одного пациента не было опорного клинического симптома в виде герпетических высыпаний на губах или слизистых полости рта.

Тюхай Н.Л.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХОБЛ

Научный руководитель канд. мед .наук, доц. Тихомирова Т.Ф.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель исследования: изучение возможностей лучевых методов исследования в диагностике кардиореспираторных изменений при ХОБЛ.

Лучевые методы исследования: рентгенография органов грудной клетки, рентгеновская спиральная компьютерная томография, эхокардиография.

Другие методы клинического исследования: исследование функции внешнего дыхания: электрокардиография, спирография.

Выводы. Диагностика кардиореспираторных нарушений является комплексной, основанной на результатах клинического исследования и лучевых методов. Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография высокого разрешения гарантирует высокую информативность при обследовании пациентов с ХОБЛ, сочетая как функциональную инспираторно-экспираторную методику, так и оценку структурных изменений легочной ткани и сердца.

Урбан О.С., Яковлева М.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель асс. Алесина Г.А.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Для диагностики органов малого таза применяют эхографию, КТ, МРТ, мультиспиральную компьютерную томографию, которые позволяют изменить подход к исследованию заболеваний женской половой сферы и сократить количество радионуклидных исследований и ангиографии. Одно из первых мест среди методов диагностики органов малого таза занимает УЗИ исследование. Этот метод является простым, доступным, высоко информативным. В настоящее время особое внимание уделяется магнитно-резонансной томографии. Метод информативен во многих клинических ситуациях: при подозрении на опухоль матки и придатков, для уточнения аномалии развития матки с целью диагностики кистозных образований, для оценки зональной архитектоники матки. Преимущества МРТ заключается в высокой диагностической эффективности метода, визуализации любых тканей в норме и при патологии, дополнительных возможностях получения изображений тканевых структур в условиях естественной контрастности и при искусственном контрастировании. Несомненно, что современные методы лучевой диагностики- ультразвуковое исследование, МРТ и мультиспиральное КТ открыли широкие перспективы для получения информации о состоянии органов малого таза и забрюшинного пространства позволяющие не только быстро и правильно распознать заболевание, но и оценить тенденцию развития патологического процесса. Вышесказанное определяет необходимость проведения сравнительной оценки и взаимной корреляции

результатов исследования этих методов. Все это обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: определить возможности лучевых методов диагностики для выявления связи между морфологическими изменениями матки и наличием поликистоза яичников. Материалы и методы. В ходе работы были проанализированы 35 амбулаторных карт женщин (из них-20 женщин без патологических изменений матки и яичников, 15- с установленным диагнозом поликистоз яичников), проходивших обследование в “4 Городской женской консультации г. Минска”. Средний возраст пациенток составлял 38±1,7. При УЗ-исследовании оценивались положение матки, характер её контуров, размеры матки. При исследовании яичников устанавливались их объем, структура, размеры, количество, локализация и размеры кистозных включений. Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики.

Совокупность результатов позволяет заключить, что объем яичников у здоровых женщин составляет в среднем (8,6±1,6) см³, а у пациенток с поликистозом яичников он увеличен(18,0±0,7) см³ и превышает нормальные значения более чем в два раза. Установлено, что при поликистозе в наибольшей степени уменьшается толщина и ширина матки.

Ургенишбаева Ж.Р.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВЫХ РАН

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Стабаева Г.С., асс.Бименов К.С.
Модуль пропедевтики хирургической стоматологии, КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова.

Актуальность.Восстановление структуры и функций поврежденных органов и тканей, создание эквивалентов органов и тканей человека являются одним из приоритетных направлений регенеративной медицины. Разработка и внедрение клеточных и тканеинженерных технологий в стоматологию и челюстно-лицевую хирургию позволит подойти к формированию персонифицированной медицины **с** целью повышения качества и продления жизни.

Цель исследования: разработать и внедрить в стоматологию и челюстно-лицевую хирургию методы реконструктивного лечения с применением клеточных технологий и тканевой инженерии.

Материалы и методы проведения. Крысы беспородные, массой 200-250 г (n=45), одноразовые скальпеля, хирургические инструменты, шприцы одноразовые, спирт, раствор фурациллина, гентамицин, физиологический раствор, суспензии клеток фибробластов человека ЭФЧ01/05., коллагеновые губки и мембраны. Всем животным под общей анестезией 2% раствора Рометара и местной анестезией 2% раствора лидокаина производили наложение на кожу разогретого металлического диска, температурой 180-200^{0}С и диаметром 1,5 см, в течение 10 сек. В результате проведенных манипуляций образовывались ожоги 2-3 степени Б на глубину 2-3 мм. Через 24 часа после нанесения ожогов у подопытных животных удаляли струп и обрабатывали раны раствором фурациллина. Животные разделены на пять групп: испытуемая №1 (n=9) – инъекционное введение суспензии клеток ЭФЧ 01/05 и закрытие раны коллагеновой мембраной; испытуемая №2 (n=9)- аппликационное введение суспензии клеток ЭФЧ 01/05 и закрытие раны коллагеновой мембраной; испытуемая №3 (n=9)- инъекционное и аппликационное введение суспензии клеток ЭФЧ 01/05 и закрытие раны коллагеновой мембраной; контрольная №4 (n=9)– лечение ожоговых ран мазью левомиколь; контрольная №4 (n=9)- без лечения. Животным первой группы после обработки раствором фурациллина, вводили в/м в область раны в несколько точек 1мл суспензии культуры клеток эмбриональных фибробластов человека ЭФЧ 01/05 в концентрации 1,5 млн. клеток и покрывали раны коллагеновой мембраной. Животным второй группы 1,5 мл суспензии клеток ЭФЧ

01/05. смешали с коллагеновым матриксом и в виде геля аппликационно наносили на поверхность раны. Поверхность раны закрывали коллагеновой мембраной. Животным третьей группы после обработки раствором фурациллина на рану инъекционно и апликационно вводили суспензию клеток ЭФЧ 01/05 и покрывали поверхность раны коллагеновой мембраной. Введение клеточных суспензий на коллагеновом матриксе повторяли 4-х кратно через 3-4 дня. На 3, 7, 14 и 21 сутки после начало лечения животных усыпляли, наносили контур ран на прозрачную пленку и удаляли фрагмент раневой поверхности для приготовления гистологических препаратов. Фрагменты фиксировали в 10% растворе формалина, уплотняли парафином, готовили гистосрезы для морфологических и гистохимических исследований.

Результаты. В процессе проведения эксперимента гибель животных и нагноение ран не отмечалось. В испытуемых группах наблюдали более быструю регенерацию тканей и заживление ран по сравнению с контролем. Применение эмбриональных фибробластов человека патогенетически целесообразно и позволяет стимулировать репаративные процессы в ранах различного генеза.

Урываев А.М.

ОЦЕНКА РИСКА У ПАЦИЕНТА С MASS-ФЕНОТИПОМ

Научный руководитель д-р. мед. наук., проф. Рудой А.С.
Кафедра военно-полевой терапии

Генотипическая диагностика наследственных нарушений соединительной ткани осложнена стоимостью процедур, а также многообразием изученных мутаций множества генов, объясняющих разнообразие клинических проявлений Синдрома Марфана (СМ). Разработаны подходы для фенотипической диагностики данных состояний, чувствительность и специфичность которых приближается к генотипической, так называемые Гентские критерии, 2010г. Наиболее угрожающим состоянием для данной группы пациентов является расслаивающая аневризма аорты. По современным данным расслоение и разрыв аорты при СМ и близких ему состояний является причиной смерти в США в 50 тыс. случаев в год. Необходимо помнить, что отсутствие полного набора «Гентских критериев» СМ, не снижает опасности осложнений, связанных с расслоением и разрывом аорты, хотя такие осложнения появляются у пациентов с не полным набором критериев в более позднем возрасте.

На кафедру Военно-полевой терапии обратился пациент с внешними признаками СМ (степень вовлеченности соединительной ткани >9 баллов). При обследовании СМ не был подтвержден, в связи с отсутствием признаков, достаточных для диагностики СМ. В таких случаях следует диагностировать: вероятный синдром Марфана, неспецифическое нарушение соединительной ткани, MASS фенотип, синдром ПМК. Эти состояниями предполагают отсутствие значимого расширения аорты.

У пациентов с СМ дилатация аорты выставляется при более меньших значениях, чем в популяции и может быть рассчитана по номограмме (рассчитанной Roman M.J. (1989)) или по Z критерию. Увеличение диаметра аорты устанавливается при значении Z критерия ≥2 (старше 20 лет) и Z ≥3 (моложе 20 лет). Расчет Z критерия производится по формуле Z = D(см) / ППТ (м2), где D – диаметр аорты, ППТ – площадь поверхности тела. Площадь поверхности тела (ППТ, м2) человека по формуле DuBois and DuBois (1916) – ППТ=0,007184*Н(рост, см)^0,725*М(масса тела, кг)^0,425. В нашем клиническом случае у пациента ППТ = 0,007184 * 185 ^ 0,725 * 61 ^ 0,425 = 1,81 м2, Z критерий = 3,28/1,81 = 1,81. Еще один показатель, необходимый для анализа у этих пациентов – должный диаметр корня аорты, ДДКа (см). Для нашего пациента он составил, ДДКа=1,92+0,74*ППТ=1,92+0,74*1,81=3,25 см (у пациента ДКа=3,28 см - пограничное расширение корня аорты).

Высокая степени вовлеченности соединительной ткани (>9 баллов), Z критерий <2, наличие ПМК, преимущественно вовлечение костных признаков ДСТ и отсутствие признаков вовлечения кожи (что исключало наличие синдрома гипермобильности суставов), миопия позволило нам выставить диагноз MASS фенотип – крайне редкое заболевание, акроним которого предполагает наличие миопии, ПМК, пограничного (Z<2) увеличение корня аорты, костных проявлений.

До нашего осмотра никто из врачей специалистов не обратил должного внимания на фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани и не направил пациента на дополнительные исследования для уточнения диагноза и оценки рисков. Хотя знание диспластических фенотипов и признаков системных нарушений соединительной ткани является достаточным для правильных тактических действий в отношении данных пациентов.

Усик Е.А.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ГИРСУТИЗМ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью гирсутизма как клинического проявления синдрома гиперандрогении, что требует проведения соответствующей дифференциальной диагностики с целью подтверждения наличия идиопатического гирсутизма.

Гирсутизм характеризуется избыточным ростом терминальных волос в андрогензависимых зонах и встречается у 5-15% женщин. Хотя гирсутизм зачастую рассматривается как эстетическая проблема, он может являться симптомом заболеваний, таких как синдром поликистозных яичников (СПКЯ), неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН), синдромHAIRAN (гиперандрогенемия, резистентность к инсулину, acanthosisnigricans), андрогенпродуцирующие опухоли. Идиопатический гирсутизм-это гирсутизм при отсутствии гиперандрогенемии.

Цели работы:

1. Проведение анализа литературных данных по распространенности идиопатического гирсутизма в зависимости от этнических данных.
2. Изучение этиопатогенетических механизмов развития гирсутизма.
3. Сравнительная характеристика лечебно-профилактических подходов в коррекции гирсутизма.

Результаты. Анализ данных эпидемиологических исследований свидетельствует о наличии более высокой распространенности идиопатического гирсутизма у женщины средиземноморья, средней и восточной Азии. Среди этиопатогенетических гипотез развития идиопатического гирсутизма выделяют: а) увеличение активности 5а-редуктазы в клетках волосяных фолликулов; б) нарушение метаболизма андрогенов; в) усиление андрогенсвязывающей способности рецепторов андрогенов. С целью коррекции идиопатического гирсутизма используются следующие подходы: применение антиандрогенов, блокаторов рецепторов адрогенов, ингибиторов 5α-редуктазы, биологических модификаторов роста фолликулов, косметических методов лечения.

Заключение. По данным эпидемиологических исследований отмечена более высокая распространенность идиопатического гирсутизма у женщины средиземноморья, средней и восточной Азии, что возможно обусловлено генетическими особенностями в реализации действия андрогенов, посредством увеличения активности 5а-редуктазы в клетках волосяных фолликулов; нарушения метаболизма андрогенов; усиления андроген-связывающей способности рецепторов андрогенов. Среди эффективных технологий в коррекции идиопатического гир-

сутизма возможно применение антиандрогенов, блокаторов рецепторов андрогенов, ингибиторов 5а-редуктазы, биологических модификаторов роста фолликулов, косметических методов лечения.

Крыжановский А.А., Федорако А.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПИНАЛЬНОЙ И МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлов О.Б.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Актуальность: в последнее десятилетие отмечается значительное увеличение частоты проведения операции кесарево сечение, которая стала одной из самых распространенных операций в акушерской практике. По данным Минздрава Беларуси, частота родов путем кесарева сечения возросла в нашей стране с 15,1% в 1998 году до 22,3% в 2009 году и продолжает увеличиваться. Однако, несмотря на большое количество ежегодно проводимых операций кесарево сечение, до сих пор нет достоверных данных о влиянии анестезиологического пособия на организм плода. На сегодняшний день вопрос о выборе наиболее оптимального и безопасного вида анестезии остается открытым.

Цель исследования: изучение влияния спинальной и многокомпонентной эндотрахеальной анестезии на состояние новорожденного и сравнение результатов с показателями при естественном родоразрешении.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй родов и карт развития новорожденных выборочной совокупности. Для изучения влияния анестезии были выбраны беременные женщины в возрасте от 19 до 36 лет, которым проводилась операция кесарево сечение, по причине патологий, которые не могут непосредственно влиять на плод (пример патологии: рубец на матке). Также исключались новорожденные, которым требовалась интенсивная терапия до выписки из стационара. Использовались следующие показатели: Шкала Апгар, общий анализ крови, прибавки в весе до выписки, а также количество дней, проведенных в стационаре.

Результаты исследования:

1) При естественном родоразрешении у новорожденных были получены следующие средние показатели: Апгар на первой минуте – 7,95, на пятой минуте – 8,9, количество эритроцитов – $5{,}36*10^{12}$/л, лейкоцитов – $23{,}76*10^{9}$/л, тромбоцитов – $304{,}21*10^{9}$/л, содержание гемоглобина – 203,15 г/л, средние количество дней пребывания в стационаре составило - 5,05.

2) У новорожденных, матерям которых была проведена спинальная анестезия, средние показатели были следующие: Апгар на первой минуте – 7,95, на пятой минуте – 8,85, количество эритроцитов – $5{,}31*10^{12}$/л, лейкоцитов – $18{,}23*10^{9}$/л, тромбоцитов – $301{,}65*10^{9}$/л, содержание гемоглобина – 192,8 г/л, средние количество дней пребывания в стационаре составило – 5,55.

3) У новорожденных, матерям которых была проведена многокомпонентная эндотрахеальная анестезия, средние показатели были следующие: Апгар на первой минуте – 7,95, на пятой минуте – 8,45, количество эритроцитов – $5{,}29*10^{12}$/л, лейкоцитов – $19{,}0*10^{9}$/л, тромбоцитов – $247{,}15*10^{9}$/л, содержание гемоглобина – 205г/л, средние количество дней пребывания в стационаре составило – 11,3.

Выводы:

1) Влияние спинальной анестезии на состояние новорожденного в сравнении с естественным родоразрешением не обнаружено.

2) Многокомпонентная эндотрахеальная анестезия на состояние новорожденного в сравнении с естественным родоразрешением не влияет.

Федоренко Л.М.

ИММУННЫЕ АСПЕКТЫ КАНЦЕРОГЕНЕЗА

Научный руководитель асс. Сахно И.П.
Кафедра биологии

Канцерогенез – сложный патофизиологический процесс возникновения и развития опухоли. По данным ВОЗ рак является одно из основных причин смерти. Современный этап в иммунологии рака начался в середине 40-х годов, когда Л. Гросс в США получил иммунитет у мышей к канцерогенной саркоме, индуцированной в сингенной системе. В 1961 г. группа Дж. Клейна в Швеции впервые продемонстрировала эффективный иммунитет к опухолям, вызванным вирусами полиомы и SV40, у животных, иммунизированных этими вирусами. Эти исследования дали мощный толчок для развития иммунологии рака.

Опухоли монолокальны, и это является доказательством, что причиной их возникновения являются некие единичные процессы, такие как мутации. Прямым доказательством мутационной природы рака можно считать открытие протоонкогенов и генов-супрессоров, изменение структуры и экспрессии которых за счёт различных мутационных событий, в том числе и точечных мутаций, приводит к злокачественной трансформации. Опухоль возникает из трансформированной клетки. Трансформация в ряде случаев сопровождается характерными изменениями антигенной структуры клетки. Опухоли, как правило, возникают из клеток-предшественников определенной нормальной ткани. Эти клетки имеют антигены, общие с эмбриональными формами. Опухолево-эмбриональные антигены наиболее широко используются в настоящее время в иммунодиагностике рака.

Целью исследования было установить роль иммунной системы в развитии опухолей. Провести статистическое исследование и найти зависимость между возрастом пациента, состоянием его иммунной системы и развитием опухолей в организме.

Изучение научной литературы, в которой освещаются различные теории канцерогенеза, иммунные аспекты канцерогенеза.

Исследование было проведено в группах больных разного возраста онкологического диспансера г. Калинковичи. Изучались статистические данные о разной локализации опухолей в группах больных от 0 до 17, 18-55, от 60.

Полученные данные выявили:

Возраст больных женщин (мужчин)	Число случаев заболеваний	Из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
0-17	20	0
18-55(60)	1564	202
от 55(60)	497	87
Всего зарегистрировано больных	2081	

Таким образом, исследованные данные статистики в группах больных разными формами рака в разном возрасте с одного района, показывают, что раковые опухоли возникают чаще в пожилом возрасте, что связано с тем, что иммунная система человека с возрастом ослабляется, и организм уже не может уничтожать мутировавшие клетки.

Федоренко Л.М., Борисевич Е.С.

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НА ИНТЕЛЛЕКТ

Научный руководитель канд. ист. наук, доц. Луйгас Н.Е.
Кафедра философии и политологии

Цель исследования: проанализировать влияние компьютерных игр на развитие интеллекта. Выявить положительное и отрицательное воздействие на умственные способности. Из ряда современных компьютерных игр выбрать те, которые наиболее благоприятно воздействуют на эмоциональное и психологическое состояние человека. Разработать методические рекомендации по безопасному использованию компьютерных игр.

Методика исследования:

1. Изучение научной и научно-популярной литературы, в которой освещается воздействие компьютерных игр на различные сферы жизни человека, на его интеллект и эмоциональное состояние.

2. Социологический опрос (анкетирование) среди учащихся старших классов средней общеобразовательной школы №180 г. Минска, который позволил выявить их отношение к компьютерным играм.

3. Корреляция результатов социологического опроса и среднего балла успеваемости учащихся старших классов.

4. В исследовании приняли участие 50 учеников старших классов СОШ №180 г. Минска. Испытуемые ответили на вопрос: играют ли они в компьютерные игры. 5 человек ответили, что в компьютерные игры не играют, что им предпочитают социальные сети. Оставшимся 45 респондентам был задан следующий вопрос: «В какие компьютерные игры предпочитаете играть?» Для ответа мы предлагали 6 наиболее популярных жанров компьютерных игр: аркады, стратегии, экшены, квесты, симуляторы и головоломки. Результаты оказались следующими:

Жанр	Количество, чел. (%)	Средний балл
Не играют	5 (10)	8,7-9,6
Аркады	6 (12)	5,2-6,7
Стратегии	7 (14)	6,3-7,5
Экшены	10 (20)	4,7-6,8
Квесты	5 (10)	5,5-7,6
Симуляторы	8 (16)	6,5-8,2
Головоломки	9 (18)	8,3-9,4

Вывод. С появлением компьютеров, в наш мир пришли компьютерные игры, которые принесли свою виртуальную реальность. Она пришлась многим по нраву, и, естественно, повлекла за собой последствия. Не секрет, что особое влияние компьютерные игры оказывают на детей, особенно подросткового возраста. Особый интерес представляет вопрос о влиянии компьютерных игр на интеллект. Согласно полученным данным, различные жанры игр поразному воздействуют на интеллектуальные способности учащихся старших классов. Так, большинство логических игр оказывают положительное влияние на интеллект. К большому сожалению, большинство детей, а особенно подростков, такие игры не привлекают, что отражается на их среднем балле. Большинство же ролевых игр, таких как квесты, экшены, аркады, несут за собой агрессивный подтекст, проявляют отрицательный эффект на интеллект. Учащиеся, которые проводят много времени за ролевыми играми, имеют ниже балл успеваемости, чем те, которые не играют в компьютерные игры вовсе или выбирают головоломки. Поэтому вполне обоснованно можно использовать логические игры для развития наблю-

дательности, логики, мышления, причинно-следственных отношений. А ролевые игры – как средство для снятия психологического напряжения и эмоциональной разрядки.

Федоренко Л.М., Михалькевич А.А

ОЦЕНКА ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

Научный руководитель канд. физ - мат. наук., доц. Гольцев М.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

Цель исследования: Описать принцип проведения денситометрического метода исследования в диагностике остеопороза. Найти его достоинства и недостатки. Оценить воздействие на организм.

Методы исследования.

1. Изучение научной литературы, в которой освещается принцип действия денситометрического метода исследования в диагностики остеопороза.

Аппарат просвечивает кости тонкими невидимыми рентгеновскими лучами с низкой дозой радиации посредством двух энергетических потоков, чтобы измерить минеральную плотность костной ткани. Доза радиации низкая - меньше одной десятой дозы стандартной рентгенографии грудной клетки. Денситометрия занимает от 10 до 30 минут, в зависимости от используемой аппаратуры и исследуемых частей тела. Обычно врачи исследуют потерю плотности костной ткани позвоночника и тазобедренного сустава, где происходит большинство связанных с остеопорозом переломов.

2. Найти плюсы и минусы в применении денситометрического метода исследования в диагностики остеопороза.

Плюсы	Минусы
точность исследования, когда на рентгеновском снимке остеопороз будет заметен лишь тогда, когда потеряно уже 20—30% костной массы	лучевая нагрузка на организм
неинвазивность метода	дорогостоящий метод
доступность	
позволяет прекрасно контролировать ход лечения остеопороза	
безболезненность	

3. Определить основные показания для проведения денситометрии:

- отягощенная наследственность,
- пониженный вес (менее 57кг),
- пониженный уровень половых гормонов (особенно эстрогенная недостаточность),
- склонность к падениям (по различным причинам),
- гиподинамия и др.

Вывод: Изучив принцип проведения денситометрического метода исследования в диагностики остеопороза можно сказать, что он имеет больше плюсов, чем минусов. Достаточно прост в использовании, неинвазивен, точен, позволят зафиксировать даже мельчайшие изменения в минеральном составе костной ткани. Но, как и любой метод, также имеет свои недостатки. Он оказывает лучевую нагрузку на организм, а также требует затрат средств, поэтому не имеет такого широкого применения.

С.Е. Федоров, А.А. Бова

СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО ПРИЗЫВУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бова А.А.
Кафедра военно-полевой терапии

Современные условия военной службы, сопряженные с большими физическими нагрузками и психическим напряжением, предъявляют повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих. Поэтому здоровье человека является на сегодняшний день одним из основных аспектов национальной политики государства, основой боевой готовности его Вооруженных Сил (ВС).

Целью нашего исследования явилось изучение характера патологии, с которой военнослужащие призываются в ВС Республики Беларусь для прохождения военной службы по призыву, а также установление потребности в диспансерном наблюдении врача-терапевта призванных.

Проведен анализ заключений нештатной гарнизонной военно-врачебной комиссии по 475 военнослужащим, призванным в январе 2006 года в 120 отдельную механизированную бригаду (в/г Уручье). На момент призыва по данным медицинских карт первый показатель предназначения был у 84 призывников (17,7%), второй – у 58 (12,2%), третий – у 58 (12,2%), четвертый – у 273 (57,5%), пятый – у 2 (0,4%). После медицинской комиссии годными без ограничений были признаны 121 военнослужащий или 25,4% от их общего числа. Наибольший удельный вес приходится на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, встречающиеся у 36,4% военнослужащих, на втором месте - болезни системы кровообращения (19,6%), на третьем - болезни органов зрения (18,5%). Далее идут заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (15,4%) и болезни органов пищеварения (9,9%).

Заболевания, требующие наблюдения врача части, встречалась у 37,9% призывников. В структуре болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ наибольший удельный вес занимали пониженное питание (27 чел. - 5,7%), избыточная масса тела (26 чел. - 5,5%). Заболевания органов кровообращения, требующие наблюдение врача части, составили 75% от всех случаев заболеваний данной системы. Хронический гастрит (41 случай, 8,6%) и хронический гастродуоденит (3 случая, 0,6%) являются самой частой терапевтической патологией органов пищеварения у призывников. Среди заболеваний костно-мышечной системы наибольший удельный вес занимают сколиоз (51,3%) и плоскостопие (44,9%). В классе болезней глаз и его придаточного аппарата – нарушения рефракции и аккомодации (65,2%). По результатам психологического изучения, проведенного офицерами-психологами соединения, 49 военнослужащих (10,3%) были включены в «группу риска» как имеющие низкий уровень нервно-психологической устойчивости или трудности в адаптации к условиям службы.

Выводы:

1. Из призванных военнослужащих годными без ограничений была признана лишь четвертая часть.
2. У военнослужащих, проходящих службу по призыву, наиболее часто наблюдаются болезни костно-мышечной системы.
3. Каждый десятый военнослужащий характеризуется низким уровнем нервно-психологической устойчивости.
4. Диспансерному наблюдению и проведению профилактического лечения подлежит третья часть.

5 Основная патология, требующая диспансерного наблюдения – это заболевания системы кровообращения.

Филатова Ю.Г.

ИЗМЕНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ N.GONORRHOEAE К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОГОНОРЕЙНЫМ АНТИБИОТИКАМ ЗА 2009-2012ГГ. В РЕГИОНЕ МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Хилькевич Н.Д.
Кафедра кожных и венерических болезней

Цель исследования: проведение анализа чувствительности выделенных чистых культур N.gonorrhoeae к основным противогонорейным препаратам, а также изучение динамики изменения чувствительности возбудителя на протяжении 2009-2012гг.

Материал и методы. В период с 2009 по 2012 год бактериологической лабораторией МГККВД проведено тестирование 297 чистых культур N.gonorrhoeae, выделенных от амбулаторных пациентов мужского и женского пола. Для культивирования гонококков использовались среды ООО «Химмедсинтез» в виде сывороточного или шоколадного агара с добавлением или без добавления селективных антибиотиков. Определение чувствительности проводилось по следующим препаратам: бензилпенициллин, доксициклин, ципрофлоксацин, цефтриаксон и эритромицин. Для определения чувствительности использовался стандартный диско-диффузионный метод с определением зоны задержки роста.

Результаты. Активность пенициллина в отношении N.gonorrhoeae, судя по уровню резистентности 21,5%, оказалась достаточно низкой. Показатели резистентности в динамике за 2009-2012гг. (2009-10,1%, 2010-19,4%, 2011-28,6%, 2012-21,8%) свидетельствуют о нарастании устойчивости к данному препарату. Тетрациклины (доксициклин) также оказались в числе препаратов с высоким показателем устойчивых штаммов (8,5%). На протяжении 2009-2012гг. (19,6%-6,8%-8,8%-7,6%) уровень резистентости к тетрациклинам имеет тенденцию к некоторому снижению, однако все еще остается на показателях, препятствующих широкому использованию данных препаратов в лечении гонореи. Показатель резистентности к ципрофлоксацину составил 2,1%. Изменение показателей устойчивости N.gonorrhoeae за последние 4 года (3,3%-4,1%-0%-1,1%) может свидетельствовать о наметившейся тенденции к формированию в нашем регионе устойчивых возбудителей. Абсолютная (100%) чувствительность протестированных штаммов N.gonorrhoeae отмечена по отношению к цефтриаксону. Устойчивыми к эритромицину оказались 10% тестируемых штаммов. На протяжении исследуемого периода уровень резистентности к данному препарату существенно не изменялся (13,3%-9,7%-9,1%-11,6%).

Количество полирезистентных штаммов N.gonorrhoeae составило 24 штамма. При этом устойчивыми к 2 антибиотикам оказались 22 штамма (8,6%), к 3 антибиотикам-2 штамма (0,8%) соответственно.

Выводы. Резистентные (в том числе полирезистентные) к антибиотикам штаммы в настоящий момент достаточно часто выявляются в регионе Минска у обращающихся к врачам-специалистам пациентов. Наибольшей (100%) активностью к гонококкам обладает цефтриаксон, что позволяет рекомендовать данный антибиотик в качестве препарата первого ряда при гонорее. Выявленные многочисленные случаи формирования полирезистентности N.gonorrhoeae к основным противогонорейным препаратам, а также неблагоприятные тенденции ее нарастания указывают на целесообразность проведения постоянного мониторинга чувствительности к антибиотикам всех выделяемых штаммов возбудителя.

Филимонова Е.С.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭКС

Научный руководитель асс. Пинчук Л.Н., асс. Сахар Г.Г.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии, кафедра общей стоматологии

Нарушение ритма и проводимости сердца в структуре сердечно-сосудистых заболеваний занимают 4 место, составляя 17 на 1000 населения.

Внедрение в клиническую практику имплантации постоянных электрокардиостимуляторов (ЭКС) позволило значительно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни больных с критической брадикардией. Количество имплантаций ЭКС в Республике Беларусь составляет 263, 5 на 1 млн. населения, что сопоставимо с рядом европейских государств. По данным Минского городского кардиоцентра в 2012 году только в г. Минске было имплантировано 552 электрокардиостимулятора.

По данным эпидемиологических исследований, распространённость заболеваний периодонта и кариеса зубов приближается к 100% среди взрослого населения Республики Беларусь.

Среди хирургических больных, пациенты с имплантированными ЭКС составляют 1-2%. Стоматологи, хирурги, анестезиологи всегда настороженно относятся к таким больным в связи с возможным риском развития нарушений в работе кардиостимулятора и декомпенсации сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, как во время вмешательств так и послеоперационном периоде.

В отечественной литературе мы не обнаружили исследований, посвящённых вопросам оказания стоматологической помощи больным с имплантированными ЭКС, в зарубежной литературе имеются только единичные сообщения.

Целью настоящего исследования было изучение стоматологического статуса больных с имплантированными ЭКС и определение нуждаемости их в оказании неотложной и плановой специализированной стоматологической помощи, определение показаний для госпитализации этой группы пациентов.

Исследования проводились на базе РКСП и 11ГКБ. Объектом исследования являлись 3 группы пациентов в возрасте от 45 до 70 лет.

1 группа- пациенты с имплантированными ЭКС.

2 группа- пациенты, страдающие аритмиями, без имплантированных ЭКС

3 группа -пациенты без сопутствующих заболеваний, зафиксированных терапевтом.

Стоматологический статус оценивался по общепринятым критериям, в оказании специализированной стоматологической помощи в 1 группе нуждалось 8 пациентов, во 2 группе – 10 пациентов и в 3 группе – 7 пациентов. Для оказания стоматологической помощи в условия стационара были госпитализированы 5 пациентов из 1 группы и 4 пациента из 2 группы.

В целях улучшения оказания специализированной стоматологической помощи больным с имплантированными ЭКС целесообразно разработать протоколы оказания специализированной стоматологической помощи пациентам с имплантированными ЭКС с рекомендациями по профилактике осложнений.

Филина Л.Д.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель д-р. мед. наук, доц. Дудина К.Р.
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

Цель исследования: анализ частоты регистрации и степени выраженности нежелательных явлений у больных хроническим гепатитом С (ХГС), получавших противовирусную терапию (ПВТ), с учетом варианта полиморфизма rs 12979860 гена ИЛ-28В и генотипа вируса гепатита С (HCV).

Материалы и методы. В исследование включены 30 больных ХГС в возрасте от 18 до 68 лет без цирроза печени (n=18 - генотип 1b HCV, n=12 - генотипы 2 и 3 HCV). При инфицировании пациентов генотипом 1b HCV длительность ПВТ (пегиллированный ИФН + рибавирин) составила 48 недель, а при 2 и 3 генотипах HCV - 24 недели. Определение РНК HCV проводилось количественным методом ПЦР (чувствительность – 15 МЕ/мл). Варианты полиморфизма rs12979860 гена ИЛ-28В определялись методом генотипирования, представляющего собой модифицированный метод «примыкающих проб», позволяющий выявлять однонуклеотидные замены в генах.

Результаты исследования. Основные нежелательные явления на фоне ПВТ: лейкопения (n=29), нейтропения (n=24), анемия (n=24), гипербилирубинемия (n=21), тромбоцитопения (n=19), снижение массы тела (n=19). В большинстве случаев изменения в общем анализе крови (анемия - 87,5% (21/24), лейкопения различной степени тяжести - 100% (n=29), тромбоцитопения - 89,5% (17/19)) регистрировались в первые 12 недель ПВТ. Уровни снижения гемоглобина и количества тромбоцитов преимущественно соответствовали I степени тяжести по CTCAE (66,7% и 89,5%, соответственно). Напротив, лейкопения в большинстве (72,4%) случаев соответствовала II и III степени тяжести по CTCAE. Анемия в 75% случаев регистрировалась у пациентов с наличием T аллели (генотипы TT и CT) rs 12979860 гена ИЛ-28В, в тоже время, не выявлена её связь с генотипом HCV. Лейкопения II и III степени в 71,4% и нейтропения III степени, при которой проводится коррекция ПВТ, в 77,8% случаев выявлена у пациентов, инфицированных генотипом 1b HCV, а также в 85,7% и 77,8% случаев, соответственно, у носителей аллели T (генотипы TT и CT) rs 12979860 гена ИЛ-28В. Снижение тромбоцитов на фоне ПВТ выявлено тоже преимущественно (78,9%) у пациентов, инфицированных генотипом 1b HCV, однако связи с вариантом полиморфизма rs 12979860 гена ИЛ-28В не обнаружено.

Не выявлено взаимосвязи степени снижения веса с вариантом полиморфизма гена ИЛ-28В, в то же время, снижение веса более 10% регистрировалось в 80% случаев у больных, инфицированных генотипом 1b HCV. Среди носителей аллели T rs 12979860 гена ИЛ-28В в 71,4% выявлено повышение уровня общего билирубина, однако, вне зависимости от генотипа HCV.

Среди больных ХГС, получавших ПВТ, депрессивное расстройство выявлено в 16,7% (5/30) случаев, в легкой степени и только в группе пациентов, инфицированных генотипами 2 и 3 HCV. В большинстве (60%) случаев депрессия выявлена у пациентов с генотипом CC rs 12979860 гена ИЛ-28В.

Заключение. Таким образом, нежелательные явления на фоне противовирусной терапии у больных ХГС регистрировались в большинстве случаев у носителей неблагоприятной аллели T rs 12979860 гена ИЛ-28В и при инфицировании генотипом 1b HCV.

Филипович В.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

Научный руководитель канд. мед. наук Павлюкова С.А.
Кафедра акушерства и гинекологии.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) (ВОЗ, 1999) — нарушенная толерантность к глюкозе, возникшая или впервые выявленная во время беременности, при этом не исключается возможность того, что нарушение углеводного обмена могло предшествовать беременности, но оно не было установлено. Во время беременности нарастает инсулинорезистентность, что обусловлено увеличением концентрации фетоплацентарных гормонов, обладающих контринсулярным действием. Инсулинорезистентность усугубляется увеличением калорийности принимаемой матерью пищи, снижением физической активности и прибавкой веса. В связи с изложенным выше представляется актуальным изучение влияния ожирения на гестационные и перинатальные исходы при ГСД.

Нами поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить структуру отдельных типов отдельных типов ГСД
2. Изучить влияние исходной массы тела, степени компенсации нарушений углеводного обмена на осложнения гестации и родов.
3. На перинатальные исходы и течение раннего неонатального периода.

В соответствии с задачами поставлена следующая **цель:** исследование влияния НЖО на гестационные и перинатальные исходы при ГСД.

Методика исследования. Проведен ретроспективный анализ гестационных и перинатальных исходов у 94 женщин с ГСД, родоразрешенных в УЗ «1 ГКБ» в 2012 г. Данные обработаны при помощи программы Statistica 6.1

На основании проведенного анализа, сделаны следующие выводы:

1.Частота встречаемости пациенток с ГСД составила 23,2%, среди которых повышенную массу тела имели 32,45%. В 13,7% случаев женщины с ГСД потребовалась инсулинотерапия.

2.При анализе анамнестических данных у женщин с повышенной массой тела(в 10,52 % случаев) установлено увеличение частоты ГСД при предыдущей беременности(против 7,6% случаев у женщин с нормальной массой тела)

3.Отмечена тенденция к увеличению частоты более тяжелых классов ГСД (А2, В), потребовавших назначение инсулинотерапии, у женщин с НЖО.(26,2% против 20,5% у женщин с нормальной массой тела.

5.Нами выявлено увеличение частоты гестационных осложнений у женщин с ГСД на фоне НЖО, среди которых многоводие (15,7% против 10,25% у женщин с нормальной массой тела)ХФПН (42% против 33,3%), а так же с нарушение ФПК 1а, 1б ст (17, 5% против 2,5%), гестоз чаще развивается у женщин с повышенной массой тела-28,2% против 52,6%), гестационная гипертензия(21,6% против 7,6%), пиелонефрит (33,3% против 15, 8).

6.Преждевременные роды на фоне ГСД встречаются чаще у женщин с повышенной массой тела(5, 2% против 2,52% у женщин с нормальной массой тела)

7Нами установлено увеличение оперативного родоразрешения у женщин на фоне НЖО (18% против 31,6% у женщин с нормальной массой тела)

8 Отмечено увеличение частоты макросомии плода на фоне ГСД матери у женщин с НЖО(23, 07% против 31,5% у женщин с нормальной массой тела)

9В раннем неонатальном периоде отмечено увеличение частоты развития церебральных нарушений новорожденных на фоне НЖО(57,8% против 30, 2%)

Филоненко Ю.Н.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА МИНСКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепелькевич А.П.
Кафедра эндокринологии

Избыточный вес и ожирение, согласно ВОЗ, определяются как аномальные и излишние жировые отложения, которые могут нанести ущерб здоровью.

Ожирение в современном мире принимает характер пандемии

На глобальном уровне избыточный вес и ожирение относятся к числу пяти основных факторов риска смерти. Ежегодно, по меньшей мере, 2,8 миллиона взрослых умирают по причине избыточного веса или ожирения. Кроме того, 44% бремени диабета, 23% бремени ишемической болезни сердца и от 7 до 41% бремени онкологических заболеваний обусловлены избыточным весом и ожирением.

С 1 по 14 ноября 2012 в учреждениях здравоохранения 6 областей Беларуси г. Минска прошла общереспубликанская акция «Ожирение – фактор риска сахарного диабета». В рамках акции всем участникам измеряли рост, вес, окружность талии, вычисляли ИМТ,

В работе были проанализированы данные 7069 пациентов, обратившихся в учреждения здравоохранения г. Минска. Средний возраст обследуемых составил 49,88 лет, ИМТ 29,09 кг/м^2. Средняя окружность талии – 92,37 см. Среди обратившихся: женщин -- 4504, мужчин – 2563. Возрастной состав участников акции: до 20 – 119 чел. (1,68%), до 30 – 885(12,52%), до 40– 898 (12,70%), до 50 –1310 (18,53%), до 60 – 1753(24,80%), старше 60 – 2104 (29,76%). Возрастной состав мужчин: до 20 – 66 чел. (2,57%), до 30 – 464 (18,10%), до 40– 401 (15,64%), до 50 – 476 (18,56%), до 60 – 571 (22,27%), старше 60 – 586 (22,85%).

Возрастной состав женщин: до 20 – 53чел. (1,18%), до 30 – 421 (9,35%), до 40 – 497 (11,03%), до 50 – 833(18,49%), до 60 – 1182 (26,24%), старше 60 – 1518 (33,70%).

Согласно классификации, основанной на определении индекса массы тела, одобренной Всемирной организацией здравоохранения, ИМТ участников акции распределился следующим образом: ИМТ<18,5 (дефицит массы тела) – 27 (0,38%), 18,5 <ИМТ<24,9 (нормальная масса тела) –1573 (22,36%), 25<ИМТ<29,9 (избыточная масса тела) – 2260 (32,12%), 30<ИМТ>34,9 (ожирение I ст.) – 2270 (32,26%), 35<ИМТ>39,9 (ожирение II ст.) –740 (10,52%), ИМТ>40 (ожирение III ст.) – 166 (2,36%).

Аналогичное распределение по ИМТ среди мужчин: : ИМТ<18,5 (дефицит массы тела) – 7 (0,27%), 18,5 <ИМТ<24,9 (нормальная масса тела) – 665 (26,01%), 25<ИМТ<29,9 (избыточная масса тела) – 933 (36,49%), 30<ИМТ>34,9 (ожирение I ст.) 732 – (28,63%), 35<ИМТ>39,9 (ожирение II ст.) – 191 (7,47%), ИМТ>40 (ожирение III ст.) – 29 (1,13%).

Среди женщин: ИМТ<18,5 (дефицит массы тела) – 21 (0,47%), 18,5 <ИМТ<24,9 (нормальная масса тела) – 908 (20,26%), 25<ИМТ<29,9 (избыточная масса тела) – 1328 (29,64%), 30<ИМТ>34,9 (ожирение I ст.) – 1538 (34,32%), 35<ИМТ>39,9 (ожирение II ст.) – 549 (12,25%), ИМТ>40 (ожирение III ст.) – 137 (3,06%).

По результатам акции из 7069 участников избыточная масса тела обнаружена у 32,12% , ожирение – у 45,14%.

Филоник Д.Ю.

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Руммо О.О.
2-я кафедра хирургических болезней

Цель: оценить качественно-количественные показатели сосудистых осложнений, таких как стеноз и тромбоз печёночной артерии и воротной вены при ортотопической трансплантации печени.

Методика. Анализ историй болезни пациентов оперированных по поводу ортотопической трансплантации печени на базе РНПЦ «Трансплантации органов и тканей» за период 2008-2013 гг.

Результаты. В ходе исследования было проанализировано 179 историй болезней пациентов оперированных в РНПЦ «Трансплантации органов и тканей» 2008-2013 гг.

1) При помощи статистических методов было оценено количество сосудистых осложнений при раннем отторжении трансплантата.

2) При помощи статистических методов было оценено количество сосудистых осложнений, которые привели к летальному исходу.

3) При помощи статистических методов было оценено количество сосудистых осложнений выявленных на раннем этапе с выживаемостью более года.

4) Были установлены сроки возникновения стенозов и тромбозов печёночной артерии и воротной вены.

5) При помощи статистических методов был оценён процент сосудистых осложнений из группы всех выявленных осложнений.

6) Также необходимо обратить внимание на то, что все операции были проведены одной бригадой хирургов с 2008 по 2013 гг., профессиональные хирургические навыки совершенствовались.

7) Были учтены такие показатели как возраст реципиента и донора, пол, кровопотеря, проведённая трансфузия и другие показатели.

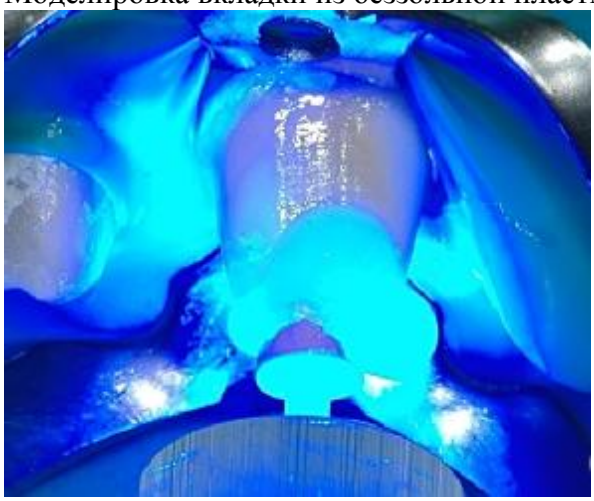
Фоменко Р.В., Черная Е.А.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КУЛЬТЕВОЙ ЧАСТИ ЗУБЫ ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Научные руководители асс. Тагиева Ф.Р., асс. Савостикова О.С.
Кафедра общей стоматологии

Среди всех форм поражения зубочелюстной системы наиболее распространенными являются дефекты коронок зубов кариозного происхождения, развитие которых зачастую приводит к необходимости эндодонтического лечения. Для качественного постэндодонтического восстановления таких зубов необходимо обладать достаточно высоким уровнем знаний и мастерства. Целью нашего исследования явилось изучение вариантов восстановления зубов после эндодонтического лечения, их сравнение и анализ ошибок. Нами была составлена анкета и опрошено 70 врачей стоматологов-ортопедов, терапевтов и стоматологов общего профиля. На основании анкетирования составлены диаграммы. Сделаны соответствующие выводы: для качественного восстановления культи зубов после эндодонтического лечения необходимо строгое соблюдение показаний при выборе метода и материалов, врачу необходимо подробно изучить анатомию корневых каналов, качество их лечения и степень сохранности после эндодонтического вмешательства.

Моделировка вкладки из беззольной пластмассы



Восстановление культи зуба с использованием стекловолоконного штифта

Францкевич В.А., Книга Е.В.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Галькевич Н.В.
Кафедра детских инфекционных болезней

В нозологической структуре заболеваний, встречающихся в практике врача педиатра, диарейный синдром занимает одно из ведущих мест. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1,5 млрд. острых кишечных инфекций (ОКИ) и около 5 млн. больных умирают от кишечных инфекций и их осложнений. Клинически ОКИ характеризуются симптомами интоксикации (сниженный аппетит, лихорадка и др.), нередким развитием синдромов инфекционного токсикоза (нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом, гиповолемический, инфекционно-токсический шок и др.) и диарейным синдромом. Выявление и корректная коррекция метаболических изменений способствуют предупреждению грозных осложнений и более быстрому выздоровлению больных.

Целью нашей работы является изучение азотистого баланса, электролитного состава крови и кислотно-основного состояния (КОС) у детей с ОКИ.

Материалы и методы. Ретроспективно нами были проанализированы истории стационарных больных 46 детей, получивших лечение в УЗ ГДИКБ в 2012г. по поводу ОКИ, в т.ч. биохимические показатели (мочевина, креатинин, калий, натрий, хлор), КОС, кетоновые тела в моче в день поступления.

Установлено, что в исследуемой группе преобладали дети раннего возраста -32 ребенка (70%), от 3-х до 5 лет - 8 детей (17%), старше 5 лет - 6 детей (13%). При выяснении этиоло-

гии ОКИ выявлено, что в 47,8% случаев этиологию уточнить не удалось; в данной группе детей заболевания протекали в форме гастроэнтерита у 59%, в форме гастрита у 31,8%. У 17 детей (37%) этиологическим фактором кишечной дисфункции явился ротавирус, выявленный методом ИФА. У всех детей с ротавирусной инфекцией заболевание протекало в форме гастроэнтерита. При анализе биохимического анализа крови в день поступления показатели мочевины выше возрастной нормы выявлены у 14 человек (30%). В то же время показатели креатинина не превышали нормальные значения, только в одном случае при гастроэнтерите уровень креатинина был повышен до 108 ммоль/л (норма до 97 ммоль/л) с одновременным увеличением мочевины до 9,3 ммоль/л, что, скорее всего, связано с выраженной дегидратацией. Показатели Na^+ составили в среднем 134±7,56 ммоль/л, показатели K^+ составили 4,1±0, 87 ммоль/л, ионов Cl^- составили 103±3,44 ммоль/л. Это свидетельствует о том, что большинство детей имели изотонический тип дегидратации. У одного ребенка отмечалась выраженная гипокалиемия (2,9ммоль/л), что клинически проявлялось мышечной гипотонией, резким вздутием живота. При анализе изменений КОС выявлено, что у 46% обследованных детей наблюдались изменения типичные для метаболического ацидоза, причем у 15 детей (39%) в виде декомпенсированного метаболического ацидоза. В двух случаях отмечался метаболический алкалоз. Это были дети, в клинической картине у которых преобладала рвота от 10 до 20 раз в сутки. Кетоновые тела в моче выявлены у 10 детей, что может быть связано с интоксикацией и голоданием.

Выводы. У детей с ОКИ заболевание протекало чаще в виде гастроэнтерита, в большинстве случаев наблюдался изотонический тип дегидратации, изменения КОС по типу метаболического ацидоза, реже – метаболического алкалоза. Выявление в ряде случаев кетоновых тел в моче подтверждает нарушения обмена у детей с ОКИ. Таким образом, для проведения адекватного лечения необходимо всем детям с ОКИ проводить определение биохимических показателей и КОС.

Французова А.М., Павловец А.О.

ИЗУЧЕНИЕ ВИЗУАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ КАТАРАКТ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель асс. Поболь-Солонко О.Л.
Кафедра глазных болезней

Актуальность. Рациональная коррекция афакии после хирургии врожденных катаракт у детей является основным условием развития зрения и представляет собой одну из сложных проблем детской офтальмологии. На сегодняшний день оптимальным методом коррекции афакии является интраокулярный (ИОЛ), но отношение к имплантации ИОЛ у детей младшего и дошкольного возраста неоднозначно. По данным опроса 2001 года имплантацию ИОЛ детям выполняют лишь 27,3% членов Американского Общества Катарактальных и Рефракционных Хирургов и 45,7% членов Американской Ассоциации Детской Офтальмологии и Страбизма, из них детям до 2 лет – 11,0% и 12,9% соответственно.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения врожденных катаракт с и без имплантации ИОЛ у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы. В работе выполнен проспективный анализ медицинских карт 100 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «4 ГДКБ» г. Минска от октября 2009г. до февраля 2013г. У данных больных было выполнено 108 операций по поводу врожденной катаракты.

Результаты и обсуждения. С целью изучения влияния возраста ребенка на момент операции на результат хирургического лечения все пациенты были разделены на три возрастные подгруппы: I подгруппа – 48 детей (54 глаза) в возрасте от 3 месяцев до 2 лет, II подгруппа – 24 ребенка (24 глаза) в возрасте от 2 лет 1 мес. до 6 лет, III подгруппа – 28 детей (30 глаз) в возрасте от 6 лет 1 мес.

В каждой из подгрупп проводились операции по поводу врожденной катаракты с интраокулярной коррекцией афакии и без нее: в первой подгруппе ИОЛ проводилась в 5 (9,3%) случаях, без ИОЛ – 49 (90,7%), во второй подгруппе с ИОЛ – 20 (83,3%) случаев, без ИОЛ – 4 (16,7%), в третьей – 21 (70,0%) случай с ИОЛ, 9 (30,0%) – без ИОЛ.

В первой подгруппе во всех случаях отмечалось наличие предметного зрения, розового рефлекса глазного дна; в 1 (1,9%) случае развилась вторичная катаракта у пациента после операции без ИОЛ в раннем послеоперационном периоде. Во второй и третьей подгруппе остроту зрения было возможно оценить по таблицам Орловой и Сивцева-Головина. Во второй подгруппе острота зрения была получена свыше 0,3 в 11 (55%) случаях, в третьей подгруппе – в 8 (38,1%) случаях. Острота зрения свыше 0,05 стала после операции с ИОЛ во второй подгруппе в 16 (80%) случаях, в третьей – в 16 (76%) случаях.

Заключение. Дифференцированное применение метода интраокулярной коррекции афакии обеспечивает существенное повышение эффективности хирургического лечения врожденной катаракты у детей. Экстракция врожденной катаракты с имплантацией ИОЛ, проведенная в более раннем возрасте, обеспечивает наилучшие визуальные результаты.

Фурс Т.А.

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович Н.И.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель исследования: изучить обращаемость детей с кистами слюнных желез за оказанием стационарной хирургической помощи в зависимости от пола, возраста и сезонности.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 123 детей с кистами слюнных желез (из них 86 детей с ретенционными кистами малых слюнных желез и 37 с ранулами) в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я детская клиническая больница» г. Минска в период 2006-2010 гг.

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что обращаемость за оказанием стационарной хирургической помощи детей с кистами слюнных желез среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований составила 9,17% (из них ретенционные кисты малых слюнных желез - 6,41% и подъязычной железы - 2,76%). Нами выявлено, что 35,77% детей были в возрасте 1-5 лет, 25,20% - 6-11 лет, 39,03% детей - от 12 до 17 лет. Ранула встречалась практически одинаково часто как у мальчиков, так и у девочек (51% и 49% соответственно), в то время как ретенционные кисты малых слюнных желез встречались в 1,4 раза чаще у девочек (59%). Отмечено, что дети с кистами слюнных желез чаще обращались за стационарной помощью в весенне-летний период (52%). Всем детям проводилось хирургическое лечение (цистотомия – в 22% случаев, цистэктомия – в 78%). Средняя продолжительность госпитализации детей с ранулами составила 5,84 койко-дней, с ретенционными кистами малых слюнных желез - 4,52 койко-дня.

Выводы:

1. Обращаемость за оказанием стационарной хирургической помощи детей с кистами слюнных желез среди всех опухолей и опухолеподобных образований составляет 9,2%.
2. Ретенционные кисты малых слюнных желез встречались в 1,4 раза чаще у девочек (59%),чем у мальчиков.
3. У детей 12-17 лет встречаются кисты слюнных желез чаще, чем в других возрастных группах (39%).
4. Дети с кистами слюнных желез чаще обращались за стационарной помощью в весенне-летний период (52%).

З.М. Халимбекова

КАТЕГОРИИ ДИАЛЕКТИКИ В МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель канд. филос. наук., доц. Афанасьева О.Г.
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Диалектика является важнейшей составной частью философии, состоит из ряда принципов, значение которых – познание противоречий развития. Категории диалектики являются одной из важнейших структур. Они в медицине способствуют более глубокому пониманию причины болезней, проникновению в корень проблемы.

Актуальность. Современная медицина технологически получила возможность манипуляции с человеком, его жизнью и смертью, и нуждается в понимании процессов и явлений, происходящих с человеком и в человеке в их целостности. Этому будет способствовать философия развития, которая позволит врачу увидеть связь между различными процессами и явлениями при развитии заболевания.

Цель: рассмотреть значение категорий диалектики в современной работе врача.

Методы исследования. В работе автор опирается на общефилософские методы при рассмотрении взаимосвязи законов и категорий диалектики в медицине.

Стремительное развитие медицины предъявляет особые требования к философской культуре врача. Это во многом связанно с получением новой информации, которая призвана обеспечить правильное мышление без применения принципов диалектики, изучения явлений и процессов в развитии и раскрытия противоречий становится практически невозможным.

Диалектическое мышление выполняет не только мировоззренческие, но и гносеологические, методологические, логические и социальные функции, служит основой продуктивно-критической деятельности человека, в частности врача.

Диалектика является важнейшей составной частью философии. Она состоит из ряда принципов, назначение которых состоит в познании противоречий развития. Законы диалектики нигде так прочно не лежат на материальной основе, как в организме человека. Согласно диалектике – ни одно явление природы не будет правильно понято, если при этом не исследованы его связи с окружающими явлениями.

А в законах медицины отражается взаимосвязь и взаимообусловленность физиологического и патологического состояния различных органов и систем человеческого организма с окружающей средой, и не отражаются индивидуальные особенности. Законы медицины по отношению к законам диалектики являются специфическими, частными.

Законам диалектики подчинены все явления, все изменения, происходящие в окружающей нас природе, в обществе, в самом человеке и его мышлении. Все три закона тесно связаны между собой.

Применение законов диалектики дисциплинирует мышление врача, делает более гибким. Врач всегда должен исходить из важнейшего положения диалектики о всеобщей связи явлений и процессов. Игнорирование этого положения приводит к неспособности увидеть и осмыслить происходящие процессы с разных сторон.

Помимо основных законов, существуют *категории* – понятия, выражающие важные свойства предметов и явлений объективного мира.

Категории непосредственно связаны с законами диалектики. Они изучают действия законов, тем самым проникают в содержание изучаемых процессов. В медицине – необходима тесная связь единичного с всеобщими законами и категориями. Не давая конкретного ответа на вопросы, категории диалектики вооружают врача правильными методологическими принципами изучения и истолкования изучаемых процессов и явлений.

Сущность и явление – важнейшие гносеологические категории. Сущность – это выражение внутренних связей предмета, свойства, действия, а явление – лишь одно из многих проявлений этой сущности. Любая болезнь проявляется совокупностью симптомов, обусловленных сложной причинно-следственной связью и взаимозависимостью. В данном случае в роли внешних проявлений болезни выступают симптомы. Под симптомами могут быть скрыты разные причины заболеваний и разные болезни (сущность). В клинической практике знать сущность патологического процесса означает, во многих случаях предвидеть течение болезни, следовательно, иметь возможность правильно построить лечение.

Категории «причина» и «следствие». Под причинно-следственной связью понимается необходимая связь двух явлений, при которой одно предшествует другому и порождает его. Причинность – это то, что порождает и определяет следствие при определенных условиях. В отношении к медицине под причиной следует понимать то, что придает специфичность и качественное своеобразие тому или иному процессу. Только учитывая этот важный и типичный признак присущий причине можно найти объективный критерий, с помощью которого возможно проведение грани между причинами заболеваний и условиями, которые способствовали возникновению болезни. Под причиной понимается то, без чего патологический процесс не может возникнуть, несмотря на наличие определенных условий. Причина находится в необходимой генетической связи с определенными патологическими процессами и придает качественную специфику следствию, то есть патологическому процессу.

Категории «возможность» и «действительность». Возможность – это неосуществленная действительность, которая состоит из совокупности предпосылок, а они при наличии определенных условий реализуются в действительность. В организме человека постоянно происходит процесс превращения возможности в действительность. Болезнь человека содержит возможность выздоровления, а здоровый организм обладает возможностью заболевания. Например, попадание возбудителей инфекции в организм не ведет автоматически к возникновению болезни, а является лишь возможностью заболевания. Для перехода возможности заболевания в реальную болезнь необходимы благоприятные условия (ослабление иммунологической реактивности, вирулентность возбудителя и др.).

Вывод. Таким образом, следует учитывать большое значение философии в научном исследовании, в то же время нельзя переступать грань, которая отделяет научную философию от натурфилософии. Проявление натурфилософии это когда факты вопреки логике подгоняются под сконструированные теории и положения. Диалектика далека от стремления, подменить конкретные науки и изучение отдельных фактов и явлений. Её задача состоит в том, чтобы методологически направлять ход конкретных исследований. Не давая готовых истин в определенном исследовании, диалектика в то же время дает общее направление научному исследованию, сокращая путь к достижению истины, предостерегая от возможных заблуждений и ошибочного истолкования фактов.

Но без опоры на философию невозможно из разрозненных фактов создать единую теоретическую базу медицины. Врач сможет действовать наиболее эффективно только тогда, когда будет опираться на знание общих закономерностей функционирования организма, рассматривая человека как сложную биосоциальную систему. Достижение этой цели возможно только на основе синтеза философского и медицинского знания.

Хлопотова В.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. Бородина Г.Л.
Кафедра фтизиопульмонологии

Актуальность. Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шаумана) – системное доброкачественное заболевание неуточненной этиологии, характеризующееся развитием тканевых реакций продуктивного типа с формированием эпителиоидноклеточных гранулём без казеоза с исходом в рассасывание или в интерстициальный фиброз.

По обобщающим статистическим данным распространенность саркоидоза в мире составляет 20 на 100 000 населения. В настоящее время в Республике Беларусь саркоидоз является относительно распространенным заболеванием (32,1 на 100 тыс. населения) с тенденцией к дальнейшему росту, поражающим преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста с небольшим преобладанием женщин. В 70-80-х годах XX века саркоидоз в возрастной группе старше 40 лет в Республике Беларусь не регистрировался. В настоящее время прослеживается тенденция к смещению заболеваемости на старшие возрастные группы, особенно характерная для женщин.

Цель работы: выявление особенностей клинического течения саркоидоза у пациентов в возрасте старше 40 лет.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный сравнительный анализ клинического течения саркоидоза у пациентов в возрастных группах старше 40 лет и 18-40 лет. Изучены результаты обследования 100 пациентов с саркоидозом, находившихся на стационарном лечении в клинике РНПЦ «Пульмонологии и фтизиатрии»(по 50 пациентов каждой группы) в период 2010-2012 гг.

Результаты исследования:

1. Среди пациентов с саркоидозом, диагностированным в возрасте старше 40 лет, превалировали женщины (72%), в то время как среди пациентов молодого возраста наблюдалось численное превосходство мужчин (64%).
2. У пациентов старшей возрастной группы значительно чаще наблюдаются сопутствующие хронические заболевания, среди которых наиболее распространены артериальная гипертензия – 20%, ишемическая болезнь сердца – 18%, гиперхолистеринемия – 18%. В связи с этимпациенты старше 40 лет хуже переносят назначенное лечение
3. Достоверных различий в частоте встречаемости разных форм саркоидоза не выявлено: в обеих возрастных группах самой распространенной формой была лёгочно-медиастинальная (у 64% пациентовстаршей возрастной группы и у 60% - в группе сравнения).
4. В группе пациентов старше 40 лет начало заболевания обычно было постепенным, с преобладанием неспецифических жалоб (у 64% пациентов), поэтому саркоидоз выявлялся при обращении за медицинской помощью. Для пациентов в возрасте 18-40 лет характерно бессимптомное течение, заболевание выявлялось при профилактическом осмотре.
5. Нарушения ФВД чаще встречались у пациентов старше 40 лет (40% и 20% соответственно).

Выводы. Проведённый нами анализ позволяет заключить, что саркоидоз, впервые диагностированный в возрасте старше 40 лет, чаще встречается у женщин и характеризуется подострым началом заболевания с постепенным нарастанием неспецифических и респираторных симптомов, более частым, по сравнению с молодыми пациентами, нарушением вентиляционной функции лёгких и менее благоприятным прогнозом. Кроме того, саркоидоз в возрасте старше 40 лет,в связи с наличием сопутствующих заболеваний, представляет большие сложности для диагностики и удлиняет её сроки.

Ходаковский В.А.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО СКОРОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Научный руководитель канд. физ.-мат. наук., доц. Гольцев М.В.
Кафедра медицинской и биологической физики

В настоящий момент современная медицина в состоянии в состоянии продлить человека, улучшить работу органов и систем. Но нельзя уповать только на врачей. Сохранить и поддержать здоровье профилактическими методами проще, чем подвергать себя сложному лечению. Многих болезней мы можем избежать, придерживаясь определенных правил. Нормальное формирование и развитие системы кровообращения связано с возрастом, физической активностью, природно-климатическими условиями среды проживания человека и его профессиональной деятельностью. Повышение давления на каждые 10 мм рт. ст. увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на 30%. У людей с повышенным давлением в 7 раз чаще развиваются нарушения мозгового кровообращения (инсульты), в 4 раза чаще — ишемическая болезнь сердца, в 2 раза чаще – поражение сосудов ног. Именно с измерения артериального давления необходимо начинать поиск причины таких частых проявлений дискомфорта, как головная боль, слабость, головокружение. Во многих случаях за давлением необходим постоянный контроль, и измерения следует проводить по нескольку раз в день. Однако, чтобы проводить его так часто необходимо создание прибора, позволяющего измерить артериальное давление без больших затрат во времени и дискомфорта. В настоящее время существует много способов его измерения. Наиболее популярными являются метод Короткова, основанный на полном пережатии манжетой плечевой артерии и выслушивании тонов, возникающих при медленном выпускании воздуха из манжеты, и осциллометрический метод, основанный на регистрации тонометром пульсаций давления воздуха, возникающих в манжете при прохождении крови через сдавленный участок артерии. Поэтому передо мной поставлена цель разработать и создать прибор, позволяющий измерить артериальное давление по скорости изменения пульсовой волны. Если каждый житель РБ и планеты в целом сможет беспрепятственно контролировать свое артериальное давление, то это значительно уменьшит риск заболеваемости болезнями кровообращения.

Цель работы: разработать и создать прибор, позволяющий измерить артериальное давление по скорости изменения пульсовой волны.

Задачи:

1) Изучить литературу;
2) Разработать принципиальную схему прибора;
3) Создать образец;
4) Создать дизайн прибора;
5) Рассмотреть достоинства и недостатки прибора;
6) Рассмотреть похожие исследования в Республике Беларусь в клинической практике.

Оборудование: Модель устройства издана в симуляторе Proteus 8.7. Прошивка микроконтроллера издана в среде CodeVisionAVR 2.0. Дизайн печатной плиты выполнен в AutoCAD.

Вывод: в ходе изучения литературы и используя выше упомянутое программное обеспечение, удалось разработать и создать прибор, позволяющий измерить артериальное давление по скорости изменения пульсовой волны.

Ходаковский В.А.

РЕГЕНЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Научный руководитель канд. биол. наук., доц. Мезен Н.И.
Кафедра биологии

Актуальной проблемой современной медицины является регенерация сердечной мышцы после инфаркта, поскольку, согласно статистике Минздрава, заболеваемость и смертность с болезнями кровообращения (БК) с каждым годом стремительно растет и это является демографической катастрофой для нашего государства.

Цель исследования**:** провести анализ литературных данных по заболеваемости БК населения в РБ, анализ данных по использованию клеточной терапии в РБ для регенерации сердечной мышечной ткани при этих заболеваниях.

По проведенному анализу литературных данных в 2000 году заболеваемость БК населения составляла 17 тыс. 869,8 на 100 тыс. населения, то в 2011 году - 30 тыс. 486,3 на 100 тыс. Всего в 2011 году в Беларуси было зарегистрировано 2 млн. 361 тыс. пациентов с БК. Наиболее распространена артериальная гипертензия, неосложненные формы которой выявлены у 1 млн. 815 тыс. жителей. От ишемической болезни сердца страдает 970 тыс. больных, в том числе почти четверть - в трудоспособном возрасте. Продолжается рост заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения. В 2011 году в Беларуси зарегистрировано более 33 тыс. таких пациентов. БСК являются первой по распространенности причиной смерти в Беларуси. На их долю приходится почти 52% смертей.

Существует много способов лечения этого заболевания, однако наиболее альтернативным является миогенез с помощью клеточной терапии стволовыми клетками.

Результаты: в работе определена актуальность проблемы регенерационной терапии БК в РБ, а также показаны особенности этой процедуры, достоинства и недостатки.

Выводы: в настоящее время наиболее перспективным способом лечения БК и их последствий является клеточная терапия, включающая в себя три основных подхода: 1)трансплантация мезенхимальных стволовых клеток (МСК), 2) проведение локальной терапии цитокинами; 3)введение колониестимулирующих факторов для мобилизации выхода резидентных клеток костного мозга.

Ходанович С.О.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Научный руководитель ассистент Третьяк С.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Введение. Врожденная косолапость занимает одно из первых мест среди врожденных аномалий опорно-двигательной системы (частота встречаемости – 1-2 случая на 1000 новорожденных).

Цель исследования: оценить эффективность хирургического метода лечения пациентов с врожденной косолапостью.

Материалы и методы. Были изучены в катамнезе ближайшие и отдаленные результаты лечения 35 пациентов, которым было выполнено 45 операций по поводу врожденной косолапости на базе УЗ «6-я ГКБ» г.Минска в период с 2007 до 2013г. Средний срок наблюдения составил 3,5 года. Средний возраст пациентов - 3,3 года. Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: до 1 года - 4 пациента (11,43%), 1-3 года - 18 пациентов (51,43%), 4-11 лет - 9 пациентов (25,71%), старше 12 лет - 4 пациентов (11,43%). Распределение по полу:

мужской – 20 пациентов (57,14%), женский – 15 пациентов (42,86%). Двустороннее поражение наблюдалось у 15 пациентов (42,85%), левостороннее - у 11 (31,43%), правостороннее - у 9 (25,72%). В 91,11% (41) случаев выполнялась периталярная тенолигаментокапсулотомия, в 8,89% (4) – периталярная тенолигаментокапсулотомия с пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы. Периталярная тенолигаментокапсулотомия выполнялась пациентам всех возрастных групп, периталярная тенолигаментокапсулотомия с пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы в 75% (3) случаев выполнялась пациентам старше 12 лет, в 25% (1) случаев была выполнена пациенту 6 лет. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения врожденной косолапости у 30 (85,71%) пациентов оказались отличными и хорошими, у 5 (14,29%) пациентов наблюдался рецидив. 2 (40%) рецидива наблюдалось в возрастной группе 1-3 года, 3 (60%) рецидива – 4-11 лет.

Выводы. Врожденная косолапость чаще встречается у лиц мужского пола, превалирует двустороннее поражение, оперативное лечение чаще выполнялось в возрасте 1-3 лет, основной вид операции - периталярная тенолигаментокапсулотомия. При проведении периталярной тенолигаментокапсулотомии отличные и хорошие результаты наблюдались в 90,24% случаев (37 операций), при проведении периталярной тенолигаментокапсулотомии с пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы – в 75% (3 операции). Наиболее эффективным хирургическое лечение оказалось в возрастной группе до 1 года.

Холамов А.И., Соловьёв Д.А.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ В ОРГАНИЗМЕ

Научный руководитель асс. Стовба А.А.
Кафедра биологической химии

Цель исследования: поиск активных веществ, эффективно ингибирующих работу ключевого фермента синтеза и активаторов ферментов распада катехоламинов.

Актуальность исследования: доброкачественная опухоль надпочечника – феохромоцитома – разрастание мозгового слоя надпочечников, сопровождающееся повышенным синтезом катехоламинов, избыток которых в крови приводит к гипертонии, раннему развитию атеросклероза, возникновению сердечной недостаточности, гипоксии миокарда, ишемии внутренних органов, нарушению углеводного обмена вплоть до развития сахарного диабета. Проводимое исследование может служить альтернативой использования адреноблокаторов, имеющих ряд недостатков: плохая элиминируемость из организма, в большинстве своем узкая селективностью, блокируемость как пре- так и постсинаптической мембран.

Материалы и методы: объект исследования – тирозингидроксилаза (тирозиназа) и моноаминооксидаза В (МАО В) головного мозга крыс линии Вистар. Субстратом тирозиназы служил L-тирозин (продукт реакции – ДОФА, регистрируемый спектрофотометрически при 510 нм в виде нитрит-молибденового окрашенного комплекса), субстратом МАО В – бензиламин (продукт реакции – бензальдегид, регистрируемый при 249 нм). Прединкубация с добавляемым эффектором и время собственно ферментативной реакции – 10 минут (общее содержание белка – 30 $^{мкг}/_{мл}$ реакционной смеси). В качестве эффекторов были использованы имидазольные, триазольные и тиазольные производные в количестве 20 образцов различных концентраций.

Результаты: проведенное исследование позволило выявить определенные ингибирующие эффекты в отношение тирозиназы и активирующие – в отношение МАО В с различной степенью аффинности к рассматриваемым ферментам. Из 20 тестируемых эффекторов 3 оказали ингибирующий и 5 активирующий эффекты на соответствующие ферменты. Степень инги-

бирования (IC_{50}) тирозиназы находилась в интервале от 2,5 до 10 мкМ; активирующее действие на МАО В – в концентрациях от 2 до 5 мкМ эффектора.

Выводы: дальнейшее изучение рассматриваемых эффекторов с последующим их внедрением в практику приведет к более равномерной концентрации катехоламинов в организме и, соответственно, к их равномерному влиянию на мишени (позволит снизить определенные недостатки адреноблокаторов). Все это приведет к улучшению качества жизни пациентов с феохромоцитомой и некоторыми формами нейро-дегенеративных патологий.

Холамов А.И.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В КРАНИОМЕТРИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Рожковская В.В.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель исследования: применение метода мультиспиральной компьютерной томографии в краниометрическом исследовании пациентов.

Обзор литературы. Компьютерная томография – послойное рентгенологическое исследование, основанное на компьютерной реконструкции изображения, получаемого при круговом сканировании объекта узким пучком рентгеновского излучения. Проходя через ткани, излучение ослабляется соответственно плотности и атомному составу этих тканей. Зафиксированные томографом сигналы отражают степень ослабления пучка рентгеновских лучей в каком-либо одном направлении. Вращаясь вокруг пациента, томограф сканирует тело в разных ракурсах. В конце исследования получается изображение тонкого слоя изучаемой области человека. Врач может просматривать изображение в разных режимах, выделять интересующие его области, определять размеры органа, число или характер патологических образований. При спиральной томографии излучатель движется по спирали по отношению к телу пациента и захватывает за короткий промежуток времени определённый объём тела, который в последующем может быть представлен отдельными дискретными слоями.

Материал и методы. С помощью реконструкции черепов 20 пациентов «Больницы скорой медицинской помощи», было произведено измерение краниометрических показателей наружного и внутреннего черепа. Все измерения проводились с помощью 16-срезового компьютерного томографа «General Electric LightSpeed Pro 16» и его программного обеспечения. В ходе исследования анализировались снимки в сагиттальной, фронтальной и аксиальной плоскостях, а также была произведена трёхмерная реконструкция черепа.

Результаты. Мультиспиральная компьютерная томография позволяет осуществить трёхмерную реконструкцию черепа пациентов, а также производить краниометрические исследования человека. Замеры интересующих участков черепа и определение толщины кости производились с точностью до десятых миллиметра, что крайне важно для учёта выбора места оперативного вмешательства с целью хирургического лечения патологического процесса головного мозга, внутреннего уха, глазного яблока и др.

Холамов А.И.

ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИК ВНУТРЕННЕГО ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Пивченко П.Г.
Кафедра нормальной анатомии

Цель исследования: создание морфометрической базы половой принадлежности черепа по краниометрическим показателям его основания, используя данные компьютерной томографии.

Материал и методы. Проведены краниометрические исследования внутреннего основания черепа 20 пациентов УЗ «БСМП» с использованием метода мультиспиральной компьютерной томографии. С помощью программного обеспечения 16-срезового компьютерного томографа «General Electric LightSpeed Pro 16» была произведена трёхмерная реконструкция черепов, которая позволила измерить около 50 параметров внутреннего основания черепа. В качестве краниометрических точек были использованы анатомические образования внутреннего основания черепа (слепое отверстие, петушиный гребень, спинка турецкого седла и др.), которые служили ориентиром для измерения параметров черепа (расстояние между каналами подъязычных нервов, расстояние между круглыми отверстиями, расстояние между спинкой турецкого седла и точкой опистион и др.).

Результаты. Проведен анализ полученных данных и составлен вариационный ряд числовых значений использованных параметров внутреннего черепа. Составлена таблица диагностических размеров черепов, которые в совокупности можно рассматривать в качестве маркёров половой принадлежности черепа по его внутреннему основанию. Для объективизации краниометрических данных по КТ, было изучено 16 натуральных препаратов (13 мужских и 3 женских черепа). Результаты выполненного исследования актуальны в судебно-медицинской экспертизе, могут быть использованы при анализе КТ-, МРТ-снимков, ангиограмм, проведении нейрохирургических операций.

Хомич Т.А., Матусевич А.Л.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ АЛЛОГЕННЫМ ОРТОТОПИЧЕСКИМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Хомич С.Ф.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Введение. После удаления опухолей нижней челюсти иногда возникают обширные дефекты костной ткани, которые не всегда возможно заместить аутотрансплантатами и имплантатами. В тех случаях, когда удаляется вся нижняя челюсть или ее половина вместе с ветвью, суставным и венечным отростками возможно использование аллогенных ортотопических трансплантатов всей челюсти или ее частей.

Цель исследования. Изучить особенности клинического использования аллогенного трансплантата нижней челюсти, его рентгенологическую характеристику после пересадки при замещении половинного дефекта челюсти.

Материалы и методы. В условиях клиники челюстно-лицевой хирургии нами проведено изучение клинического случая у пациента с адамантиномой нижней челюсти справа, распространенной на тело, ветвь и мыщелковый отросток. Проведено цитологическое исследование, биопсия, рентгеновская диагностика, антропометрические измерения. Оперативное вмешательство проведено под общим обезболиванием. Удалена опухоли нижней челюсти справа с резекцией тела, ветви челюсти и экзартикуляцией. Подготовлен и пересажен в область дефекта тканей ортотопический аллогенный трансплантат половины нижней челюсти,

взятый от трупа в тканевом банке. Фиксация осуществлена с помощью минипластин и шурупов.

Результаты. Пациент наблюдался в стационаре в течение двух недель. Была проведена иммобилизация челюстей. Через три недели после операции спала отечность и он смог открывать рот. Глотание и жевание нормализовались через месяц. На рентгенограммах к этому времени определялся хорошо фиксированный минипластинами костный трансплантат. У пациента уже через месяц рот открывался в полном объеме и функционировал вновь созданный височно-нижнечелюстной сустав. Через 4 месяца функции жевательных и мимических мышц восстановились полностью.

Выводы. Анализ клинической картины в послеоперационном периоде, контрольное рентгенологическое исследование и особенности функциональной нагрузки на нижнюю челюсть у пациента позволяют утверждать возможность и целесообразность успешного использования такого метода костной пластики.

Хорева О.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ (НА ПРИМЕРЕ ГрГМУ)

Научный руководитель канд. ист. наук, доц. Короленок Л.Г.
Кафедра социально-гуманитарных наук
УО «Гродненский государственный медицинский медицинский университет»

В нашем развитом обществе все большую роль играет молодежь со своими правами, амбициями и желанием достичь признания во многих сферах жизни. Тема «Адаптация молодежи», пожалуй, является ключевой как в контексте проблемы «Молодежь и общество», так и в более широком плане закономерностей адаптации и включения молодежи в современное общество (социализации). В работе мы рассматриваем объективное отношение молодежи к данной теме с помощью социологического анкетирования студентов 1-го и 5-го курсов Гродненского государственного медицинского университета (250 человек).

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	Ответы студентов в процентах			
	1 курс		5 курс	
	девушки	парни	девушки	парни
Став студентом, как долго Вы привыкали к вузу?				
Несколько дней.	14%	22 %	6%	0%
Около двух недель.	16%	22 %	2%	8%
Первый месяц	40%	37 %	25%	38 %
Первый семестр	19%	14 %	25%	15 %
Весь первый год обучения	1%	0%	32%	31 %
Ещё не привык (-ла)	10%	5%	10%	8%
Насколько сложно было Вам привыкнуть к новому коллективу?				
Вживание в коллектив не составило для меня труда.	51%	50 %	36%	30 %
Потребовалось время (от недели до месяца)	30%	37 %	48%	62 %

У меня возникают сложности при налаживании контактов с новыми людьми.	14%	13 %	12%	8%
Я до сих пор не нашел (-ла) общий язык.	5%	0%	4%	0%

25-40% опрашиваемых понадобилось около месяца, чтобы адаптироваться к новым условиям, что говорит о высокой адаптивной способности молодежи. Однако около 10% студентов 5 курса до сих пор не привыкли к самостоятельной жизни, к появлению новых людей в их окружении, другими словами данные студенты повергнуты в состояние дезадаптированности, которое может привести к депрессии, всплескам агрессии, неуверенности в себе и как следствие – асоциальному поведению.

Большинство первокурсников с радостью воспринимают новый статус «студент», но с первых же дней сталкиваются с проблемами, которые временами для них неразрешимы – это свобода действий, общение внутри ВУЗа, учебная нагрузка, несовпадение идеалистических представлений о будущей профессии и реальных обстоятельств. Со временем, под действием внешних и внутренних сил, у некоторых молодых людей происходит разрушение созданной ими когда-то «модели взрослой жизни», и как следствие, в лучшем случае - отношение к себе и окружающему миру не меняется, в худшем – взгляды на свое будущее и перспективы приобретают негативный окрас.

Выводы. Социальная адаптация – процесс интеграции человека в общество, в результате которого достигается формирование адекватного самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими, но далеко не каждый может пройти его самостоятельно и без последствий для становления собственного «Я». Данная тема является актуальной проблемой не только таких наук как социология и психология, но и фундаментом для общества, для его прогресса и социо-культурного роста.

Хорошко А.А., Янковская Е.А.

КАННАБИНОИДЫ: ЛЕКАРСТВО ИЛИ БИЧ 21 ВЕКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шадурская С.К.
Кафедра фармакологии

Цель работы: в ходе анонимного анкетирования студентов 3 курса выяснить, что они знают о конопле и ее воздействии на здоровье человека. Актуальность выбора темы: Информированность молодежи является лучшим методом профилактики употребления марихуаны. Такая логика рассуждений позволила сформулировать вопросы, на которые необходимо было ответить в ходе исследования. Методы исследования: анонимный опрос студентов 3 курса БГМУ, работа с материалами из научных статей и журналов. Для того чтобы мое исследование было полноценным, я сначала решила выяснить, что из себя с точки зрения фармакологии предоставляет собой конопля.

Тетрагидроканнабинол является основной активной составляющей конопли. В результате курения конопли 50% тетрагидроканнабинола проникает в кровоток. Достижение пика концентрации в крови наблюдается в течение часа. В крови тетрагидроканнабинол превращается в активный метаболит 11-гидрокси-А9-ТГК. Это вещество поглощается жировой тканью примерно через тридцать минут, а затем выпускается обратно в кровь, метаболизируется и выводится. Спустя всего лишь несколько дней вещество полностью выводится из организма. При хроническом употреблении, 11-гидрокси-ТГК накапливается в жировых тканях и в печени и может быть обнаружен в течении более длительного периода времени (например, с помощью анализа мочи).

Фармакологические действие препаратов марихуаны обусловлено воздействием наркотика на нейромедиаторы центральной нервной системы. В организме человека находятся два

типа каннабиноидных рецепторов - CB1 и CB2, принадлежащие к "суперсемейству" G-протеинсвязанных мембранных рецепторов. Исследования показали, что эндогенные каннабиноиды осуществляют управление и контролируют широкий массив умственных и физических процессов в мозге всего организма, включая память и восприятие, тонкое согласование движений, ощущение боли, иммунитет и репродуктивную функцию. В настоящее время ведутся фармакологические исследования с целью разработки синтетических аналогов тетрагидроканнабинола, как лекарственных средств. Цель данных исследований заключается в усиление биологической активности и в устранении психоактивных свойств. Медицинскими показаниями применения тетрагидроканабиноидов являются: лечение бронхиальной астмы, глаукома, хроническая боль, рассеянный склероз, отсутствие аппетита. Курение конопли может быть сравнимо по своим последствиям на физическое здоровье с курением обычных сигарет. А вот по влиянию на психику человека последствия курения “травки” куда серьезнее ТГК по своему строению – это сильнейшее психотропное вещества.

Вывод: большинство студентов осознает вред курения конопли, несмотря на то, что многие информационные источники уверяют нас в обратном. Материалы анкетирования собраны для информирования студентов об опасности, которую представляют собой наркотики и в частности препараты марихуаны.

Хотько Е.А., Швайковская А.С.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Матуш Л.И.
Кафедра детских инфекционных болезней

Одной из наиболее актуальных в современной педиатрии является проблема острых кишечных инфекций (ОКИ), занимающая одно из ведущих мест после острых респираторных заболеваний. В РБ в 2011 г. было зарегистрировано 12793 случая ОКИ, из которых 9677 (75,6%) – у детей. Заболеваемость ОКИ в детском возрасте в 2011г. возросла на 7,7% по сравнению с 2010г. Профилактика кишечных инфекций является наиважнейшей современной задачей, стоящей на страже здоровья подрастающего поколения.

Целью исследования явилось выявление исходного уровня осведомленности родителей в вопросах профилактики ОКИ у детей.

Методика исследования: была разработана анкета, включающая ряд вопросов для определения информированности родителей. Анкетирование проводилось в отделениях УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница г. Минска» и УЗ «3-я городская детская клиническая больница г. Минска», где было опрошено 111 респондентов. Полученные данные были обработаны с помощью программы Microsoft Excel 2010.

По результатам анкетирования нами был составлен обобщенный портрет респондента: это женщина (97,3% опрошенных) в возрасте от 23 до 32 лет с высшим образованием (62,2%), имеющая одного (76,6%) либо двух (14,4%) детей в возрасте до 3 лет.

Было обнаружено, что около трети детей (30%) в семьях респондентов перенесли острую кишечную инфекцию; причем двукратно болело 16,3% детей. Большинство переболевших принадлежит к возрастной группе от 1 года до 3 лет (43,9%). На вопрос о том, какие именно ОКИ перенес их ребенок, 36,9% родителей ответили, что не знают, еще 12,2% опрошенных дали ответы «кишечная инфекция, понос, гастроэнтерит», и только 50,9% анкетируемых, чьи дети болели, смогли написать название заболеваний, среди которых на первом месте оказалась ротавирусная инфекция (43,8%).

Достаточное количество родителей доверяет интернету (28%), при этом 72% всех опрошенных не получают от врача никаких рекомендаций по профилактике. 18% родителей не считают, что возбудителями ОКИ могут являться вирусы; 35% респондентов среди причин,

способных вызвать ОКИ, не назвали бактерии. О том, что вызывать ОКИ могут некоторые простейшие, знают только 6,3% родителей. Значительная часть респондентов не знает, что ребенок может заразиться заболеваниями из данной группы при купании в открытых водоемах (49,5%), воздушно-капельным путем (45,9%), а также при питье некипяченой воды (43,2%). 10% родителей отрицают, что заразиться ОКИ можно, употребив в пищу немытые овощи и фрукты.

42% интервьюированных пользуется общей с ребенком посудой; 36% родителей облизывают пустышку, столовые приборы перед тем, как дать их ребенку. Только 7,2% респондентов никогда не целует своих детей в губы, в то время как 21,6% делает это постоянно. Определенная часть родителей, имеющая детей до года (34%), моет игрушки по мере их загрязнения. При ответе на вопрос о том, сколько разделочных досок они используют на кухне, 52,3% участников анкетирования ответили, что несколько; 23,4% над этим никогда раньше не задумывались. Чуть больше половины родителей (51,4%) не моют яйца перед употреблением их в пищу.

Выводы:

1.У опрошенных отмечается недостаточный уровень знаний в вопросах профилактики ОКИ.

2. Вызывает опасения получение родителями информации из интернета, отсутствие должной пропаганды в кабинете педиатра.

3. Полученную информацию можно использовать при организации и проведении профилактической работы среди населения.

Хотько Е.А.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Научный руководитель асс. Принькова Т.Ю.
Кафедра биологической химии

Рак тела матки (РТМ) – одно из наиболее распространённых заболеваний женской половой сферы. В Беларуси за последние десять лет число ежегодно регистрируемых случаев РТМ увеличилось с 2001 г. до 2010 г. в 1,5 раза. В то же время, согласно данным Белорусского канцер-регистра за 2003 г. показатель запущенности РТМ составил 15,0%.

В настоящее время остается актуальным поиск наиболее значимых маркеров неблагоприятного течения РТМ, выявляемых малоинвазивными методами, для дооперационной оценки прогрессирования РТМ.

Цель исследования: определение значимости содержания в сыворотке пациенток, страдающих РТМ, субстратов эндогенной интоксикации (ЭИ): вторичных продуктов липидной пероксидации, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБКРП), карбонильных производных белков (КПБ), молекул средней массы (МСМ), а также связывающей способности альбумина (ССА) в качестве предикторов распространенности и степени злокачественности опухоли.

Методика и результаты исследования: материалом исследования служили образцы сыворотки крови, клинические и лабораторные данные 103 пациенток, страдающих РТМ. Группу контроля составили 16 практически здоровых женщин. В сыворотке крови всех пациенток определяли концентрацию ТБКРП методом Гончаренко М.С., Латиновой А.М.; концентрацию КПБ по реакции взаимодействия окисленных аминокислотных остатков белков с динитрофенилгидразином; содержание МСМ спектрофотометрическим методом по Н.И. Габриэлян; структурно-функциональное состояние альбумина методом ЭПР-спектроскопии сыворотки крови.

Изучаемые параметры ЭИ проанализированы у пациенток с различной распространенностью опухолевого процесса. У пациенток с распространенным РТМ (III-IV стадии) отмечалось достоверное возрастание концентрации ТБКРП на 65,8% и увеличение ССА на 89,9% ($p<0,05$) по сравнению с группой пациенток с нераспространенным РТМ (I-II стадии).

Результаты исследования показателей ЭИ были также проанализированы у пациенток, имеющих различную степень злокачественности РТМ. Наблюдается достоверное увеличение уровня ТБКРП на 29,2%, КПБ на 16,7% и увеличение ССА на 18% у пациенток с промежуточной и высокой степенью злокачественности опухоли тела матки (Grade 2,3) по сравнению с пациентками с низкой степенью злокачественности РТМ (Grade I) ($p<0,05$).

Таким образом, возрастание концентрации продуктов перекисного окисления липидов (ТБКРП) и окислительной модификации белков (КПБ), а также связывающей способности альбумина по мере увеличения распространенности и степени злокачественности опухолевого процесса свидетельствует о том, что данные показатели могут являться прогностически значимыми в дооперационной оценке прогрессирования рака тела матки.

Хотько В.С.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ СТАРШЕ 18 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель асс. Войтко Т.А.
3-я кафедра внутренних болезней

Муковисцидоз (МВ) – самое распространённое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, с которым в клинической практике до недавнего времени встречались только педиатры. МВ был определён Готцем как новая для терапии болезнь только в 1985 году. Данное заболевание характеризуется поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, прежде всего, бронхолёгочной системы, желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, гепатобилиарной системы, урогенитального тракта, потовых желез и проявляется клиническим полиморфизмом.

Частота встречаемости МВ в европейских странах колеблется от 1:2500 до 1:12000, составляя в Республике Беларусь 1:8000 новорождённых. В нашей стране официально зарегистрировано около 200 пациентов с МВ, более 25% из которых – лица старше 18 лет.

Оценка физического статуса пациентов МВ имеет важное клиническое и прогностическое значение, т.к. снижение темпов роста и потеря массы тела является индикатором неблагополучия при этом заболевании. Отставание в физическом развитии определяется наличием хронической панкреатической недостаточности, приводящей к постоянным энергетическим потерям со стулом, а также повышенные энергетические потребности, увеличивающиеся ещё больше с ухудшением лёгочной функции.

Цель нашей работы: 1) изучить физическое развитие пациентов с МВ старше 18 лет, находящихся на диспансерном учёте у пульмонологов Минского консультационно-диагностического центра; 2) выявить зависимость функции внешнего дыхания от показателей индекса массы тела и высеваемой из мокроты микрофлоры.

Методы исследования: 1) антропометрия (вес, рост, индекс массы тела); 2) спирография; 3) бактериологическое исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам.

Было изучено физическое развитие 15 пациентов старше 18 лет с МВ, из них 7 мужчин (47%) и 8 женщин (53%). Диагноз был установлен в возрасте до 3-х лет - у 10 пациентов (67%), от 3 до 7 лет – у 1 пациента (7%), от 7 лет до 18 – у 2 пациентов (13%), старше 18 лет – у 2 пациентов (13%), подтверждён результатами потовой пробы и генетического исследования.

Получены следующие данные: ИМТ <18,5 имеют 6 человек (40%), ИМТ 18,5-24,9 – 8 человек (53,3%), ИМТ 25,0-29,9 – 1 человек (6,7%). Избыточный вес имеет пациент без пан-

креатической недостаточности (6,7%). Креон был назначен из расчёта 800-7500 единиц липазы/кг/сут; в среднем пациенты получали 4150±3350 единиц липазы/кг/сут. 4 пациента (26,6%) получают Креон 25000, 10 человек (66,7%) – Креон 10000.

Хронический высев Ps. aeruginosa выявлен у 8 человек (53,4%), St. aureus – у 5 человек (33,3%), а 2 человека (13,3%) имеют сочетание хронического высева Ps. aeruginosa и St. aureus. Снижение ИМТ чаще отмечалось у пациентов с хроническим высевом Ps. aeruginosa, и более значительно в случаях сочетания St. aureus с Ps. aeruginosa.

Нормальные показатели спирографии зарегистрированы у 5 чел (33,3%), снижение показателей функции внешнего дыхания – у 10 чел (66,7%).

Выводы:

1) физическое развитие влияет на показатели функции внешнего дыхания.

2) хроническое носительство Ps. aeruginosa приводит к снижению показателей физического развития, функции внешнего дыхания.

3) адекватное назначение заместительной ферментной терапии улучшает показатели физического развития, функции внешнего дыхания и, как результат, улучшает качество жизни пациентов.

Хотян А.А.

АНАЛИЗ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ДЕНТИНА ПОРАЖЁННЫХ КАРИЕСОМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОБРАБОТКИ ФТОРИДОМ ДИАММИНСЕРЕБРА

Научные руководители канд. мед. наук Бурак Ж.М., канд. мед наук Бутвиловский А.В.
Кафедра стоматологии детского возраста
2-ая кафедра терапевтической стоматологии

Цель исследования: провести анализ химического состава дентина поражённых кариесом временных зубов после обработки 38%-ным раствором фторида диамминсеребра (ФДС).

Материалы и методы. Исследования проводились на 6-ти удаленных по причине физиологической смены временных зубах, имеющих полостные кариозные поражения на уровне плащевого дентина. Зубы очищали, проводили аппликацию на дно и стенки кариозных полостей 38%-ного раствора ФДС («Аргенат однокомпонентный», «ВладМиВа»). Подготовленные резы зубов подвергали анализу на рентгеновском энергодисперсионном спектрометре «INCA 350» («Oxford Instruments», Великобритания). В каждом из образцов измерения содержания химических элементов проведены не менее чем в 10-ти точках. Полученные результаты обработаны методами описательной статистики, корреляцию показателей оценена с помощью коэффициента Пирсона, достоверность различий определена по критерию Стьюдента.

Полученные результаты. Измерения содержания серебра, фтора, кальция и фосфора проводились в 83-х точках, оценка химического состава дентина проводилась на расстоянии до 928 мкм от дна кариозной полости. Полученные результаты по содержанию отдельных химических элементов в дентине в зависимости от расстояния от дна кариозной полости представлены в таблице.

Таблица. 1 - Содержание серебра, фтора кальция и фосфора в дентине пораженных кариесом временных зубов после обработки 38%-ным раствором ФДС

Расстояние от дна кариозной полости	Содержание Ag, вес %	Содержание F, вес %	Содержание Ca, вес %	Содержание P, вес %
До 250 мкм	20,67±2,98*	9,87±1,32*	17,97±2,18*	10,18±1,08*
251-500 мкм	15,35±3,72	5,61±0,90	26,65±2,1	14,49±1,12

			9	
Более 500 мкм	3,02±0,64*	1,90±0,26*	36,60±1,87*	19,07±0,58*

*p<0,001

При анализе взаимосвязи содержания серебра и расстояния от дна кариозной полости, на котором производились измерения, установлено, что между ними существует достоверная обратная корреляционная связь средней силы (r= –0,59±0,10; p<0,001). Между содержанием фтора и расстоянием от дна кариозной полости также существует достоверная обратная корреляционная связь средней силы (r= –0,68±0,10; p<0,001). Выявлены также достоверная обратная корреляционная связь средней силы (r= –0,61±0,11; p<0,001) между содержанием серебра и кальция и сильная (r= –0,76±0,11; p<0,001) – между содержанием серебра и фосфора.

Выводы.

1) После обработки ФДС пораженных кариесом временных зубов наибольшее содержание серебра и фтора наблюдается в поверхностных слоях кариозного дентина (расстояние до 250 мкм), а наименьшее – для наиболее удаленного от дна кариозной полости слоя (более 500 мкм).

2) Между содержанием серебра и фосфора в дентине пораженных кариесом временных зубов, обработанных ФДС, существует достоверная обратная сильная корреляционная связь, а между содержанием серебра и кальция – обратная корреляционная связь средней силы.

Цагельник К.А.

ПОЛЕЗНЫЕ СВОЙСТВА “ВРЕДНЫХ” ПРОДУКТОВ

Научный руководитель канд. хим. наук, ст. преп. Губкина Н.И.
Кафедра биоорганической химии

По данным постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь, среднесуточная норма употребления пищевой соли составляет 10 - 12 г. Из которых 6-8 г. попадает в организм человека вместе с пищей и водой. Поступление натрия в организм способствует выведению из организма калия. В результате такого механизма действия в организме поддерживается самое оптимальное количество жидкости, поддерживается тонус сосудов. Соль служит источником образования соляной кислоты, которая необходима для нормального пищеварения.

Среднесуточная норма сахара — 50 грамм, при этом следует помнить, что этот углевод расщепляется в пищеварительном тракте на глюкозу и фруктозу, которые играют важную роль в энергетическом обмене организма. Так же глюкоза поступает в организм из расщепления крахмала, но усвоение организмом происходит относительно медленно.

Среднесуточная норма кофеина для взрослого здорового человека составляет около 150 мг. Для сравнения в одной чашечке кофе-экспресс содержится 90 – 200 мг кофеина. Кофеин – натуральный алкалоид, необходимый растениям для защиты от вредителей. Химическое название кофеина – 1,3,7-триметилксантин. В небольших количествах кофеин оказывает возбуждающее действие на всю нервную систему. Уже давно подмечено, что шоколад улучшает память и вообще благотворно влияет на работу мозга. Ученые считают, что флавонолы какао, содержащиеся в шоколаде, могут быть полезны в случаях, когда работа мозга затруднена, например, вследствие переутомления, недосыпания. Эффект шоколада связан с расширением сосудов головного мозга. Важные участки мозга получают больше крови и лучше снабжаются кислородом.

При употреблении шоколада синтезируется нейромедиатор – серотонин. Глюкоза, поступающая в кровоток, увеличивает уровень сахара в крови, что стимулирует выработку инсулина, который в свою очередь дает «команду», в результате чего большее количество триптофана проходит через гематоэнцефалический барьер и устремляется на синтез серотонина.

В ходе работы поставлены следующие **задачи:**

1) Изучение литературных данных о структуре и функциях соли, сахара, кофе и шоколада.
2) Изучение суточной нормы продуктов в организме человека.
3) Выявление полезных свойств перечисленных продуктов.

Для достижения поставленных целей и задач была изучена и проанализирована соответствующая литература.

Цалко Н.А.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Лапотко М.А.
Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность проблемы. В настоящее время частота невынашивания беременности составляет 10 – 25% от всех беременностей. В первом триместре частота невынашивания составляет от 35 до 50%.

Целью данной работы было изучить причины невынашивания беременности в первом триместре.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 65 гинекологических историй болезни.

Задачи:

1. Изучить возрастную структуру женщин с угрозой прерывания беременности в первом триместре.
2. Провести анализ причин угрозы беременности (сопутствующая гинекологическая и экстрагенитальная патология).
3. Оценить по данным сонографического исследования состояние плодного яйца, эмбриона и экстраэмбриональных структур
4. Оценка эффективности микронизированного прогестерона (утрожестан) и аналога природного прогестерона (дюфастона) для лечения угрозы прерывания беременности.

Результаты работы.

Возрасту беременных женщин от 18 до 42 года, в среднем возраст составляет 28,2 года.

При анализе репродуктивной функции беременных женщин отмечено,что беременность наступила впервые у 45(69,2%), у 20(308%) беременность наступила повторно.

Искусственные аборты в анамнезе у13,8% ,самопроизвольные выкидыши - 6,2%, первичное бесплодие-1,5%,беременность в результате ЭКО наступила у 2(3%) .

Экстрагенитальную патологию имели 53(81,5%) женщин.

Структура гинекологической патологии среди беременных женщин распределялась следующим образом:

патология шейки матки-10(15,4%),миома матки-2(3,1%),кольпит-7(10,8%),киста яичника-3(4,6%).

По данным сонографии у 7 (10,8%) плодов наблюдалось отставание развития плода по КТР на 2недели, у 5(7,7%) опережение на две недели.

Отклонения в размерах желточного мешка наблюдалось у 10 женщин (15,4%),участок отслойки плаценты визуализировался у 3 (4,6%) женщин.

Для лечения применялись Дюфастон 20мг/сут –27,7%, Дюфастон 30 мг/сут-9,2%, Утрожестан 200 мг/сут- 7, 7% , Утрожестан 4оомг/сут –15,4%

Комбинации Дюфастона 20мг и Утрожестана 200 мг –18,5%. Также использовалась сопутствующая терапия: спазмолитики ,антигеморрагические и седативные препараты.

В результате проведенной терапии беременность удалось пролонгировать у 51 женщины(78,5%).

Выводы:

1. Преобладающее большинство женщин были в возрасте 26-35 лет.
2. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и экстрагенитальную патологию имела каждая вторая женщина.
3. Анализ сонографической картины показал незначительные отклонения в развитии беременности.
4. Опыт применения препаратов Утрожестан и Дюфастон показал их высокую эффективность в лечении невынашивания беременности.

Цветкова К.А., Азаркевич А.О.

ВЛИЯНИЕ ОСТЕОТОМИИ НА НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С РАЩЕЛИНОЙ НЕБА ПРИ БЫСТОМ ЕЕ РАСШИРЕНИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Доста А.Н.
Кафедра ортопедической стоматологии

Впервые хирургическая подготовка к быстрому расширению верхней челюсти была описана в 1938 году – Brown перед быстрым расширением проводил срединную остеотомию верхней челюсти. Остеотомии или компактостеотомии направлены на уменьшение сопротивления костей лицевого скелета действию ортодонтической аппаратуры в местах повышенной резистентности костной ткани у взрослых пациентов.

Целью данной работы было исследование напряженно-деформированного состояния средней зоны лица и основания черепа при быстром расширении верхней челюсти с расщелиной неба с использованием различных видов остеотомий.

Материалы и методы. Для исследования использовали трупный череп взрослого человека с моделью расщелины неба. Поочередно исследовали интактный череп и 3 модели черепа с различными видами остеотомии, проводили быстрое расширение верхней челюсти на 5 мм несъемным ортодонтическим аппаратом с винтом HYRAX.

На трупный череп наклеивали по пять тензорезисторов LY41-3/120 производства фирмы HBM (Германия). Тарирование, запись и обработка полученных данных производилась с помощью многоканальной измерительной системы Spider8 и программного обеспечения Catman 4.5 производства фирмы HBM (Германия). Сравнивали напряженно-деформированное состояние структур средней зоны лица и основания черепа.

Результаты и выводы. Применение тензометрических методов, основанных на изменении сопротивления резистора при изменении его длины, является весьма перспективным, поскольку в этом случае не предъявляются особые требования к материалу, исполнению образца и условиям проведения эксперимента. Этот метод позволяет с высокой точностью определить перемещения и напряжения, возникающие в объекте со сложной формой поверхности под действием внешних сил. Нами было установлено пропорциональное уменьшение напряженно-деформированного состояния всех изучаемых костных структур с увеличением объема остеотомии. Однако отделение крыловидного отростка клиновидной кости не оказывает значительного влияния на напряженно-деформированное состояние верхней челюсти с моделью расщелины неба при быстром расширении верхней челюсти.

Как любое хирургическое вмешательство, остеотомии или компактостеотомии небезопасны, и только тщательное планирование и выполнение лечения гарантируют удовлетворительный результат.

Цветкова К.А.

ИЗМЕНЕНИЕ СВОЙСТВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ И КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДОШКОЛЬНИКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГРУППОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Белик Л.П.
Кафедра стоматологии детского возраста

Цель исследования: оценить изменения свойств ротовой жидкости и кариесрезистентности временных зубов у дошкольников в динамике при проведении групповой профилактики.

Методика. Нами проведено исследование минерализующих свойств ротовой жидкости, проведена оценка кариесрезистентности временных зубов у воспитанников детских образовательных учреждений №533 и №503 г. Минска. Воспитанники ДОУ №533 регулярно на протяжении трех лет после завтрака под контролем воспитателя проводят чистку зубов с помощью пасты R.O.C.S. KIDS. Воспитанники ДОУ №503 самостоятельно ухаживают за полостью рта дома. У 2-х групп детей 4-5 летнего возраста ДОУ №533 и у 2-х групп детей ДОУ №503 аналогичного возраста мы оценивали интенсивность кариеса по индексам кпуз и УИК, определяли минерализующий потенциал ротовой жидкости. Кариесрезистентность твердых тканей зубов оценивали с помощью теста эмалевой резистентности (ТЭР-теста). Забор ротовой жидкости проводился нами до завтрака, после чистки зубов и через полчаса после нее.

Результаты. За время проведения программы групповой профилактики кариеса нам удалось установить, что у детей ДОУ №533 выработалась стойкая привычка к чистке зубов после приема пищи. В результате наших исследований у дошкольников этого же учреждения нам удалось отметить повышение минерализующего потенциала слюны, повышение кариесрезистентности твердых тканей временных зубов и более низкую интенсивность кариеса, чем у воспитанников ДОУ № 503.

Выявленные закономерности дают нам основание сделать вывод, что регулярная контролируемая чистка зубов в условиях детского образовательного учреждения под контролем воспитателя дает возможность улучшить минерализующие параметры ротовой жидкости, увеличить кариесрезистентность временных зубов и значительно повысить уровень стоматологического здоровья детей.

Цветкова К.А.

ПРОБЛЕМА ДЕФИЦИТА КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ЧАСТИЧНЫХ АДЕНТИЯХ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шабанович А.Б.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Врожденная частичная адентия является одной из актуальных стоматологических проблем. При адентии страдает жевательная функция, нарушается функция речи, формируется неправильный прикус. Все эти изменения особенно актуальны при локализации адентии в эстетически важной зоне, что влечет за собой не только эстетические, но и психологические проблемы у пациентов.

Существуют различные подходы в лечении данной патологии. Среди них преобладает комплексная тактика лечения – комбинации ортодонтического и ортопедического лечения, комбинации ортодонтического и терапевтического лечения. Использование только терапевтических или ортопедических методик лечения часто сопряжено с удалением значительного количества твердых тканей интактных зубов, прилежащих к дефекту.

Дентальная имплантация является одной из наиболее эффективных и рациональных методик реабилитации пациентов с различными видами адентий. Комбинация ортодонтической и

имплантологической методик – наиболее перспективный и оптимальный подход при лечении данной патологии. На наш взгляд, основной проблемой как на этапе ортодонтического лечения, так и при последующем планировании имплантологического лечения, является дефицит костных структур альвеолярного отростка в проекции адентий.

Целью нашего исследования являлась оценка результатов ортодонтического лечения при врожденных частичных адентиях, а также определение показаний к проведению различных методов аугментации альвеолярного отростка челюстей при проведении дентальной имплантации.

Нами рассмотрены различные клинические случаи комплексного лечения врожденных адентий. На первом этапе всем пациентам проводилось ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники (мультибондинг системы) для достижения оптимального мезиодистального расстояния в области адентии, учитывая локализацию адентии и индивидуальные размеры клинических коронок зубов пациентов.

На втором этапе, при планировании дентальной имплантации, пациентам проводилась конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области для определения ширины и высоты альвеолярного отростка в области адентии с целью рационального выбора аугментационных методик (расщепление альвеолярного отростка, использование аутокостных блоков). Дентальная имплантация выполнялась либо одномоментно с аугментацией альвеолярного отростка, либо спустя четыре месяца. Протезирование осуществлялось согласно классической двухэтапной методике по Бранемарку.

Оценка результатов лечения показала, что последующая разработка оптимального протокола лечения данной патологии в зависимости от локализации адентий, величины дефекта и типа костной ткани, позволит сократить сроки лечения, минимизировать травматизм хирургического вмешательства при проведении дентальной имплантации, повысить эстетический и функциональный результат лечения.

Цветкова К.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТЕМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель асс. Денисов С.С.
Кафедра ортодонтии

Диастема верхней челюсти является одной из самых распространенных причин обращения пациентов за ортодонтической помощью. Распространенность данной патологии у жителей города Минска в возрасте 12 – 15 лет достигает 40 % (по данным А.В. Бутвиловский, 2003г.).

Причины, приводящие к возникновению данной аномалии, разнообразны: вредные привычки, позднее удаление молочных зубов, аномалии формы и величины резцов, адентия, аномалия прикрепления уздечки верхней губы. На возникновение диастемы также влияют особенности анатомического строения межчелюстной кости (уплотнение костного шва) и неправильное расположение резцового отверстия.

Основными показаниями для устранения диастемы в периоды смешанного и формирующегося постоянного прикуса являются:

1) аномалийное положение центральных резцов, затрудняющее прорезывание боковых резцов или клыков.

2) нарушение эстетики.

Традиционным методом, наиболее широко используемым при лечении данной патологии, является применение пластинки на верхнюю челюсть с рукообразными пружинами. Данный метод имеет ряд недостатков: длительные сроки адаптации и лечения, необходимость тщательного контроля за режимом использования аппарата в силу особенностей его фиксации.

Цель работы: провести сравнительную оценку различных методов лечения диастемы верхней челюсти в периоды смешанного и формирующегося постоянного прикуса.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов обоих полов, которые были разделены на 2 группы.

В первую группу (10 человек) вошли пациенты, которым проводилось лечение диастемы верхней челюсти при помощи пластинки с рукообразными пружинами.

Во второй группе (10 человек) лечение проводилось альтернативным несъемным механически–действующим аппаратом для закрытия диастемы.

В работе использовались следующие методы: клинический (по стандартной методике), измерение диагностических моделей зубных рядов и статистический метод.

Результаты и выводы. В результате работы была проведена сравнительная оценка двух методов коррекции диастемы верхней челюсти у пациентов в периоды смешанного и формирующегося постоянного прикуса. Установлено уменьшение периода адаптации и сроков лечения у пациентов второй группы. Аппарат, применяемый во второй группе, эстетичен, не виден при разговоре и улыбке, что в свою очередь повышает заинтересованность пациентов в ортодонтическом лечении и снимает вопрос «психологического дискомфорта» при лечении «видимыми конструкциями».

Установлено, что метод лечения, применяемый во второй группе пациентов, может повысить эффективность ортодонтического лечения пациентов и сократить его продолжительность.

Церах А.В., Нестеренко С.П.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТАТУСА ПИТАНИЯ КУРСАНТОВ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Научный руководитель канд. мед. наук, п/п-к м/с Ширко Д.И.
Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Несмотря на все достижения современной медицинской науки, развитие новых методов диагностики и лечения, повышение уровня жизни людей, общее количество заболеваний человека не уменьшается. В связи с этим, еще большую актуальность в сохранении и укреплении здоровья населения приобретает первичная профилактика.

Одним из перспективных направлений исследований является методология изучения статуса питания, характеризующего физическое развитие, функциональные и адаптационные возможности организма, сложившиеся под влиянием потребляемого состава и количества пищи, а также условий ее потребления и генетически детерминированных особенностей метаболизма питательных веществ.

Курсанты военно-медицинского факультета являются одной из социально значимых групп нашего общества, так как по окончании обучения они составят основу медицинской службы Вооруженных Сил, играющей важную роль в процессе поддержания обороноспособности нашей страны. Вместе с тем оценка статуса питания данной категории военнослужащих до настоящего времени не проводилась.

Целью настоящего исследования являлась оценка влияния фактического питания на состояние здоровья курсантов военно-медицинского факультета.

В соответствии с инструкцией по применению Министерства здравоохранения от 24.12.2010 г. № 114-1210 «Порядок гигиенической оценки фактического питания военнослужащих» были изучены показатели структуры тела (величина жирового компонента тела), функциональных (комплексный показатель физической подготовленности, рассчитываемый по результатам подтягивания на перекладине, бега на дистанции 100 и 3000 метров) и адаптационных (индекса функциональных изменений системы кровообращения) возможностей организма, физиологических резервов (время выполнения пробы Штанге) и

показателей психологического состояния (уровень личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера–Ю.Л. Ханина).

Для этого использовались расчетные, соматометрические, калиперометрические, физиологические, асцилометрические, психометрические и статистические методы исследования и обработки информации.

В результате проведенных исследований было установлено, что в процессе обучения количество курсантов имеющих оптимальный статус питания, хотя и недостоверно, но снижалось по мере увеличения продолжительности обучения. Данная тенденция, в первую очередь, связана с увеличением доли лиц с повышенным и избыточным (по величине жирового компонента тела) питанием, и связанным с этим снижением функциональных и адаптационных возможностей организма.

Это требует продолжения исследований по определению физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии и разработке адекватного рациона питания для данной категории военнослужащих.

Цилько А.А.

КОМПЬЮТЕРНАЯ АДДИКЦИЯ И ФАКТОРЫ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель магистр., асс. Валаханович Т.Н.
Кафедра гигиены детей и подростков

Повсеместная компьютеризация общества кроме положительных аспектов привносит в нашу жизнь и отрицательные. Очень часто для самих себя мы не замечаем, как стремление воспользоваться компьютером все чаще начинает приобретать патологический характер. Особенно сильно формированию компьютерной аддикции – патологической зависимости от компьютера – подвержены подростки, так как именно этот период жизни является наиболее кризисным. В связи с этим сегодня перед медработниками встают задачи, связанные с безопасностью при работе за компьютером, а также профилактикой развития компьютерной зависимости у подростков и выявлением факторов, способствующих её формированию.

Цель: изучение признаков компьютерной зависимости у старших школьников и степени влияния факторов, способствующих ее формированию.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось на базе средней школы г. Минска путем анонимного анкетирования учащихся 7-11 классов. Всего было обследовано 234 человека, из которых 63,2% составили юноши и 36,8% девушки (148 и 86 человек соответственно). Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Microsoft. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Большинство опрошенных (97,7%) имеют дома компьютер, 89,3% из которых имеют свободный доступ к интернету. Учащиеся проводят за компьютером в среднем 3,3 часа в день (мальчики на 16 минут больше девочек); на компьютерные игры юноши тратят по 2 часа в день, а девушки – по 40 минут. При невозможности воспользоваться компьютером 56% девочек и 47% мальчиков испытывают неприятные ощущения, такие как злость, разочарование, досаду, нервозность. Заболевания глаз, связанные с ухудшением зрения имеют 32,1% учащихся, лишь 6,4% из которых делают гимнастику для глаз.

При анализе социальных факторов, способствующих уходу ребенка в виртуальную реальность, установлено, что лишь 41,36 % из опрошенных имеют доверительные отношения с родителями и 64,83 % сообща решают сложившиеся проблемные вопросы. Почти треть респондентов нуждается в дополнительном внимании со стороны взрослых и указывает на необходимость увеличения времени общения с родителями. Родители каждого третьего школьника не контролируют его действия, поступки, не участвуют в решении его проблем.

При этом, эти подростки по сравнению со сверстниками, ограниченными в свободе выбора и принятия самостоятельных решений, реже (на 29%) забывают выполнять домашние задания, на 27% меньше испытывают неприятные ощущения при невозможности воспользоваться компьютером, реже на 14% забывают поесть, отвлекаясь от компьютера. Дети, воспитывающиеся в неполной семье (29,59% учащихся), подвержены компьютерной зависимости на 8% больше, чем дети, имеющие обоих родителей. Около 28% участников опроса испытывают дефицит социального общения, практически не имеют друзей среди сверстников. У учащихся, посещающих спортивные секции, проявления признаков компьютерной зависимости на 15% ниже, а также нарушения в состоянии их здоровья, связанные с ненормированной работой за компьютером, проявляются на треть меньше, чем у школьников, не занимающихся регулярно дополнительными физическими нагрузками.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о высокой степени формирования компьютерной зависимости у подростков с различной степенью влияния неблагоприятных социальных факторов.

Цупа А.И., Еленская С.П.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Апанасович В.Г.
2-я кафедра внутренних болезней

Цель: провести анализ сопутствующей патологии у больных остеоартрозом, находящихся на стационарном лечении, в целом, и по отдельным нозологическим формам, с учетом пола для полной характеристики клинической ситуации. Полученные данные использовать для последующей индивидуализации лечения, планирования объемов обследования, привлечения врачей–консультантов, обеспечения больного лекарственными препаратами для лечения сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Исследовано 664 истории болезней пациентов, лечившихся в ревматологическом отделении 9 ГКБ в 2012 году. Составлена выборочная группа из 200 историй болезней пациентов с остеоартрозом и проанализирована нозологическая коморбидность этой группы в соответствии с возрастом и полом. Для оценки коморбидности был использован индекс Чарлсона (Charlson index).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 68,4±13,1. Из всех исследованных историй болезней (664) 31% историй пациентов с остеоартрозом (200). Число коморбидных заболеваний в выборочной группе равно 765, среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента с остеоартрозом составило 3,93±0,4. При анализе выборочной группы было выявлено, что на первом месте по встречаемости среди коморбидных заболеваний болезни сердечно-сосудистой системы (63,5%), на втором месте другие ревматические заболевания (7,1%), сахарный диабет и заболевания почек составили по 3,8% от всех сопутствующих заболеваний, инфекции мочевыводящих путей–3,7%, заболевания ЖКТ–3,1%, варикозная болезнь с ХВН–2,5%, дисциркуляторные энцефалопатии–2,35%, ЖКБ–1,7%, заболевания легких, заболевания печени, псориаз составили по 1,6% от всех сопутствующих заболеваний. Т.о. наиболее частыми коморбидными заболеваниями являются заболевания сердечно-сосудистой системы. Из них на долю ИБС приходится 34,6% , в том числе кардиосклероз – 56,6% от всех ИБС, стенокардия–22%, нарушения сердечного ритма–21,5% ; АГ составила 34,3% от всех сердечно-сосудистых заболеваний; ХСН – 28,3%; наименьшую часть из всех встретившихся заболеваний сердечно-сосудистой системы составили пороки сердца (2,7%). При анализе сопутствующих заболеваний в соответствии с полом были выявлены различия в структуре коморбидности у мужчин и женщин. У мужчин из всех коморбидных форм чаще других встречаются АГ(25%), ИБС(16,9%), ХСН(18,2%), другие ревматические заболевания (9,5%), заболевания почек(7,4%), заболевания ЖКТ(4,7%). У женщин на первом месте вы-

ступила ИБС(23,2%), АГ составила 21%, ХСН-18%, другие ревматические заболевания-6,5%, заболевания щитовидной железы-4,5%, инфекции мочевыводящих путей -4%. Среди форм ИБС так же найдены различия: у мужчин нарушения сердечной проводимости и кардиосклероз встречаются чаще на 12,4% и 8,8% соответственно, однако стенокардия указывается на 21,2% реже. Индекс Чарлсона равен 3,42±0,3 ($p<0,001$).

Цыганчук Г.В.

АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В 432 ГВКМЦ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бова А.А.
Кафедра военно-полевой терапии

Цель: оценить непосредственные и ближайшие результаты проведенных стентирований коронарных артерий по данным 432 ГВКМЦ за 2011-2012 годы.

Материалы и методы. Изучены 41 история болезней пациентов, которым проведено стентирование коронарных артерий. Средний возраст пациентов составил 61,4±0,3 лет. Из них мужчин - 37 человек (90,2%), женщин - 4 человека (9,8%). Всем пациентам до процедуры назначали аспирин 75 мг, за пять дней перед плановым стентированием - клопидогрель 75 мг/сут, перед неотложным - клопидогрель 600 мг. В течение первых суток после вмешательства проводилась внутривенная инфузия гепарина 1000 Ед/ч под контролем АЧТВ на фоне приема аспирина 75 мг/сут, плавикса 75 мг/сут. В дальнейшем антитромботическая терапия проводилась фраксипарином подкожно 0,8 мл каждые 12 ч. Лечение продолжалось от 2 до 7 суток, его длительность определялась лечащим врачом. В дальнейшем в течение 12 месяцев пациентам рекомендовался прием аспирина 75 мг/сут в сочетании с клопидогрелем 75 мг/сут, затем только один из указанных препаратов. Всем пациентам рекомендован прием статинов под контролем липидного спектра крови.

Выводы.

1. Применение коронарных стентов является высокоэффективным методом лечения пациентов с острыми клиническими формами ИБС.
2. Стентирование коронарных артерий приносит выраженный положительный эффект, имеет малое количество осложнений и противопоказаний.

Цыкунова А.А., Блоцкая И.В.

ПРИЧИНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ИЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КУРЕНИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Новикова Р.А.
1-ая кафедра внутренних болезней

Целью данного исследования является изучение влияния курения на возникновения ИБС и ХОБЛ.

Методика проведения исследования заключалась в клиническом обследовании и изучении лабораторно-инструментальных данных 50 пациентов, страдающих различными формами ИБС, 40 пациентов, имеющих ИБС и ХОБЛ и 8 пациентов, имеющих диагноз только хронической обструктивной болезни лёгких. Все пациенты являлись или являются злостными курильщиками.

Результаты. В ходе проведения исследования нами было достоверно выяснено, что злостное курение вызывает более раннее возникновение ХОБЛ и ухудшает течение этого забо-

левания, способствуя быстрому уменьшению ОФВ1 и более раннему появлению выраженной клинической симптоматики(одышка, кашель, мокрота). Важнейшим фактором риска возникновения ХОБЛ является длительное воздействие производственной и домашней пыли. Инфекционные заболевания являются причиной возникновения и обострения ХОБЛ. В 77,2% случаев у больных с данной патологией на ЭКГ имеются изменения в виде полной блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса. Качество жизни у больных страдающих ХОБЛ (2-4 ст.) и ИБС достоверно ниже, чем у пациентов, имеющих только ИБС. У больных, страдающих только ИБС, в большей степени отягощена наследственность по данной патологии. Возникновение заболевания у них достоверно связано с психоэмоциональной нагрузкой (45,6%), физической нагрузкой (34,4%), употреблением алкоголя (15,3%), нет видимых причин (4,7%). Злоупотребление алкоголем способствует более раннему возникновению ИБС и ухудшает течение заболевания. Пациенты, страдающие ИБС, имеют более высокое социальное положение, в отличие от пациентов с ХОБЛ (43,8% против 9,5% соответственно).

Цырулик А.А., Евченко А.Ю.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АСТМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Антонович Ж.В.
3-я кафедра внутренних болезней

Независимым фактором риска при бронхиальной астме (БА) является ожирение. Абдоминальный тип ожирения оказывает более выраженное влияние на респираторную функцию, чем общее ожирение. Характерное для метаболического синдрома (МС) системное воспаление может влиять на течение БА и чувствительность пациентов к глюкокортикостероидам (ГКС).

Цель: выявить особенности клинического течения БА у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В динамическое исследование включены 75 пациентов с БА, обследованные дважды с интервалом 3 месяца. Проводились антропометрия, клиническое и лабораторное обследование, спирография. Степень тяжести и уровень контроля БА оценивали по критериям GINA.

Результаты. Нормальный индекс массы тела имели 40% (30) пациентов с БА, избыток массы тела и ожирение – 60% (45) пациентов. У пациентов с БА по сравнению с контролем наблюдался центральный характер жироотложения ($p<0,05$), что сопровождалось атерогенными нарушениями в липидном профиле сыворотки крови ($p<0,001$). МС был выявлен у 45% (34) пациентов с БА и у 10% (3) человек в группе контроля ($p<0,001$). Для пациентов с БА и МС по сравнению с группой пациентов с БА без МС были характерны большая выраженность клинических проявлений астмы (38,5 (33-41) баллов; 30 (24-38) баллов; $p<0,01$), снижение $ОФВ_1$ ($p<0,05$) и ФЖЕЛ ($p<0,05$), а также большая частота госпитализаций за год (2 (1-3); 1 (1-2); $p<0,05$). Для достижения контроля над БА у пациентов с МС требовались большие суточные дозы ингаляционных ГКС чем у пациентов без МС ($p<0,05$).

Заключение. Высокая частота встречаемости МС у пациентов с БА, большая выраженность клинических симптомов астмы, ухудшение показателей функции внешнего дыхания, большая частота госпитализаций, а также потребность в назначении более высоких доз ингаляционных ГКС для достижения контроля над астмой у пациентов с МС должны учитываться при лечении БА.

Чайка А.С.

ПЕРВИЧНАЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕТИЛ-ТРЕТ-АМИЛОВОГО ЭФИРА

Научные руководители преп.-стажер Лепешко П.Н., канд. мед. наук,
зав. лаб. пром. токс. Соболь Ю.А.
Кафедра гигиены труда

Целью настоящих исследований является экспериментальное изучение и оценка токсических, иммунотоксических, гемотоксических свойств препарата метил-трет-амиловый эфир в острых и хронических опытах для обоснования предельно допустимой концентрации в воздухе рабочей зоны и ОБУВ в атмосферном воздухе.

На основании результатов выполненных экспериментальных токсиколого-гигиенических исследований можно заключить следующее:

1. Препарат метил-трет-амиловый эфир по параметрам острой токсичности при: однократном внутрижелудочном введении белым крысам ($ЛД_{50}$ на уровне 6812,8$\pm$398,2 мг/кг) относится к малоопасным веществам (IV класс опасности по ГОСТ 12.1.007-76).
2. Препарат не обладает существенным кожно-раздражающим и ирритативным действием.
3. Метил-трет-амиловый эфир при внутрижелудочном введении в организм белых крыс в течение месяца в дозе 1/10 $ЛД_{50}$ (681 мг/кг) на растительном масле проявлял кумулятивное действие, которое опосредовалось формированием общетоксических (достоверные по отношению к контролю снижение прироста массы тела и возрастание относительных коэффициентов массы печени и почек, увеличение содержания в гемолизатах крови глютатион восстановленного и SH-групп, возрастание в сыворотке крови активности лактатдегидрогеназы и снижение активности холинэстеразы, увеличение степени окислительной модификации белка по накоплению битирозина), сенсибилизирующих (возрастание специфической реакции НСТ-теста гранулоцитов), иммунотоксических (значительная активации кислородзависимой фагоцитарной функции гранулоцитарно-макрофагальных клеток крови) и гемотоксических эффектов.
4. Эпикутанное воздействие 50% раствора МТАЭ на растительном масле в течение месяца вызывало у опытных белых крыс развитие кожно-резорбтивного токсического эффекта, проявляющегося общетоксическими (снижение прироста массы тела и возрастание относительного коэффициента массы легкого, увеличение содержания в гемолизатах крови глютатион восстановленного и SH-групп, возрастание в сыворотке крови активности ферментов лактатдегидрогеназы, глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы и холинэстеразы, накопление битирозина), аллергическими (возрастание уровня специфической активации гранулоцитов крови, содержания в сыворотке крови ЦИК), иммунотоксическими (угнетение спонтанного уровня кислородного метаболизма в гранулоцитах крови) биологическими реакциями.
5. Воздействие метил-трет-амилового эфира при разных путях поступления в организм лабораторных животных сопровождается однонаправленным характером вредного действия на основные органы и системы организма с нарушениями показателей кроветворной системы, иммунного гомеостаза, углеводного и энергетического обмена на фоне активации процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, окислительной модификации белковых молекул.

Соблюдение установленного гигиенического норматива препарата МТАЭ является наиболее эффективной мерой профилактики его неблагоприятного действия на организм работников и обеспечивает гигиеническую безопасность для здоровья работников при его производстве и применении по назначению.

Чак Т.А.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕЙРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Хапалюк А.В.
Кафедра клинической фармакологии

Актуальность проблемы осложнений сахарного диабета (СД) является бесспорной по причине увеличения распространённости патологии, тяжести и полиорганности поражения вследствие прогрессирования макро- и микроангиопатий.

Цель: на основании данных литературы оценить важность изучения предикторов развития осложнений сахарного диабета.

Рассматриваются несколько теорий развития осложнений СД.

Метаболическая теория. При хронической гипергликемии, наблюдаемой при сахарном диабете, подвергаются повреждению нейроны и шванновские клетки периферических нервов, эндотелиальные клетки сетчатки глаза и мезангиальные клетки почек, которые не способны самостоятельно регулировать трансмембранный транспорт глюкозы. В результате избытка внутриклеточной глюкозы активируются аномальные пути гликолиза: полиоловый, гексозаминовый, путь протеинкиназы С и путь образования конечных продуктов гликолиза. Доказательствами гипотезы глюкозотоксичности являются результаты исследований DCCT и UKPDS, которые убедительно показали, что при нормализации углеводного обмена уменьшается риск возникновения и прогрессирования хронических осложнений СД, в том числе нейропатии. По данным других клинических исследований, при нормализации уровня гликемии степень выраженности и частота последующих осложнений СД сопоставима с этими же показателями у пациентов с сохраняющимся высоким уровнем глюкозы в крови. Полученные данные стали основанием для выдвижения концепции «гипергликемической памяти».

Сосудистая теория. Патогенез ангиопатий связывают с образованием конечных продуктов гликолиза (КПГ), внеклеточное накопление которых изменяет структуру и функциональные свойства матрикса и матрикс-клеточных взаимодействий. Характерны изменения сосудов и соединительнотканных образований нервных стволов в виде пролиферации и гипертрофии эндотелиальных клеток, истончения и удвоения базальной мембраны капилляров, увеличения числа запустевающих капилляров, уменьшения плотности эндоневрального капиллярного русла с наличием множества агрегатов форменных элементов крови, увеличения интерфасцикулярных пространств и отложений коллагена, а также нарушения тонуса сосудов. Обсуждается роль свободнорадикального окисления в развитии и прогрессировании поздних осложнений СД. При избыточном образовании продуктов перекисного окисления липидов происходит повреждение клеток, что связано с накоплением перекисей липидов в ЛПВП.

Генетические факторы. Было отмечено, что частота и степень развития осложнений СД не всегда взаимосвязана со стажем заболевания и степенью компенсации. Семейный анамнез и отсутствие осложнений СД при плохом метаболическом контроле дает все основания предполагать генетическую предрасположенность. Наиболее изученными являются гены ангиотензина I и ангиотензинпревращающего фермента, ген альдозоредуктазы, гены аполипопротеина Е, фактора некроза опухоли рецепторов 2.

Выводы. Активное изучение патогенеза и генетической составляющей заболевания дает возможность воздействия на пути прогрессирования осложнений СД, что открывает перспективы для их лечения. Полученные открытия в генетике дают основания надеяться на скорое составление индивидуального профиля рисков развития СД и его осложнений на основе генетических маркеров. Таким образом, изучение особенностей и условий развития осложнений СД является перспективным и актуальным направлением научной деятельности.

Чеботарь И.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИССОЦИИРОВАННОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ЗАПЯСТЬЯ. РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Волотовский А.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Целью работы является изучение клинических особенностей и определение оптимальной тактики лечения пациентов с повреждениями в области ладьевидно-полулунного сочленения, приводящими к возникновению ротационного подвывиха ладьевидной кости, нестабильности и посттравматическому деформирующему артрозу в запястье.

В период с 1996 по 2012 год в центре хирургии кисти Городского клинического центра травматологии и ортопедии, базе кафедры травматологи и ортопедии БГМУ (6-я клиническая больница, г. Минск) на лечении находились 484 пациента с повреждениями запястья, у 30 (6,2%) из которых были выявлены клинико-рентгенологические признаки нарушения взаимоотношений в ладьевидно-полулунном сочленении. У 26 больных диагностирован ротационный подвывих ладьевидной кости как проявление ладьевидно-полулунной диссоциации после повреждения внутренней ладьевидно-полулунной связки. У 3 больных была выявлена недостаточность ладьевидно-полулунного сочленения: в двух случаях она возникла после устранения вывиха полулунной кости, а у одного пациента развилась в процессе лечения перилунарного повреждения. Только в одном случае нами было отмечено свежее частичное повреждение ладьевидно-полулунной связки.

Диагностика патологического процесса основана на использовании клинического и рентгенологического метода. Клинический метод включает осмотр пациента с выявлением характерных симптомов заболевания и проведение специальных клинических тестов. Рентгенологический метод подразумевает использование стандартных рентгенограмм запястья в прямой и боковой проекции. С 2007 года больным с повреждениями запястья проводим компьютерную томографию. С 2008 года в комплекс диагностических мероприятий была включена компьютерная томография с 3-D реконструкцией запястья. С диагностической и лечебной целью выполняется также артроскопия запястья.

План и объем лечебных мероприятий определяли индивидуально в зависимости от характера повреждения, сроков, прошедших с момента травмы. Основным методом лечения был хирургический. Во время оперативного вмешательства, при ревизии ладьевидно-полулунного пространства в сроке не более месяца с момента травмы, нами было отмечено сохранение фрагментов поврежденной ладьевидно-полулунной связки, что позволило выполнить ее шов. В случаях застарелого ротационного подвывиха, когда с момента травмы прошло уже более 8 недель, для восстановления целостности ЛПС была проведена ее тендопластика. В качестве трансплантата применяли лоскут лучевого сгибателя кисти по оригинальной методике, лоскут лучевого разгибателя кисти, или лавсановую ленту и фрагмент сухожилия длинной ладонной мышцы. В одном случае больному с выраженным посттравматическим артрозом ладьевидно-полулунного сочленения был выполнен его артродез.

В заключение можно отметить, что внутрисуставные повреждения структур мягких тканей запястья представляет собой многоплановую, трудную для диагностики и до сих пор не решенную проблему травматологии и ортопедии в Республике Беларусь. В лечении нестабильности кистевого сустава мы руководствуемся принципами полного восстановления анатомических взаимоотношений в суставе, реконструкции стабилизирующих сустав структур и по возможности раннее начало функционального лечения для больного. Применяемая методика, несмотря на определенную степень травматичности, позволяет создать мощную связку, стабилизирующую это наиважнейшее сочленение запястья, и получить благоприятный отдалённый результат лечения.

Чеботько А.А.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО СТВОЛА

Научный руководитель врач-кардиохирург Дедович В.В.
Кафедра кардиохирургии с курсом трансплантологии БелМАПО

Общий артериальный ствол представляет собой редкий врожденный порок сердца, при котором один артериальный сосуд с одним полулунным (трункальным) клапаном отходит от основания сердца и обеспечивает системное, легочное, коронарное кровообращение. Благодаря внедрению в практику современных методов диагностики, активного мониторинга беременных, своевременное выявление врожденных пороков сердца (ВПС) на сегодняшний день не представляет особых трудностей. По данным литературы частота встречаемости общего артериального ствола составляет 0,03-0,07/1000 рожденных детей, а среди всех ВПС — 1,1%. Чаще порок наблюдается у мальчиков, чем у девочек.

Цель: оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения общего артериального ствола (ОАС) у детей. Методы: за период 2007-2012 гг. в детском кардиохирургическом центре РНПЦ «Кардиология» на оперативном лечении по поводу ОАС находилось 15 детей. Возраст пациентов варьировал от 6 дней до 2,5 месяцев. Соотношение мальчиков и девочек 2:1. Все дети были доношенные с массой тела от 2950 до 4300 грамм. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) присутствовал во всех случаях. У 1 пациента сопутствующей аномалией являлся перерыв дуги аорты. В большинстве случаев наблюдалось наличие дефекта межпредсердной перегородки, открытого артериального протока, гипоплазии или атрезии одной из ветвей легочной артерии. Сопутствующей патологией в 3 случаях являлся синдром ДиДжорджи. В 5 случаях энцефалопатия новорожденных. Один ребенок был оперирован по поводу атрезии прямой кишки и анального отверстия.

Результаты. I тип ОАС (по Collett R.W. и Edwards J. E.) наблюдался в 73,3 % случаев, II тип в 20%, III тип в 6,7%. Артериальный ствол отходил преимущественно (60%) от правого желудочка и лишь в 40% случаев в равной мере от обоих. В 46,7% случаев отмечалось фиброзное изменение створок и стеноз клапана. В 13,3% случаев створки не изменены. Трункальный клапан был - двустворчатым (6,6%), трехстворчатым (46,7%) и четырехстворчатым (46,7%), сопровождался недостаточностью 2-3 степени. Основным методом диагностики и определения показаний к оперативному лечению являлась ЭхоКГ. 6 пациентам была выполнена ангиокардиография. Методом выбора хирургического лечения ОАС является радикальная коррекция (операция Rastelli). Операция заключается в закрытии ДМЖП, разъединении легочных артерий от ствола и соединении их с правым желудочком с помощью кондуита. Кондуит Contegra №12 использовался у 10 детей. У 1 ребенка создание сообщения выполнялось при помощи редуцированного свежеприготовленного аллографта. Кондуит из ксеноперикарда был использован у 4 пациентов. Послеоперационный период протекал с такими осложнениями как: острая сердечно-легочная недостаточность, АВ-блокада, тромбоз, стеноз кондуита, парез купола диафрагмы, сепсис и синдром полиорганной недостаточности. 4 пациентам потребовалась повторная операция по замене кондуита. Послеоперационная летальность составила 40%. Прогнозируемая летальность по шкале **RACHS** (The Risk Adjusted classification for Congenital Heart Surgery) - 19,2%.

Чекун Е.Г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кузьмин Ю.В.
Кафедра военно-полевой хирургии

Цель: оценить эффективность реконструктивных сосудистых операций при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. (СДС).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезней пациентов с нейроишемической формой СДС, которые находились на лечении в отделении гнойной хирургии УЗ «4 ГКБ им. Н. Е. Савченко» в период с 2008 по 2011 год. Средний возраст пациентов составил 60,68± 12,01 лет.

Анализировались следующие показатели: уровни поражения артерий, количество проведенных реконструктивных операций на сосудах, виды реконструктивных сосудистых операций, наличие осложнений в послеоперационном периоде. Контроль за исследованием – в течение стационарного лечения. Средний срок лечения составил 29,82±19,9 койко-дня.

Результаты и обсуждение. Уровни поражения артерий были следующие: общая бедренная артерия 11.1% (1 пациент), поверхностная бедренная артерия 77.8% (7 пациентов), подколенная артерия 22.2% (2 пациента), передняя большеберцовая артерия 77.8% (7 пациентов), задняя большеберцовая артерия 88.9% (8 пациентов). Многоуровневые поражения (бедро+голень) наблюдались у 77.8% (7 пациентов).

Реконструктивные операции на сосудах были выполнены 9 пациентам (23,7%): эндоваскулярные вмешательства 55.5% (5 пациентов): транслюминальная эндоваскулярная баллонная ангиопластика 33.3% (3 пациента), транслюминальное эндоваскулярное стентирование 22.2% (2 пациента). Открытые операции 45.5% (4 пациента): пластика поверхностной бедренной артерии 11.1% (1 пациент), бедренно-подколенное шунтирование аутовеной 11.1% (1 пациент), бедренно-подколенное шунтирование in situ 11.1% (1 пациент), бедренно-малоберцовое шунтирование аутовеной 11.1% (1 пациент).

Осложнения в послеоперационном периоде после открытых реконструктивных операций наблюдались в 22.2% (2 пациента). Тромбоз бедренно-подколенного шунта 11.1% (1 пациент), тромбоз бедренной артерии 11.1% (1 пациент). Осложнений после транслюминальных эндоваскулярных операций не наблюдалось.

Клиническое улучшение: уменьшение болевого синдрома – у всех больных (100%). Снижение степени ишемии за счет восстановления кровотока в нижних конечностях – в 77,8% случаев (7 пациентов): исчезновение боли в покое 100% (7 пациентов), увеличение дистанции безболевой ходьбы 100% (7 пациентов), реактивная гиперемия конечности 100% (7 пациентов), потепление конечности 100% (7 пациентов). Улучшение состояния раны наблюдалось в 66,7% случаев (6 пациентов): уменьшение размеров раны 100% (6 пациентов). Средняя продолжительность лечения при эндоваскулярных вмешательствах составила 28,8±13,91 койко-дня, при открытых сосудистых операциях – 38,25±16,22 койко-дня ($P<0,05$). Послеоперационный период 10,4±7,1 и 23,3±6,8 соответственно.

Выводы.

1. При нейроишемической форме СДС многоуровневые поражения сосудов нижних конечностей встречаются в 77,8% случаев.
2. Применение реконструктивных сосудистых операций при нейроишемической форме СДС позволяет эффективно снизить степень ишемии конечности.
3. Эндоваскулярные вмешательства при СДС наиболее эффективны по сравнению с открытыми реконструктивными операциями на сосудах в связи с малой травматичностью, коротким послеоперационным периодом и отсутствием осложнений, а также возможностью повторного их проведения у тяжелых и возрастных пациентов.

Чепелевич Н.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РАЗНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Шпак Н.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Изучение изменчивости частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение суток, как физиологического критерия функциональных резервов организма человека и независимого предиктора возникновения сердечно-сосудистых катастроф, может быть информативным для более полной оценки циркадных ритмов сердечной деятельности.

Цель: изучить взаимосвязь показателей реактивности ЧСС в период ночного сна, отдельно в ранний предутренний период и во время утреннего пробуждения между собой и с возрастом пациентов.

Материал и методы. Изучение реактивности ЧСС в период ночного сна, отдельно в ранний предутренний период и во время утреннего пробуждения проводилось у 113 пациентов, среди которых пациенты с синдромом брадикардии-тахикардии - группа 1 (n=45, средний возраст - 65,24±6,85 лет), пациенты с брадиаритмическим вариантом синдрома слабости синусового узла – группа 2 (n=14, средний возраст - 65,42±8,02 лет), пациенты с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий – группа 3 (n=38, средний возраст - 63,90±5,77 лет), и практически здоровые обследуемые – группа 4 (n=16, средний возраст - 43,00±3,19 лет), с помощью суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты. Выявлена преимущественно средней силы корреляционная связь возраста обследуемых пациентов практически со всеми определяемыми показателями, характеризующими ЧСС в период ночного сна и во время утреннего пробуждения.

Показатель	Возраст, лет	
	R	p
Общее число «всплесков» ЧСС за период ночного сна	-0,41	**0,000007**
Среднее число «всплесков» ЧСС за 1 час ночного сна	-0,44	**0,000002**
Число «всплесков» ЧСС за 1 час до утреннего пробуждения	-0,39	**0,000019**
Число «всплесков» ЧСС за 2 часа до утреннего пробуждения	-0,37	**0,000069**
Число «всплесков» ЧСС за 3 часа до утреннего пробуждения	-0,33	**0,000556**
Коэффициент «предутренней активации»	-0,15	0,116463
ЧСС минимальная утром, удары	-0,24	**0,010483**
ЧСС максимальная утром, удары	-0,31	**0,000950**
Прирост ЧСС в течение 15 минут после пробуждения, удары	-0,23	**0,016093**
Время, в течение которого произошел прирост ЧСС, минуты	0,27	**0,004318**
Скорость прироста ЧСС, удары в минуту	-0,34	**0,000311**

Скорость прироста ЧСС утром коррелирует с общим числом «всплесков» ЧСС за период ночного сна, со средним числом «всплесков» ЧСС за 1 час ночного сна, с числом «всплесков» ЧСС за 1, за 2, за 3 часа до утреннего пробуждения и коэффициентом «предутренней активации» (R=0,72, p<0,001; (R=0,76, p<0,001; (R=0,53, p<0,001; (R=0,66, p<0,001; (R=0,65, p<0,001; (R=0,27, p<0,01 соответственно).

Вывод. В результате корреляционного анализа определено, что: 1) с возрастом происходит снижение реактивности ЧСС ночью, в ранние предутренние часы, проявляющееся в уменьшении количества «всплесков» ЧСС за весь период ночного сна и отдельно в ранние предутренние часы, а также удлиняется время прироста ЧСС и уменьшается скорость прироста ЧСС во время утреннего пробуждения; 2) при снижении скорости прироста ЧСС утром отмечается тенденция к снижению реактивности ЧСС в период ночного сна и ранний предутренний период.

Черная Е.А., Маскалевич Н.М.

ЭКСПРЕСС-МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ В ОБЛАСТИ СФОРМИРОВАННОГО ПОДДЕСНЕВОГО УСТУПА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Величко Л.С.,
канд. мед. наук, доц. Белодед Л.В.
Кафедра ортопедической стоматологии

Наиболее распространенными формами поражения зубочелюстной системы являются частичные и полные дефекты коронок зубов, дефекты зубных рядов, требующие ортопедического лечения несъемными протезами. Одним из этапов такого лечения является изготовление временных коронок с их фиксацией на отпрепарированные зубы со сформированным поддесневым уступом. В случае отсутствия их изготовления, врач-ортопед неизбежно столкнется со сложностью при припасовке и наложении постоянного протеза, связанной с травматизацией гипертрофированной десны и ее кровотечением.

Однако способ стабилизации десны с помощью временных коронок из пластмассы имеет ряд недостатков, в том числе требует определенных временных и материальных затрат.

Цель: разработка альтернативного метода стабилизации маргинальной десны после формирования поддесневого уступа.

Материалы и методы. После формирования поддесневого уступа проводят изоляцию зуба от слюны, водно-воздушным пистолетом высушивают наддесневую культю и поддесневой уступ, на область уступа по периметру культи зуба наносят жидкотекучий фотокомпозиционный материал, осуществляют полимеризацию композиционного материала с помощью фотополимеризационной лампы с экспозицией, соответствующей инструкции материала. При необходимости припасовки и сдаче постоянной ортопедической конструкции, отделение фотокомпозиционного материала от культи зуба производят при помощи экскаватора или гладилки движениями в направлении от десны.

В результате исследования разработан метод, который позволяет: обеспечить стабилизацию маргинальной десны в области сформированного поддесневого уступа при протезировании несъемными ортопедическими конструкциями; избежать травмы периодонта при изготовлении и припасовке временных конструкций; снизить риск сенсибилизации организма (используется всего один материал – фотокомпозит); сократить временные и экономические затраты, направленные на стабилизацию десны.

Конструкция проста в исполнении и может найти широкое применение в практическом здравоохранении. На основании проделанной работы подана заявка на патент

№ a20121584 от 19.11.12 г.

Макей И.В., Черник О.В.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОГО КОМПЛЕКСА ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель ст. преп. Пасюк А.А.
Кафедра нормальной анатомии

Чашечно-лоханочный комплекс почки человека характеризуется большим количеством вариантов строения. В доступной литературе авторы описывают различные варианты нормального строения чашечно-лоханочного комплекса, приводятся противоречивые данные о частоте встречаемости тех или иных вариантов. В тоже время имеется большое разнообразие нозологических форм заболеваний чашечно-лоханочного комплекса, связанное с повреждением или отклонением от нормального строения данных структур почки.

Цель: выявить варианты строения чашечно-лоханочного комплекса почки человека и дать характеристику его отдельных элементов.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи: изучить варианты внешнего строения, топографию и морфофункциональную организацию элементов чашечно-лоханочной структуры почки человека; определить размеры почки и структур чашечно-лоханочного комплекса почки.

Материалом для исследования послужили 11 фиксированных почек человека. В ходе работы проводили анатомическое препарирование, разрезали почки и вскрывали чашечно-лоханочный комплекс почки. Отмечали варианты строения и топографии малых и больших чашек, подсчитывали их количество. Морфометрические измерения структур почки проводили с помощью штангенциркуля. Измеряли длину и ширину почки, длину и ширину почечного синуса, длину больших и малых чашек, обхват сосочка, высоту сосочка. Проводился анализ и статистическая обработка полученного числового материала.

Таким образом установлено, что во всех случаях встречаются верхняя и нижняя большие чашки. Средняя почечная чашка встречается редко. При измерении размеров чашек обнаружили, что длина верхних малых чашек больше, чем нижних.

В ходе исследования выявили следующие закономерности: от большей по размеру чашки отходит большее количество малых (в среднем 4), тогда как от малой отходит 2-3 малые чашки (меньшие по размерам); большие по размеру большие чашки чаще располагаются в верхнем отделе почки.

Прокопчик А.А., Чернушевич Т.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СОЛЕВОГО РАСТВОРА В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Безлер Ж.А.
2-я кафедра детских болезней

В данной работе мы исследовали возможности лечения острых обструктивных бронхитов у детей раннего возраста. Широко известным является тот факт, что немалую роль в патогенезе и течении данного синдрома играет нарушение проходимости нижних дыхательных путей - бронхов мелкого калибра вследствие нарушения бронхиальной проходимости и гиперсекреции бронхиальных желез. Скопление мокроты в сочетании с гиперпродукцией слизи поврежденным бронхиальным эпителием затрудняет проходимость дыхательных путей, снижает эффективность применяемых при лечении ингаляционных препаратов и в целом продлевает время сохранения бронхообструкции. Изучая иностранную литературу по вопро-

сам подходов к лечению муковисцидоза гипертоническим 7% солевым раствором и успешности данного лечения, мы предположили, что гипертонический солевой раствор может оказаться эффективным и при лечении обструктивного бронхита. Точный механизм действия данного раствора до конца не изучен. Есть предположения, что гипертонический солевой раствор облегчает очищение бронхов посредством осмотической гидратации слущенного эпителия, разъединения слипшихся участков слизистой оболочки бронхов и уменьшения отека благодаря своей гипертонической природе. Откорректировав параметры гипертонического раствора и кратность его введения мы участвовали в клиническом исследовании, которое проводилось в УЗ 3 ГДКБ. В нашем исследовании использовался гипертонический 3% водный раствор NaCl. Перед проведением клинических испытаний мы составили таблицы, которые учитывали состояние ребенка перед началом исследования и давали возможность проследить изменение его состояния в динамике. Количественному учету подвергались следующие параметры: наличие хрипов, их выраженность, распространенность (диффузные, локализованные); степень выраженности дыхательной недостаточности (межреберные, подреберные втяжения, втяжения над ключицами); переносимость данного препарата (удовлетворительная, неудовлетворительная). После каждого осмотра все параметры оценивались по баллам, затем эти баллы суммировались и выставлялась заключительная оценка. Были созданы контрольная и экспериментальная группы. Экспериментальной группе были назначены ингаляции с гипертоническим 3% раствором NaCl по 4 мл 2 раза в день. Контрольная группа данный препарат не получала. Оценивалась динамика состояния здоровья обеих групп по данным таблицам, общая длительность госпитализации.

Анализ данных исследований мы представляем в нашей работе в виде подробного отчета. Результат исследований позволяет рекомендовать препарат в клиническую практику, поскольку объективно подтверждена его клиническая эффективность, что позволяет в конечном результате сократить сроки лечения пациентов с данным видом патологии и получить экономический эффект от лечения.

Чернушевич О.Д., Сидоренко Ю.М.

ANTIMICROBIAL RESISTANCE

Научный руководитель ст. преп. Абедковская И.Ю.
Кафедра иностранных языков

This report aims to generally assess the importance of the problem of bacterial resistance, to analyse and colligate facts, to show what can be done to arrest the spread of this process and to increase the efficiency of treatment.

Combination antiretroviral therapy for infection has saved millions of lives since it was introduced. As coverage of antiretroviral therapy continues to grow, some degree of emergence and transmission of drug resistance is inevitable. Significant population-level drug resistance could potentially restrict future therapeutic options and increase treatment costs by requiring new and more expensive antiretroviral regimens. However, drug resistance can be monitored and steps can be taken to minimize its emergence.

In simple terms, drug resistance refers to the ability of bacteria to replicate in the presence of drugs that usually suppress their replication. Drug resistance is caused by changes (mutations) in the virus's genetic structure. Mutations are very common in microorganisms because they replicate very rapidly. As such, some degree of drug resistance is anticipated to occur among people receiving treatment even when appropriate regimens are provided and optimal adherence is achieved. Transmitted drug resistance occurs when previously uninfected individuals are infected with drug-resistant microorganisms, and acquired drug resistance develops when mutations emerge due to bacterial replication in individuals receiving antimicrobial therapy.

The present work is based on two distinct data sources: surveys performed to assess transmitted and acquired drug resistance using projects of the WHO (WHO HIV Drug Resistance Report 2012, The World Medicines Situation 2011: Rational Use of Medicines, Global Action Plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance, etc.) and a broad systematic review of the published literature on transmitted and acquired drug resistance such as scientific journals, reports, articles. In our work we have used statistical method and analysis.

We think this problem is very important for future doctors because it is only doctors who can influence this process by making a correct diagnosis, prescribing an appropriate medicine and explaning patients the significance of following the administred course of treatment.

Черныш В.А.

ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГРИБОВ РОДА CANDIDA К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ У БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бойко Г.И.
Кафедра общей стоматологии

Грибы рода Candida являются причиной возникновения ряда тяжелых патологических процессов в тканях и органах человека, в том числе и полости рта. Несмотря на постоянные совершенствования методов диагностики и лечения грибковых заболеваний, число больных кандидозом увеличивается. Многие исследователи отмечают увеличение роли грибов рода Candida в патологии слизистой оболочки полости рта. Кроме того, дрожжевой стоматит является постоянным симптомом при генерализованной форме кандидоза. Что касается терапии кандидоза, то эта проблема остается актуальной. Одной из причин возникновения трудностей при лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта является развитие резистентных форм грибов рода Candida при неадекватном применении противогрибковых препаратов.

Цель: изучение чувствительности грибов рода Candida к противогрибковым препаратам.

Материалы и методы. Нами было обследовано 37 пациентов в возрасте от 29 до 69 лет, у которых был установлен диагноз кандидоз слизистой оболочки полости рта (КСОПР). При клиническом обследовании выявляли жалобы больного на ощущение жжения, боли, запах изо рта. При объективном исследовании учитывали состояние слизистой оболочки полости рта. Определяли окраску, вид имеющегося налета, консистенцию очагов поражения. Уточняли, лечились ли ранее пациенты антибиотиками, кортикостероидами, цитостатиками. Всем больным проводили культуральное исследование с идентификацией грибов рода Candida до вида. Забор, исследование патологического материала со слизистой оболочки полости рта проводили путем смыва в стерильную баночку изотоническим раствором NaCl количеством 15 мл, время экспозиции 1 мин (по методике Г.И. Бойко, 1987). Изучение чувствительности грибов рода Candida к противогрибковым препаратам изучали с помощью французского анализатора Vitek 2 Compact. Определяли минимальные ингибирующие концентрации (МИК) к Flucytosine, Fluconazole, Voriconazole, Amfotericin B. Изучение чувствительности дрожжеподобных грибов рода Candida к противогрибковым препаратам и ее изменение в процессе лечения было проведено на клинических штаммах грибов. Штаммы были выделены из смыва полости рта пациентов. Были получены результаты, которые свидетельствуют о том, что распределение штаммов по МИК исследуемых противогрибковых препаратов оказалось неодинаковым. Так, МИК для Flucytosine и Fluconazole была ≤ 1, для Voriconazole $\leq 0{,}12$, для Amfotericin B $\leq 0{,}25$. Изучение чувствительности клинических штаммов грибов рода Candida к различным противогрибковым препаратам показало, что $96{,}3 \pm 2{,}8\%$ штаммов грибов рода Candida оказались чувствительными к испытуемым противогрибовым препаратам.

Выводы.

1. Наиболее часто кандидоз слизистой оболочки полости рта вызывается Candida albicans в 70±7,5% случаев.
2. Количество C.albicans в 33,3±7,7% случаев составило 1×10^2 КОЕ в 1 мл, в 26±7,2% случаев 1×10^3 КОЕ в 1 мл и в 25±7,1% случаев грибы обнаруживались в количестве 1×10^5 КОЕ в 1 мл.
3. Преимущественное количество клинических штаммов грибов рода Candida (96,3±2,8%) оказались чувствительными к исследуемым препаратам, что позволило назначать адекватное лечение больным кандидозом слизистой оболочки полости рта.

Черняк А.Л., Юдин П.Ю.

ФИБРОМУСКУЛЯРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ АРТЕРИЙ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА УЗ «ГОРОДСКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» С 2005 ПО 2010 ГОДЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Юдина О.А.
Кафедра патологической анатомии

Среди причин смертности в Республике Беларусь сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место. Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия превалируют в структуре этой патологии. Фибромускулярная дисплазия сосудов почек и сердца является одним из факторов развития данных нозологий. Фибромускулярная (фиброзно-мышечная) дисплазия (ФМД) - это гиперпластическое заболевание артерий среднего и мелкого калибров, характеризующееся неатеросклеротическим и *невоспалительным* поражением артерий. В основе патогенеза ФМД главную роль играют мутации в гене коллагена III типа (135580, локус 2q31, COL3A1). В зависимости от объема и локализации поражения выделяют несколько морфологических типов ФМД: интимальный, медийный, адвентициальный, циркулярный и эксцентричный (очаговый). ФМД сердца может быть основой для более раннего развития атеросклероза, а при циркулярном ее типе – причиной острой коронарной недостаточности, нарушений ритма и проводимости и внезапной сердечной смерти.

Цель: проанализировать частоту встречаемости ФМД в биопсийном и аутопсийном материале УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро».

Материалы. Протоколы патологоанатомический исследований (n=20987) и биоптатов сосудов (n=1696).

Методы. Морфологический и статистический.

Результаты. ФМД редко встречается как в аутопсийном материале (0,077%), так и в биопсийном материале (0,58%). ФМД выявлена у лиц в возрасте от 15 до 50 лет, средний возраст 39,4±17,7 лет. Как в аутопсийном, так и в биопсийном материале по гендерной принадлежности преобладают женщины (56% и 74% соответственно; $p\leq0,05$). В аутопсийном материале преобладают случаи с поражением артерий нескольких органных локализаций: почек, сердца (коронарные артерии и малые артерии синоатриального узла), нижних конечностей. В биопсийном материале преобладает ФМД сосудов почек. По морфологическим типам ФМД при поражении почечных артерий преобладает циркулярный медийный тип с гиперплазией медии (0,41%; $p\leq0,05$). Среди ФМД артерий сердца чаще (0,043%; $p\leq0,05$) выявляется интимальный тип ФМД, характеризующийся миграцией гладкомышечных клеток за эластическую мембрану в интиму с увеличением толщины последней и преобладанием ее над толщиной медии. Морфологические признаки поражения артерий с ФМД атеросклерозом отмечено в аутопсийном и биопсийном материале более чем в половине случаев (0,033% и 0,41% соответственно). С такой же частотой (0,038% и 0,47% соответственно; $p\leq0,05$) отмечалось наличие у пациентов артериальной гипертензии в анамнезе.

Выводы. Фибромускулярная (фиброзно-мышечная) дисплазия с различной органной локализацией характеризуется разными морфологическими типами поражения сосудов. При наличии ФМД артерий различной локализации атеросклероз и артериальная гипертензия являются «спутниками» у более молодых пациентов, чем при ее отсутствии.

Чижик Т.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОТБЕЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ

Научный руководитель асс. Петрук А.А.
Кафедра общей стоматологии

Белый цвет еще с древних времен считался цветом магов и жрецов, он помогал очаровывать, внушать веру, создавал чувство реальности. Не зря в современном мире понятие «белоснежная улыбка» и «голливудская улыбка» стали тождественными. Где, как не в Голливуде так нужны эти свойства белого – помогать актерам создавать на экранах мир реальных чувств и персонажей. Да и не только в кино мы обращаем свое внимание на улыбку любимого героя, но и в повседневной жизни, общаясь друг с другом. Думаю, что каждый из нас хотел бы иметь белоснежную улыбку.

Цель:

1) изучить причины изменения естественного цвета зубов в практике врача-стоматолога;
2) получить как можно больше информации о методах домашнего отбеливания зубов, средствах для домашнего отбеливания, воздействия различных концентраций этих средств на поверхность эмали и изменение ее проницаемости.

Задачи:

1) изучить глубину проникновения в ткани зуба красящих веществ, таких продуктов как:кофе, красное вино, чай свекольный сок;
2) изучить различия глубины проникновения красящих веществ в структуры зубов верхней и нижней челюсти.

При работе было использовано:

1) экстрагированные зубы-20штук;
2) отбеливающие средства;
3) натуральные соки, кофе, красное вино;
4) микроскопический метод;
5) статистический метод.

Результаты.

Проникновение красящих веществ в отбеленные зубы выше, чем в те, которые не подвергались отбеливанию. Глубина проникновения зависит от:

1)периода воздействия отбеливающего средства на ткани зуба;
2)концентрации отбеливающего средства;
3)периода после отбеливания.

Чистик Т.М., Зиновик Ю.В.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ИДЕАЛЫ И ЦЕННОСТИ КАК ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ИДЕОЛОГИИ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВА

Научный руководитель Лубинский И.И.
Кафедра философии и политологии

Переход к устойчивому развитию РБ тесно связан с созданием новой системы нравственно-духовных и социально-этических ценностей общества, во многом зависящих от состояния культуры. Целью нашей работы стало изучение социокультурные идеалов и ценностей как важнейшего компонента идеологии белорусского государства.

Благодаря целенаправленной поддержке отрасли государством, реализации программ возрождения белорусской культуры сохранен культурный потенциал Республики Беларусь. Стратегической целью государственной политики в области культуры является развитие и эффективное использование культурного потенциала страны, обеспечение преемственности развития белорусской культуры наряду с поддержкой культурных инноваций.

Для ее реализации требуется решение следующих задач: сохранение и развитие культурного наследия, национально-культурной самобытности белорусского народа, белорусского языка, расширение сферы его применения; обеспечение условий для свободного развития культур всех социально-этнических групп, проживающих в Беларуси; создание условий для свободного творчества; интеграция белорусской культуры в систему мировой культуры как равноправного участника глобальных социокультурных процессов.

Главной целью развития культуры в ближайший период (до 2011-2015 гг.) должно стать укрепление инфраструктуры отрасли, обеспечивающей доступ граждан страны к культурным благам и информационным ресурсам государственных музейных, библиотечных и других фондов культуры. Для этого необходимо осуществить комплекс мер посохранению действующей сети учреждений культуры и искусства и качественному ее совершенствованию; созданию новых культурных объектов, более гибко реагирующих на изменяющиеся потребности и запросы населения; укреплению и обновлению материально-технической базы; сохранению движимого и недвижимого культурного наследия; созданию банка данных об историко-культурном наследии Беларуси, народному искусству и ремеслам; развитию профессионального творчества и профессионального художественного образования, народного художественного творчества, народных промыслов и традиционной культуры; повышению уровня и качества услуг.

Таким образом, социокультурные идеалы и ценности – важнейшая составляющая национально-государственной идеологии. Историко-культурологическая составляющая государственной идеологии Республики Беларусь дает представлений относительно происхождения и формирования белорусского этноса, особенностей развития его самосознания и становления в качестве самобытного народа и нации.

История общеславянского сознания и самосознания славянских народов, в России, на Украине, в Белоруссии, а также в Югославии, Хорватии, Чехии и Словакии, общность и отличия их хронологического, географического и национального развития позволяют считать международных культурные связи основой идеологии белорусского государства.

Чмак Е.В.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛИГАМЕНТИТА ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Беспальчук П.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Кисть составляет небольшую часть тела: 1% массы и 2% площади, но участвует во всех видах человеческой деятельности больше других органов, поэтому чаще подвергается повреждениям и заболеваниям. При заболеваниях кисти необходимо не только восстановить анатомическую целостность структур, но, и что очень важно, восстановить функции кисти.

Стенозирующий лигаментит туннелей пальцев у их основания, известный в клинике под диагнозами «щелкающий палец», «болезнь Нотта», является довольно часто встречающейся патологией кисти. Наблюдается, как правило, у лиц определенных профессий: закройщиц, портных, машинисток, парикмахеров, сапожников и т.д., в связи с чем данную патологию часто относят к болезням, обусловленным условиями труда. Чаще болеют женщины в возрасте 40-60 лет. В тех случаях, когда исчерпаны все ресурсы консервативного лечения, пациентам показано выполнение хирургического пособия по стандартным методикам. Открытым хирургическим путем выделяют уплотненную фиброзную связку, рассекают её, после чего выполняется гемостаз. Операция заканчивается наложением швов на рану и фиксацией кисти гипсовой лонгетой 10 дней. Швы снимают на 10-12 день после операции. Таким образом, пациент утрачивает полноценную функцию оперированной кисти, как минимум на две недели. Не редко возникает рубцовая контрактура – гипертрофический рубец, спаянный с сухожилием, который, в свою очередь, приводит к рецидиву заболевания.

Нами было проанализировано 16 случаев, когда с целью уменьшения травматичности осуществляемого хирургического лечения и сокращения сроков реабилитации пациентов, была выполнена перкутанная лигаментотомия. Возраст пациентов от 34 до 66 лет. Для рассечения связок использовали офтальмологический скальпель, острие которого вводили через точечные кожные проколы над фиброзной рубцово утолщенной связкой и продольно, над сухожилием рассекали её, мануально контролируя исчезающее сопротивление, вызвавшей стеноз, кольцевидной связки. После извлечения микрохирургического инструмента и осуществления точечного гемостаза, путем прижатия места прокола кожи стерильной салфеткой, производили исследование функции пальцев кисти, как пассивное, так и активное. Во всех 16 случаях получены хорошие функциональные результаты. Рецидивов патологии не отмечено. Потери трудоспособности у пациентов не было, напротив сроки её восстановления сократились почти втрое. Таким образом, малоинвазивный метод хирургического лечения стенозирующего лигаментита пальцев кисти может быть расценен как альтернатива широко распространенному оперативному пособию.

Чуксикова Е.И.

ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Петрович Н.И.
Кафедра стоматологии детского возраста

Лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи зависит от возраста больного, характера и тяжести протекания гнойно-воспалительного процесса, вида инфекции и патогенности возбудителей гнойного процесса, их чувствительности к антибактериальным препаратам, наличия сопутствующих общесоматических заболеваний у пациента.

Цель: изучить видовой состав микроорганизмов при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 231 детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ “4-я городская детская клиническая больница” г.Минска за период 2007 и 2012 гг. Всем детям по показаниям проводилась хирургическая обработка гнойно-воспалительного очага, забор материала на бактериологическое исследование и чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам. Видовой состав микроорганизмов изучали по данным исследования отделяемого гнойных ран у 168 детей с острым одонтогенным остеомиелитом (из них у 111 детей за 2007 год и 57 детей за 2012 год) и 163 ребенка с абсцедирующими фурункулами (из них у 105 детей за 2007год и 58 детей за 2012 год).

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что при остром одонтогенном остеомиелите челюстей у детей в большинстве случаев выделены следующие виды стрептококков: Streptococcus a-haemolyticus 83,78% в 2007 году и 75,44% - в 2012 году; Streptococcus spp. 38,74% только в 2007 году; Streptococcus B-haemolyticus 4,5% в 2007 году и 1,75% - в 2012 году. Из стафилококков у детей с данной патологией чаще встречались Staphylococcus aureus 13,51% в 2007 году и 3,5%- в 2012 году и Staphylococcus epidermidis 12,61% в 2007 году и 14,04% - в 2012 году. У детей с острым одонтогенным остеомиелитом выделена непатогенная Neisseria 72,07% в 2007 году и 31,57% - в 2012 году.

У детей с абсцедирующими фурункулами выделен в 94,29% случаев (2007 год) и 89,66% случаев (2012 год) Staphylococcus aureus, а также Staphylococcus epidermidis 6,67% (2007 год) и 6,89% (2012 год). Из стрептококков: Streptococcus a-haemolyticus 1,90% в 2007 году и 1,72% - в 2012 году.

Также у всех детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области выделены грамм (+) и грамм (-) палочки (E. coli - 0,95%, Klebsiella 0,95%) и другие виды микроорганизмов.

Таким образом, установлена решающая роль гемолитических стрептококков и эпидермального стафилококка при развитии гнойного процесса у детей с острым одонтогенным остеомиелитом, а при абсцедирующих фурункулах челюстно-лицевой области у детей основным возбудителем является золотистый стафилококк.

Чура Т.С., Брендоусова И.С.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КРИТЕРИЕВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Белуга В.Б.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – часто встречающаяся акушерская патология, которая отмечается у каждой третьей беременной женщины. При патологическом течении беременности ФПН в той или иной степени бывает всегда. Поэтому диагностика угрожающих состояний плода, обусловленных плацентарной недостаточностью, необходима для своевременного принятия соответствующих лечебных мероприятий с целью улучшения перинатальных исходов.

Целью данной работы является определение информативности ультразвуковых критериев диагностики ФПН.

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 120 историй родов беременных с ФПН и 50 историй родов женщин, не имевших данной патологии, родоразрешение которых проводилось в УЗ «ГКБСМП» г.Гродно в 2011 году. В задачи исследования входило

изучение диагностических критериев ФПН (в т.ч. данных УЗИ, гистологического исследования, КТГ и допплерометрии), а также выявление факторов риска развития ФПН.

По результатам проделанной работы были сформированы две группы исследования. В первую (основную) группу вошли беременные с ФПН, во вторую (группу сравнения) – беременные женщины без патологии фетоплацентарной системы.

В основной группе были выявлены такие факторы риска развития ФПН, как молодой возраст матери (до 18 лет), позднее менархе (после 16 лет), невынашивание беременности в анамнезе, инфекционные заболевания, врожденные пороки сердца, заболевания мочевыделительной системы, гестоз, женский пол плода.

Антенатальная ультразвуковая диагностика является основным прямым методом исследования фетоплацентарного комплекса. При анализе результатов УЗ-исследования в основной группе по сравнению с контрольной группой более часто встречались: задержка внутриутробного развития плода (основная группа – 12%, контрольная - 0), нарушение плодово-плацентарного кровотока (основная группа – 13%, контрольная – 5%), маловодие (основная группа - 29%, контрольная - 0), увеличение систоло-диастолического отношения артерии пуповины плода более 3 ед. (основная группа – 28%, контрольная - 0) и аорты плода более 5,38 ед. (основная группа – 74%, контрольная - 0). При морфологическом исследовании последа были выявлены такие маркеры ФПН, как аномально короткая пуповина, белесоватый крап на маточной поверхности плаценты, кальцинаты, зеленые плодные оболочки. Частота встречаемости данных маркеров в основной группе была значительно выше таковой в группе сравнения.

Во всех случаях было проведено гистологическое исследование последа. Диагноз фетоплацентарной недостаточности был подтвержден у 93 женщин. При гистологическом исследовании были обнаружены кальциноз, склерофиброз, диссоциированное созревание ворсин, инфаркты, отложения фибриноида. В группе сравнения гистологических изменений характерных для ФПН обнаружено не было.

Таким образом, диагноз ФПН, выставленный на основании антенатального ультразвукового исследования, подтвердился при гистологическом исследовании последа в 78,3% случаев. Это указывает на достаточно высокую информативность УЗИ для диагностики патологии фетоплацентарной системы.

Шаабан Ф.Ф.

ВЫБОР НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА В ТЕРАПИИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Научный руководитель асс. Максимович Е.В.
Кафедра хирургической стоматологии

Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава – патологическое состояние, сопровождающееся периодической болью, щелчками, затруднениями движений в суставе при отсутствии на рентгенограмме морфологических изменений. Основными симптомами являются боль, щелчки в суставе, дискомфорт в области щек, усталость жевательных мышц, головная боль. К факторам риска относят стресс, бруксизм, частое употребление жевательной резинки, неправильный прикус, травмы. Девушки страдают от синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава чаще, чем юноши. (Было проведено анкетированное 210 человек в возрасте от 17 до 40 лет). Резкое снижение частоты (в 2 раза) встречаемости болевой дисфункции у женщин с повышенным гормональным фоном может быть обусловлено увеличением защитных реакций организма в период беременности и послеродовой период.

Методы лечения дисфункции и ее осложнений можно разделить на консервативные и хирургические. К первой группе относятся ортопедические и ортодонтические методы, направленные на снижение нагрузки на сустав, лекарственная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами, физиотерапевтическое лечение. Хирургические методы используются редко, в случаях неэффективности консервативных. Среди нестероидных противовоспалительных препаратов наиболее часто назначают препараты нимесулида и этодолака (этодин). Требования, предъявляемые к данным препаратам – это: мощный противовоспалительный, обезболивающий эффект; диспептическое, ульцерогенное, гипокоагуляционное, астматическое, аллергическое и другие побочные действия должны быть сведены к минимуму; препарат должен быть быстродействующим.

Цель: изучить динамику клинических проявлений болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в ходе комплексного лечения с применением различных нестероидных противовоспалительных препаратов.

Материалы и методы. Исследования проводились в УЗ «5 клиническая поликлиника» г. Минска. Пациентам 1 группы (5 человек) назначался Этодин-форте в дозе 400мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней. Больные отмечали, что полноценный анальгетический эффект после приема наступал в течение 30 - 45 минут и длился до 12 часов. Регресс болевого синдрома отмечался в большинстве случаев на 3 сутки.

Пациенты 2 группы (5 человек) принимали нимесулид по 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней. Полноценный анальгетический эффект после приема наступал в течение 60 минут и длился до 8 часов. Регресс болевого синдрома отмечался в большинстве случаев на 4 сутки. Следует отметить, что среди побочных эффектов нимесулида особое значение имеют гепатотоксичность (вплоть до развития острого лекарственного гепатита), нарушение фертильности женщин (чаще синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава чаще наблюдается у молодых женщин).

Вывод. Этодолак (Этодин) предпочтителен в комплексной терапии синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава из-за его более выраженных анальгетических свойств и меньшего числа серьезных побочных эффектов.

Шаблинская О.Е.

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ

Научный руководитель канд. биол. наук, ст. преп. Китель В.В.
Кафедра морфологии человека

С каждым годом возрастает количество проведённых операций дентальной имплантации, в связи с тем, что она позволяет не травмировать интактные зубы при восстановлении дефектов и является альтернативой съемным протезам. Очень важный этап - подготовка к операции, так как от полноты сбора информации о пациенте зависит успех, как самой операции, так и последующий послеоперационный период. При этом учитываются анатомические особенности челюстей, в первую очередь - прочность и упругость костной ткани, на которые существенно влияет макро- и микроскопическая конструкция и химический состав кости. Альвеолярная кость, являясь компонентом поддерживающего аппарата зуба, играет важную роль в процессах остеоинтеграции при дентальной имплантации. Костная ткань альвеолярного отростка обладает высокими потенциалами к регенерации не только в физиологических условиях, но и после повреждения. Способность к регенерации непосредственно связана с качественным и количественным составом клеточных элементов костной ткани.

Цель: выявить особенности строения альвеолярных отростков верхней и альвеолярной части нижней челюстей, их клеточный состав.

Материалы и методы. С помощью гистологического и морфометрического методов изучены постоперационные биоптаты нижней и верхней челюстей. В работе использовалась ко-

стная стружка, полученная при подготовке операционного поля к имплантации. Фрагменты альвеолярной кости подвергали первичной обработке в 6% перекиси водорода в течение 30 минут, затем фиксировали в 10% нейтральном формалине, декальцинировали в 5% азотной кислоте, после проводки по общепринятой методике заливали в парафин. Полученные препараты окрашивали гематоксилин-эозином.

Результаты. Результаты морфологического исследования показали, что альвеолярная кость образована типичной пластинчатой костной тканью, имеет остеонное строение, содержит вставочные и общие генеральные пластины.

Из клеточных элементов в ней преобладают остеоциты. Они отростчатой формы, лежат по одиночке в лакунах, с базофильной цитоплазмой и ядром, в котором глыбки конденсированного хроматина располагаются, в основном, по периферии ядра.

Остеобласты и остеокласты представлены в изученном материале в незначительном количестве. Остеобласты, преимущественно, плоской формы, в единичных случаях в поле зрения встречались клетки кубической или призматической формы, что свидетельствует о стабильности популяции и неактивности, в исследуемых объектах, остеобластов. Остеокласты окрашивались оксифильно, в исследуемых образцах преобладали клетки с двумя-тремя ядрами, в единичных случаях встречались клетки с большим числом ядер.

Так же в ходе проведенного исследования было выявлено утолщение кортикальных пластинок на верхней челюсти с нёбной стороны, на нижней челюсти с язычной по сравнению со щёчной поверхностью.

Вывод. Согласно морфологическому исследованию, в костной ткани, пригодной для постановки имплантата, более 95% составляют остеоциты, клетки поддерживающие метаболизм кости. Остеобласты и остеокласты - клетки, обуславливающие перестройку (остеокласты) и регенерацию (остеобласты) кости, содержатся в незначительном количестве и составляют от 3- до 5%. При планировании и проведении дентальной имплантации необходимо учитывать особенности микроскопического строения альвеолярной кости.

Шаблинская О.Е.

КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Пархамович С.Н.
Кафедра ортопедической стоматологии

Успех использования дентальных имплантатов во многом зависит от детального планирования этапов лечения и предоперационной подготовки профильных стоматологических пациентов. Значительным препятствием в выполнении запланированного лечения являются атрофия альвеолярных отростков, низкое расположение дна верхнечелюстных пазух, неудовлетворительное качество костной ткани в области планируемой постановки имплантата. Таким образом, совершенствование комплекса диагностических мероприятий на этапе планирования лечения с применением дентальных имплантатов является одной из главных задач клинической стоматологии.

Цель: разработать комплекс диагностических мероприятий повышающих качество подготовительного этапа лечения стоматологических пациентов.

Задачи:

1. Изучить, с помощью метода компьютерной томографии (КТ), состояние костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти.

2. Изучить, по постоперационным биоптатам, с помощь метода морфологического исследования, клеточный состав костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти.

Материалы и методы. Для достижения цели проведена научно-исследовательская работа, включившая рентгенологическое обследование челюстно-лицевой области пациентов и морфологическое исследование постоперационных костных биоптатов.

Анализ рентгенологического обследования проводился по данным КТ выполненных у 97 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет. Исследование проводилось на панорамном рентгеновском стоматологическом аппарате с функцией томографии Gendex CB-500. Объект исследования – альвеолярный отросток верхней и нижней челюсти обследуемых пациентов. При проведении исследования оценивали следующие показатели: - оптическую плотность (ОП) альвеолярной костной ткани при адентии в зонах пригодных к постановке имплантатов и в области недавно удаленных зубов; - высоту альвеолярного отростка нижней челюсти по отношению к верхней стенке нижнечелюстного канала; - толщину губчатого слоя нижней челюсти между кортикальными пластинами и нижнечелюстным каналом; - высоту и толщину альвеолярного отростка верхней челюсти по отношению ко дну верхнечелюстной пазухи; - состояние костной ткани альвеолярных отростков в области функционирующих зубов.

Клеточный состав образцов костной ткани исследуемых челюстей изучали по постоперационным биоптатам. Фрагменты альвеолярной кости подвергали первичной обработке в 6% перекиси водорода в течение 30 минут, затем фиксировали в 10% формалине, декальцинировали в 5% азотной кислоте, после проводки по общепринятой методике заливали в парафин. Полученные препараты окрашивали гематоксилин-эозином.

Результаты. 1) КТ позволяет детально исследовать состояние альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей, определить оптимальные параметры их костной ткани. 2) Согласно результатам морфологического исследования, в костной ткани, пригодной для постановки имплантата превалируют остеоциты, клетки поддерживающие метаболизм, в то время как остеобласты и остеокласты, обуславливающие перестройку и регенерацию кости, содержатся в незначительном количестве.

Шавель И.М.

АДАПТАЦИЯ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Болдина Н.А.
Кафедра гигиены детей и подростков

Каждый новый этап в жизни ребенка, в том числе и начало обучения в школе, - кризисный, так как сопровождается изменением ситуации социального развития ребенка и вызывает необходимость реконструкции сложившейся модели поведения. Скорость адаптации к непривычным факторам среды обитания (систематическому обучению) определяет состояние здоровья детей не только на стартовом этапе школьного пути, но и в последующие годы обучения.

Способность организма адаптироваться к изменяющимся условиям среды и поддерживать оптимальное состояние гомеостаза является одним из важнейших показателей состояния здоровья. Снижение функциональных резервов организма ведет к напряжению его регуляторных систем, предшествующих состояниям дезадаптации и срыву адаптации, что особенно актуально для детей страдающих онкогематологическими заболеваниями.

Цель: анализ факторов риска дезадаптации первоклассников школы-сада для детей с онкогематологическими заболеваниями при современных формах обучения.

Задачи исследования предусматривали сравнительную оценку состояния здоровья, физического развития, эмоционального статуса первоклассников, обучающихся в общеобразовательной школе и школе для детей с онкогематологическими заболеваниями.

Исследования проводились в течение первой-второй учебных четвертей (сентябрь-ноябрь) на базе общеобразовательных школ и школы-сад для детей с онкогематологическими заболеваниями. Обследовано 70 учеников первых классов школ г.Минска.

При оценке состояния здоровья учитывались три его составляющие: соматометрическая – рост и масса тела; физиометрическая – определяющая развитие и функционирование всех органов и систем организма и психологическая – обеспечивающая целостность восприятия окружающей действительности и адекватность реакций организма ребенка на предметы и явления среды обитания. Адаптационные возможности организма определялись по интегральному показателю – адаптационному потенциалу. Для определения профиля развития когнитивных, «школьно значимых» функций и степени психосоциальной зрелости использовались методики: «Бусы», «Домик», «Хороший плохой и я».

Результаты исследований позволяют отметить, что в структуре хронической патологии (помимо гематологических заболеваний) у детей школы-сада на 1-ом месте стоят нарушения костно-мышечной системы (45,8%); у первоклассников общеобразовательных школ – заболевания верхних дыхательных путей (39,9%). Дисгармоничность физического развития за счет избыточной массы тела отмечена у 27,8% детей с онкогематологической патологией. Дисгармоничность физического развития первоклассников общеобразовательных школ (25%) обусловлена дефицитом массы тела. Условно не готовые к обучению в школе составляют 12,8% от общего числа обследованных учащихся общеобразовательных школ и 21,4% первоклассников школы – сада.

Полученные результаты указывают на необходимость проведения комплексных медико-психологических, профилактических и коррекционных мероприятий, определяющих успех адаптации к школе первоклассников общеобразовательных школ и детей с онкогематологической патологией.

Шавлюк Д.В, Эйсмонт А.С.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЁГКИХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Безводицкая А.А.
Кафедра общей хирургии

Введение. Панкреатит - группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы, сопровождающееся активизированием пищеварительных ферментов в самой железе и процессом самопереваривания, при котором ферменты могут попасть в кровоток и вызвать синдром полиорганной недостаточности (СПОН).

К основным видам лабораторной диагностики панкреатита относятся индикаторные (амилаза, трансаминазы) и патогенетические (липаза, трипсин) биохимические тесты, а также копрограммы. Также в диагностике широко используются инструментальные методы, такие как КТ, МРТ и УЗИ.

Выделяют 4 клинических формы панкреатита: острый панкреатит, острый рецидивирующий панкреатит, хронический панкреатит и обострение хронического панкреатита. Различные формы панкреатита могут иметь схожие лабораторные и клинические проявления, проявляясь клинической картиной заболеваний ЖКТ или гепатобилиарной системы. Это заметно затрудняет постановку диагноза, что в итоге может привести к неправильному выбору дальнейшей стратегии лечения.

Целью исследования являлось определение различий в результатах лабораторных и инструментальных методов исследования у пациентов с острым панкреатитом и пациентов с обострениями течения хронического панкреатита.

Материалы и методы. При проведении исследования были обработаны данные о 45 пациентах 1-го хирургического отделения 5 ГКБ г.Минска, поступивших в больницу с предва-

рительным диагнозом «панкреатит» различного генеза. Мужчины составили 60% всех пациентов, а женщины - 40% (27 и 18 человек соответственно). Средний возраст пациентов составил 54,2 года, среди мужчин этот показатель был ниже – 51,2 года, у женщин – 58,2 года. Из всех пациентов 41 пациент (91%) был принят с диагнозом «острый панкреатит», и только 4 из общего количества (9%) имело первичный диагноз «обострение хронического панкреатита». При этом окончательный диагноз «острый панкреатит» был поставлен 29 пациентам (65%), «осложнения хронического панкреатита» - 15 пациентам (33%), а 1 пациент (2%) имел окончательный диагноз «мочекаменная болезнь». В результате первичный и окончательный диагноз совпали в 32 случаях (71,2%), а в 13 случаях (28,9%) эти диагнозы различались.

Исследованию подверглись такие параметры как пол пациента, возраст, длительность пребывания в стационаре, данные лабораторных исследований, предварительный диагноз, окончательный диагноз. Статистическая обработка данных пациентов проводилась с использованием программы STATISTICA 6.0 (StatSoft, 2001г).

Результаты. На основании анализа результатов лабораторных тестов было определено, что у пациентов с острым панкреатитом наблюдается нарушения электролитного баланса, гиперпротеинемия и резкое возрастание в крови уровней амилазы, креатинина и билирубина. При обострении хронического панкреатита основным диагностическим критерием будет являться нарушение электролитного баланса.

Это позволяет точнее определиться с выбором тактики лечения пациента: при остром панкреатите следует проводить более активное лечение (вплоть до хирургического вмешательства), а при обострениях хронического панкреатита желательно прибегать к выжидательной тактике, основной целью которой является предупреждение перехода хронического процесса в острый.

Шаларова Энара

ТУБЕРКУЛЁЗ (ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ)

Научный руководитель канд. филол. наук, доц. Кожухова Н.Е.
Кафедра белорусского и русского языков

Туберкулёз - одно из наиболее древних и распространённых заболеваний. Изменения туберкулёзного характера были обнаружены при раскопках в костных останках людей каменного века и мумий Египта. Врачи древних веков выделяли определенный симптомокомплекс этого заболевания. Он характеризовался наличием сильного кашля с выделением мокроты, частым кровохарканьем и лихорадкой. Быстрое прогрессирование процесса приводило к истощению больного, отсюда и появилось название "чахотка". Для предупреждения распространения болезни в Персии проводилась изоляция больных туберкулёзом наравне с больными проказой, в Индии запрещались браки с заболевшими туберкулёзом или с происходящими из семей, в которых имелись такие больные.

Большой вклад во фтизиатрическую науку внесли отечественные ученые. Г. И. Сокольский в труде "Учение о грудных болезнях" (1838) дал описание диссеминированной, инфильтративной и кавернозной форм туберкулёза. В лечении больных он придавал большое значение режиму питания и благоприятным климатическим условиям. Патоморфологические исследования Н. И. Пирогова значительно расширили познания о сущности туберкулёзного процесса и утвердили клинико-анатомическое направление в медицине. В 1852 г. он описал гигантские клетки в туберкулёзном бугорке. Н. И. Пирогов отразил в своих трудах клинические проявления острого милиарного туберкулёза, его тифоидную форму. Он изучил и описал туберкулёз костей и суставов. Он рассматривал туберкулёз как общее заболевание, и с этих позиций предлагал методику лечения. Опубликованные в 1865 г. экспериментальные работы Вильмена доказали, что туберкулёз является инфекционным заболеванием. Опыты Вильмена заключались в следующем: он вводил животным через дыхательные пути мок-

роту и кровь больных туберкулёзом людей. В 1882 г. Кох (1843-1910) выделил бациллы туберкулёза. Отечественные ученые (А. И. Абрикосов, В. Г. Штефко, А. И. Струков, А. Н. Чистович), а также большинство зарубежных исследователей также большинство зарубежных исследователей рассматривали туберкулёзное воспаление как единый процесс, включающий фазы альтерации, экссудации и пролиферации.

Г.А. Захарьин (1829-1897) считал возможным как эндогенное, так и экзогенное возникновение реинфекции, но развитие болезни он ставил в связь с плохими санитарно-гигиеническими условиями, в которых жил больной, с тяжелыми перенесенными заболеваниями, с неправильным образом жизни. С.П.Боткин (1832-1899) придавал большое значение социальным факторам в распространении, течении и исходах туберкулёза. А. И. Абрикосов (1875-1955) считал, что туберкулёзные бациллы могут находится в воздухе и с пылью поступать в органы дыхания; большое значение он придавал капельной инфекции. Много труда в развитие учения о туберкулёзе, в организацию и создание государственной системы борьбы с туберкулёзом вложили А.А.Кисель и В. А. Воробьёв. А.А.Кисель считал, туберкулёзное заболевание у детей длительное время ограничивается лимфатическим аппаратом. Исходя из этого представления, он описал хроническую туберкулёзную интоксикацию как самостоятельную форму туберкулёза у детей. В. А. Воробьёв (1864-1951) начал свою работу по борьбе с туберкулёзом в начале XX века. В 1903 г. он был членом комиссии по изучению туберкулёза при Пироговском обществе, а с 1907 г. возглавил эту комиссию. Одной из главных задач комиссии являлась разработка Устава и организация Всероссийской Лиги по борьбе с туберкулёзом.

Шамко И.А.

НЕСВОБОДНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Беспальчук П.И.
Кафедра травматологии и ортопедии

Актуальность. Многочисленные наблюдения показывают, что повреждения кисти по частоте занимают первое место среди всех травм. В нашей стране этому способствует широкое распространение тяжелой промышленности с её низкой автоматизированностью. Травмы кисти составляют 50% всех травм на производстве, больше всего страдают дистальные фаланги пальцев. Отсутствие дистальной фаланги снижает функциональную способность пальца почти в два раза. Некоторые авторы отмечают, что больные вообще перестают пользоваться травмированным пальцем. В современной хирургии кисти большое внимание уделяется сохранению кожной чувствительности.

Цель: изучить методы непрямой кожной пластики при открытых повреждениях кисти и их непосредственные и отдаленные результаты.

Методы. В ходе исследований был проведен анализ медицинской документации 35 пациентов в возрасте от 16 до 58 лет, прооперированных в отделении хирургии кисти на базе УЗ «6 ГКБ» г.Минска по поводу открытых повреждений кисти. Среди них мужчин – 27 (77%), женщин – 8 (23%). Правая кисть была травмирована у 24 (68%) пациентов, левая – в 11 (32%) случаях.

Результаты. Внедрение результатов исследования позволило снизить срок госпитализации, снизить процент выхода на инвалидность, улучшить косметический и функциональный эффект, повысить качество жизни пациентов, возвращение их к полноценному труду; достоинства метода непрямой кожной пластики: - надежность кровотока в пересаживаемом лоскуте, - хороший косметический эффект, - минимизация осложнений. В 100% случаев была полностью восстановлена трудоспособность. Был произведен анализ отдаленных результатов. При лечении больных были отмечены следующие недостатки: в 4-х случаях, во время выполнения ПХО ран, не были полностью удалены ростковые зоны ногтевой пластинки, что,

по прошествии года, после оперативного вмешательства привело к необходимости повторной операции – удаление ногтевой пластинки и её ростковой зоны. В 14 случаях на трансплантированных кожных покровах возник гипертрихоз. В 8 наблюдениях у пациентов возникли, вследствие неосторожных действий, трофические нарушения от ран или ожогов. На невозможность контакта с холодной водой предъявляли жалобы 5 пациенток.

Шапкина А.А.

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Жадан С.А.
Кафедра патологической физиологии

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности во всем мире. В основе данной патологии лежит атеросклероз, который развивается на протяжении многих лет, и обычно приобретает серьезные формы к тому времени, когда начинают наблюдаться первые симптомы заболевания. Регулирование факторов риска может снизить клинические проявления и преждевременную смертность у лиц с установленной сердечно-сосудистой патологией, а так же у тех, кто подвержен значительному риску сердечно-сосудистых заболеваний в силу влияния одного или более факторов риска.

Актуальность взаимовлияния психической и соматической составляющих, роли психологических факторов в развитии, клиническом течении и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний подтверждается многочисленными исследованиями, как отечественных, так и зарубежных ученых. Такие заболевания как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца относятся к безусловным психосоматозам по МКБ-10, в основе развития которых лежат нарушения, возникшие под влиянием психических факторов. По данным ВОЗ, наибольший вклад в развитие сердечно-сосудистых заболеваний вносят три основных фактора: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и курение. Все три фактора риска носят психогенный характер и являются определяющими в развитии данного вида патологии.

В нашей работе проведен теоретический анализ имеющихся на сегодняшний день научных исследований в данной области, описаны механизмы, приводящие к развитию сердечно-сосудистой патологии психогенного генеза. Кроме того нами предложена модель для терапевтической коррекции сердечно-сосудистых заболеваний, учитывающей основные рекомендации ВОЗ для предотвращения риска их развития.

Для устранения риска развития сердечно-сосудистой патологии необходимо воздействовать на несколько звеньев, участвующих в патогенезе и манифестации заболевания. Наиболее важным звеном является психологический статус пациента. В связи с этим необходимо тщательно выявлять психогенные элементы, вызывающие развитие стресса и срыв адаптации. Для воздействия на психогенные компоненты, запускающие механизмы патогенеза заболевания, важно использовать возможность перепрограммирования искаженной функциональной системы и выработки новой, позволяющей скорректировать регуляцию основных систем организма. Для эффективной коррекции данной категории заболевания наиболее целесообразно использование различных терапевтических методов в совокупности, например, таких как психокоррекция, пропагандирование и обучение навыкам по здоровому образу жизни.

Разработанная нами теоретическая модель для терапевтической коррекции сердечно-сосудистых заболеваний построена на основе интегрированного подхода к лечению, включающего методы различных медицинских дисциплин и подходов к терапии данного вида патологии.

Шаркут О.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПОЧЕК В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Григоренко Е.А.
3-я кафедра внутренних болезней

Патология сердечно-сосудистой системы не только доминирует в структуре осложнений после аллотрансплантации почки (АТП), но и является основной причиной смерти пациентов после пересадки [Levin A., 2002]. Характерной чертой хронической почечной недостаточности является увеличение заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в относительно молодом возрасте, что требует повышенного внимания к кардиоваскулярным факторам риска, особенно артериальной гипертензии (АГ) и липидным нарушениям [Моисеев В.С., Кабалава Ж.Д., 2010].

Цель: Выявить распространенность традиционных факторов кардиоваскулярного риска в отдаленном послеоперационном периоде у больных, перенесших АТП.

Материалы и методы. В исследование включено 102 пациента Республиканского центра трансплантации органов и тканей, перенесших трансплантацию более 12 месяцев назад (отдаленный послеоперационный период). Группа сравнения была сформирована из 20 пациентов, сопоставимых по возрасту и половому составу с реципиентами донорских органов, имеющих артериальную гипертензию I – II степени. Среди обследованных лиц 63 пациента (61,8%) мужчины, 39 пациентов (38,2%)-женщины. Средний вес пациентов контрольной группы составил 79,23±6,86кг, группы сравнения 68±4,25кг. Длительность предоперационного гемодиализа составляла от полугода до 29 лет (1 случай). В схему поддерживающей иммуносупрессивной терапии входят: Медрол, Селлсепт, Вальцит, Програф, Азатиоприн, что послужило основанием для разделения пациентов основной группы на несколько подгрупп. Через 12 месяцев после трансплантации у реципиентов почечного трансплантата АГ была выявлена у 82 (80,4%) пациентов, сахарный диабет (СД) у 15 (14,7%), распространенность курения составила 2,9% (3 человека). Среднее систолическое АД находилась в пределах143,77±4,95 мм рт. ст., среднее диастолическое АД - 86,42±3,67 мм рт. ст. В отдаленном послеоперационном периоде в основной группе среднее значение сывороточной концентрации общего холестерола составило 6,76 ±1,62 ммоль/л и 4,59±1,36 ммоль/л в группе сравнения ($p<0,05$), значения глюкозы в контрольной группе и группе сравнения соответственно 6,22±1,55 ммоль/л и 4,81±1,28 ммоль/л ($p<0,05$), что свидетельствует о достоверном превышении оптимальных значений.

Таким образом, проведенный анализ распространенности традиционных факторов кардиоваскулярного риска показал, что среди реципиентов почечного трансплантата чаще, по сравнению с общей популяцией, встречаются СД, АГ и гиперхолестеролемия. Однако, это не может в полной мере объяснить высокую частоту кардиоваскулярных осложнений после проведенной трансплантации почек. Вероятно, наряду с традиционными факторами риска, следует рассматривать также дополнительные биохимические маркеры, ассоциирующиеся с нарушением функции эндотелия, тромбоцитов и длительным применением иммуносупрессивной терапии.

Шахатуни Н.А.

ПРИМЕНЕНИЕ СИЛИКОНОВОГО ШАБЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ НА ОККЛЮЗИОННЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шилова М.А.
Кафедра стоматологии детского возраста.

Цель и задачи: целью исследования является определение возможности использования силиконового шаблона при лечении кариеса на окклюзионных поверхностях. Задачами исследования являются максимальное сокращение операционного времени, количества манипуляционных этапов и, в тоже время, полное соответствие результата лечения всем критериям высококачественной реставрации.

Материалы и методы. Практически всегда детский врач-стоматолог сталкивается с рядом проблем, которые связаны с особенностью приема детей любого возраста. Для достижения этих целей предлагается метод, который прост в применении, не требует особых навыков и материальных затрат. Если в клинической ситуации врач-стоматолог имеет дело с I классом кариозной полости по Блэку во временных и постоянных зубах, в процесс лечения предлагается внести такой клинический этап, как получение силиконового шаблона жевательной поверхности зуба до его препарирования. Перед препарированием изготавливается силиконовый шаблон с окклюзионных поверхностей зубов, нуждающихся в лечении. После получения силиконового шаблона производится препарирование кариозных полостей классическим методом. После внесения в полость зуба пломбировочного материала накладывается силиконовый шаблон. В случае применения композиционных фотоотверждаемых материалов, полученная окклюзионная поверхность полимеризуется при помощи фотополимеризатора. При применение стеклоиономерных, химически отверждаемых материалов, полимеризация происходит под силиконовым шаблоном, тем самым исключается контакт слюны с пломбировочным материалом.

Полученные результаты. В результате использования силиконового шаблона, время лечения существенно сокращается за счет исключения этапа моделирования реставрации. После проверки окклюзионного взаимоотношения определяется множественность фиссурно-бугорковых контактов, дополнительной обработки реставрации по прикусу не требуется, что также значительно сокращает время лечения. Метод использовался при лечении кариеса у 8 пациентов, была произведена реставрация с использованием силиконового шаблона 25 временных и постоянных зубов.

Выводы. После проведенного исследования было установлено, что метод дает возможность получить исходную анатомию жевательной поверхности зуба, исключая длительные этапы моделирования и обработки реставрации. В результате применения этого метода значительно сокращается время реставрации, что особенно важно, учитывая возраст пациентов. Врач имеет возможность провести лечение в один этап сразу несколько рядом стоящих зубов, затратив на это минимальное количество времени, что значительно снижает уровень тревожности ребенка, так как используется меньшее количество манипуляционных этапов, связанных с использованием инструментария. При использовании химически отверждаемых стеклоиономерных цементов, которые особенно актуальны в детской практике, имеется возможность создать оптимальные условия для их полимеризации в полости рта, так как исключается контакт слюны с пломбировочным материалом.

Шахметов Я.В.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Научный руководитель ст. преп. Халямина И.И.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Идея осмотра органов брюшной полости с помощью введения в неё осветительных приборов принадлежит отечественному акушеру-гинекологу Д.О. Отту. Он назвал этот метод вентроскопией и применил его во время влагалищных операций, о чём было сделано сообщение на заседании Петербургского акушерско-гинекологического общества 19 апреля 1901 г. В дальнейшем метод называли по-разному: целиоскопией, перитонеоскопией, пельвиоскопией, органоскопией, абдоминоскопией.

В 1907 г. Г.Н. Серёжников и В.Л. Якобсон, ученики Д.О. Отта, сообщили о применении вентроскопии с целью диагностики внематочной беременности, туберкулёза гениталий, а также возможности каутеризации спаек в малом тазу.

В 1901 г. Г. Келлинг на съезде немецких естествоиспытателей и врачей продемонстрировал осмотр брюшной полости собаки при помощи цистоскопа после предварительного создания пневмоперитонеума. Так, в 1920 г. Орндофф описал эндоскопическую картину пиосальпинкса, трубной беременности и кист яичника. Осмотр брюшной полости сочетался с рентгенологическим исследованием на фоне пневмоперитонеума. Большое значение для развития лапароскопии имели работы Х. Калька и его учеников (1928, 1929). В них описаны показания и противопоказания к осмотру внутренних органов, возможные осложнения и профилактика последних. Х. Калька по праву считают основоположником лапароскопии как клинического метода исследования.

В 60—70-е годы была отмечена важная роль лапароскопии в диагностике опухолей яичников в связи с возможностью проведения биопсии во время лапароскопии и получения смывов для цитологического исследования (Е. Кастендик, 1975; К. Земм, 1977, и др.).

В 70—80-е годы началось широкое внедрение эндоскопических методов исследования в клиническую практику, что было связано с появлением волоконной оптики и специальных инструментов. В результате не только повысилось качество диагностики, но и стали возможны некоторые вмешательства на органах брюшной полости: биопсия, рассечение спаек и сальпинготомия (В. Гомэл, 1975; К. Земм, 1977), пересечение и клипирование маточных труб с целью стерилизации (Дж. Филлипс и соавт., 1977; Г.М. Савельева и соавт., 1983), вентросуспензия матки (К. Земм, 1976), дренирование брюшной полости при острых воспалительных процессах гениталий (Л.Т. Забарский, 1978; Г.М. Савельева и соавт., 1979).

В 80-х годах стали успешно переходить от диагностической лапароскопии к оперативной. Бесспорные успехи были достигнуты при операциях на придатках матки по поводу внематочной беременности и доброкачественных яичниковых образований. Во многих гинекологических клиниках мира лапароскопическая хирургия на придатках матки, в том числе при доброкачественных яичниковых образованиях, становилась методом выбора (М. Бруа, 1980; К. Земм, 1984; Х. Рич, 1987, и др.).

Новая эпоха развития эндоскопической хирургии началась в 1986 г., когда появилась возможность передавать цветное изображение с окуляра лапароскопа на экран монитора. Хирургу и ассистенту стало легче координировать свои действия. Большое значение имели создание видеокамеры с высоким разрешением, работающей на микросхемах, и возможность увеличения изображения в несколько десятков раз. Использование видеосистемы дало возможность создания видеофильмов, имеющих значение как для обучения, так и для анализа собственных действий хирурга.

Шахметов Я.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель ст. преп. Халямина И.И., асс. Амельченя О.А.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Своевременная диагностика и лечение острого аппендицита у беременных остаются актуальной проблемой. Частота развития острого аппендицита у беременных женщин, по данным литературы, составляет от 0,03 до 0,3%. Развитие лапароскопической хирургии привело к переоценке роли лапароскопии у беременных. Преимущества малоинвазивной операции ощутимы: малая травматичность, незначительный болевой синдром, косметичность, сокращение сроков госпитализации, но вопросы безопасности для матери и плода сохраняются.

Цель: оценить результаты традиционной и лапароскопической аппендэктомии у беременных женщин.

За период 2009-2012 гг. в хирургическом отделении УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова» прооперировано 111 беременных по поводу аппендэктомии. Количество пациенток в соответствии с триместром беременности распределено следующим образом: I – 28 человек, II – 71, III – 12.

Проведена оценка ближайших и отдаленных результатов лечения 70 беременных женщин в I и II триместрах, которым проведены аппендэктомии. Основную группу составили 32 пациентки, которым выполнены лапароскопические аппендэктомии (ЛА), в группу контроля были включены 38 пациенток после традиционной аппендэктомии (ТА). Исследуемые группы были однородны по возрасту и неделям беременности.

В процессе работы изучали течение послеоперационного периода, частоту и характер послеоперационных осложнений.

Из 70 пациенток в первые 6 часов от начала заболевания госпитализировано 12 (17,1%) беременных, в сроки от 7 до 12 часов – 24 (34,3%), от 12 до 24 часов от начала заболевания – 27 (38,6%) обратились за медицинской помощью спустя сутки – 7 (10,0%). Среднее время от начала заболевания до поступления пациенток в хирургическое отделение в группе ЛА составило 13,0±1,7 часов, в группе ТА – 16±1,9 часов. Длительность заболевания до госпитализации в хирургическое отделение в обеих группах статистически не значима.

Интраоперационных осложнений, требующих перехода с лапароскопической на открытую операцию не возникало.

Частота послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах статистически не отличалась. Характер послеоперационных осложнений: инфильтрат брюшной полости с абсцедированием, ранняя кишечная непроходимость, нагноение раны, лигатурный свищ регистрировались после ТА в 11,4% случаев, после ЛА – в 4,0% ($p>0,05$).

В послеоперационном периоде у ряда пациенток после ТА и ЛА возникла угроза выкидыша или преждевременных родов (13,2% 12,5% соответственно). Кроме того у одной беременной после ТА произошло преждевременное излитие околоплодных вод, что привело к преждевременным родам. При сравнении данного показателя в основной и контрольной группах статистически значимых различий не выявлено. Летальных исходов в основной и контрольной группах не было.

Таким образом, лапароскопические оперативные вмешательства у беременных по поводу аппендэктомии не привели к значительному повышению числа угроз прерывания беременности.

Шашок И.Н., Новикова А.М

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ MEN 1

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шепетько М.Н.
Кафедра онкологии

Цель: изучение современных аспектов клиники, диагностики и лечения нейрофибромотоза MEN 1.

Материалы и методы. Использование статистических данных заболеваемости нейрофиброматозом MEN 1 в Республике Беларусь, изучение авторских статей по современным методам диагностики и лечения.

Результаты. Нейрофиброматоз MEN 1 (болезнь Реклингхаузена) – наследственное заболевание, характеризующееся образованием множественных нейрофибром и пигментных пятен на коже и слизистых оболочках, сопровождающееся неврологическими,психическими и гормональными нарушениями. Распространенность нейрофиброматоза MEN 1 в Республике Беларусь за 2012 год составила 1 на 3000 человек; болеют как мужчины, так и женщины в равной степени, в любом возрасте; поражаются нервы периферической нервной системы; опухоль редко малигнизируется. Основными методоми ранней диагностики нейрофиброматоза является генетическое консультирование, генетический скрининг и магнитно-резонансная томография, которую используют для поиска еще мало заметных опухолей у предрасположенных лиц. Что касается современных подходов лечения, последним словом в технике является Кибер-нож, удаление опухолей с помощью лазера, криотерапия.

Швейнов А.И.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛОМ И МЕКСИКОРОМ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Михин В.П.
Курский государственный медицинский университет

Проблема фармакотерапии артериальной гипертензии, по-прежнему остается актуальной. Одним из основных направлений клинических исследований в этой области является совершенствование методов гипотензивной терапии с учетом особенностей молекулярно-клеточных патогенетических механизмов развития болезни.

Цель: определить влияние сочетанной терапии метопрололом и мексикором на морфофункциональное состояние сосудистой стенки у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Проведено открытое рандомизированное исследование с участием 50 пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь 2 степени, II стадии, риск 3-4, которым в качестве гипотензивного препарата применялся β-адреноблокатор – метопролол (50-200 мг сутки), разделенных на 2 группы: в первой (основной) в сочетании с метопрололом применялся метаболический цитопротектор – мексикор (300 мг сутки), во второй (контрольной) проводилась монотерапия метопрололом. В первые десять суток проводилась монотерапия метопрололом с целью титрования дозы препарата и коррекции артериального давления. С 11-х суток исследования в первой группе вместе с метопрололом назначался мексикор. До начала исследования, на первый, шестой, восьмой месяцы лечения больным производилось измерение толщины комплекса интим-медиа (КИМ) общей сонной артерии. Толщина КИМ более 0,9 см оценивалась как утолщение стенки общей сонной артерии.

Результаты. В группе, где применялся метопролол, к 1-му месяцу терапии изменения толщины КИМ общей сонной артерии не произошло. При этом, снижение данного показателя в основной группе составило 2%. К 6-му месяцу исследования отмечалось уменьшение толщины КИМ общей сонной артерии в основной группе на 5,8%($p<0,01$), в то время как в контрольной группе снижение произошло на 2,9%. В группе, где проводилась монотерапия метопрололом, уменьшение толщины КИМ общей сонной артерии произошло к 8-му месяцу лечения на 3,9% ($p<0,05$), в группе комбинированной терапии отмечено снижение на 7,1%. Полученные показатели свидетельствуют о выраженном влиянии комбинированной терапии метопрололом и мексикором на морфофункциональное состояние сосудистой стенки.

Выводы. Включение мексикора в состав комплексной терапии β-адреноблокаторами улучшило морфофункциональное состояние сосудистой стенки, что подтверждается снижением показателя КИМ общей сонной артерии.

Шеворденко О.О.

ОДОНТОГЕННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНУСИТЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Колб Е.Л.
Кафедра морфологии человека

Верхнечелюстной синусит (гайморит) — заболевание, обусловленное воспалительным процессом в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. Распространение воспаления на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух в большинстве случаев происходит из полости носа через естественные соустья. Однако тесные топографо-анатомические взаимоотношения верхнечелюстной пазухи с зубами верхней челюсти нередко приводят к развитию одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Данные литературы о частоте встречаемости острых верхнечелюстных синуситов, вызванных инфекцией, попавшей из очагов острого или хронического воспаления в зубочелюстной системе, неоднозначны. Так, частота одонтогенных синуситов по данным разных авторов колеблется от 2 до 50% (М. С. Плужников, Г. В. Лавренова, Г. В. Кручинский, В. И. Филиппенко и др.)

Актуальность изучения синуситов обусловлена тем, что заболевание поражает в основном лиц трудоспособного возраста, существенно снижает качество жизни больного и нередко сопровождаются развитием целого ряда серьезных осложнений.

Цель: анализ данных амбулаторных карт, а также определение динамики показателей воспалительных поражений придаточных пазух носа одонтогенного и риногенного происхождения у населения Минской области и г. Борисова.

Методы. Объектом исследования служили амбулаторные карты пациентов ЛОР-кабинета УЗ Борисовская ЦРБ, поликлиника №4 с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа за период с марта по ноябрь 2012 года. Полученные данные заносили в компьютерные базы данных с последующей статистической обработкой материала.

Результаты. Анализ данных амбулаторных карт показал, что за указанный период было выявлено 106 больных с диагнозом острый верхнечелюстной синусит в возрасте от 20 до 56 лет. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит был выявлен у 23 больных, что составило 21,7% от общего числа случаев острого воспаления верхнечелюстной пазухи. Во всех случаях воспаление верхнечелюстной пазухи носило односторонний характер: левосторонний – 9 случаев (39,1%), правосторонний – 14 случаев (60,9%). Риногенная природа острого верхнечелюстного синусита была установлена в 83 (78,3%) случаях.

За период с марта по август было выявлено 18 случаев (78,3%) острого одонтогенного верхнечелюстного синусита, тогда как за осенние месяцы 2012 года данная патология выявлена только у 5 больных (21,7%). Острые верхнечелюстные синуситы как следствие воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа напротив чаще выявлялись только

весной – 36 случаев (43,4%). Отмечалось снижение количества случаев риногенных синуситов летом и осенью: 23 (27,7%) и 24 (28,9%) случая соответственно.

Анализ зависимости частоты встречаемости острых верхнечелюстных синуситов от возраста больных показал, что все случаи острого одонтогенного воспаления верхнечелюстной пазухи выявлены у больных в возрасте от 30 до 41 года.

Выводы.

1. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит встречается в 21,7% случаев от общего числа воспалений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;
2. Все случаи острого одонтогенного воспаления верхнечелюстной пазухи выявлены у больных в возрасте от 30 до 41 года.

Шепетько М.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В ОИТАР

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлов О.Б.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Цель: провести сравнительный анализ эффективности, развития осложнений и летальности при использовании тромболитиков различных поколений, зарегистрированных и применяемых в Республике Беларусь на различных этапах оказания медицинской помощи у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Изучение и анализ данных мировой и отечественной литературы по проведению тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Результаты.

	Стрептокиназа	Альтеплаза (рекомбинантный ТАП)	Тенктеплаза (металлизе)
Внедрения в РБ	1999 год	2008 год	2012 год
Стоимость	150 тыс. бел. руб.	26 тыс. рос. руб	57 тыс. рос. руб.
Эффективность	доказана	доказана	доказана
Скорость тромболизиса	++	+++	++++
Нежелательные эффекты Осложнения	иммуногенность и аллергизация, выраженное снижение АД	чаще, чем при использовании стрептокиназы возникают внутричерепные кровотечения(противопоказана при высоком риске геморрагического инсульта	реже провоцирует крупные внутричерепные кровотечения по сравнению с альтеплазой
Другие особенности	Не метаболизируется, повторное введение за период менее 2-х лет от момента предыдущей инфузии запрещено	Сложный режим дозирования	Проще в использовании (возможно однократное болюсное введение)

Выводы.

1. ТЛТ является относительно простым и доступным методом лечения по сравнению с проведением первичных коронарных вмешательств особенно на догоспитальном этапе.
2. Тромболитики II и III поколений обладают значительными преимуществами по сравнению с таковыми I поколения в отношении эффективности и снижения риска возникновения осложнений, но их высокая стоимость не позволяет активно применять их на различных этапах оказания медицинской помощи.
3. Одним из путей повышения эффективности тромболитической терапии является комбинированное применение тромболитиков с препаратами антитромбоцитарного действия (аспирином), а также антикоагулянтами прямого действия (гепарин, низкомолекулярные гепарины).
4. Введение тромболитиков на догоспитальном этапе позволяет улучшить прогноз относительно выживаемости и выздоровления пациентов при условии, что риск возникновения осложнений не превышает пользу, ожидаемую от препарата.

Шестак М.А.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлович Т. П.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Актуальность. В настоящее время демографическая ситуация в Республике Беларусь сопровождается негативными тенденциями – сокращением численности населения и его старением. Смертность продолжает превалировать над рождаемостью. Ситуация в сфере браков остается нестабильной. Отмечена неблагоприятная ситуация с показателем соотношения регистрируемых и расторгаемых браков. На численность и состав населения, а также на многие социально-экономические показатели большое влияние оказывает внешняя и внутренняя миграция населения.

Проведение корректной демографической политики является мерой необходимой для устойчивого развития Республики Беларусь.

Цель: выявление особенностей демографической ситуации в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Изучены нормативно правовые документы регламентирующие вопросы демографической безопасности. Выявлены показатели, являющиеся неблагоприятными в оценке демографической ситуации. Проведена оценка демографической ситуации в Республике Беларусь в 2012 году.

Нормативно правовые документы регламентирующие вопросы демографической безопасности:

- Конституция Республики Беларусь
- Закон «О демографической безопасности Республики Беларусь» от 4 января 2002г. № 80-З (в редакции 2009г.)
- Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы (Указ Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №357).

Анализ. Численность населения Республики Беларусь на 1 января 2013 г. по предварительным данным составила 9 463,3 тыс. человек и за 2012 год уменьшилась на 1,9 тыс. человек. Положительной тенденцией является уменьшение показателя общей смертности, который за 11 месяцев 2012 года снизился на 7,6%. Важным является также снижение смертности трудоспособного населения. Положительная динамика выявлена по показателю младенческой смертности - снижение более чем 10% по сравнению с 2011 годом. За январь-ноябрь 2012 года показатель рождаемости увеличился до 12,2 случая на 1000 населения, что на 6% больше чем за аналогичный период 2011 года. Миграционые процессы продолжают играть

важную роль в поддержании демографической ситуации в республике. Положительное сальдо миграционного обмена в 2012 году уменьшило естественную убыль населения на 83,7%.

Выводы. Нормативно правовые документы регламентирующие вопросы демографической безопасности в Республике Беларусь своими основными критериями способствуют стабилизации демографической ситуации и поддержанию демографической безопасности. Динамика демографической ситуации в республике положительная.

Шестак Н.Г., Баешко А.А.

ЭХО-СКЛЕРОТЕРАПИЯ СТВОЛОВЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Баешко А.А.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Варикозная болезнь нижних конечностей — частая патология, с которой сталкиваются врачи сосудистого профиля. Она встречается у 20 – 60 % взрослого населения стран Европы, причем распространенность этого недуга возрастает из года в год. С внедрением в клиническую практику инновационной технологии склерооблитерации вен с использованием пенной формы препарата и ультразвукового контроля процедуры, метод получил широкое применение, в том числе и для лечения стволовых форм варикозной болезни.

Цель: проанализировать результаты эхо-склеротерапии как метода лечения стволовых форм варикозной болезни.

Материал и методы. Объектом исследования явились 326 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (368 больших подкожных вены), прошедших курс склеротерапии в медицинском центре «Экомедсервис» и Республиканском центре медицинской реабилитации и бальнеолечения за период с января 2009 по март 2013 гг. Все пациенты были обследованы с помощью дуплексного сканирования с цветным картированием кровотока. Использовали слерозант «Этоксисклерол» 1 % и 3% концентрации. Количество сеансов склеротерапии у одного больного варьировало от 1 до 6 (чаще 3; всего – 1178). Для наружной эксцентрической компрессии использовали поролоновые валики, общей – компрессионный трикотаж (2 класс). После каждой процедуры пациентам рекомендовалась тридцатиминутная прогулка.

Результаты. В сроки от 1 до 2,5 лет в группе пациентов с диаметром БПВ < 10 мм успешный результат был достигнут в 88,3% (271/307); в группе пациентов с диаметром БПВ > 10 мм – в 83,6% (51/61). Значительное снижение выраженности симптомов заболевания отмечалось в 55,4 – 63,0% случаев, умеренное – в 29,6 – 34,8% соответственно. Из побочных эффектов пенной склеротерапии зарегистрированы следующие: гиперпигментация кожи (в 32,5%), преходящие нарушения зрения (2 эпизода – 0,6%), тромбофлебит БПВ или ее ветвей (9,5%), транзиторные мозговые неврологические симптомы (2 случая – 0,6%). У одного больного (0,3%) при контрольном ультразвуковом исследовании выявлен латентно протекающий очаговый тромбоз суральных вен.

Выводы.

1. Пенная склеротерапия – инновационный, патогенетически обоснованный метод лечения варикозной болезни с вертикальным рефлюксом в бассейне БПВ. Даннаый метод является доступной, легко выполнимой в амбулаторных условиях. Он не требует госпитализации, не влияет на бытовую и социальную активность пациента.

2. При соблюдении техники выполнения процедуры и применении должного компрессионного режима он позволяет добиться хорошего результата более чем в 80% случаев.

3. Метод характеризуется низкой частотой побочных эффектов и высоким уровнем удовлетворенности пациентов.

Шестель И.В., Стефанович В.Т.

БАЗАЛЬНЫЕ ЭПИТЕЛИОЦИТЫ КОЖИ КРЫСЫ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ

Научный руководитель ст. преп. Мельников И.А.
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Целью данной работы является изучение морфометрических параметров строения ядер клеток базальных эпителиоцитов кожи крысы и выявление закономерностей их изменения в эмбриогенезе.

В материале эмбрионов крысы 12,5; 15,5; 17,5; 18,5 и 21 суток эмбрионального развития изучено строение базального слоя эпидермиса брюшной стенки. Исследования проводились на парафиновых серийных срезах толщиной 7-8 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином. Кроме качественного анализа проводилась кариометрия эпителиоцитов. Определялись такие параметры, как площадь, периметр, длина большой и малой осей ядер клеток эпителиоцитов.

Исследования проводились на цифровых фотографиях размером 640×480 пикселей, полученных с помощью системы «микроскоп – TV–камера» на увеличении 1000х, которые впоследствии обрабатывались в программе ScionImage 4.0.2. Статистический анализ проводился с помощью пакета «Анализ данных» программы MS Office 2010 Excel.

Проводилось изучение динамики изменений таких статистических характеристик, как дисперсия, коэффициент вариации, среднее в зависимости от возраста зародыша. При построении и анализе соответствующих графиков была выявлена следующая закономерность: падение значений среднего и дисперсии для заданных морфометрических параметров(площадь, периметр, большая ось ядра и содержание в нём хроматина) происходит на 17,5 сутки. В то же время коэффициент вариации уменьшается только на 18,5 сутки. Данный факт может свидетельствовать об образовании в этот период клеточных дифферонов после уменьшения разнообразия клеточных форм. Но с другой стороны уменьшение коэффициента вариации для количества хроматина, как и других характеристик, происходит на 17,5 сутки. Это говорит об образовании устойчивых клеточных форм с заданным набором генетического материала. Исходя из построенных графиков, можно утверждать, что данные процессы в эмбриогенезе кожи крысы периодичны.

В результате проделанной работы выявлено чередование фаз дифференцировки, в течение которых наблюдается большое или меньшее разнообразие клеток. Причиной этого может быть образование бластных форм клеток с крупными ядрами, содержащими больше эухроматина, а затем появление популяции более дифференцированных клеток с мелкими ядрами и плотным гетерохроматином. Это может свидетельствовать о процессах дифференцировки, в результате которой происходит адаптация к меняющимся условиям и образование клеточных дифферонов.

Шибанова И.С.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОФИЛЬНОЙ НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Астапов А.А.
Кафедра детских инфекционных болезней

Цель: выявить клинико-лабораторные особенности нейроинфекции, вызванной гемофильной палочкой.

Материалы и методы. Был проведен анализ 27 историй болезни больных детей, находившихся на лечении в ГДИКБ г. Минска в период времени с 1981 по 1999 год. Из группы

обследованных детей, мальчики составили 55,6%, девочки – 44,4%. Возраст больных колебался от 4 месяцев до 18 лет. 96,3% случаев составили первичные менингиты, и только в одном случае наблюдался вторичный менингит, который развился на фоне пневмонии, вызванной этим видом возбудителя. Диагноз гнойного менингита был установлен на основании клинических данных и идентификации возбудителя бактериологическим, микроскопическим и экспресс- методами.

Гнойный менингит гемофильной этиологии встречается у детей в возрасте до 3 лет (77,8%). Около 66,7% случаев заболеваемости гемофильным менингитом пришлось на осенне-зимний период. Больные поступали в стационар в следующие сроки от начала заболевания: 1-е сутки -10 человек, 2-е сутки -7 человек, на 3–и сутки – 4 человека, после 3 суток поступило 6 человек. В 74% случаев заболевание начиналось остро: гипертермия, выраженная головная боль, рвота, не приносящая облегчения, нарушение общего состояния. У остальных (26%) отмечалось постепенное начало заболевания с ухудшением состояния пациентов на 3– и сутки. В 70,4% случаев менингит был заподозрен на догоспитальном этапе, в других случаях диагнозы были следующими: ОРВИ, пневмония- 2 человека; ОРВИ.ЧМТ- 2 человека; ПТИ- 2 человека; ОКИ- 1 человек; вирусный гепатит-1 человек. Клинические формы после обследования пациентов были следующими: гнойный менингит-59,3%; гнойный менингоэнцефалит-40,7%. Состояние больных было тяжелым, обусловленное выраженными симптомами интоксикации, судорожной готовностью, угнетением сознания и неврологической симптоматикой. При лабораторном исследовании пациентов лейкоцитоз выявлялся у 81,5%; сдвиг лейкоцитарной формулы у 85,1%; увеличенное СОЭ в 88,9% случаев; количество детей с анемией составило – 69,9%. При наличии выше указанных изменений со стороны анализа крови, проводилось широкое обследование пациентов, для исключения нейроинфекций различной этиологии. Использовали: посев крови на менингококк, мазки из носоглотки, исследование ЦСЖ и крови на наличие возбудителя. При исследовании ликвора: цитоз › 1000 $\times 10^6$/л наблюдался в 96,5% случаев, глюкоза была снижена у 81,5 %, нейтрофилы от 80 до 100% у 90,2%. Диагноз гемофильный менингит был подтвержден бактериологическим методом исследования крови в 92,3% случаев, ЦСЖ – 81,5%, в толстой капле крови были обнаружены внеклеточно палочки у 11,1%. Чувствительность выделенного возбудителя была следующей: к цефалоспоринам III поколения в 92,6% случаев; левомицетину-81,5%; аминогликозидам-51,9%; карбапенемам – 37%. Лечение было комплексным и стартовым препаратом при получении мутного ликвора был пенициллин, в связи с преобладанием в этиологической структуре гнойных менингитов менингококковой этиологии заболевания. Поэтому после выделения возбудителя и отсутствие эффекта от пенициллина, производилось в последующем смена антибактериального лечения. Патогенетическая терапия предусматривала проведение дезинтоксикационной и дегидратационной терапии, использование ГБО, ГКС. В восстановительный период использовали: актовегин, алоэ, лидазу, витамины группы В.

Таким образом, менингиты гемофильной этиологии встречаются преимущественно у детей до 3 лет и довольно часто (37%) сопровождаются клиникой энцефалита.

Шимко И.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Научный руководитель асс. Корчигин Д.Л.
Кафедра общей стоматологии

Цель: оптимизировать факторы мотивации студентов младших курсов в улучшении гигиены полости рта и отказа от вредных привычек.

Материалы и методы. Было проведено обследование 30 студентов стоматологического факультета с целью определения уровня гигиены полости рта с помощью индекса OHi-s.

В дальнейшем прослеживалось: насколько уровень гигиены у студентов стоматологического факультета зависит от наличия или отсутствия пагубной привычки.

Результаты.

1. Зубной налёт - агрессивная среда для тканей зуба, в большей степени выявляется на зубах студентов-курильщиков; более того, налёт имеет специфическое окрашивание.
2. У студентов, имеющих пагубную привычку, зубной камень встречается намного чаще, чем у некурящих.
3. В целом, уровень гигиены студентов, которые имеют вредную привычку, значительно ниже, чем у некурящих студентов.

Шимко И.В.

СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель асс. Максимович Е.В.
Кафедра хирургической стоматологии

В хирургической стоматологии до настоящего времени актуальными остаются вопросы, связанные с этиологией, патогенезом и лечением затрудненного прорезывания третьего нижнего моляра. Затрудненное прорезывание нижних восьмых зубов наблюдается у 54,6% людей (С.Ю.Иванов и др., 2000). Ретенция и дистопия зубов мудрости на нижней челюсти определяют развитие воспалительных процессов в ретромолярной области и соседних анатомических пространствах 43,7% (Ю.М.Румянцев, 1977). При этом перикоронариты составляют 54,4%, периоститы- 22,6%, флегмоны- 8%, и другие осложнения- 15%.

Местные показания для удаления зубов делятся на: а) санационные (одонтогенные заболевания периодонта, кости или периостита челюсти); б) функционально-санационные (неправильно расположенный зуб травмирует твердые ткани полости и преддверия рта); в) санационно-протетические (одиночные зубы, препятствующие хорошей стабилизации протеза; выдвинувшиеся из-за отсутствия антагонистов зубы; постоянные первые моляры у детей, если они разрушены и т.д.); г) эстетические (зубы, обезображивающие внешний вид лица; сверхкомплектные зубы; аномально расположенные и имеющие уродливую форму).

В направлении прорезывания 3 моляров наиболее часто наблюдается медиальный наклон в соответствии с классификацией S. Asanami, Y. Kasazaki (1993), в данном случае зуб наклонен по направлению к впереди стоящим зубам и может подталкивать их, усиливая тесное расположение передних зубов, что может привести к ортодонтическим показаниям удаления третьих моляров на нижней челюсти.

Цель: проанализировать показания к удалению ретенированных дистопированных третьих моляров нижней челюсти на амбулаторном хирургическом приеме.

Объекты и методы. Исследования проводились на базе стоматологического отделения УЗ «5 клиническая городская поликлиника» г. Минска, были проанализированы амбулаторные стоматологические карты пациентов, которым с 28.06.2012 по 5.03.2013 в плановом порядке были проведены плановые удаления ретенированных, полуретенированных дистопированных третьих моляров на нижней челюсти.

Результаты. За период с 28.06.2012г. по 05.03.2013г. в плановом порядке было прооперировано 25 человек, которым было проведено сложное удаление нижних третьих моляров в возрасте от 18 лет до 51 года, средний возраст составил 27 лет. Среди данной группы пациентов мужчин было - 3 человека (12%), женщин - 22 (88%). Причиной обращения пациентов за хирургической стоматологической помощью явились:

1. болевой синдром 15 человек (60%);

2. воспалительные заболевания в анамнезе – 8 человек (32%);

из них: - острые перикоронариты в анамнезе – 4 человека (50%);

3. - острые и хронические периодонтиты в анамнезе – 4 человека (50%);
4. по направлению ортодонта обратились 2 человека (8%).

Вывод. По данным наших исследований на амбулаторном стоматологическом приеме для удаления ретенированных (полуретенированных) третьих нижних моляров в плановом порядке чаще обращаются женщины молодого возраста (средний возраст – 27 лет). При удалении третьих моляров на нижней челюсти в плановом порядке причиной обращения чаще является болевой синдром – 60% пациентов.

Шимченко Ю.В.

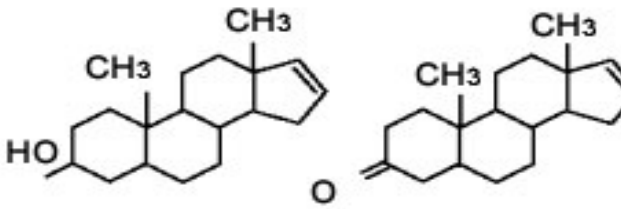
ВЛИЯНИЕ ФЕРОМОНОВ НА ПРОЦЕССЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА

Научный руководитель канд. хим. наук, асс. Фандо Г.П.
Кафедра биоорганической химии

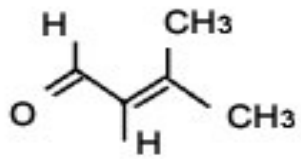
Феромоны — биологически активные летучие вещества, выделяемые насекомыми и другими животными в окружающую атмосферу и управляющие поведением и многими другими формами жизнедеятельности организма. Будучи внутривидовыми химическими сигналами, феромоны вырабатываются экзокринными железами и отличаются, таким образом, от собственно гормонов, являющихся продуктами внутренней секреции, переносимыми кровью и действующими в качестве химических агентов между различными тканями тела.

Первым идентифицированным феромоном оказался E-10, Z-12-гексадекадиенол, названный «бомбиколом».

Последние исследования показывают, что человек выделяет кроме пахучих субстанций еще и не воспринимаемые как типичные одоранты летучие вещества, воздействующие на физиологические процессы в организме. На стыке последних двух тысячелетий наиболее популярна версия о том, что человеческие феромоны представляют собой производные половых стероидных гормонов.



андростенол андростенон



2-метилбут-2-еналь

На роль человеческих феромонов претендуют некоторые производные стероидных гормонов. Например, андростенол и андростенон , которые могут образовываться из мужского полового гормона тестостерона.

В молоке крольчихи содержится низкомолекулярное вещество 2-метилбут-2-еналь (2MB2). Именно оно служит феромоном, который помогает новорождённым крольчатам отыскать сосок матери-крольчихи.

Вывод: феромоны модифицируют поведение, физиологическое и эмоциональное состояние других особей того же вида. Самым вероятным феромоном человека является 4,16-андостадиен-3-он (АНД). Учеными доказано, что происходит изменение уровня лютеинизирующего гормона в крови женщин после вдыхания АНД, что снижает эмоциональное напряжение и вызывает чувство релаксации. У млекопитающих была обнаружена система, отвечающая за улавливание феромонов, так называемый «орган Якобсона».

Шинкаревич В.В., Абабня А.А.

ЭКОЛОГО-ФАРМАКОЛОГИЧСЕКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ЛИМОННИКА КИТАЙСКОГО (SCHISANDRA CHINENSIS) НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Турсунова И. И.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Актуальность. С каждым годом растёт интерес современной медицины к **лекарственным растениям**. Расширяется и углубляется изучение целебных растений, растёт их заготовка, всё больше выпускается лечебных препаратов растительного происхождения.

Лекарственное растительное сырьё богато содержанием фармакологически ценных веществ и является одним из главных источников получения лекарств.

Лекарственные растения прочно вошли в нашу жизнь еще на заре развития человечества. Первые лекарства человек черпал от природы. Еще с древности остались известны многие рецепты «от всякой хвори и злого недуга», которые люди готовили из лекарственных растений, ведь они живая лаборатория, в которой совмещены десятки веществ, необходимых человеку.

Пусть сейчас активно создаются новые лекарственные препараты, полученные химическим путем, но лекарственные растения продолжают занимать главенствующие позиции в мировой медицине.

Целью работы стало доказательство, что лечение растениями (мы рассмотрели Лимонник китайский) не менее эффективный процесс, чем применение химических препаратов. Для этого мы:

1. Изучили состав семян и плодов лимонника китайского;
2. Рассмотрели влияние лимонника китайского на организм человека;
3. Оценили взаимодействие с лекарственными препаратами;
4. Доказали полезность лимонника китайского.

Методы. Анализ отечественной и зарубежной литературы о фармакологических и фармакогностических свойствах лимонника китайского (Schisandra chinensis).

Результаты.

1. В плодах лимонника содержатся фенольные соединения, основными из которых являются лигнаны (схизандрин, схизандрол, дезоксисхизандрин и др.), органические кислоты (лимонная- около 11%, яблочная – около 10%, винная – около 3%, щавелевая – около 0,22%), пектины – 4%, сахара, эфирные масла, витамин Е, жирное масло.

2. Очень богат минеральный состав лимонника. Это калий, кальций, марганец, железо, магний, медь, цинк, кобальт, молибден, хром, алюминий, барий, селен, никель, стронций, йод и т.д.

3. Является физиологияеским антагонистом снотворного действия ЛС, угнетающих ЦНС (в т.ч. барбитуратов, транквилизаторов, нейролептиков).

Выводы.

1. Основное действие лимонника - тонизизирующее и адаптогенное. Благоприятно влияет на углеводный обмен, снижая уровень сахара в крови, задерживает развитие язв, обладает противосудорожным и противоспалительным эффектом.

2. При экспериментальном изучении галеновых препаратов лимонника китайского (настойка и настой) установлено, что они повышают АД, уменьшают частоту сердечных сокращений и усиливают их амплитуду, возбуждают дыхание. Лимонник оказывает заметное сосудорасширяющее действие в условиях изолированных органов.

3. Отсутствие побочных явлений при лечении лимонником позволяет отнести его к ценным средствам. Однако применять его следует по назначению врача с точным соблюдением дозировки препарата. При передозировке возможно перевозбуждение нервной и сердечно-сосудистой систем.

4. Препараты лимонника противопоказаны при нервном возбуждении, бессоннице, повышенном АД, нарушениях сердечной деятельности.

Шинькарук Ю.Л.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТИОТРИАЗОЛИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АЦЕТОНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКОЙ АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Тяжкая А.В.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Актуальность. Одной из актуальных проблем в педиатрии на сегодня есть ацетонемический синдром (АС), распространенность которого составляет 6-8%. Несмотря на значительное количество исследований этой проблемы, коррекция метаболических нарушений остается актуальной, в связи со сложными и глубокими механизмами нарушений метаболизма при нервно-артритической аномалии конституции (НААК), что обусловливает поиск препаратов, которые бы способствовали коррекции не только симптоматической во время обострения, но и действовали на патогенетическом уровне.

Цель: оценить эффективность препарата "Тиотриазолин" у детей с АС на фоне НААК.

Материалы и методы. В наше исследование были включены 63 ребенка от 1 до 12 лет с АС на фоне НААК. Обследуемые пациенты распределялись методом случайного отбора на 2 группы: основную (35 детей), в которой пациентам дополнительно к базисной терапии назначался Тиотриазолин и группу сравнения (28 детей), в которой проводилась только базисная терапия. Всем пациентам проводилось клиническое и параклинические обследования, определялись общеклинические показатели, биохимические параметры, а также проводилась оценка метаболических изменений инструментальными методами. Комплексная оценка состояния детей осваивалась на балльной системе, разработанной на основе клинических данных, для определения степени тяжести детей с АС.

Результаты. Применение препарата Тиотриазолин в составе комплексной терапии приводило к более быстрому клиническому эффекту, улучшению состояния и самочувствия ребенка, о чем свидетельствует анализ влияния на клиническую симптоматику на основе субъективной и объективной оценки состояния ребенка. Значительное улучшение состояния наблюдалось у 74% детей основной группы и 25% группы сравнения. Неэффективность терапии была выявлена у 18% детей группы сравнения и лишь у 3% детей основной группы.

Выводы. Комплексный анализ показал эффективность Тиотриазолина как патогенетического препарата для лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с НААК как в критический период, так и в период благополучия для предупреждения состояния, связанного с метаболическими нарушениями.

Шипат В.А., Эль-Зейн Мустафа

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ У ДЕТЕЙ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Горбачева К.А.,
канд. мед. наук, асс. Петрович Н.И.
Кафедра стоматологии детского возраста

Проблема воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области не теряет своей актуальности. Это обусловлено тем, что число острых гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области не имеет тенденции к снижению. Актуальность проблемы в детском

возрасте определяется нарастанием числа этих больных, увеличением тяжести клинического течения и трудностями их лечения. Острые гнойные процессы у детей составляют около 15,5% всех челюстно-лицевых заболеваний (Бернадский Ю.И., 2003).

Цель: изучить обращаемость детей с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи за стационарной хирургической помощью в зависимости от возраста, пола, локализации и сезонности.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 148 детей с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я детская клиническая больница» г. Минска за 2006-2010 гг.

Результаты. В результате исследования установлено, что за период с 2006 по 2010 год в отделении челюстно-лицевой хирургии на лечении по поводу абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи находилось 148 детей (4,37% от всех детей, находившихся на лечении по поводу воспалительных заболеваний). Соотношение абсцессов и флегмон между собой составило 3:1. Анализ заболеваемости детей абсцессами и флегмонами по гендерному признаку показал, что большую часть заболевших составляют мальчики – 58,75±7,05%. Нами отмечено, что 44,65±4,08% заболевших составляют дети в возрасте от 12 до 17 лет. У детей возрастной группы 1-5 лет абсцессы и флегмоны встречаются в 1,5 раза реже, а в группе 6-11 лет в 1,9 раза реже, чем у детей 12- 17 лет. Выявлена сезонность заболеваемости: у 57,43±3,76% заболевших детей заболевание возникло в зимние и весенние месяцы. Анализ локализации абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области позволил выявить наиболее типичную локализацию для каждой нозологической единицы. 82,36±6,54% флегмон челюстно-лицевой области локализовались в подчелюстной области. Среди абсцессов наиболее распространенной была локализация воспалительного процесса в щечной области (36,84±4,52%). Следует отметить, что в 3,51±1,72% локализация абсцессов соответствует типичным местам для пирсинга (язык, верхняя и нижняя губа). Анализ динамики койко-дней, проведенных в стационаре детей с флегмонами, показал, что в 2010 году количество койко-дней сократилось на 2,15 койко-дня по сравнению с 2006 годом. В среднем дети с абсцессами челюстно-лицевой области проводят в стационаре 5,82 койко-дня, а с флегмонами - 9,93 койко-дня.

Выводы.

1. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи у детей составляют 4,37% от всех воспалительных заболеваний.
2. У детей 12-17 лет абсцессы и флегмоны встречаются значительно чаще, чем в других возрастных группах, мальчики обращаются за стационарной помощью 1,4 раза чаще, чем девочки.
3. Наблюдается сезонность заболеваемости абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи и пик заболеваемости приходится на зимнее и весеннее время года.
4. Наиболее частая локализация абсцессов челюстно-лицевой области и шеи – щечная область, а флегмон – подчелюстная область.

Ширинов Д.К., Юнусова Ш.А.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Каримова Ф.Д., канд. мед. наук Ихтиярова Г.А.
Бухарский государственный медицинский институт

Цель: изучение особенностей течения родов у женщин с тиреотоксикозом.

Материалы и методы. В зависимости от степени компенсации тиреотоксикоза все беременные ретроспективно были разделены на 3 группы. I группу – составили 24 пациентки, у которых беременность наступила на фоне ремиссии или медикаментозной компенсации заболевания. II группу - 29 пациенток, у которых беременность наступила на фоне декомпенсации тиреотоксикоза (дебюта заболевания), в т.ч. у 11 больных заболевание было впервые диагностировано только во время беременности. III группу - 39 беременных, у которых имелся рецидив ДТЗ.

С 1998 по 2005гг. родоразрешены 92 беременные с ДТЗ. Через естественные родовые пути было родоразрешено 66 (71,7%) беременных, путем планового кесарева сечения - 12 (13%) больных, 12 (13%) пациенткам было произведено экстренное кесарево сечение, в одном наблюдении были наложены выходные акушерские щипцы и в одном – плодоразрушающая операция.

Результаты. Компенсированное течение ДТЗ, отсутствие выраженных акушерских осложнений и удовлетворительное состояние плода позволили родоразрешить при доношенном сроке беременности всех пациенток 1 группы, 27 (93%) беременных 2 группы и 36 (92,3%) беременных 3 группы. Удовлетворительное состояние матери и плода способствовало тому, что 18 (75%) беременных 1 группы были родоразрешены через естественные родовые пути, во 2 и 3 группах данные показатели составили 20 (69,0%) и 28 (71,8%), соответственно. При родах через естественные родовые пути, слабость родовой деятельность встречалась в 13 (19,1%) наблюдений, в сравнении со среднестатистическими показателями по институту 4,9%, в то время как быстрое течение родов - в 4 (5,9%) наблюдений. Средняя продолжительность родов практически не отличалась по группам и составила в среднем 481,87 мин+18,54. Возможно, это связано с достигнутой компенсацией основного заболевания у пациенток всех групп при доношенном сроке беременности. По нашим наблюдениям, для течения родов пациенток с ДТЗ было характерно развитие слабости родовой деятельности, в то время как частота быстрых и стремительных течение родов практически не отличалась от популяции.

Выводы. Таким образом, компенсированное течение тиреотоксикоза является залогом благополучного течения родов и перинатального исхода, в то время как декомпенсированный тиреотоксикоз увеличивает количество преждевременных родов, аномалий родовой деятельности и оперативного родоразрешения в связи с тяжелым гестозом, ФПН и гипоксией плода.

Ширшова А.Д.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КАРИЕСА

Научные руководители асс. Заболоцкая Л.В., асс. Кравченко Н.Л.
Кафедра стоматологии детского возраста

Самым распространенным стоматологическим заболеванием в РБ является кариес зубов. Кариозная болезнь начинается у детей вскоре после прорезывания временных зубов и достигает 90% распространенности к 5-6-летнему возрасту. Усугубляющим фактором развития кариеса у детей является нерегулярный уход, а зачастую и полное отсутствие гигиены полости рта. Родители несут ответственность за состояние здоровья своих детей, поэтому они должны контролировать, как осуществляется гигиенический уход за полостью рта их детьми и помогать им до совершеннолетия.

Цель: изучить информированность родителей детей дошкольного возраста по вопросам гигиенического ухода за полостью рта.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 37 родителей детей 5-6-летнего возраста, посещающих УДО №399 г. Минска по разработанной нами анкете, включающей вопросы по гигиеническому уходу за полостью рта ребенка в домашних условиях.

Результаты. Анализ полученных в результате анкетирования данных показал, что гигиенический уход за полостью рта ребенка с момента прорезывания зубов осуществляли только 30% опрошенных, в среднем чистить зубы детям начинали с полутора лет.

К 5-6-летнему возрасту только 70,22% опрошенных чистят зубы 2 раза в день под контролем родителей. 31,5% чистят утром до еды, 13,5% чистят утром после еды, 49,5% чистят вечером перед сном, 5,5% едят после вечерней чистки зубов. Большинство детей знают о необходимости чистить зубы, однако не все понимают важность чистки зубов после еды.

Наибольшее количество детей (97,3%) используют детскую зубную пасту и 2,7% чистят зубы взрослой пастой. Из всех опрошенных 35,13% предпочитают зубную пасту фирмы Colgate, 10,8% Aquafresh, 2,7% Silca, 10,8% Oral-B.

Было выяснено, что 54% детей наносят на щетку минимальное количество пасты (с горошину), 35,13% детей наносят пасту на половину головки щетки, 10,8% детей наносят пасту на всю поверхность щетки.

Только 56,75% родителей знают о необходимости замены щетки через 3 месяца, 13,51% меняют щетку раз в полгода.

24,32% детей чистят наружную поверхность зуба круговыми движениями, 32,43% чистят внутреннюю поверхность зуба подметающими движениями, 54% детей чистят жевательную поверхность зуба горизонтальными движениями.

Выводы.

Современные подходы к профилактике и стабилизации кариозного процесса у детей должны быть направлены на:

1. Мотивация и обучение родителей правильной гигиене полости рта детей.
2. Гигиенический уход за зубами необходимо начинать с момента их прорезывания.
3. Применение паст с концентрацией фторидов от 500 ppm до 1000 ppm.
4. Контроль со стороны родителей за гигиеной полости рта детей.

Шиторля В.А.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ИСХОДЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Байко С.В.
1-ая кафедра детских болезней

Цель: изучить этиологию, частоту развития и исходы инфекционных осложнений перитонеального диализа (ПД) у детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН) и острой почечной недостаточностью (ОПН).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ инфекционных осложнений перитонеального диализа у 63 детей с тХПН в возрасте 9,02±5,16 лет (3 дня-17 лет), находившихся под наблюдением в Республиканском центре детской нефрологии и почечной заместительной терапии с января 2003 по январь 2013 года и 112 детей с ОПН в возрасте 1,7±2,3 лет (2 нед. -15 лет) пролеченных с января 2005г по январь 2013г.

Средняя длительность лечения больных с тХПН на ПД составила 26,3±23,7 (1-109 мес.). Из 63 детей с тХПН 12 пациентов получали только «ручной» ПД, 27 переведены на автоматизированный перитонеальный диализ (АПД) и 24 начали почечно-заместительную терапию (ПЗТ) с АПД. У 12 больных с тХПН лечение начато в возрасте до 3-х лет (у одного из них с рождения). Большинство пациентов (34) проживало в сельской местности.

У 98 детей (87,5%) причиной ОПН был гемолитико-уремический синдром (ГУС).

Результаты. В исследование были включены все пациенты, получавшие хронический перитонеальный диализ, с момента его внедрения в Республике Беларусь. За этот период времени зарегистрировано 83 эпизода перитонита у 34 из 63 пациентов с тХПН, 8 эпизодов тон-

нельной инфекции и 22 случая инфекции наружного выходного отверстия перитонеального катетера. Частота развития перитонита составила 1 эпизод на 19,9 месяцев лечения ПД: частота перитонитов у детей на АПД значимо меньше, чем на «ручном» ПД (1 эпизод на 22,4 и 18,4 месяцев, соответственно, $p<0,05$).

Основной причиной развития перитонитов являлась Гр+ флора в 78% случаев (наиболее часто золотистый и эпидермальный стафилококк, энтерококк и ацинетобактер), реже выявлялась Гр- и грибковая флора, микст-флора (8%, 6% и 6%, соответственно). В 38,6% случаев не удалось выявить микробного агента, вызвавшего перитонит.

До 2008 года отмечался очень низкий процент положительных результатов посевов диализата (47,5%). С 2008 года посев диализата начал проводиться на фабричные среды для посевов крови, вместо использования технологии концентрирования диализата (рекомендованной международными протоколами), что позволило за последние 5 лет довести % положительных посевов до 74,4% ($p<0,05$).

В 88,9% случаев лечение диализных перитонитов у детей с тХПН с использованием интраперитонеального введения антибиотиков заканчивалось полным выздоровлением ребёнка. У 2 детей из 112 с ОПН диагностирован перитонит при проведении острого перитонеального диализа и у 1 эпизод инфекции наружного выходного отверстия перитонеального катетера. Всем детям с момента поступления в отделение реанимации назначались антибактериальные препараты (в 87,2% случаев цефалоспорины 3-го поколения). С 2007 года у всех детей с ОПН, требующих ПД, в 100% использовался АПД.

Выводы. Таким образом, успешное использование международных рекомендаций по лечению и профилактике инфекционных осложнений ПД позволяет достигать рекомендованных уровней частоты перитонитов (менее 1 эпизода за 18 месяцев), и практически отсутствия этого грозного осложнений у детей с ОПН.

Шишко Ю.А.

ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА ОБРАЗОВАНИЕ СОБСТВЕННЫХ ИМЕН

Научный руководитель канд. пед. наук, доц. Круглик Н.А.
Кафедра латинского языка

Возрастающий интерес к проблемам имен проявляется в различных областях лингвистики в последние десятилетия. Имена собственные входят как составная и наиболее существенная часть в класс имен. Специфика их осознана давно, однако до сих пор особенности употребления имен в различных контекстах остаются неизученными. Спорной является трактовка таких основополагающих моментов, как значение имен собственных и их классификация.

Целью нашей работы является описание функционирования имен собственных в современном русском языке.

Имя собственное во всей полноте своих характеристик представляет собой как бы точку соприкосновения лингвистического и экстралингвистического планов, значение его оказывается сложным комплексом, в котором свéдения о слове переплетаются со сведениями об именуемом объекте. В лингвистическую часть имени собственного включают особые мотивы именования, специфику существования имени в языке, его современное восприятие, историю имени и этимологию его основы.

Многочисленные имена собственные древнегреческого происхождения, в большинстве своём подвергшиеся латинизации перед тем, как они появились в русском языке. Они связаны с мифами, что указывает на особую роль этих произведений для многих европейских народов.

Большое количество латинизированных имён собственных древнегреческого происхождения позволяют сделать вывод о том, что знакомство людей с мифологией Древней Греции

произошло через латинский язык, ставший широко распространённым в Средние века, что также подчёркивает роль христианизации в дальнейшем развитии страны.

Имена личные – это самые интернациональные слова. Они легко переходят от одного народа к другому и обычно распространяются далеко за пределы той территории, где когда-то жил создавший их народ.

Шишко Ю.А.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ДОБАВКИ В СОСТАВЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Научный руководитель асс. Стальмахович О.Ю.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Актуальность. С каждым годом в мире увеличивается выпуск косметических средств. В основе проблемы лежит необходимость детального исследования косметических средств на предмет технологических добавок.

Цель данного исследования состоит в определении и оценке уровня информированности населения о технологических добавках в косметических средствах и проблемах, связанных с воздействием косметических средств на организм человека и в частности на кожу.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

- изучить информацию, касающуюся косметических средств, технологических добавок, входящих в их состав;
- определить наличие развития риска возникновения различных заболеваний в результате применения косметических средств, содержащих технологические добавки;
- провести социологическое исследование по вопросам информированности населения о влиянии косметических средств на здоровье человека.

Методом определения уровня информированности населения был выбран опрос в виде анкетирования закрытого типа.

В ходе социологического исследования был опрошен 71 человек. Из них: 14 мужчин и 57 женщин разных возрастных категорий. Было выявлено, что 11 человек имеют заболевания кожи. Оценивая уровень информированности населения о технологических добавках было выявлено, что 17 человек (24%) знают о технологических добавках, входящих в состав косметических средств, 23 человека (32%) об этом слышали и 31 человек (44%) никогда раньше не задумывались о технологических добавках, входящих в состав косметических средств. При этом 13 человек (18%) постоянно обращают внимание на состав косметических средств,46 человек (65%) иногда обращают внимание на состав и 12 человек (17%) никогда не обращают внимание на состав косметических средств. После применения различных типов косметических средств (крема, шампуни, гели для душа, тушь, пудра, тональные крема и т.д.) у 40 человек (56%) наблюдались раздражение, зуд, покраснение, пощипывание, раздражение глаз и слизистых. В большинстве случаев данные симптомы вызывали три косметических средства: шампунь, крем и тушь. Время проявления данных симптомов было различным (сразу же, через пару минут, через 1-2 часа, через 1-2 дня). При этом у 20 человек симптомы прекращались сразу же и у 15 человек они прекращались через некоторое время. У 31 человека (44%) никаких симптомов после применения различных косметических средств не наблюдалось. Было выяснено, что два шампуня вызвали раздражение, зуд, покраснение, пощипывание, раздражение глаз и слизистых. Что касается детской косметики, то лишь 8 человек постоянно обращают внимание на состав детской косметики, 10 человек – периодически и 13 человек никогда не обращают внимание на её состав.

Шкодик Е.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Сидоренко В.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии

В течение жизни почти каждая сексуально активная женщина приобретает хотя бы один из видов паилломавирусов человека высокого онкогенного риска, к которым относят HPV 16,18, 31,33,45,58.Однако у большинства женщин происходит полная эрадикация ДНК вируса в течение 24 месяцев. В случае, если удаления вируса из организма не произошло, инфекция может развиваться в трёх формах: латентной, субклинической, клинической. У 1 из 100 женщин развиваются клинические поражения цервикального эпителия, ассоциированные с HPV.Клинические поражения цервикального эпителия проявляются дисплазией трёх степеней, карциномой in situ и инвазивным раком. В 97,9% рак шейки матки связан с HPV высокого онкогенного риска. В Беларуси заболеваемость составляет 17,4 на 100000 женщин. При этом HPV является важным, но не достаточным фактором в развитии предраковых изменений и цервикальной карциномы, немаловажное значение имеет статус иммунной и эндокринной системы.

Цель: рассмотреть влияние персистенции папилломавирусной инфекции на развитие неопластических процессов шейки матки.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ стационарных карт пациенток отделения гинекологии №1 УЗ «5-ой ГКБ» с наличием патологии шейки матки за 2012 год. Были изучены стационарные карты женщин с дисплазией шейки матки 1-3 степени, эрозией шейки матки и хроническим цервицитом. В каждой карте были изучены результаты кольпоскопии , цитологического исследования цервикальных мазков, гистологического исследования, ПЦР исследования на ВПЧ ВКР, наличие сопутствующих дисгормональных заболеваний половой сферы. При анализе полученных данных использовались параметрические методы описательной статистики. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 6.1.

Результаты. Всего в 2012 году в отделении было пролечено 3233 пациентки, из них 42 пациентки проходили лечение по поводу различных патологий шейки матки, что составило 1,3% из структуры общей патологии. Средний возраст женщин – 49,6±1,31. Из структуры пациенток с патологией шейки матки 14,3% составили женщины с дисплазией 1-ой степени, 35,71% с дисплазией 2-ой степени, 23,8% с дисплазией 3-ей степени, 16,67% с хроническим цервицитом, 9,52% с эрозией шейки матки. 50% дисплазий 1-ой степени были обусловлены ВПЧ-ВКР, 86,7% дисплазий 2-ой степени и 60% дисплазий 3-ей степени были также ассоциированы с ВПЧ-ВКР. В 37 из 42 случаев с патологией шейки матки было проведено раздельное диагностическое выскабливание и кульдоцентез. В 22,6% случаев цервикальных дисплазий были выявлены дисгормональные заболевания половой системы – гиперпластические процессы эндометрия, полипы эндометрия, эндометриоз, фибромиомы матки.

Выводы. В ходе исследования была определена структура цервикальных неоплазий в общей структуре патологий шейки матки, выяснена ассоциация неопластических процессов с папилломавирусным поражением, рассмотрена возможная связь дисгормональных заболеваний половой системы с относительной гиперэстрогенемией с развитием цервикальных неоплазий на фоне персистенции ВПЧ, вызванной экпрессией онкобелков вируса.

Шкут В.В., Бобыло Я.В.

ВЛИЯНИЕ ОБМЕНА ХОЛЕСТЕРИНА НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Доценко М.Л.,
канд. мед. наук, доц. Неробеева С.И.
Кафедра инфекционных болезней, кафедра пропедевтики внутренних болезней

В основе любой иммунной реакции лежат клеточные механизмы пролиферации, дифференцировки и распознания. Наиболее важными являются процессы, происходящие в области раздела фаз, роль которых выполняют мембраны клеток. Общеизвестно, что основными компонентами мембран являются липиды. ВИЧ использует мембрану поражаемой клетки. Эта мембрана содержит холестерин, который помогает сдерживать жидкость и позволяет вирусу взаимодействовать с плазмацитоидные дендритными клетками - ПДК. Эти клетки провоцируют выработку сигнальных молекул – интерферонов, которые в итоге приводят к повреждению иммунной системы.

Таким образом, выявление взаимосвязи иммунной и липидтранспортной систем является актуальным.

Цель: выявить наличие и характер связи между изменением уровня общего холестерола и липопротеинов плазмы крови и иммунологическим статусом пациентов с ВИЧ инфекцией.

Задачи:

1. Сравнить изменение иммунного потенциала в ответ на ВААРТ у пациентов с различным уровнем холестерола.
2. Определить состояние липидтранспортной системы до и после ВААРТ у пациентов с разными уровнями холестерола.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих ВААРТ.

Объектом исследования служили: количество CD4+лимфоцитов, уровень общего холестерола крови, уровень аполипопротеина А 1, уровень аполипопротеина В100. Все показатели оценивались до начала ВААРТ и спустя 6 месяцев от начала ВААРТ. Был проведён статистический анализ с использованием пакета Statistica 6.0, определён коэффициент корреляции, отражающий количественное изменение CD4+ лимфоцитов в зависимости от параметров липидтранспортной системы.

Результаты. Выявлено достоверное увеличение числа CD4+ лимфоцитов ($p< 0,05$) у пациентов, уровень холестерола которых вырос после проведения ВААРТ; повышение апо А1 у всех пациентов, уменьшение апо В100 у пациентов более успешных в иммунологическом плане, что отражает активацию обратного транспорта холестерола. Полученные результаты свидетельствуют о существовании тесной связи между состоянием липидтранспортной и иммунной системами при ВИЧ-инфекции. Оценка уровня холестерола может служить косвенным маркером прогрессирования ВИЧ инфекции.

Шпаковская А.Е., Исхакова А.Т

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИЦ, ЗАНЯТЫХ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ

Научный руководитель ст. преп. Дудинская Р.А.
УО «Международный государственный экологический университет им.А.Д.Сахарова»

Актуальность. В Республике Беларусь в сельской местности проживает 28-30% населения страны. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) относится к эко-

логически обусловленной патологии и отражает умеренную степень зависимости от окружающей среды.

Цель: провести углубленный анализ заболеваемости с ВУТ лиц, занятых в Коллективном унитарном предприятии сельскохозяйственного производства (КУПСХП) «Овсейский» Верхнедвинского района Витебской области Республики Беларусь за период с 2006 по 2010 гг.

Объекты и методы. Объектом исследования была информация о числе случаев заболеваемости с ВУТ и численности работающих, полученная из «Отчетов о заболеваемости с временной утратой трудоспособности» (форма 16 ВН) лиц, работающих в КУПСХП «Освейский». В работе были использованы следующие методы: расчет экстенсивных коэффициентов; расчет коэффициентов заболеваемости с ВУТ; расчет доверительных интервалов для коэффициентов заболеваемости с ВУТ и дней временной нетрудоспособности (ВН); анализ достоверности различий показателей заболеваемости в конце изучаемого периода по сравнению с началом; расчет показателей дней ВН по болезни.

Результаты и обсуждение. Первые ранговые места в структуре заболеваемости с ВУТ среди лиц, работающих в КУПСХП «Освейский», за изучаемый период занимали следующие причины нетрудоспособности: болезни верхних дыхательных путей (43,2%); уход за ребенком (10,2%); травмы (8,2%); болезни опорно-двигательного аппарата (5,9%); артериальная гипертензия (1,5%). Выявлены достоверные различия в показателях заболеваемости с ВУТ в сторону увеличения по следующим причинам нетрудоспособности: болезни верхних дыхательных путей ($t=2,1$), артериальная гипертензия ($t=2,6$), уход за больными ($t=4,5$). Следует отметить наличие достоверных различий в показателях заболеваемости с ВУТ в сторону снижения по причине получения травм ($p<0,01$, $t=3,3$), что свидетельствует о соблюдении техники безопасности и проведении профилактических мероприятий в коллективе. Для качественного анализа заболеваемости с ВУТ были рассчитаны показатели дней ВН за изучаемый период. Показатели дней ВН являются одним из основных показателей, характеризующих уровень и степень заболеваемости с ВУТ. Проведен сравнительный анализ показателей ВН в конце изучаемого периода по сравнению с началом. Отмечены достоверные различия в сторону увеличения в показателях дней ВН в конце изучаемого периода по сравнению с началом по следующим причинам нетрудоспособности: болезни верхних дыхательных путей ($t=5,7$), артериальная гипертензия ($t=9,4$), уход за больным ($t=6,3$); в сторону снижения – по причине болезней опорно-двигательного аппарата ($t=5,7$). В показателях дней ВН по причине получения травм достоверных различий не выявлено ($t=1,6$).

Выводы. Доля влияния условий труда в формировании заболеваемости с ВУТ работающих составляет от 15-20 до 50% и более. В этой связи возникает настоятельная необходимость изучения роли отдельных факторов и их комплексов в возникновении заболеваний, влекущих временную утрату трудоспособности. Цель анализа заболеваемости с ВУТ выявление причин, обусловивших повышенные уровни заболеваемости на основе определения закономерностей формирования уровней трудопотерь у работающих, изучения роли условий труда и других факторов риска и их влияния на показатели ВН.

Шулежко Н.Н.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ПУЛЬПОВОЙ КАМЕРЫ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Попруженко Т.В.
Кафедра стоматологии детского возраста

Известно, что одонтобласты пульпы в течение всей жизни зуба формируют вторичный дентин. Это явление хорошо изучено в постоянных зубах (сведения о возрастной редукции объема пульповой камеры постоянных моляров и резцов используются как в клинике, так и в

судебной медицине), однако в отношении отложений вторичного дентина во временных зубах документированной информации в доступных источниках нет.

Целью исследования стало изучение вопроса о возрастных изменениях размеров пульповой камеры временных моляров.

Материал и методы. Исследование проведено посредством измерения изображений 266 временных моляров верхней челюсти (зубов 54, 55) на архивных ортопантомограммах 253 детей в возрасте от четырех до восьми лет. Для измерений выбирали ясные изображения интактных зубов, при помощи цифрового штангенциркуля (YA-7201, с пределами точности ±0,02мм) измеряли расстояние между наиболее выстоящими точками на дистальной и медиальной поверхностях зуба, а также толщину дистальной и медиальной эмалево-дентинной стенок пульповой камеры; на основании полученных данных рассчитывали долю пульповой камеры в мезио-дистальном размере коронки зуба. Материал был сгруппирован по возрастному признаку (изучено 66 зубов 4-летних детей, 70 зубов 5-летних детей, 40 зубов 6-летних детей и 50 зубов детей в возрасте 7-8 лет); результаты измерений анализировали методами параметрической статистики.

Результаты. Доля пульпы в медио-дистальном размере коронки первого временного моляра верхней челюсти снижалась от 0,53 ± 0,11 у четырехлетних детей до 0,41 ± 0,08 у 7-8-летних детей ($r = 0,45$, $p < 0,001$), во втором временном моляре верхней челюсти от 0,55 ± 0,07 у четырехлетних детей до 0,44 ± 0,06 у 7-летних детей ($r = 0,51$, $p < 0,001$).

Выводы. На возрастном отрезке от 4 до 8 лет пульповая камера временных моляров уменьшается в мезио-дистальном измерении примерно на 10 %, что следует учитывать в клинической оценке относительной глубины кариозных очагов на контактных поверхностях и, соответственно, риска поражения пульпы временных моляров.

Шульжицкая О.О.

РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ОСТЕОМИЕЛИТА ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Научный руководитель ст. преп. Харун А.А.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

В последние годы при лечении изолированных закрытых переломов длинных костей широко внедряется в практику остеосинтез с применением металлоконструкций. Совершенствование, разработка и внедрение новых материалов, менее травматичных технологий, тем не менее, не привело к снижению количества послеоперационных осложнений в целом. Расширение показаний к остеосинтезу с применением металлоконструкций, необоснованный объем хирургического вмешательства, поздняя диагностика увеличивают число гнойных осложнений, среди которых послеоперационный остеомиелит (по данным различных авторов достигает 22,4 % максимум). Поэтому необходимо искать оптимальные способы диагностики и сроки выявления остеомиелита.

Целью работы является определение оптимальных сроков проведения рентгенологического исследования после использования металлоконструкций у больных с переломами длинных трубчатых костей с целью ранней диагностики послеоперационного остеомиелита.

Для достижения цели работы были поставлены следующие задачи:

1. Изучить изменения костей голени на разных стадиях остеомиелита;

2. Определить сроки развития клинических и рентгенологических признаков остеомиелита после металлоостеосинтеза (МОС) и внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза (ВКДО);

В ходе исследования проведен анализ 35 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях 6 ГКБ по поводу послеоперационного

остеомиелита в период с сентября по декабрь 2012 года. Всем пациентам проведено рентгенологическое исследование в двух стандартных проекциях с целью изучения состояния большеберцовой кости на разных стадиях развития остеомиелита рентгеновским комплексом цифровой рентгенографии «Унискан». Среди пациентов 29 мужчин (82,9%) и 6 женщин (17,1%). Средний возраст больных 52,2 года (40-65). 23 пациента после МОС (65,7%) и 12 – после ВКДО (34,3%).

Ранними клиническими признаками остеомиелита являются повышение температуры до 39-40˚ в течение 2-3 дней, локальная боль ноющего характера, гиперемия и отек мягких тканей над очагом поражения. На рентгенограммах ранними признаками являются линейный периостит, нечеткость контуров кости вокруг металлоконструкций, потеря дифференцировки структуры кости. Дальнейшее прогрессирование проявляется появлением очагов деструкции и секвестров, слоистого периостита.

В результате проведенного исследования средний период времени от проведения МОС до проведения секвестрнекрэктомии составил 4,8 месяцев, а минимальный промежуток времени составил один месяц. Поэтому целесообразно проводить рентгенологическое исследование после МОС через 1 месяц, 4,5 месяцев и в любое другое последующее время при появлении клинических симптомов.

Шульжицкая О.О., Шалькевич А.С.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ АВИАЦИОННЫХ КАТАСТРОФ

Научный руководитель ст. преп. Пантюхов А.П.
Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины

Транспортный травматизм стал серьезной социальной и медицинской проблемой для большинства развитых стран современного мира. Миллионы раненых и погибших, высокий процент инвалидизации, астрономические показатели материальных потерь — все это является причиной особой озабоченности мирового сообщества. Среди транспортных ситуаций особое место занимают авиакатастрофы. Падение летательного аппарата может послужить причиной жертв, как на его борту, так и на земле (падение на жилые застройки), тогда количество жертв резко возрастает. Возможно разрушение промышленных объектов, особенно опасно падение самолетов на АЭС и химически-, взрыво- и пожароопасные объекты.

Целью работы является изучение организации и исследование ликвидации медико-санитарных последствий авиакатастроф. Для выполнения цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать систему предупреждения авиационных событий;
2. Провести анализ существующей структуры государственной авиационной поисково-спасательной организации;
3. Определить перспективы и направления совершенствования аварийно-спасательных работ.

Поиск и спасение пассажиров и экипажа воздушного судна, терпящего или потерпевшего бедствие, на территории Республики Беларусь и за ее пределами осуществляются в соответствии с международными договорами Республики Беларусь. Для координации действий при возникновении чрезвычайных ситуаций, связанных с захватами и угонами воздушных судов или иными актами незаконного вмешательства в деятельность гражданской авиации, в авиационной службе создается оперативный штаб. Сообщения о терпящих или потерпевших бедствие воздушных судах относятся к сообщениям, имеющим категорию абсолютного приоритета. Поисково-спасательные работы проводятся с привлечением поисково-спасательных служб, наземных поисково-спасательных команд. Особенность авиационных катастроф, по

опыту ликвидации медико-санитарных последствий подобных ЧС - гибель большого количества людей. Вариабельность санитарных потерь при авиакатастрофах значительна.

Проведено изучение, анализ и оценка структуры государственной авиационной поисково-спасательной организации позволяют сделать вывод о том, что они способны обеспечить выполнение комплекса мероприятий по организации и ликвидации последствий авиакатастроф в установленном объеме.

Шумак А.А., Хомякова А.А.

МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА

Научный руководитель Порошина Л.А.
3-я кафедра внутренних болезней

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) (erythema exudativum multiforme) — острое, заболевание кожи и слизистых с чрезвычайным полиморфизмом симптомов. Так, в 2008 году с диагнозом МЭЭ в кожном отделении Гомельского областного кожно-венерологического диспансера находились на лечении 7 пациентов, в 2009 – 8, в 2010 – 5, в 2011 – 6, в 2012 (9месяцев) – 7 пациентов, что составило в среднем 0,48% от общего числа пролеченных.

Идиопатическая (инфекционно-аллергическая) многоформная экссудативная эритема имеет инфекционно-аллергический генез.

Симптоматическая (токсико-аллергическая) форма многоформной экссудативной эритемы имеет аллергический генез и связана с развитием аллергической реакции на лекарственные препараты или пищевые аллергены.

Патогенез МЭЭ заболевание рассматривается как гиперергическая реакция, направленная на кератиноциты с образованием циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови, отложением IgM и С3-компонента комплимента в кровеносных сосудах дермы

Клиническая картина характеризуется острым началом заболевания. В случае идиопатической МЭЭ заболевание может начинаться с продромальных явлений, которые развиваются на фоне переохлаждения, острого респираторного заболевания, ангины. При симптоматической форме заболевание развивается после приема лекарственных препаратов или введения сывороток и вакцин. В дальнейшем в клинической картине этих двух форм практически нет различий

Для МЭЭ характерно симметричное, довольно распространенное поражение кожи. Часто в процесс вовлекается слизистая оболочка полости рта. МЭЭ часто вызывается вирусом простого герпеса. диагноз герпесассоциированная экссудативная эритема (ГАМЭЭ) ставится на базе клинических данных. Это типичные проявления МЭЭ, развившиеся в сроки от 12 ч до 12 дней от начала рецидива простого герпеса, имевшего клинически очевидную форму. Диагностика типичной многоформной экссудативной эритемы не представляет затруднений

Лечение МЭЭ подразумевает общую и местную терапию и включает как купирование рецидива, так и профилактику дальнейших обострений

В остром периоде болезни нередко назначаются кортикостероиды При токсико-аллергической в целях дезинтоксикации рекомендуются: обильное питье, внутривенное капельное введение (2-3 литра в сутки) физ.р-ра, 5% р-ра глюкозы, 10% р-а альбумина и др., прием диуретиков, гемосорбция, плазмоферез. Показан также прием энтеросорбентов.

При всех формах принимаются антигистаминные препараты и десенсибилизирующие средства. При лечении хронических, рецидивирующих форм МЭЭ, следует применять антибиотики широкого спектра действия. В ряде случаев, при подозрении на вирусную природу заболевания оправдан прием противовирусных препаратов.Иммуномодуляция может проводиться по традиционным методикам, при «малых», формах МЭЭ. Для обработки элементов сыпи применяются анилиновые красители. Пятна и папулы смазывают кортикостероидными мазями. При поражении слизистой полости рта назначают полоскание

отваром ромашки, ротоканом, смазывание облепиховым масло, для уменьшения болей применяют лидокаин. Профилактика рецидивов многоформной экссудативной эритемы связана с выявлением и устранением хронических инфекционных очагов и герпетической инфекции. Проводят комплексное обследование пациентов. При токсико-аллергическом варианте многоформной экссудативной эритеме важно не допускать приема провоцирующего заболевание медикамента.

Шуман Ф.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Сакадынец А.О.
Кафедра ортодонтии

Потребность в лечении зубочелюстных аномалий детей и подростков Республики Беларусь остается высокой, что подтверждается эпидемиологическими данными о распространенности нарушений прикуса у населения Республики Беларусь. Актуальность удержания достигнутого результата ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий (ретенция) у пациентов остается весьма высокой ввиду высокого процента рецидива.

Цель: установить наиболее эффективные съемные ретенционные аппараты, применяемые после ортодонтического лечения.

Материалы и методы. Клинические и антропометрические методы исследования были проведены на кафедре ортодонтии БГМУ. В исследовании участвовали 20 пациентов, которым была произведена коррекция зубочелюстных аномалий мультибондинг системой с последующим изготовлением съемных ретенционньи аппаратов. У всех пациентов до ортодонтического лечения была схожая структуры зубочелюстных аномалий: нейтральный глубокий прикус; укорочение верхнего и нижнего зубных рядов; зубоальвеолярное удлинение в переднем, укорочение в боковых отделах нижнего зубного ряда; тесное положение верхних и нижних резцов; повороты вокруг своей вертикальной оси клыков и первых премоляров. В результате ортодонтического лечения были нормализованы формы зубных дуг, устранено аномальное положение отдельных зубов.

Ретенция достигнутых результатов ортодонтического лечения у 10 пациентов (группа 1) проводилась при помощи съемных одночелюстных ортодонтических пластинок на верхний и нижний зубные ряды. Съемные ретейнеры OSAMU, представленные двумя слоями пластмассы, были применены в 10 оставшихся случаях (группа 2).

Определение степени рецидива зубочелюстных аномалий через 2 года после окончания ортодонтического лечения производилось такими антропометрическими методами изучения диагностических моделей зубных рядов как A. Lundstrom (метод сегментарного анализа, позволяющий выявить общий дефицит места для зубов в зубной дуге) и G. Korkhaus (метод оценки длины переднего отрезка зубных дуг).

Статистическая обработка материалов выполнялась на ЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v.6.0).

Результаты. Разработаны критерии, определяющие степень тяжести рецидива зубочелюстных аномалий.

На основании результатов клинического и антропометрического анализа отдаленных результатов ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий установлен наиболее эффективный съемный ретенционный аппарат.

Шумская А.Н.

СНИЖЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ НАГРУЗОК НА ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Научный руководитель ст. преп. Квиткевич Л.А.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Цель: обратить внимание аудитории на проблему лучевых нагрузок получаемых пациентами при рентгенологических исследованиях и дать краткий обзор мероприятий проводимых в нашей стране для ее решения.

Актуальность.

Актуальность проблемы в мире:

-облучение в медицинских целях по данным НКАДАР ООН занимает второе (после естественного радиационного фона) место по вкладу в облучение населения на Земном шаре

-большая распространенность и доступность рентгенологических методов

-большой вклад в антропогенное облучение (медицинское облучение эквивалентно 50% глобального среднего уровня облучения от естественных источников облучения)

Актуальность проблемы в РБ (на 2011 год)

-на долю диагностической рентгенологии приходится 60% исследований в структуре службы лучевой диагностики

-37% диагностических установок исчерпали свой технологический ресурс и требуют замены или модернизации (прежде всего, на районном уровне оказания медицинской помощи)

-экстенсивный рост числа исследований (включая массовые профилактические осмотры) в течение года

Медицинское облучение – это облучение пациентов, добровольцев и населения в результате медицинского обследования или лечения.

В работе рассматриваются следующие вопросы:

нормирование медицинского облучения; анализ эффективности мероприятий по снижению дозовых нагрузок на пациентов (Кафедра лучевой диагностики Белорусской медицинской академии последипломного образования, г. Минск, 2007 г.), стратегия снижения дозовых нагрузок на население при проведении рентгенологических процедур, современные методы рентгенодиагностики (цифровая рентгенодиагностика), мероприятия по снижению дозовых нагрузок в РБ за 2009-2011 гг., деятельность врача направленная на снижение дозовых нагрузок на пациентов, деятельность санитарно-эпидемиологической службы направленная на снижение дозовых нагрузок на пациентов.

По результатам литературного обзора можно отметить, что по сравнению с 2007 г., когда в РБ только начали проводится мероприятия по снижению лучевых нагрузок на пациентов, в 2009 - 2011 гг. значительно улучшились качество и технические возможности рентгенологических исследований, в частности благодаря внедрению современных цифровых установок, что позволило существенно снизить лучевые нагрузки на пациентов. Все это свидетельствует о высокой эффективности мероприятий направленных на снижение дозовых нагрузок при рентгенодиагностических исследованиях в РБ и подтверждает необходимость их более широкого внедрения в практику.

Шутова О.А.

СОСТОЯНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИИ И ПОЧЕК ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дегтярев Ю. Г.
Кафедра детской хирургии

Цель: дать комплексную оценку структурно-функциональным нарушениям, развивающимся в печеночной и почечной паренхимы после моделирования экспериментального обтурационного подпеченочного холестаза.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен в соответствии с Хельсинской Декларацией о гуманном отношении к животным. В работе использован материал от 20 беспородных белых крыс-самцов, массой 250±50г. Топографическая особенность взаимоотношений общего желчного протока (ОЖП) и панкреатических протоков у крыс позволяет идеально использовать данных лабораторных животных для разработки и внедрения инновационной модели разноуровневой закупорки желчных путей, что имеет место у человека. С целью изучения влияния места обтурации ОЖП у опытных животных под кетаминовым наркозом холестаз моделировали путем перевязки ОЖП в его проксимальной части – области впадения в последний долевых печеночных протоков, что приводит к нарушению оттока в тонкий кишечник только желчи и не влечет за собой нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Результаты. При выполнении радиоизотопной сцинтиграфии при внепеченочном и внутрипеченочном холестаза у детей обнаружено, что часть (до 80-90%) активного вещества выводится почками. Представляет определенный интерес состояние и компенсаторные возможности почечной паренхимы у пациентов сч холестазом. В клинике при биохимическом исследовании сыворотки крови на ранних этапах болезни существенных изменений в анализах не отмечается. У животных с 10-суточным подпеченочным холестазом изменения структурно-метаболических показателей почечной паренхимы проходят под маской компенсаторного “благополучия”, хотя в патологический процесс в данном случае вовлечено достаточно большое количество нефронов. При нарушении функции печени в клинике наблюдается нарушение функционального состояния почки в виде полиурии, увеличеняеконцентрации глюкозы в моче и уменьшение удельного ее веса. Наблюдаемые у животных с холестазом лишь незначительные изменения структурно-метаболических показателей со стороны эпителиоцитов канальцев нефронов могут быть связаны как с возможным началом образования коллатералей и частичным восстановлением энтерогепатической циркуляции желчи, так и с развитием компенсаторно-приспособительных процессов.

В условиях холестаза происходит структурная перестройка в протоковой системе печени, проявляющееся в лимфогистиоцитатной инфильтрации портальных трактов. В области печеночных протоков формируются протоки, являющиеся коллатералями. Появляются дополнительные венозные сосуды в паренхиме.

Щебетова Е.К.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ В ХОДЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель асс. Грачёва С.А.
Кафедра общей хирургии

Пациенты с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и подкожной жировой клетчатки (ГВЗКПК) традиционно госпитализируются в стационар не менее 2 раз в год. Длительное торпидное течение заболевания приводит к ухудшению качества жизни, что негативно влияет на динамику лечения, формируя компонент порочного круга, включающего также инфицирование поражений внутрибольничными штаммами микробов и высокую стоимость койко-дня, уменьшая преимущества стационарного лечения.

Цель: оценить качество жизни пациентов с острыми и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и подкожно-жировой клетчатки до и после стационарного лечения по данным опросника SF-36 в виде оценок в баллах, составленных таким образом, что наиболее высокая оценка свидетельствует о наиболее высоком уровне качества жизни.

Методика проведения. Проспективное сравнительное исследование с двумя параллельными группами по оценке качества жизни пациентов, госпитализированных с острыми (контроль) и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и подкожно-жировой клетчатки в отделение гнойно-септической хирургии. Проанализированы результаты опросника SF-36, заполненного лично пациентами непосредственно при поступлении в стационар, а также после проведенного лечения. В случае отсутствия ответов на отдельные вопросы или всего опросника в конечной точке исследования для работы с утраченными данными использовался метод переноса данных последнего наблюдения вперед.

Результаты. Всего в исследовании участвовали 20 пациентов, страдавшие острыми и хроническими ГВЗКПК (мужчин было 40%), пролеченных в отделении гнойно-септической хирургии уз «5 ГКБ».. Средний возраст пациентов: 41,3 года. Острых поражений было 50%, хронических – 50%. Средний балл показателя Физического компонента здоровья составил до лечения 18,7388197, после лечения 27,35916396, разница -11,12312676. Средний балл показателя Психологического компонента здоровья составил до лечения 147,2039848, после лечения 323,5916396, разница - 111,2312672 (обе группы). При сравнении пациентов с острыми и хроническими поражениями был выявлен четкий численный тренд к более низким значениям Психологического компонента здоровья у пациентов с острыми поражениями по сравнению с хроническими (12,70473025 против 14,20578078), при большей разнице с показателем при выписке, чем у пациентов с хроническими поражениями (19,64982268 против 5,438662813). Аналогичные изменения отмечались и для показателя Физического компонента здоровья (до лечения в группе острых - 177,0473034, хронических - 192,0578079, разница после лечения в группе острых - 196,4982258, хронических -54,38662805).

Выводы. Изменение показателей качества жизни у пациентов с хроническими поражениями кожи и подкожных тканей существенно отличается от показателей контрольной группы в пользу более высоких исходных показателей по обоим параметрам и меньшего изменения в процессе лечения, что может свидетельствовать об отсутствии либо не значимом влиянии стационарного лечения на качество жизни пациентов с хроническими ГВЗКПК.

Щерба П.А., Макарчук Ю.С.

ИЗУЧЕНИЕ СТРОЕНИЯ КОРНЕВОЙ СИСТЕМЫ ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ С ПОМОЩЬЮ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Научный руководитель асс. Мельниченко Ю.М.
Кафедра морфологии человека

Залогом успешного эндодонтического лечения является обнаружение и качественнаяобтурация всех корневых каналов зуба. В настоящее время одним из наиболее современных методов, позволяющих эффективно оценить топографию и морфологию корневой системы зубов, является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

Главным достоинством метода является обеспечение трёхмерной визуализации снимков. На трёхмерных моделях возможно построение различных сечений и выполнение очень точных измерений. В преимущества КЛКТ также входят низкая лучевая нагрузка (по сравнению с медицинской КТ), отсутствие наложений анатомических структур и искажения размеров.

Для обработки исследования используются специальные программы; в нашем случае – GALILEOSViewer.

Цель данного исследования изучение системы корневых каналов первых и вторых постоянных моляров верхней челюсти

Задачи исследования:

- определение количества корней
- определение количества корневых каналов

В ходе нашей работы были исследованы данные КЛКТ челюстно-лицевой области 41 пациента (78% мужчин и 22% женщин) на базе 11 ГКБ. Возраст пациентов варьировал от 20 до 41 года. Были изучены следующие параметры 161 зуба: количество корней в зубе, общее количество каналов, количество каналов в каждом корне.

Моляры – это шестые, седьмые и восьмые зубы, служащие, в основном, для механической обработки пищи. Восьмые зубы обладают наиболее вариабельным строением, в связи с чем они были исключены из настоящего исследования. Обычно на верхней челюсти моляры имеют три корня: щёчно-мезиальный, щёчно-дистальный, обращённые к преддверию рта, и нёбный. По данным литературы в 95% случаев в щёчно-мезиальном корне выявляются 2 корневых канала. В нашем исследовании 2 канала в этом корне обнаружено у 60% первых верхних моляров и у 57% – вторых. В щечно-дистальном и небном корне в настоящем исследовании отмечено по одному корневому каналу.

А также встречаются необычные варианты строения корневой системы этих зубов.

В литературе имеются данные о наличии однокорневых верхних моляров с одним корневым каналом. В настоящем исследовании обнаружен1случай симметричного расположения однокорневых вторых верхних постоянных моляров с одним корневым каналом. Еще у 2 пациентов отмечено одностороннее расположение однокорневых одноканальных вторых верхних моляров.

Из 161 изученного верхнего моляра у 23 зубов обнаружено два корня. При этом 7 зубов имели 4 канала, 10 зубов – 3 и 6 верхних моляров имели 2 корневых канала. Симметричное расположение двухкорневых первых моляров наблюдалось у 3 человек, а вторых двухкорневых моляров – у 4 пациентов.

У одного пациента обнаружено одностороннее расположение трехканального первого верхнего моляра со сросшимися корнями, а также двустороннее – второго верхнего моляра с тремя сросшимися корнями и с тремя каналами.

Таким образом, верхние моляры отличаются большим многообразием строения корневой системы, что нужно учитывать при лечении этих зубов.

Щербак А.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ IV КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Папок В.Е.
Кафедра онкологии

Известно, что из 6 млн. заболевших раком, 5,5 млн. ежедневно во всем мире страдает от боли. Считается, что 25% всех онкологических больных в мире умирает без действенной помощи. В нашей стране более 40000 больных впервые установленным диагнозом злокачественного процесса (около 9000 больных в г. Минск). 13,2 % оказываются в III- IV стадии заболевания и 25 % больных умирают в течение первого года после установления диагноза. Таким образом, ежегодно около 20000 онкологических больных страдают от боли и из них действенную помощь получает всего лишь около 5 % больных, находящихся вне стационара.

Цель: изучить частоту развития хронического болевого синдрома (ХБС) в зависимости от первичной локализации опухоли, причины возникновения ХБС, оценить эффективность лечения ХБС у онкологических больных IV клинической группы.

Материалы и методы. Исследования выполнены у 47 онкологических больных с хроническим болевым синдромом в возрасте от 48 до 84 лет (26 женщин и 21 мужчина). Все пациенты наблюдались в стационаре Государственное учреждение "Больница паллиативного ухода "Хоспис". Опухолевый процесс у исследуемых больных локализовался преимущественно в органах пищеварения – 20 пациентов (42,6%), молочной железе - 7 пациентов (14,9%), дыхательной системе – 6 пациентов (12,8%). ХБС при этом имел характер соматического, а в некоторых случаях при распространенном опухолевом процессе был сочетанным. Для оценки степени выраженности болевого синдрома использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ), шкала вербальных оценок (ШВО). В зависимости от интенсивности болевого синдрома больные разделены на 3 группы: пациенты с умеренной, сильной и нестерпимой болью (27,11,9 пациентов соответственно). Анальгетическая терапия проводилась тремя основными препаратами: кеторолаком, трамадолом, промедолом. Критерии оценки эффективности обезболивающей терапии: изменение интенсивности боли (по ВАШ и ШВО), оценка общего состояния (по ШФА), увеличение продолжительности сна без болей, побочные эффекты лекарственных средств.

Результаты. На момент начала лечения количество баллов по шкале ВАШ в группах составляло от 3 до 9 (в среднем 5,01),в первой группе – 3,9,во второй - 6,2, в третьей- 7,6 баллов. Более выраженный болевой синдром отмечался у мужчин – 5,3 и 5,07 баллов соответственно. Средняя оценка общего состояния пациентов по ШФА составляла 3,1 балла. На фоне применения специального лечения динамика уменьшения выраженности боли различалась. В первой группе интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила в среднем 2,3 балла, во второй группе – 2,7 балла, в третьей- 3,7 балла.

Выводы. На основании проведенной работы можно сделать выводы о том, что применение кеторолака у больных с умеренным болевым синдромом и трамадола у больных с сильным болевым синдромом является эффективным. Применение же трамадола при болевом синдроме 7 баллов (сильный болевой синдром) - не эффективно и требует назначения наркотических средств.

Щетко И.И.

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С ГЕРМАФРОДИТИЗМОМ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Скобеюс И.А.
Кафедра урологии

Проблема хирургической коррекции пола у детей с гермафродитизмом в настоящее время бесспорно остается актуальной. Лечение данной группы пациентов комплексное и, как правило, по трем основным направлениям: урогинекологическое, эндокринологическое и психологическое. Существуют одноэтапные и многоэтапные подходы хирургической коррекции гермафродитизма, зависящие главным образом от степени вирилизации наружных гениталий, а так же различающиеся по срокам выполнения и последовательности проведения. Особое место среди указанных методов отводится лапароскопическим операциям. Данные методы коррекции позволяют в сжатые сроки получить наибольшую информацию о характере вирилизации при минимальном травматическом воздействии.

Цель: оценить эффективность лапароскопических операций на предварительном этапе по коррекции пола у детей с гермафродитизмом.

Материалы и методы. При помощи ретроспективного анализа были проанализированы истории болезни, произведена выкипировка данных детей с гермафродитизмом, которым проводилась лапароскопическая коррекция пола в 2 ГДКБ г. Минска в период с 2006 по 2012 гг.

Результаты. В группу исследуемых пациентов вошло 25 детей с гермафродитизмом, которым проводились лапароскопические операции по коррекции пола. Из них диагноз истинной дисгенезии гонад выставлен 14 пациентам(56 %), смешанной дисгенезии гонад, характеризующейся асимметричностью, 3 детям(12%). Мужской псевдогермафродитизм наблюдался в 8 случаях, женский гермафродитизм - в 5 случаях. Было установлено, что ведущая роль в структуре ложного женского гермафродитизма принадлежит врожденной гиперплазии коры надпочечников. У 7 пациентов (28%) наблюдались дополнительные аномалии со стороны мочевыделительной системы.

Спектр лапароскопических вмешательств включал: биопсию гонад, удаление гонад, ампутацию матки. Для предварительной диагностики лапароскопическая биопсия гонад была выполнена 4 детям. Лапароскопическая диагностика с последующим удалением гонад проведена у 21 пациента, в 1 случае проведена ампутация матки.

Выводы. Лапароскопический метод является высокоинформативным , малотравматичным, позволяет ускорить реабилитацию детей в более короткие сроки. Объективный анализ и правильная интерпретация полученных данных облегчают клиническую диагностику и позволяют избрать рациональную тактику лечения.

Щурко Д.О.

МОНИТОРИНГ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ЗА ПЕРИОД 2009-2013 ГГ.

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Новиков П.Г.
Кафедра общей гигиены

Возрастающая компьютеризация и интернетизация современного общества привели к появлению новой психологической зависимости, получившей название Интернет-аддикции. Проблема её выявления и профилактики весьма актуальна на данный момент, так как чрезмерное пристрастие к компьютеру отрицательно воздействует на психику, снижает работо-

способность. Интернет-зависимость проявляется в том, что приоритеты в повседневной, бытовой жизни людей резко смещаются в сторону всего связанного с работой в Интернете.

Целью нашей работы является исследование Интернет-зависимости среди подростков и молодежи, её проявления и профилактика. Нами были поставлены следующие задачи: ознакомиться с данной проблемой в мировом масштабе, выявить причины возникновения, определить на сколько близка проблема для белорусской молодежи, и разработать некоторые профилактические рекомендации.

Объектом исследования являлись учащиеся средних школ, средних специальных учреждений и ВУЗов г.Минска. Материалом исследования послужил анализ 3488 анкет. Для опроса использовался тест, состоящий из 20 вопросов для диагностики Интернет-зависимости, разработанный ведущим исследователем проблемы Кимберли Янг. А также тест Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Больбот, состоящий из 11 вопросов. Статистическая обработка производилась на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Microsoft Exel. Использованы статистические методы: рассчитывались средние и относительные величины, ошибки репрезентативности и достоверность разности сравниваемых величин по критерию Стьюдента (все полученные данные являются достоверными, $p \leq 0,01$).

В исследовании принимали участие студенты БГЭУ, БГУ, БГМУ, МИУ, БГУИР, учащиеся средних школ, медицинского колледжа, лицея машиностроения, но существенных различий по типу получаемого образования выявлено не было. Средний возраст обследуемых 17,4 года (min-14, max-28). По результатам данных теста К. Янг были выделены 3 группы: здоровые - 62,37%, пограничные - 24,15%, зависимые - 13,48%. По результатам скрининговой диагностики интернет-зависимости Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Больбот, были выделены 4 группы: здоровые - 44,6%, увлеченные - 29,0%, имеющие риск развития зависимости - 17,9%, имеющие интернет-зависимость - 8,5%. В проведенном нами исследовании мужчины составили 48,8%, женщины - 50,2%.

Интернет-зависимость формируется у предрасположенной личности. Группу риска составляют юноши в возрасте 16-19 лет.

Для Интернет-зависимого характерны:

1) неспособность и нежелание отвлечься даже на короткое время от работы в Интернете, и тем более прекратить работу;

2) способность и склонность забывать при работе в Интернете о домашних делах, учебе или служебных обязанностях; важных личных и деловых встречах;

3) досада и раздражение, возникающие при вынужденных отвлечениях, и навязчивые размышления об Интернете в такие периоды.

В качестве мер профилактики мы хотели бы выделить:

- выявление предрасполагающих факторов развития зависимости;
- выявление "групп риска" среди учащихся, которые могут быть подвержены "интернет-зависимости".

Эйсмонт А.С.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОСТРУКТУР СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ТКАНИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ РИСКОМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, Рябцева С.Н.
Кафедра патологической анатомии

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – одни из самых распространённых мезенхимальных опухолей пищеварительного тракта (1-3% от всех гастроинтестинальных злокачественных опухолей). Установлено, что развитие сосудистой сети и изменение сосудов в опухолевой ткани является одним из важных механизмов метастазирования

новообразования. Целью данного исследования явилось определение взаимосвязи патологии микроциркуляторного русла в зависимости от степени злокачественности ГИСО и от пола пациентов.

Материалы и методы. В исследовании были использованы данные о 24 пациентах с диагностированными ГИСО. Иммуногистохимического исследования выполнено по стандартной пероксидазно-антипероксидазной методике с использованием системы визуализации EnVision+ («Dako», Дания) и следующих первичных антител: CD31 – маркер эндотелиальных клеток (клон JC70A, «Dako», разведение 1:100), SMA – маркер гладкомышечных клеток (клон MAB1420, «R&D Systems» США, разведение 1:100) и коллаген IV типа (клон CIV22, «Dako», разведение 1:50). Оценку результатов окрашивания проводили с применением светового микроскопа фирмы «Zeiss». Проводился подсчет сосудов с разрушенной или сохранной микроструктурой сосудистой стенки в 10 произвольно выбранных полях зрения при увеличении х400. Экспрессия маркера оценивалась полуколичественным способом по трехбалльной шкале в зависимости от количества сосудов (в процентном соотношении) с нарушением целостности структурных компонентов сосудистой стенки. Оценка злокачественного потенциала гастроинтестинальных стромальных опухолей проводилась по системе риска прогрессирования ГИСО, представленной в Классификации опухолей желудочно-кишечного тракта ВОЗ. Статистическая обработка проводилась с использованием программы STATISTICA 6.0 (StatSoft, 2001г).

Результаты. Выделены три группы исследования: первая (n=9) – с низким злокачественным потенциалом ГИСО, вторая (n=7) – со средним и третья (n=8) – высоким риском развития метастазов опухоли. В ходе проведенного исследования было установлено, что нарушение целостности базальной мембраны в сосудах гастроинтестинальных стромальных опухолей разной степени злокачественности характеризуются достоверными различиями для данных групп исследования (H=6,111276, p=0,0471), в то время как изменения целостности эндотелиального (H= 1,629569, p=0,4427) и мышечного слоев (H= 2,453722, p=0,2932) стенки в равной степени наблюдались в новообразованиях вне зависимости от риска развития метастазов.

При статистическом сравнение представителей различных полов выявлено, что статистически значимых различий между повреждением компонентов сосудистой стенки опухоли и полом пациентов отсутствуют (p>0,05). Однако выявлено, что нарушение целостности базальной мембраны у пациентов мужского пола с возрастом уменьшается (r=-0,570588, p=0,020991), у женщин – возрастает (r=0,570588, p=0,020991).

Выводы. Таким образом, установлено, что не зависимо от степени злокачественности и пола пациентов гастроинтестинальные стромальные опухоли характеризуются формированием неполноценных сосудов с разрушением эндотелиального и мышечного слоя (p>0,05), а нарушение целостности базальной мембраны преимущественно наблюдается в ГИСО с высоким риском прогрессирования.

Элькин Н.Д.

ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГОРЕЧАВКИ ЖЕЛТОЙ И ДЕВЯСИЛА ВЫСОКОГО

Научный руководитель д-р биол. наук, проф. Гурина Н.С.
Кафедра организации фармации

Цель: изучить химические свойства, фармакологическое действие, спектр применения препаратов из Горечавки жёлтой и Девясила высокого, а так же показать альтернативные растения Горечавке жёлтой.

Материалы и методы. Материалами являлись Государственная Фармакопея РБ, список ассортимента государственных аптек г. Минска, интернет-источники и Международная Европейская фармакопея.

Результаты.

1. В Республику Беларусь импортируются около 30 фитопрепаратов

2. В Республике Беларусь произрастают Горечавка лёгочная и Горечавка крестовидная, которые по своим фармакологическим свойствам могут являться альтернативой Горечавке жёлтой.

3. В качестве лекарственного растительного сырья официнально используются корневища с корнями Девясилы высокого, обладающего ранозаживляющими и противовоспалительными свойствами. В качестве сырья можно рекомендовать и цветки девясила высокого как гипогликемическое и антиоксидантное сырье.

Югай К.С., Колесникова Е.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЗИОГРАММ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХОБЛ

Научные руководители проф. Молотов-Лучанский В.Б., проф. Муравлева Л.Е.
Государственный медицинский университет
Караганда, Казахстан

Целью нашего исследования явилась сравнительная характеристика структурообразующих свойств плазмы крови больных ХОБЛ смешанной и бронхитической формы. Объектом исследования послужили 25 человек. Обследуемые составили три группы. Первую составили практически здоровые люди (n=14). Вторая группа больных характеризовалась наличием смешанной формы ХОБЛ (n=6). В третью группу вошли 5 больных с бронхитической формой ХОБЛ. От всех обследуемых получено информирование согласие на забор крови.

Тезиографическое исследование плазмы крови проводили по методу Шабалина В.Н. и Шатохиной С.Н. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel. Для подсчета соотношения площадей зон использовался собственный метод.

Тезиограммы плазмы крови здоровых доноров характеризовались наличием трех зон: краевой, промежуточной и центральной. Наблюдалась правильная радиальная структура макропортрета капли. Отсутствовали аморфные зоны. Растрескивание умеренной степени. Границы между зонами четкие. Краевая (периферическая) зона составила 22% от общей площади, промежуточная 31%, центральная 47%.

В тезиограммах плазмы крови обследованных со смешанной формой ХОБЛ также наблюдались три зоны: периферическая, промежуточная и центральная. Выявлялись локальные нарушения радиальной структуры капли. Степень растрескивания снижена незначительно. Границы между зонами в отдельных элементах капли были трудноразличимы. Соотношение площадей зон: краевая зона - 37%, промежуточная - 42%, центральная - 21%.

В тезиограммах плазмы крови обследованных с бронхитической формой ХОБЛ наблюдались множественные нарушения радиальной структуры макропортрета капли. Степень растрескивания снижена. Границы между зонами во многих участках капли были трудноразличимы. Соотношение площадей зон: краевая зона - 50%, промежуточная -19%, центральная - 31%.

Следовательно, наблюдается тенденция к росту периферической (краевой) зоны в зависимости от формы нозологии, являющейся также стадией прогрессирования заболевания.

Краевая зона является прозрачным кольцом органических веществ преимущественно белкового происхождения. По нашему мнению, рост содержания окисленных белков может приводить к увеличению площади данной зоны. В группе практически здоровых наблюдает-

ся наименьшая площадь краевой зоны, что связано с меньшим присутствием здесь окисленных белков и патологических белковых структур.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что тезиографический метод и введенная нами методика анализа позволяет не только установить системные нарушения в плазме крови больных, но и выявить корреляцию между формой заболевания и изменениями в тезиограмме.

Юдин П.Ю., Черняк А.Л.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ НЕКРОЗА МИОКАРДА

Научный руководитель канд. мед. наук, Юдина О.А.
Кафедра патологической анатомии

Мезенхимные стволовые клетки (МСК) обладают активным тропизмом к зонам повреждения тканей в организме, существенно влияют на процессы воспаления и репарации в этих областях. Трансплантация МСК приводит к сокращению сроков тканевого воспаления в зоне ишемии и рубцевания в области некроза, появлению (или сохранению) субэпикардиального слоя кардиомиоцитов, активации ангиогенеза в пограничной зоне, формированию более эластичного рубца и уменьшению дилятации полостей желудочков. МСК обладают сходным с макрофагами набором поверхностных рецепторов. Предполагают, что они отвечают на те же воспалительные цитокины, что и макрофаги, и, вероятно, приходя в зону некроза, включаются в проходящие там процессы. Инъекция в зону ишемического повреждения у крыс таких факторов, как VEGF усиливает ангиогенез в данной области. МСК in vitro синтезируют большой набор различных ростовых факторов, включая фактор роста стволовых клеток и VEGF. Полагают, что и in vivo в зоне некроза миокарда МСК также могут продуцировать эти вещества, что приводит к активации ангиогенеза. Увеличение количества функционирующих сосудов значительно улучшает кислородное снабжение поврежденного участка и способствует поддержанию метаболизма миокарда на физиологическом уровне.

Цель: провести оценку дифференцировки МСК после различных способов их трансплантации для восстановления функции миокарда в эксперименте.

Материалом послужили крысы-самки линии Wistar (m=220-270 г). Крысы с индуцированным некрозом миокарда были разделены на 3 группы: опытная группа 1 (ОГ1) после кардиомиопластики МСК внутривенно (n=6); опытная группа 2 (ОГ2) после кардиомиопластики МСК интрамиокардиально (n=6); группа сравнения (КГ) животные с некрозом миокарда без введения стволовых клеток (n=12). На 7 сутки некроза миокарда вводили МСК костного мозга крысы-самца: ОГ1 - в боковую хвостовую вену ($2*10^6$клеток, n=6), ОГ2 - интрамиокардиально ($5*10^5$ клеток, n=6).

Методы. Морфологический и статистический.

Результаты. При исследовании сердца животного КГ (миокард с экспериментальным некрозом на 28 сутки без лечения) преобладал заместительный, периваскулярный и интерстициальный склероз. После введения МСК как внутривенно, так и интрамиокардиально не было отмечено формирования очагов склероза в миокарде крыс обеих опытных групп. Однако, в миокарде ОГ1 на 28сутки (21-е сутки после введения МСК внутривенно) площадь сосудов микроциркуляторного русла была больше, чем в ОГ2 (0,58±0,10 и 0,32±0,10 в 1мм^2 соответственно; $p \leq 0,05$).

Выводы. Внутривенное введение МСК на 7 сутки экспериментального некроза миокарда в большей степени стимулирует неоангиогенез в 2 недельном сроке после введения, чем интрамиокардиальный способ экспериментальной кардиомиопластики.

Юшкина Е.А.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДАИБЕТА 1 И 2 ТИПОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Безлер Ж.А.
2-я кафедра детских болезней

Сахарный диабет относится к широко распространенным заболеваниям. По данным Международной Диабетической Федерации (2011г.) общее число больных диабетом на планете – 366 млн. (распространенность составляет 8,3%), а к 2030 г. ожидается рост их числа до 552 млн. Количество больных сахарным диабетом в РБ ежегодно увеличивается на 6-7%. При неадекватном контроле и лечении возникают поздние осложнения сахарного диабета, которые и определяют качество и продолжительность жизни больных.

Целью работы было выявление факторов риска возникновения поздних осложнений у группы детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа и взрослых с сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Материалы и методы. Были проанализированы 30 историй болезни детей с сахарным диабетом 1 типа, находившихся на лечении в детском эндокринологическом отделении МОДБ и 60 амбулаторных карт больных сахарным диабетом 1 и 2 типов. Определена зависимость возникновения поздних осложнений сахарного диабета (нейропатии, ретинопатии, нефропатии и ангиопатии) от пола, типа диабета, возраста начала сахарного диабета, стажа заболевания и индекса массы тела (ИМТ).

Результаты. Во всех трех группах пациентов риск развития поздних осложнений сахарного диабета возрастал с длительностью заболевания, за исключением нефропатии. Самый высокий риск по развитию нефропатии отмечался у детей в подростковом возрасте.

Проанализировав осложнения в зависимости от пола, можно прийти к выводу, что женский пол являлся фактором риска возникновения осложнений. С увеличением ИМТ возрастал риск осложнений у больных с сахарным диабетом 2 типа. Детский возраст начала сахарного диабета 1 типа также был фактором риска развития поздних осложнений диабета.

Хроническая гипергликемия является фактором риска развития поздних осложнений сахарного диабета 1 и 2 типов у детей и взрослых.

Яворская Я.А

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ПЕРИТОНИТ: ЛАПАРОСКОПИЯ ИЛИ ЛАПАРОТОМИЯ?

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Аверин В.И
Кафедра детской хирургии

Актуальность. Проблема лечения аппендикулярного перитонита остается остроактуальной по настоящее время и определяет необходимость поиска оптимальных методов хирургического вмешательства.

Целью работы явилось проведение сравнительного анализа результатов лечения детей с аппендикулярным перитонитом с применением видеолапароскопии и лапаротомии.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения аппендикулярного перитонита у 120 пациентов (60 в возрасте от 2 до 15 лет оперированных лапароскопически – 1 группа и 60 того же возраста, оперированных открытым способом – 2 группа) в период с 2005 г. до 2012г. Сроки от момента заболевания до операции составляли от 3-х часов до 7 суток. Сравниваемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу и формам перитонита. Всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка.

Оперативное вмешательство традиционным методом выполняли из доступа по Фовлеру. После аппендэктомиии осуществляли лаваж физиологическим раствором и дренирование (по показаниям) брюшной полости до аспирации визуально чистых промывных вод.

При лапароскопии проводили оценку распространенности перитонита и характер изменений кишечника. Аспирировали гной и проводили первый этап лаважа брюшной полости физиологическим раствором. Аппендэктомию выполняли лигатурным методом с дополнительной обработкой культи 5% йодом и биполярной коагуляцией. Затем проводили ревизию кишечника с разделением инфильтратов, абсцессов, деформаций, создающих предпосылки для ранней кишечной непроходимости. Во время ревизии лаваж повторяли. Затем производили третий окончательный этап лаважа брюшной полости до чистых промывных вод с тщательной аспирацией жидкости и последующим ее бактериологическим исследованием на количество микробных тел. Дренирование брюшной полости проводили по показаниям.

Результаты. Отмечено преобладание монофлоры E.coli в 46,4% случаев, либо Ps. aeruginosa -6,4%. У 17,3% пациентов в посевах обнаружено два вида патогенных микробов: чаще E.coli и Ps.aeruginosa Антибактериальная терапия до получения результатов посевов: цефалоспорины, макролиды, (амикацин) и метранидазол. Длительность обезболивания у пациентов первой группы 1,5 дня, у второй 1,8 дня. Перистальтика кишечника восстановилась на 1,5 сутки – 1 группа и 1,83 - группа – 2. Энтеральная нагрузка начата на 2 и 2,4 день соответственно. Длительность пребывания пациентов сравниваемых групп в ОИТР имеет достоверное различие (р-3,3) и в среднем составила 2,85 для лапароскопической группы, и 3,25 соответственно для пациентов второй группы. Общее количество койко-дней в хирургическом стационаре для пациентов первой группы не имело достоверной разницы (р-1) и составило 11,9 и 12,25 дней соответственно.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей с применением миниинвазивных и традиционных методов выявил достоверную разницу по срокам пребывания пациентов в ОИТР. Отсутствие ранних послеоперационных осложнений, меньшие потребности пациентов в обезболивающих препаратах, более быстрое восстановление перистальтики кишечника и косметический эффект делают лапароскопические операции у детей при аппендикулярном перитоните предпочтительными. Полученные данные позволяют рекомендовать лапароскопию к более широкому применению в детских хирургических стационарах.

Ягелло Е.В., Кутасевич Т.В.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Научный руководитель асс. Ялонецкий И.З.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. На пациента при проведении операции протезирования тазобедренного сустава действуют стрессовые факторы (тревога и страх ожидания операции, ориентировочная реакция в операционной, седативная премедикация, объёмная инфузионная терапия, вынужденное положение тела во время операции (чаще всего на боку), повреждение тканей во время операции, интраоперационная кровопотеря). Эндопротезирование тазобедренного сустава часто проводится пациентам старших возрастных групп. У лиц данной группы резервные возможности регулирующих кровообращение систем истощаются быстрее, из сопутствующей патологии чаще всего встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы. Особенности старения: уменьшение содержания воды в организме, снижение массы тела и изменение соотношения массы жировой и мышечной ткани, снижение метаболизма и тканевой

перфузии, угнетение функций сердечно-сосудистой системы и изменения её регуляции – обуславливают эффекты регионарной анестезии у пациентов старших возрастных групп (более быстрое развитие блока, в зону действия захватывается большее количество дерматомов, увеличивается продолжительность действия растворов с гипербарической и изобарической концентрациями, возможно развитие артериальной гипотензии) потенцируя изменения параметров центральной гемодинамики.

Цель: изучить динамику показателей ЦГД при протезировании тазобедренного сустава у пациентов старших возрастных групп с целью их своевременной коррекции.

Методика исследования. Было обследовано 13 больных старших возрастных групп, которым проводилась операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Операция выполнялась в условиях спинальной анестезии бупивакаином в дозе 16,5 ± 0,25 мг. Длительность операции составляла 1,78 ± 0,53 часа, кровопотеря 680 ± 88 мл. Этапы исследования: I – до выполнения анестезии, II -перед началом операции, III - во время фиксации протеза, IV –в конце операции. Инфузионно – трансфузионная программа включала растворы кристаллоидов, гидроксиэтилкрахмала и препараты крови. Интраоперационно осуществлялся мониторинг показателей гемодинамики: АД, ЧСС, УО, СИ, ОПСС, ДНЛЖ. Измерения проводились с использованием гемодинамического монитора «Agelent» (Philips) и отечественного реографа «Импекард-М». В комплексе «Импекард-М» реализуется импедансометрическая технология.

Результаты. Изучив динамику показателей ЦГД, мы установили, что при протезировании тазобедренного сустава у пациентов старших возрастных групп наблюдаются изменения параметров ЦГД. На протяжении всего исследования наблюдалась тенденция к снижению артериального давления, при этом на III этапе – отмечалась умеренная гипотензия, показатели УО, МОК, СИ были снижены, а ОПСС – повышено на всех этапах исследования.

Яговдик В.В., Абрамович Е.С.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА УМЕРШИХ ПРИ ГРИППЕ AH1N1 ПО ДАННЫМ ГКПБ

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Гузов С.А.
Кафедра патологической анатомии

Актуальность. Несмотря на очевидный прогресс в области фундаментальной медицины, проблема вирусных инфекций, в том числе и гриппа, далека от своего разрешения. Более того, в последние десятилетия специалисты все чаще имеют дело с высокопатогенными и мутирующими штаммами гриппа, которые вызывают пандемии и наносят человечеству значительный социальный и экономический ущерб. При этом в патоморфологической картине , связанной с гриппозной инфекцией, как правило, имеют место специфические признаки заболевания, указывающие на степень вовлеченности в патологический процесс головного мозга, поражение которого во многом определяет уровень летальности и тяжесть последствий.

Целью настоящего исследования явилось изучение патоморфологических изменений головного мозга у умерших больных при гриппеAH1N1 в Минске в период эпидемии 2009 года.

Задачи: 1. Анализ архивного материала в ГКПБ с целью выявления случаев смерти от гриппа. 2. Анализ данных протоколов вскрытия.3. Анализ гистологических архивных препаратов.4. Установление цельной картины морфологических изменений в головном мозге при гриппе AH1N1.

Материалы и методы. В архивном материале выявлено 64 случая смерти при гриппе AH1N1. 41 из них – с различной степенью вовлеченности в патологический процесс головного мозга. Проведен анализ гистологических препаратов(окраска гематоксилин-эозин). Бы-

ло проведено вирусологическое исследование, при котором выявлен Грипп AH1N1, подтвержденный методом ПЦР в Минском городском центре гигиены и эпидемиологии или РНПЦ гигиены и эпидемиологии.

Результаты. Анализ цельной картины морфологических изменений головного мозга при гриппе AH1N1 позволяет судить о тропном действии вируса на сосуды головного мозга, прилежащие астроциты и олигодендроглиоциты. Изменения нейронов головного мозга носят вторичный характер и только в единичных случаях отмечаются специфические изменения, характерные для вируса гриппа, в их ядрах. Это указывает на гематогенное проникновение вируса в ЦНС. Данные особенности патогенеза следует учитывать в диагностике, профилактике и лечении вирусной инфекции.

Яжевич В.Г., Прудникова Т.В.

СТРУКТУРА ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМАНОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ШЕИ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Черченко Н.Н.,
канд. мед. наук, доц. Тесевич Л.И.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Целью настоящего исследования является изучение частоты локализации и распространения одонтогенных флегманозных процессов контактным путем в околочелюстных тканях нижней челюсти и шеи.

Материалы и методы. Изучен архивный материал 2 (гнойного) отделения челюстно- лицевой хирургии 11 клинической больницы г.Минска, на базе которого в период с 2011 по 2012 г.г. проходили стационарное лечение взрослые пациенты с одонтогенными флегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи. При этом изучались: локализация гнойного процесса (вовлечение 1-го, 2-х, 3-х, 4-х, 5-ти и более клетчаточных пространств или областей лица и шеи, развитие медиастинита), характер его дальнейшего распространения по протяженности.

Результаты. За исследованный период на стационарном лечении находилось находилось 3558 пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи, из них 1572 (44,18 %) – с одонтогенными процессами (из них 191 (12,15 %) - с одонтогенными флегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи (131 мужчин (68,6 %) 18-74 лет и 60 женщин (31,4%) 20-84 лет).

Результаты проведенных исследований, которые целесообразно учитывать в прогнозировании течения одонтогенного флегманозного процесса и при выборе тактики и объема хирургического лечения пациентов, показывают, что:

Частота распространения контактным путем одонтогенных флегмон клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи в среднем составила: в пределах только одного пространства - 35,1%; только двух пространств – 46,1%; только трех пространств - 9,4%; только четырех пространств – 2,6%; пяти и более – 4,2%; развитие медиастинита - 2,6% от всех вариантов локализации таких флегмон.

Частота вовлечения контактным путем основных клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи в одонтогенный флегманозный процесс составляет: поднижнечелюстного – 47,2% (в том числе в 4,3% случаев - с двусторонним поражением); крыловидно-нижнечелюстного – 13,1% (в том числе в 0,5% случаев - с двусторонним поражением); подподбородочного - 19,2%; околоушно-жевательного – 5,6%; окологлоточного – 4,4% (в том числе в 0,5% случаев - с двусторонним поражением); щечного – 1,0%; корня языка – 1,9%; зачелюстного – 0,2%; поверхностных и глубоких передне-бокового отдела шеи - 2,4% и 2,2% соответственно (в том числе в 1,0% случаев - с двусторонним поражением);

передних и задних шейного отдела средостения – 1,2% и 0,7% соответственно от всех случаев локализации при таких флегмонах.

В практическом аспекте, в связи с этим, при проведении хирургической обработки гнойного очага уровень классических оперативных доступов (разрезов) целесообразно смещать в сторону преимущественного направления распространения флегманозного процесса так, чтобы из него можно было выйти на гнойно- воспалительный инфильтрат клетчаточного пространства без образования затеков и карманов. С этой же целью целесообразно использовать и дополнительные контрапертурные разрезы, а также одновременно сочетать пассивные и активные методы дренирования гнойных флегманозных очагов.

Якимкова Т.Н, Кашпар О.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ

Научный руководитель асс. Рустамов В.М.
Кафедра детской хирургии

Прогноз хирургического лечения приобретенных трахеопищеводных свищей зависит от степени тяжестии характера течения заболевания. Одним из основных залогов успешного лечения приобретенных трахеопищеводных свищей является ранняя диагностика и рациональный выбор вида его лечения. При возможности применения менее инвазивного метода, мы всегда отдадим ему предпочтение.В настоящее время перспективной малоинвазивной технологией в лечения приобретенных трахеопищеводных свищей является применение высокоэнергетического лазерного (ВЭЛ) излучения.

Целью данной работы является: 1) Определение размера свищей, поддающихся эффективному лечению ВЭЛ. 2) Определение минимального количества манипуляций, которое приводит к полному выздоровлению пациентов. 3) Оценка эффективности лечения приобретенных трахеопищеводных свищей ВЭЛ“Multiline”. 4)Проведение сравнительного анализа результатов малоинвазивных и традиционных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Проанализировано 26 историй болезни пациентов, имеющих приобретенные трахеопищеводные свищи с 2007 года по 2012 год, пролеченных методом эндоскопической лазерной абляции с использованием лазера "Multiline" с длиной волны 1.34 нм и мощностью 15,20 Вт.

Соотношение мальчиков и девочек 1:1. Возраст исследуемых детей от периода новорожденности до 5 лет. В 100% случаев акушерский анамнез отягощен: в 50% случаев кесарево сечение, в 100% случаев недоношенность.

У 100% детей развился рубцовый стеноз пищевода после первичного хирургического лечения и реканализация трахеопищеводного свища. В 100% случаев была проведена лазерная абляция трахеопищеводного свища. В 25% случаев также была проведена лазерная вапоризация рубца в зоне эзофаго-эзофагоанастомоза вокруг устья трахеопищеводного свища. В 75% случаев наблюдалось полное излечение больных.

Выводы. 1) Оптимальный размер свищей, поддающихся эффективному лечению высокоэнергетическим лазером, составляет 2-3мм. 2) В 25% случаев полное выздоровление при лечении приобретенных трахеопищеводных свищей с помощью ВЭЛ наступило после первой манипуляции.В 50% случаев наступило полное выздоровление после двух манипуляций. В 25% случаев потребовалась третья процедура лазерной абляции трахеопищеводного свища и лазерная вапоризация слизистой оболочки вокруг устья трахеопищеводного свища, за которыми последовало полное излечение пациентов. 3) Применение ВЭЛ является эффективным методом лечения приобретенных трахеопищеводных свищей и альтернативой оперативных вмешательств на пищеводе.

Якимова М.В.

ИЗУЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТИПИРОВАНИЯ САЛЬМОНЕЛЛ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ RAPD-ПЦР

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Слизень В.В.
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Предметом современных исследований в эпидемиологии многих инфекционных заболеваний является внутривидовое типирование возбудителей, позволяющее выявлять клональные различия изолятов и судить о территориальном распространении тех или иных генетических вариантов. Такой подход является основой современного мониторирования циркулирующих возбудителей, что позволяет определить источники инфекции и факторы передачи возбудителей. Разработка методов экспресс-диагностики сальмонеллезов и методов типирования сальмонелл является одним из важных моментов сдерживания распространения возбудителей. Для типирования сальмонелл могут использоваться нуклеотидные последовательности, дисперсно рассеянные по геному, положение которых и частота встречаемости в хромосоме может варьировать от штамма к штамму. Одним из методов типирования, сопоставимым по разрешающей силе с золотым стандартом типирования – электрофорезом в пульсирующем электрическом поле, является RAPD-ПЦР.

Цель: изучить возможность использования метода RAPD-ПЦР с праймерами P 1254 и OPB 17 для типирования сальмонелл – возбудителей сальмонеллезов.

Результаты. Впервые в РБ разработан метод типирования сальмонелл с помощью RAPD-ПЦР с праймерами P 1254 и OPB 17. Проведен сравнительный анализ штаммов сальмонелл, выделенных от больных сальмонеллезами (взрослых и детей) для установления их генетической идентичности. Нами получены удовлетворительные результаты типирования при помощи RAPD-ПЦР у фенотипически идентичных изолятов сальмонелл, принадлежащих к одному серотипу. Установлено, что использование комбинации праймеров P 1254 и OPB 17 позволяет выявлять различия сальмонелл внутри серотипов *S. enteritidis, S. typhimurium, S. london, S. brandenburg, S. infantis, S. derbi, S.agama, S. weltwunder*. Профили образуемых фрагментов при амплификации праймерами P 1254 и OPB 17 отличаются у сальмонелл разных серотипов.

Таким образом, метод RAPD-ПЦР с праймерами P 1254 и OPB17 может быть использован для типирования сальмонелл – возбудителей сальмонеллезов.

Якимова А.В., Попруга Н.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДЖОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель асс. Алесина Г.А.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

В последние годы отмечается рост числа злокачественных новообразований панкреато-дуоденальной области, в том числе рака поджелудочной железы. Диагностика и лечение этой патологии, несмотря на определенные успехи последнего времени, характеризуются неудовлетворительными результатами. В связи с отсутствием специфической симптоматики в большинстве наблюдений (80-85 %) рак поджелудочной железы диагностируют только на стадии экстраорганного распространения.

Основные методы, используемые при диагностике (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, рентгенологическое исследование) в настоящее время используются разобщенно. Кроме того широко не используются такие современные методы исследования,

как позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ), целиакография и ангиография верхней брыжеечной артерии в сочетании с селективной ангиографией других артерий (печеночной, селезечной, гастродуоденальной), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и некоторые другие методы.

Исходя из этого, целью нашего исследования стало изучение различных методов лучевой диагностики при раке поджелудочной железы, произведение их сравнительной характеристики с указанием преимуществ и недостатков каждого метода на основе литературных источников, а также предложение схемы диагностики рака поджелудочной железы с помощью доступных методов лучевой диагностики.

Для достижения поставленной цели авторы изучили необходимую литературу, на основе которой были составлены таблицы со сравнительным анализом используемых в диагностике методов, а также была выделена группа методов, использование которых в комплексе является неотъемлимой частью диагностики рака поджелудочной железы.

Заключение: несмотря на наличие разнообразных ретроспективных и современных методов лучевых исследований, при диагностике рака поджелудочной железы необходимо проводить комплексное исследование, которое благодаря различным физическим свойствам методов позволяет более детально оценить характер и распространенность опухолевого процесса.

Яковлева А.А., Московских Ю.В.

ИСКУССТВЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. Лаптев А.Н.
Кафедра фтизиопульмонологии

Актуальность. С середины 90-х годов у пациентов с туберкулезом легких отмечается нарастание лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, что способствует применению альтернативных методов лечения, одним из которых является искусственный пневмоторакс.

Цель: изучить эффективность искусственного пневмоторакса в сочетании с химиотерапией у пациентов с туберкулезом легких с МЛУ и ШЛУ.

Задачи:

1. Проанализировать эффективность лечения пациентов с МЛУ и ШЛУ искусственным пневмотораксом, у которых не предполагалось получение хороших результатов проводимой противотуберкулезной химиотерапии.
2. Проанализировать данные эффективности наложения искусственного пневмоторакса у пациентов с туберкулезом легких с МЛУ и ШЛУ в зависимости от длительности применения противотуберкулезных препаратов.
3. Проанализировать результаты лечения искусственным пневмотораксом в зависимости от длительности его применения.

Методы. Работа проводилась на основании результатов изучения историй болезни 65 пациентов с МЛУ и ШЛУ, находившихся на лечении в хирургическом отделении РНПЦ «Фтизиатрии и пульмонологии» с сентября 2007 по сентябрь 2011 года.

В ходе проведения исследований было установлено, что:

1. У 58% пациентов с МЛУ и ШЛУ, у которых на фоне химиотерапии не предполагалось получение хороших результатов лечения, применение искусственного пневмоторакса позволило добиться положительной динамики, а у 85% всех пациентов достигнуто абациллирование;
2. На результаты лечения повлияли такие факторы, как сроки применения искусственного пневмоторакса после начала химиотерапии.

	1-4 мес		5-7 мес		>7 мес	
Положительная динамика	6	60%	3	50%	24	49,0%
Без изменений	4	40%	3	50%	13	26,5%
Ухудшение	0	0%	0	0%	12	24,5%
Всего	10		6		49	

3. Результаты лечения зависели также от длительности применения искусственного пневмоторакса:

3 месяца – 33% положительных исходов;

4 месяца – 85%;

5 месяцев – 71%;

6 месяцев – 50%.

Выводы:

1. У части пациентов с МЛУ и ШЛУ, у которых на фоне химиотерапии не предполагалось получение хороших результатов лечения, применение искусственного пневмоторакса позволило добиться положительной динамики и абацилирования;
2. Исследования показали, что на результаты лечения повлияли такие факторы, как сроки применения искусственного пневмоторакса после начала химиотерапии и длительности применения искусственного пневмоторакса.

Якубовская Я.Г. Бекето Г.А.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ДРЕВНЕФИЛОСОВСКИХ ИДЕЙ

Научный руководитель преп. Познякова О.Л.
Кафедра философии и политологии

Актуальность темы заключается в существовании проблемы взаимного влияния философии и медицины. Результаты работы будут полезны в определении подходов к адекватной и объективной оценке взаимного влияния древней философии и древней медицины.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния древнефилософских идей на развитие медицины и фармации Древнего мира.

Задачи: изучить наиболее значимые явления в истории развития древней фармации и древней медицины; достоверно осветить развитие древней фармации и древней медицины в соответствии с представлениями древней философии.

Как известно, философская идея является всеобъемлющей и не может обойти такие древние науки как медицина и фармация. Учёные проявляют интерес к изучению влияния древней философии на развитие медицины и фармации как наиболее древних областей научного знания. Философия всегда играла роль мировоззренческого основания для медицины, в то же время медицина всегда имела объектом своего изучения человека: его болезнь и здоровье. Взаимное переплетение философии и медицины привело к накоплению значительного фактического материала, который нуждается в теоретическом анализе.

Как известно, Древний мир состоял из Древней индии, Древнего Китая, Месопотамии, Древней Греции и Древнего Рима. Древний мир охватывает период от окончания первобытного общества до 476 г. (падения Западной Римской империи). В эпоху Древнего мира уже существовали медицинские понятия о болезни и о лекарстве. Эти понятия зависели от общего взгляда людей на окружающий мир.

Философия, как наука, объединяла всю совокупность знаний человека об объективном мире и о самом себе. Взаимоотношения медицины и философии в древние времена пребыва-

ли в едином нерасчленённом своде знаний. Философы нередко сами были врачами, а врачи – философами.

Среди философов Древней Индии, Древнего Китая, Древнего Вавилона и Египта мы не находим философов, которые занимались бы врачебной деятельностью. Однако в Древней Греции и Риме уже были врачи, которые внесли весомый вклад в развитие философии.

Согласно данным литературы в философии древних людей господствовал анимистические и стихийно-материалистические взгляды на мир и окружающую действительность. Передовой философией являлись наивный материализм и стихийная диалектика древних.

Якубовская Я.Г., Шевчук С.В.

ВАЛИДАЦИЯ МЕТОДИКИ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОГО ТИТРОВАНИЯ Zn^{2+} В ГЛАЗНЫХ КАПЛЯХ «ЦИНКА СУЛЬФАТ 0,25 % И БОРНАЯ КИСЛОТА 2 %»

Научный руководитель ст. преп. Буйницкая Е.Ю.
Кафедра общей химии

Уже много лет учёным известны химические методы анализа определения цинка. Тем не менее, существует необходимость в поиске обоснования новых рациональных методик с адекватной оценкой их эффективного применения.

Цель: обосновать методику кондуктометрического титрования катионов цинка в глазных каплях «Цинка сульфат 0,25% и борная кислота 2%». Оценить адекватность методики кондуктометрического титрования цинка в глазных каплях. В качестве исследуемого раствора используются глазные капли «Цинка сульфат 0,25% и борная кислота 2%».Прибором в проведении данного эксперимента служит учебно-лабораторный комплекс «Химия» в комплекте с модулем «Электрохимия».

Валидация - термин, широко используемый для оценки адекватности или степени согласованности некоторой модели с экспериментальными данными.

Кондуктометрическое титрование – это процедура, основанная на изменении электрической проводимости растворов при химических реакциях, при которых концентрация ионов различной подвижности меняется. Этот метод электрохимического анализа применим в водно-органических, водных и неводных средах. Соответствующие кривые титрования, наглядно демонстрирующие зависимость электропроводности от количества добавляемого титранта, имеют характерный излом в точках эквивалентности. Кондуктометрическое титрование обладает рядом достоинств: возможно дифференцированное титрование смесей ряда кислот или оснований, титрование мутных, окрашенных растворов, а также возможно титрование при образовании гидролизующихся солей.

Кондуктометрическое титрование расширяет область применения титриметрического анализа, так как благодаря ему становится возможным титрование окрашенных и мутных растворов, когда переход окраски индикатора трудно наблюдать визуально.

Валидация методики выполнения измерений количественного содержания Zn^{2+} в глазных каплях «Цинка сульфат 0,25% и борная кислота 2%» выполнена в соответствии с составленным планом валидации.

Все оборудование, выполняемые аналитические операции и анализируемые образцы составляют единую целостную систему, позволяющую получить удовлетворительный результат.

В результате валидации методики испытаний определена пригодность системы для выполнения испытаний. Установлено, что следующие аналитические характеристики методики испытаний: избирательность, линейность, диапазон применения, правильность, повторяемость и внутрилабораторная прецизионность (воспроизводимость) удовлетворяют заранее выбранным критериям приемлемости.

Янец Н.В., Остапук К.В.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖЕНЩИН Г. ГРОДНО

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Никонова Л.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
1-ая кафедра внутренних болезней

В последние десятилетия появились исследования, позволяющие утверждать, что беременные женщины с ожирением относятся к группе высокого риска развития осложнений беременности, перинатальных потерь и возникновению гестационного сахарного диабета (ГСД).

ГСД - нарушение углеводного обмена, которое возникает или впервые распознается во время беременности. На развитие СД у беременных влияют многие внешние и внутренние факторы. Анализ отечественной и зарубежной литературы позволяет утверждать, что наиболее часто возникновению ГСД способствуют ожирение, образ жизни женщины, характер питания, национальные особенности и традиции, сопутствующие заболевания.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния метаболического синдрома и сопутствующей патологии на развитие ГСД у беременных, проживающих в г. Гродно.

Нами были обследованы 42 беременные женщины с ГСД. Из этой группы были выделены 11 человек с нормальной массой тела (они составили группу А) и 31 с избытком веса и ожирением 1 степени (группа В). На каждую женщину заполнялась анкета, включающая : паспортные данные, антропометрические параметры (рост, вес), данные акушерского, гинекологического, семейного анамнеза и сопутствующих заболеваний; каждой пациентке измерялось артериальное давление.

По результатам исследования выявлено, что беременные женщины в возрасте 26-35 лет в сочетании с избытком веса и ожирением имеют более высокий риск развития ГСД, чем женщины этого же возраста, но с нормальной массой тела. Было установлено, что с увеличением веса артериальная гипертензия(АГ) диагностировалась в 2,5 раза чаще (22,6% группа В и 9% группа А , $p< 0,052$), урогенитальная патология наблюдалась в 1,3 раза выше (84% группа В и 63,6% группа А ,$p < 0,052$).

Характеристика сопутствующей патологии приведена в таблице 1.

Заболевания	Группа А		Группа В		Достоверность р
	абс.	%	абс.	%	
Эндокринные	2	18*	5	16*	<=0,052
Урогенитальные	7	63,6*	26	84*	<=0,052
АГ	1	9*	7	22,6*	<=0,052

Таблица 1. Характеристика сопутствующей патологии. Примечание: *- р <=0,052 – разница показателей достоверна.

Анализ течения беременности у пациенток с ГСД выявил, что у женщин с избытком веса и ожирением в 1,8 раз чаще наблюдается ранний токсикоз(64,6% группа В и 36% группа А, $p<0,052$). Изучив уровни гликемии натощак при выявлении ГСД видно, что в группе В уровень гликемии составлял 6,0- 7,0 ммоль/л(64%, $p<0,052$), в сравнении в группе А гликемия составляла до 5,9 ммоль/л(55%, $p<0,052$).

Таким образом, установлено, что наиболее значимыми прегестационными факторами у женщин г. Гродно являются повышенный вес, особенно ожирение, возраст старше 30 лет, наличие в анамнезе урогенитальной патологии. Результаты исследования показали, что необходимо выделять женщин с избыточной массой тела еще при планировании беременности и проводить коррекцию веса, так как избыточная масса тела является достоверным и управляемым фактором риска развития ГСД.

Янковская Е.А., Хорошко А.А

СТРУКТУРА УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПОТРЕБОВАВШЕЙ НЕОТЛОЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Гинюк В.А.
Кафедра общей хирургии

Цель: сравнительный анализ оказания неотложной хирургической помощи жителям России, Украины и Беларуси. Анализ патологии, потребовавшей оперативного вмешательства.

Методы. Работа с архивными материалами, использование публикаций в интернете.

Хирургия ургентной патологии является актуальной проблемой современной медицины.

По распространенности количество аппендэктомий по отношению к другим неотложным операциям в России достигает 70-80%. В Украине и Беларуси лидирующее место среди наиболее распространенных ургнетных патологий также занимает острый аппендицит: 60-70% и 65-70% соответственно. Острая кишечная непроходимость в России составляет 3,8-6,1%, в Беларуси 7%, в Украине всего 3%. Количество больных с прободными язвами в России 7-10%, в Украине 10-15%, в Беларуси 9-14%.

Немаловажной проблемой ургентной хирургии остается послеоперационные осложнения. Частота гнойных осложнений острого аппендицита в России варьирует от 2,56 до 4%, в Украине составляет около 3% и в Беларуси 5-10%. При острой кишечной непроходимости частота гнойных осложнений в России составляет 4,5-8,5%, в Украине около 5%. Осложнения негнойного характера после прободной язвы в России составляют 40-50%, в Украине около 60% и в Беларуси 50-60%.

Летальность у больных острым аппендицитом в России составляет 0,16-0,24%, в Украине 0,1%, в Беларуси 0,14-0,3%. Летальность после острой кишечной непроходимости в России всего 4,37%, в Украине 2% и в Беларуси лишь1,7%. Летальность у больных прободной язвой в России составляет 2,5-3,7%, в Украине 1,37-1,6%, а в Беларуси 1,5%.

Результаты. В ходе работы мы выяснили, что острый аппендицит - одно из самых распространенных острых хирургических заболеваний в России(70-80%), Украине(60-70%) и Беларуси(65-70%). Количество больных с прободными язвами в России(7-10%), Украине(10-15%) и в Беларуси(9-14%) занимает второе место по распространенности среди ургентных хирургических патологий.

Януль А.Н.

ВИЗУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Силивончик Н.Н.
Кафедра общей врачебной практики ГУО «БелМАПО», кафедра военно-полевой терапии

Цель: изучить сопряженность визуальных изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при диспепсии у военнослужащих по призыву первого года службы.

Материалы и методы. Обследовано 149 военнослужащих по призыву Минского гарнизона воинских частей военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны (возраст 18-26 лет) за период с января 2010 по февраль 2012 гг., имевших жалобы, относящиеся к категории желудочной диспепсии. Жалобы пациентов были стандартизованы в соответствии с требованиями Римского III Консенсуса 2006 относительно диспепсии.

Выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка. Эндоскопическое исследование проводили эзофагогастродуоденоскопом «PENTAX» типа FG-29W по стандартной методике. Стандартизация макроскопической оценки слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилась по рекомендациям OMED. Биопсию слизистой оболочки желудка из 5 мест (два – из тела, три – из антрального отдела желудка) выполняли щипцами биопсийными гибкими «Ворсма» Щ-127, Щ-119 и «OLYMPUS» EB-240K. Морфологическое исследование образцов слизистой оболочки желудка: окраска проводилась гематоксилином и эозином. *Helicobacter pylori* (далее - *H. pylori)* определяли морфологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе. Для оценки морфологической картины использовали терминологию, критерии и градации хронического гастрита в соответствии с «Classification and Grading Gastritis. The Updates Sydney System». Результаты обработаны с помощью непараметрической статистики (критерий χ^2 с поправкой Yates) с расчетом 95% доверительного интервала (95% ДИ) с использованием программы STATISTICA-6. Уровень достоверности по α определялся при $\alpha < 0,05$.

Результаты. Симптомы желудочной диспепсии впервые появились во время службы в армии у 111 (74%), повторные - у 38 (26%). Военнослужащие по призыву первого года службы с повторными диспептическими жалобами, ранее обращались за медицинской помощью и были обследованы до службы по призыву в Вооруженных Силах Республики Беларусь. Наиболее частой жалобой была эпигастральная боль n=130 (87%), значительно реже – эпигастральное жжение n=56 (37%) и чувство полноты после еды n=61 (40%), а также раннее насыщение n=32 (21%). Хотя изжога и не является симптомом диспепсии, согласно требований Римского III Консенсуса 2006, но она имела место у n=100 (67%) обследованных – во всех случаях в сочетании с одним или более симптомов желудочной диспепсии.

Согласно данным эзофагогастродуоденоскопии визуальные изменения были обнаружены у 136 (91,0%, 95% ДИ 86,5-95,5) из 149 пациентов. Сравнительный анализ морфологических характеристик слизистой оболочки желудка в двух группах с эритематозной гастропатией и визуальной нормой при сравнении лимфоидных фолликулов выявил достоверные различия в антральном отделе ($\chi2=6,43$; $p=0,0112$).

Выводы. Проведенное на небольшом материале исследование позволило показать значительную частоту изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у военнослужащих по призыву первого года службы с диспептическими жалобами.

Янушевская А.В.

БОТАНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОПСИСА ЛАНЦЕТНОГО И КАЛИНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ

Научный руководитель канд. фарм. наук, доц. Мушкина О.В.
Кафедра организации фармации

Интерес к лекарственным растениям, к изучению их фармакологической активности возрос в последние десятилетия не случайно. Связано это прежде всего с появлением так называемой лекарственной болезни, вызываемой невосприимчивостью организма человека к некоторым синтетическим средствам, расширением спектра побочных действий лекарств, распространением аллергических реакций. При многих заболеваниях, особенно хронических, нужны «мягкие» натуральные средства. Экспериментальными исследованиями установлено, что галеновые формы термопсиса не уступают по отхаркивающим и рвотным свойствам препаратам ипекакуаны обыкновенной. Содержащиеся в растении биологически активные вещества повышают артериальное давление (АД), и усиливают функцию надпочечников. Кроме того, они обладают еще и ганглиоблокирующими свойствами.

Калина издавна применяется в традиционной и народной медицине. В коре содержится большое количество дубильных веществ, а также горький аморфный гликозид вибурнин и фермент, вызывающий его расщепление, смолы, фитостерол, танин и ряд других ценных соединений. Еще в старые времена кору калины использовали как кровоостанавливающее средство в акушерской и гинекологической практике. Ягоды калины – это популярный диабетический продукт. В них высокое (до тридцати процентов) содержание фруктозы и сахарозы в виде «медленного» сахара, который клетками усваивается без инсулина. Что применяется для лечения больных диабетом.

Цель: изучить химический состав, фармакологические свойства и область применения термопсиса ланцетного и калины обыкновенной. Определить перспективность использования термопсиса ланцетного и калины обыкновенной и их химических компонентов для создания новых лекарственных средств (ЛС) отечественного производства.

Объекты изучения. Термопсис ланцетный (Thermopsis lanceolata), Калина обыкновенная (Viburnum opulus), Ассортиментный перечень ЛС на основе термопсиса и калины.

Методы.

5. Анализ литературных источников;
6. Сравнительный анализ;
7. Обобщение.

Выводы.

4. Изучены и проанализированы литературные данные по Термопсису ланцетному и Калине обыкновенной.
5. Широкое распространение Калины обыкновенной на территории Республики Беларусь, разнообразный химический состав плодов и отсутствие на них нормативной документации определяет возможность дальнейшего изучения их химического состава, фармакологической активности и стандартизации для разработки на их основе лекарственных средств.
6. Отсутствие на фармацевтическом рынке Республики Беларусь ЛС отечественного производства на основе Термопсиса ланцетного и наличие таковых зарубежного производства говорит о необходимости изучить экономический эффект и целесообразность культивирования Термопсиса для промышленного использования.

Янушкевич П.Г., Радкевич А.А.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ковганко Н.Н.
Кафедра биологической химии

Многие патологии островков Лангерганса поджелудочной железы являются серьёзной проблемой здравоохранения в европейских странах, затрагивающей лиц любого возраста и национальности. В частности, сахарный диабет приводит к длительной утрате здоровья, ранней инвалидности и смертности больных. Кроме того, следует иметь в виду, что около 90% расходов на лечение больных СД приходится на оказание помощи пациентам с поздними осложнениями диабета, число которых составляет всего 6% от общего количества больных СД. Очевидно, что раннее выявление больных СД и лиц, предрасположенных к его развитию, проведение адекватной терапии и ранних профилактических мероприятий даст значительный экономический эффект.

Инсулин образуется из проинсулина (86 аминокислотных остатков). Затем поступает в аппарат Гольджи, где под действием специфических протеаз расщепляется в нескольких участках с образованием инсулина (51 аминокислотный остаток) и С-пептида, состоящего из 31 аминокислотного остатка.

Диагностическое значение проинсулина:

Измерение уровня проинсулина применяют в диагностике опухолей бета-клеток поджелудочной железы (инсулином).

Несмотря на низкую биологическую активность проинсулина, изолированное повышение его уровня тоже может вызывать гипогликемические состояния. В злокачественно трансформированных бета-клетках соотношение секретирующихся продуктов сдвигается в сторону проинсулина.

Уровень проинсулина является важным диагностическим показателем в определении инсулинорезистентности тканей.

Диагностическое значение С-пептида:

Хотя анализ на **С-пептид** не применяется для рутинного мониторинга диабета, он является доступным и существенным инструментом индивидуального контроля за терапией и длительного оптимального метаболического контроля. Высокий уровень С-пептида может быть результатом повышенной активности В-клеток при гиперинсулинизме и ожирении.

По содержанию С-пептида в плазме крови можно судить о выработке поджелудочной железой инсулина, даже в случае введения экзогенного инсулина или в присутствии циркулирующих антител к инсулину, то есть уровень С-пептида является маркером эндогенного синтеза инсулина.

Клиническая ценность метода:

1. Проведение дифференциальной диагностики между 1 типом сахарного диабета (ИЗСД), при котором содержание С-пептида ниже нормы, и 2 типа (ИНСД), при котором содержание С- пептида в норме или даже повышено.

2. Возможность оценки содержания остаточной секреции инсулина при лабильном течении ИЗСД для коррекции инсулинотерапии.

3. Для решения вопроса о целесообразности перевода пациентов ИНСД на постоянную инсулинотерапию при длительной декомпенсации заболевания.

4. Для диагностики инсулиномы.

5. Контроль за функциональным состоянием поджелудочной железы после панкреаэктомии.

Таким образом, диагностика уровня проинсулина и С-пептида играет важнейшую роль в выборе стратегии лечения пациентов с патологиями островков Лангерганса поджелудочной железы.

Янцевич А.Г., Бычек Д.А.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В ОБЛАСТИ ВЕТВЛЕНИЯ СОСУДОВ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА

Научные руководители канд. техн. наук, доц. Мансуров В.А., канд. мед. наук, доц. Трушель Н. А.
Кафедра нормальной анатомии

Цель: установить особенности гемодинамики в области разветвления сосудов виллизиева круга.

Методом математического моделирования с помощью пакета COMSOL 4.0 изучены параметры кровотока в области бифуркации сосудов артериального круга большого мозга: внутренней сонной артерии, базилярной артерии, в месте ответвления задней соединительной артерии от внутренней сонной артерии. При этом учитывались углы бифуркации сосудов круга, а также наличие стеноза в месте разделения сосуда, обусловленное наличием атеросклеротических бляшек.

В результате исследования построена геометрическая модель, в которой материнский сосуд разделяется на два дочерних сосуда. При изменении угла бифуркации в геометрической

модели выявлены параметры в виде изменения локальной скорости течения, числа Рейнольдса и давления крови. Так, в области разветвления сосудов виллизиева круга установлено максимальное давление на апикальный угол, которое нарастает при увеличении угла бифуркации сосуда, что может способствовать выпячиванию стенки артерии кнаружи и возникновению аневризмы. При нарастании стеноза в области бифуркации сосудов виллизиева круга увеличивается максимальное число Рейнольдса и уменьшается давление крови на апикальный угол. В дочерних сосудах выявлена склонность к турбулентному движению кровотока.

Таким образом, в результате воздействия гемодинамического фактора выявлены предпосылки к возникновению аневризмы в области апикального угла бифуркации, а также тенденция к турбуленции кровотока. Установлен оптимальный угол ветвления сосудов - около 75˚ (деление базилярной артерии на задние мозговые артерии), при котором кровоток происходит место стеноза артерии с минимальными энергетическими потерями.

Яремко Е.Р.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОГО ДЕСИНХРОНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНБРЕДНЫХ СПОНТАННО-ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС SHR

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Стамбровская В.М.
Кафедра биологии

Целью исследования явилась разработка модели дизритмии у инбредных спонтанно-гипертензивных крыс SHR с использованием серии стрессирующих воздействий.

Спонтанно гипертензивные инбредные крысы SHR известны как экспериментальная модель ряда патологических состояний центральной нервной системы – дефицит внимания, импульсивность и гиперактивность, нарушения обучения и сниженный уровень устойчивости к стрессу. Крысы SHR могут рассматриваться в качестве модели десинхроноза.

Определяли показатель«горизонтальная двигательная активность» (ГДА), регистрировавшийся автоматически в многоканальном актометре “Универсал 22-32”. Проводили эксперимент продолжительностью 31 сут. Учитывая ключевую роль стрессирующих воздействий в формировании дизритмий, запись хронограмм осуществляли в условиях предварительного (продолжительностью 26 сут.) применения серии стрессирующих воздействий различной интенсивности – от слабой и умеренной до резко выраженной. Дополнительно применяли «инъекционный стресс» (пероральное введение дистиллированной воды в режиме 5 дней в неделю, 31 сут). Вышеперечисленные воздействия позволяют моделировать стрессовые состояния и связанный с ними десинхроноз у гипертоников в условиях высокой неопределенности среды.

Оценку биоритмов проводили в марте в условиях фиксированной продолжительности смены “дня”/”ночи” (07:00–19:00 – “день”, 19:00–07:00 –“ночь”), актометрию начинали днем – в 13:00. Использовали пакет программ “MouseStatistic”. При обработке полученных результатов оценивали хронограмму ГДА. Посредством компьютерной программы методом косинор-анализа для средних синусоид определяли основные параметры ритмов: амплитуду ритма (A), акрофазу (астрономическое время наступления максимума функции φ) и мезор – величину среднего уровня синусоиды (MESOR – Midline-estimatingStatisticofRhythm, h), а также иные параметры, необходимые для построения эллипсов ошибок. Наличие или отсутствие достоверных суточных или ультрадианных (6- и 12-часовых) ритмов определялось графически с использованием программы CorelDRAW X5.

В условиях применения стрессирующих воздействий у крыс SHR отмечены следующие значения основных параметров биоритмов: амплитуда A ГДА - 5,2 усл. ед. и мезор h ГДА 82.5 ± 7.4 усл. ед. (снижение в сравнении с интактным контролем). Выявлен сдвиг φ ГДА на

утренние часы – 6:00 (в сторону “патологической” дневной активности). Отмечено возникновение 6- и 12-часовых ультрадианных ритмов.

Выводы. 1) Применение серии стрессирующих воздействий крысам SHR ведет: а) к отчетливому снижению амплитуды А ГДА и мезора h ГДА, снижению подвижности за 24 часа; б) к миграции акрофазы ГДА с дневных на ранние утренние часы; возникновению статистически значимых «патологических» 6- и 12-часовых ультрадианных ритмов при отсутствии достоверных циркадианных ритмов двигательной активности.

2) Полученные данные позволяют предложить использование крыс SHR в экспериментальной фармакологии для моделирования стресс-индуцированного десинхроноза у гипертоников в условиях высокой неопределенности среды.

Ярошевич М.А., Колосовская Н.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА (СОАС)

Научные руководители д-р. мед. наук, проф. Доценко Э.А.,
канд. мед. наук, доц. Неробеева С.И.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Актуальность. Проблема нарушений дыхания во сне представляет клинический интерес, поскольку появляются данные о влиянии синдрома ночного апноэ во сне (СОАС) на качество жизни страдающих пациентов. В частности, показано, что СОАС приводит к эпизодам дневной сонливости, ухудшению физического состояния пациентов, что, в свою очередь, нарушает психосоциальную адаптацию. В ряде случаев адекватная диагностика и лечение СОАС позволяют нормализовать функции жизненно-важных органов и значительно улучшить качество жизни пациентов. Распространенность СОАС составляет 5-7% от всего населения старше 30 лет, в том числе тяжелыми формами заболевания страдают около 1-2%. У лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает и составляет около 30% у мужчин и около 20% у женщин. У лиц старше 65 лет частота заболевания может достигать 60%.

Цель: оценить качество жизни у пациентов с заболеваниями сердечнососудистой системы в зависимости от степени СОАС.

Методы. В исследование включено 76 пациентов, в том числе 29 - с артериальной гипертензией, 44 - с артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца, 3 - без сердечнососудистых патологий. В зависимости от степени тяжести СОАС (показатели СОАС: индекс апноэ/гипопноэ в час) пациенты были разделены на 4 группы. Группа «норма» составила 20 человек, «легкая степень» - 10, «средняя степень» - 27, «тяжелая степень» - 19. Для оценки качества жизни использован опросник SF-36. Для оценки СОАС использован аппарат somnochek 2. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 10, результаты представлены как $x_{ср}+\sigma$.

Результаты. Сравнение показателей качества жизни пациентов с различной степенью тяжести СОАС показало, что в целом более тяжелое течение СОАС ассоциируется с существенным ухудшением качества жизни. У пациентов с более тяжелой степенью СОАС снижается значение шкал «Физическое функционирование», «Жизнеспособность». Изменение показателей «Ролевое функционирование» и «Психическое здоровье» было незначимым, в то же время уровень показателя шкалы «Общее здоровье» был достоверно ($p<0,05$) ниже у пациентов с тяжелой степенью апноэ. Уровни параметров «Ролевое эмоциональное функционирование» и «Социальное функционирование» были выше у пациентов с более легкой степенью апноэ.

Выводы. Таким образом, оценка КЖ больных с СОАС показала, что качество жизни, определяемое с помощью опросника SF-36, существенно зависит от степени тяжести синдрома ночного апноэ.

Ярошко В.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель канд. мед. наук, асс. Безлер Ж.А.
2-ая кафедра детских болезней

Железодефицитная анемия (ЖДА) остается широко распространенным заболеванием во всем мире. До 50% детей раннего возраста в Европейских странах имеют железодефицитное состояние. Длительно существующий дефицит железа у детей раннего возраста неблагоприятно сказывается на психомоторном, речевом развитии детей и может привести к отдаленным нарушениям когнитивной функции. При дефиците железа в организме у детей снижается уровень неспецифических факторов защиты, развиваются нарушения клеточного и гуморального иммунитета, что клинически проявляется слабым иммунным ответом на вакцинацию, частой заболеваемостью ОРВИ, кишечными инфекциями, затяжным и осложненным течением инфекционно-воспалительных заболеваний.

Целью нашей работы было определить ведущие факторы риска развития ЖДА у детей раннего возраста. Задачами нашей работы были: 1) определить частоту встречаемости ЖДА среди детей раннего возраста, находящихся на лечении в ИОРВ; 2) сопоставить данные заболеваемости детей без анемии и детей с анемией; 3) выявить влияние анемии во время беременности у матерей на развитие ЖДА у детей; 4) изучить характер вскармливания и влияние введения прикорма на возникновение анемии у детей.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 60 матерей детей раннего возраста с подробным изучением анализов крови детей и перенесенных заболеваний и последующим анализом полученных данных. Из них 30 детей (контрольная группа) не имели в анамнезе железодефицитной анемии.

Результаты. В результате проведенного анализа были выявлены следующие факторы риска развития ЖДА у детей раннего возраста: позднее введение прикорма - 59%; наличие анемии у беременной женщины - 66%; раннее искусственное вскармливание – 23%, патологическое течение беременности - 15%; частые ОРВИ - 15%, пищевая аллергия - 13%, недоношенность -7%. У детей с ЖДА длительность острого респираторного заболевания была выше, чем у детей без анемии.

Таким образом, дети, имеющие быстрые темпы роста, находящиеся на раннем искусственном вскармливании с поздним введением мясного прикорма (позже 8 месяцев), входят в группу риска по развитию ЖДА.

Яскевич Е.А.

ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОРОТ ПЕЧЕНИ И ИХ ОБРАЗОВАНИЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Трушель Н.А.
Кафедра нормальной анатомии

Цель: установить особенности топографии, морфологии и морфометрии ворот печени, а также внепеченочных протоков, воротной вены и печеночной артерии в области ворот печени.

Материалом послужили 20 препаратов печени взрослого человека из коллекции кафедры нормальной анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Методы исследования: макромикроскопическое препарирование, морфометрический, статистический (Excel 2010).

В результате исследования установлено, что область ворот печени располагается от заднего края квадратной доли печени (передняя граница) до переднего края хвостатой доли (задняя граница), с боков ограничена правой и левой продольными бороздами. Поперечный размер ворот печени составляет от 3-х до 6-ти см, переднезадний – 0,5-3 см. К воротам печени подходят спереди и сзади листки висцеральной брюшины, образующие дупликатуру - печеночно-дуоденальную связку.

Ворота печени являются местом входа и выхода крупных сосудов. Справа налево у ворот располагаются: общий печеночный проток, воротная вена (немного кзади) и собственная печеночная артерия. Общий печеночный проток образуется при слиянии правого и левого печеночных протоков отступя от ворот печени на 0,5-5 см. Воротная вена длиной 4-6 см и шириной 1,0-1,9 см разделяется на правую и левую ветви на расстоянии 0,3-1,5 см от ворот печени. Собственная печеночная артерия делится на правую и левую ветви на расстоянии 0,5-6 см от ворот печени.

По отношению к нижнему и заднему краям органа различают печень: 1) с воротами, расположенными более-менее посередине, 2) смещенными кзади и 3) смещенными кпереди.

Таким образом, нами выявлена вариабельность топографии, строения и морфометрических характеристик ворот печени и их анатомических образований (общего печеночного протока, воротной вены и собственной печеночной артерии), что может иметь практическое значение в хирургии при выполнении оперативных вмешательств в этой области.

Яхновец П.В., Бондарь Л.Ю.

ЭКОЛОГО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ФУРАНОКУМАРИНОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель асс. Турсунова И.И.
Кафедра радиационной медицины и экологии

Тема о фуранокумаринах является актуальной, так как все специфические свойства этих веществ по сей день до конца не изучены и немногие люди знают о том, где они содержатся и как влияют на организм человека.

Фуранокумарины – это соединения органической природы, которые содержатся в продуктах растительного происхождения, особенно много их в цитрусовых. Эти вещества вступают в реакцию с белком CYP3A4, который является составляющей почти всех лекарственных средств, и их взаимодействие во много раз увеличивает дозировку того или иного препарата. В результате возникает серьезный риск развития серьезных побочных действий, в т.ч. анафилактический шок, острая почечная недостаточность, желудочно-кишечное кровотечение, подавление функции костного мозга, вплоть до внезапной смерти.

Целью работы стало информировать о плохой совмещаемости фуранокумаринов с лекарственными препаратами, ознакомить с влиянием фуранокумаринов на организм человека, рассказать о возможности их использования в лечебной практике.

Результаты.

При контакте с кожей человека, фуранокумарины (фурокумакрины), содержащиеся в соке некоторых растений, под воздействием ультрафиолетового излучения вызывают ожоги, эритемы, фитофотодерматиты, а также оказывают канцерогенное и тератогенное действия на живой организм.

Фурокумарины повышают чувствительность кожи к ультрафиолетовым лучам, благодаря чему мази и лосьоны (спирто-водные растворы) на их основе используются при нарушениях пигментации кожи (витилиго), псориазе и разных видах лишая при сочетаниии с УФ-облучением (так называемая ПУВА-терапия).

Они содержатся в грейпфрутах, севильских апельсинах, сельдерее, борщевике (Heraclium Sosnowskii), амми большой (Ammi major), амми зубной (Ammi dentata), псоралее костянко-

вой (Psoralea), горичнике Морисона (Peucedanum morisonii), инжире обыкновенном (Ficus carica) и других растениях.

Методы.

Анализ отечественной и зарубежной литературы об антисептических и фотосенсибилизирующих свойствах фуранокумаринов.

Выводы.

1. Изучили фармакогностические аспекты фуранокумаринов.
2. Провели сравнительный анализ продуктов, содержащих фуранокумарины.
3. Сопоставили полезное и негативное влияние фуранокумаринов на организм человека.
4. Нашли возможности их использования в медицине.