

МИНЗДРАВ РОССИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения РФ
(ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России)



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Материалы I Дальневосточного медицинского молодежного форума

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, 2-6 октября 2017 года*

Хабаровск
Издательство ДВГМУ
2017

УДК 61:378.661 (571.620) (063)
ББК 54я431
А43

А43 Актуальные вопросы современной медицины: материалы
I Дальневосточного медицинского молодежного форума / под ред.
Е.Н. Сазоновой. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2017. – 328 с.

ISBN 978-5-85797-377-6

В сборник включены работы участников I Дальневосточного медицинского молодежного форума с международным участием 2-6 октября 2017 года.

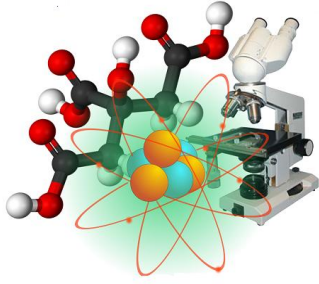
Сборник включает работы, выполненные молодыми исследователями по биомедицинской тематике. В отдельные разделы выделены работы по естественным наукам (фундаментальной медицине, внутренним болезням, хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии, инфекционным болезням, стоматологии, фармации и фармакологии, общественному здоровью).

Сборник адресован преподавателям и студентам медицинских и биологических вузов, научным работникам и врачам всех специальностей.

УДК 61:378.661 (571.620) (063)
ББК 54я431

ISBN 978-5-85797-377-6

© Дальневосточный государственный
медицинский университет, 2017



Естественные науки

ИЗМЕРЕНИЕ СКОРОСТИ СВЕТА С ПОМОЩЬЮ МИКРОВОЛНОВОЙ ПЕЧИ И ШОКОЛАДКИ

Буртовая В.Е., Якимович С.Г.

Научный руководитель: С.Г. Якимович

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Измерение скорости света – важная задача современной науки. Ученые много раз пытались измерить скорость света. Во второй половине 20-го века всё более точные измерения с помощью метода лазерных интерферометров и резонансных полостей уточняли значение скорости света. В настоящее время с использованием метода лазерной интерферометрии получено значение 299 792 458 м/с. Но можно ли измерить скорость света подручными средствами дома?

Цель работы: доказать, что можно определить скорость света в домашних условиях.

Материалы и методы: шоколадка и микроволновая печь.

В камере печи создаётся электромагнитное излучение в микроволновом диапазоне длин волн (1 мм ÷ 1 м). Микроволновое излучение имеет высокий коэффициент поглощения веществом, что приводит к существенному нагреву. При этом внутри камеры образуется стоячая волна. Стоячая волна — колебательный (волновой) процесс в распределённых колебательных системах с характерным устойчивым в пространстве расположением чередующихся максимумов (пучностей) и минимумов (узлов) амплитуды. Такой колебательный процесс возникает при интерференции нескольких когерентных волн. Если частота микроволн известна, то можно определить их длину, которая поможет вычислить скорость перемещения. В пучностях волны нагрев максимален, поэтому в них шоколад плавится в первую очередь. На плитке шоколада они будут представлять собой расплавленные области.

Ход эксперимента: разложить плитки шоколада плотно друг к другу на доску, установить доску в печь и включить её на 30 секунд, мощность при этом должна быть максимальной. На плитке шоколаде плавятся только

отдельные участки, что соответствует пучностям волны. Измерить расстояние между центрами расплавленных участков шоколада. Оно составило 12 см или 0,12 м по системе СИ. Это будет длина волны, создаваемой микроволновой печью.

Рабочая частота была взята из паспорта печи (2 450 МГц). Расчетное значение скорости электромагнитной волны определялось так: $c = \lambda \cdot \nu$. Было получено $2,94 \cdot 10^8$ м/с при относительной погрешности 1,9 %.

Причинами возникновения погрешности можно считать:

- 1) приборную погрешность;
- 2) методическую погрешность – упрощения положенные в основу методики;
- 3) личная погрешность.

В 1975 году Генеральная конференция по мерам и весам рекомендовала принять скорость света в вакууме за 299 792 458 м/с. Полученный нами результат хорошо согласуется с этим значением. Можно говорить об успешности нашего эксперимента.

ФОТО- И ТЕРМОХИМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ПЛЕНКАХ ПОЛИВИНИЛОВОГО СПИРТА-ЭОЗИНА

Горбанева А.В.

Научный руководитель: к. ф.-м. н. Е.В. Полетаева

*Тихоокеанский государственный университет,
г. Хабаровск, Россия*

В связи с развитием лазерной техники в настоящее время особый интерес представляет изучение фотофизических и фотохимических процессов в различных композициях. Интенсивно разрабатывается технология получения полимерных оптических волокон, активированных органическими красителями. Интерес к полимерным системам, содержащим органические красители, вызван тем, что, как правило, спектральные характеристики красителей сильно зависят от конформационного состояния молекул красителя. Кроме того, на фотофизические свойства красителей существенно влияет ассоциация и комплексообразование молекул красителя с различными низкомолекулярными веществами. Эти системы могут быть использованы при создании твердотельных лазеров. Твердотельные лазеры имеют преимущество перед жидкостными вследствие того, что они более компактны и удобны в эксплуатации, в них не используются пожароопасные и токсичные растворители. Однако энергетические параметры и фотостабильность твердотельных активных сред уступают аналогичным характеристикам, достигнутым для растворов. В настоящее время можно считать, что эта проблема решена для таких матриц, как полиметилметакрилат, золь-гельных матриц.

Весьма перспективными в этом плане можно считать композиции вида «полимер-ксантеновый краситель». Оптические свойства органических красителей в желатине, полиметилметакрилате достаточно хорошо изучены, но научный интерес к таким исследованиям не ослабевает до сих пор. Поэтому достаточно актуально накопление любой информации об оптических свойствах органических красителей в других матрицах.

В данной работе представлена новая информация об оптических свойствах композиций «поливиниловый спирт-эозин» и о влиянии облучения ультрафиолетовым (УФ) светом и последующего отжига на эти свойства. Объектами исследования служили пленки поливинилового спирта (ПВС), в которые добавлен органический краситель ксантенового ряда – эозин. Измерения проводились на приборе Спектрофотометр-2000, со спектральным диапазоном измерений 190-1 000 нм, с однолучевой оптической схемой и точностью сканирования 9 100 нм/мин. Спектры поглощения измерялись при температуре 300К относительно неокрашенных плёнок ПВС, подвергавшихся такому же облучению и отжигу, чтобы исключить влияние на результаты экспериментов изменений, происходящих в самой матрице.

Изменения в спектрах поглощения, происходящие при каких-либо воздействиях на образцы, являются ценным источником сведений о процессах, происходящих в молекулах красителя. В связи с этим, мы решили изучить, как влияет на поглощение пленок ПВС-эозин облучение интегральным светом лампы ДРШ-400 (УФ-облучение) в течение одного часа, измеряя интенсивность поглощения через определенные промежутки времени. Облучение УФ-светом привело к уменьшению интенсивности во всех полосах поглощения эозина, что свидетельствует об уменьшении концентрации именно поглощающих молекул.

Можно предположить, что часть молекул красителя теряет оптически активную форму либо вследствие их ионизации, либо молекулы красителя образуют комплексы с дефектами ПВС, которые тоже оптически не активны. Так как интенсивность поглощения пропорциональна концентрации поглощающих молекул красителя, и здесь имеет место фотохимическая реакция, можно используя известный закон химической кинетики $\frac{dD}{dt} = -kD^\alpha$, $\ln D = -kt$, при $\alpha=1$, определить порядок реакции, в соответствии с которым зависимость поглощения от времени облучения, построена в полулогарифмических координатах, должна быть линейной в случае реакции первого порядка. Линейная зависимость была получена, т.е. изменения, приводящие к переходу в оптически неактивное состояние, происходят в одиночной молекуле красителя.

Из литературы известно, что при облучении плёнок ПВС УФ-излучением происходит сшивание и окисление полимера, приводящее к образованию С=О групп, двойных С=С связей и разрыву цепей. Аналогич-

ные процессы могут происходить и в сложной молекуле красителя, в состав которой помимо фрагмента ксантена входят группы ОН, СООН, углеводородные цепочки и др. Этим можно объяснить уменьшение интенсивности поглощения во всех полосах поглощения эозина.

Для получения более полной информации о свойствах эозина в плёнках ПВХ изменениях, происходящих с молекулами красителя, образцы изотермически отжигались при температуре 373 К. Экспериментальные кривые показали, что поглощение частично восстанавливается во всех полосах поглощения.

Таким образом, результаты выполненной работе позволяют сделать вывод, что поглощение пленок поливиниловый спирт-эозин возникает в одиночных молекулах красителя. Воздействие УФ-света не приводит к образованию каких-либо комплексов, состоящих из нескольких молекул красителя, либо молекул красителя и поливинилового спирта, а только меняет структуру молекулы красителя, возможно, превращая ее в не оптически неактивный ион. Центры поглощения восстанавливаются при нагревании образца.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ РЕКИ ЧЕРНОЙ В ЧЕРТЕ ГОРОДА ХАБАРОВСКА

Клемзикова Д.А.

Научные руководители: Т.Р. Бухтатова, Т.А. Гусева

Муниципальное автономное учреждение дополнительного образования

«Детский эколого-биологический центр»,

г. Хабаровск, Россия

Исследование воды в реке Черной актуально, так как жители микрорайона используют ее для полива растений. Вода в реке Черная имеет превышения ПДК по следующим веществам: нитрат-ионы, активный хлор, железо общее, медь, сульфид-ионы. Эти вещества накапливаются в частях растений, которые жители употребляют в пищу. Соответственно, состояние реки Черной будет сказываться на здоровье населения.

Цель исследования: исследование уровня загрязнения воды по некоторым химическим и органолептическим показателям в реке Черная в черте города Хабаровска и привлечение внимания общественности в лице органов власти для решения проблемы загрязнения.

Задачи:

1. Изучить литературу, и другие источники по данной проблеме.
2. Отобрать пробы воды в четырех точках.
3. Провести химический и органолептический анализ отобранных проб воды по некоторым показателям.

4. Спрогнозировать возможные последствия загрязнения воды в реке Черная.

5. Привлечь внимание общественности к данной проблеме.

Методика исследования

Многочисленными были отобраны пробы воды в реке Черная, для этого я взяла пластиковую тару объемом 1,5-2,0 л от питьевой воды. Перед набором воды я предварительно пролила в течение 5 минут воду. Воду набирала тоненькой струйкой по стенке бутылки. Водой заполнила емкость «под горлышко» и плотно закрыла завинчивающейся крышкой. Исследование воды проводила в этот же день. Образцы воды были взяты в 4 точках реки Черная.

Перечень мест взятия проб воды:

Исследуемый образец № 1 – район школы № 9 (автобусная остановка «ДОСААФ»).

Исследуемый образец № 2 – автобусная остановка «Виадук»

Исследуемый образец № 3 – на въезде в поселок Гаровка, Хабаровский район

Исследуемый образец № 4 – автобусная остановка «Поселок» (район Хабаровск-II, частный сектор).

Методы исследования проб воды

Я применила в работе следующие методы исследования.

А. Визуальный – для определения органолептических свойств воды.

Б. Метод экспресс-анализа – для определения количества общего железа, ионов меди, активного хлора, сульфид-иона, нитрат-иона, pH среды.

В. Лабораторный метод – метод определения содержания суммарного содержания растворенных в воде фенолов с использованием химических реактивов. Данный метод основан на реакции их окисления в щелочном буферном растворе ($pH=10\pm 0,2$) при взаимодействии с 4-аминоантипирином в присутствии гексацианоферрата (III) калия, протекающей с образованием интенсивно окрашенного в желтый цвет соединения. Сравнение исследовательского образца со шкалой образцов окраски по концентрации фенолов (mg/dm^3).

Результаты исследования:

1. Содержание химических соединений таких как фенол, активный хлор, сульфид-ионы, ионы меди, нитрат-ионы, железо-общие, превышает ПДК по фенолу в 2 раза; активный хлор – в 1,2 раза; сульфид-ионы – в 2 раза, железо общее – в 3 раз, ионы меди – в 2 раза; нитрат-ионы – на 12,5 процента.

2. По показателям органолептических свойств, исследуемые образцы воды имеют превышение показателей по цветности, мутности, наличию осадка, запаху.

Выводы и практические рекомендации

В ходе исследования мне удалось изучить некоторые физические и химические свойства воды в реке Черная в черте города Хабаровска. Исследование уровня загрязнения воды по некоторым показателям в реке Черной в черте города Хабаровска выявили превышение предельно допустимой концентрации данных показателей на неорганические загрязнители (общее железо, медь, активный хлор, сульфид-ионы, нитрат-ионы) и органический загрязнитель (фенол), а также уровень рН среды.

Вода в реке Черная в черте города Хабаровска подвержена химическому загрязнению. Это является следствием неблагоприятного экологического состояния самой реки и окружающей ее среды.

Предложение возможных путей решения проблемы загрязнения.

В первую очередь, обращение внимания к данной проблеме СМИ и органов государственной власти. Исследования состояния малой реки помогут избежать экологических проблем крупной реки, такой как Амур. Известно, что река Черная впадает в реку Сита в Петропавловское озеро, а озеро в свою очередь в реку Амур.

В дальнейшем я планирую:

- выяснить информацию по вопросам профилактики заболеваний, надзору за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и соблюдением санитарных правил в Департаменте Росприроднадзора по ДФО и Управлении Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, связанную с мониторингом влияния последствий загрязнения данной реки на здоровье человека.

- принять участие в экологических рейдах совместно с Управлением регионального государственного контроля и лицензирования Правительства Хабаровского края.

ВИДОВОЙ СОСТАВ ЛЮБИТЕЛЬСКИХ УЛОВОВ РЕКИ АМУР

Костенко Д.В., Фомина И.В.

Научные руководители: к. б. н. Е.В. Млынар, И.В. Фомина
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель работы – изучить особенности биологии рыб в окрестностях Хабаровска.

Задачи:

- Произвести отлов рыб в окрестностях Хабаровска.
- Определить видовой состав рыб в уловах.
- Выявить и сравнить экологические группы рыб по районам в окрестностях Хабаровска.

- Изучить особенности биологии и характер распределения часто встречающихся и редких видов рыб.

Материал и методы исследования: материалы для этой работы были собраны с января по март 2016–2017 года. Сбор материала производился из любительских уловов на реке Амур (Виноградовка), протока Лесная, протока Салмаки, Тунгуска. При измерении руководствовались общепринятыми ихтиологическими методами (Правдин И.Ф., 1968 г.). Длина рыб измерялась мерной линейкой с точностью до 5 мм, взвешивание осуществлялось с точностью до 2 г.

Динамика уловов массовых рыб показала, что вылов амурского сазана снизился с 50 до 36 %, а доля карася в улове возросла на 13 процентов. Среди редких рыб в течение 2 лет также отмечены значительные изменения. Например, доля сома Солдатова снизилась с 9 до 4 %, а доля черного леща выросла с 1 до 3 %.

Виды рыб, доминирующие в уловах были распределены по соответствующим зоогеографическим ихтиокомплексам в следующем порядке.

Бореальный (40 %): Карась серебряный (*Carassius gibelio*), Окунь Ауха (*Siniperca chuatsi*), Черный лещ (*Megalobrama terminalis*).

Третичный (30 %): Амурский сазан (*Cuprinus carpio haemotopterus*), Сом Солдатова (*Silurus soldatovi*).

Индо-африканский (20 %): Косатка-плеть (*Tachysurus ussuriensis*), Косатка скрипун (*Tachysurus fulvidraco*).

Китайский равнинный (10 %): Конь-губарь (*Hemibarbus labeo*).

Выводы: Анализ динамики уловов показал, что доля отдельных видов значительно изменилась: на фоне снижения сазана, в вылове возросла доля карася и касаток. В то же время, доля коня и верхогляда осталась неизменной. Анализ состава редких рыб показал, что их доля в улове также подвержена вариации. Нами отмечено, что в уловах чаще стал попадаться нетипичный для Амура вид судак обыкновенный (*Sunder lucioperca*).

Изучение видового состава и биологии рыб амурского бассейна – важный элемент нашей жизни, поскольку рыба служит одним из основных источников питания дальневосточников. Прослеживая изменения, происходящие в водных экосистемах, можно прогнозировать состояние ихтиоценозов и оперативно регулировать рыбный промысел.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, УПОТРЕБЛЯЕМОЙ ЖИТЕЛЯМИ Г. ХАБАРОВСКА

Никитина О.О., Фомина И.В.

Научный руководитель: И.В. Фомина

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель работы: оценить качество питьевой воды, употребляемой жителями Центрального округа г. Хабаровска по показателю окислительно-восстановительного потенциала (ОВП).

Задачи:

- 1) изучить содержание проблемы в ходе анализа литературных источников;
- 2) провести социологический опрос населения по проблеме исследования;
- 3) составить перечень торговых марок негазированной бутилированной воды, реализуемой в торговой сети Центрального округа города Хабаровска;
- 4) провести замеры ОВП исследуемой воды, сделать соответствующие выводы и разработать рекомендации.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в несколько этапов.

1. Подготовительный: контент-анализ литературных источников, составление анкеты, формирование перечня торговых марок негазированной бутилированной воды, реализуемой в торговой сети города Хабаровска, создание рекомендаций.

2. Экспериментальный: проведение социологического опроса и исследование качества воды.

3. Камеральный этап: анализ полученных данных, их обработка, составление рекомендаций и оформление проекта.

Выводы

1. В процессе работы был проведен социологический интернет-опрос среди студентов 1-6-го курсов ДВГМУ. Благодаря нему выяснилось, что большинство опрошенных пьет воду 5-6 раз в сутки. 67,6 % используют в качестве питьевой водопроводную воду, фильтруя или кипятя ее. Треть респондентов предпочитают покупать бутилированную воду. 4,2 % берут питьевую воду из природных источников. При этом 28,5 % студентов не удовлетворяет качество питьевой воды и 18 % опрошенных не смогли определить свое отношение к этому вопросу. Тем не менее, 65,6 % респондентов (что соответствует количеству пьющих водопроводную воду) дополнительно обрабатывают ее в домашних условиях, тогда как 7,3 % студентов пьют любую воду, а 24,8 % покупают воду той марки, которой доверяют.

По данным опроса об ОВП знают 60,8 %, но интересуются им лишь 11 % (рН важен для 37,2 % респондентов).

2. В ходе исследования на приборе ORP-200 было выявлено, что вся исследованная вода не соответствует норме по критерию ОВП. Проверены: «Aqua Minerale», «BonAqua», «Slavda», «Slavda детская», «Агуша для детей», «Горный родник», «Корфовская», «Лесная свежесть», «Монастырская», «Монастырская детская», «Родники России», «Серебряный родник», «Фруто Няня», водопроводная (общезитие ДВГМУ). Наихудший результат показала вода торговой марки «Горный родник» (+185 мВ), наилучший «Slavda детская» (+116 мВ), тогда как нормой ОВП питьевой воды являются значения от -100 до -200 мВ.

3. В рамках исследования были даны следующие рекомендации:

- пить подщелоченную воду, желательно теплую и минерализованную;
- хранить воду в специальных закупоренных емкостях;
- ввести контроль за качеством реализуемой в торговой сети города питьевой бутилированной воды;
- обращать внимание на качество употребляемой воды.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ОБСЛЕДОВАНИЙ СТУДЕНТОВ ДВГМУ НА ДЕМОДЕКОЗ

Соцкий А.Э., Паламарчук Е.А., Фомина И.В.

Научный руководитель: И.В. Фомина

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Паразитарные заболевания кожи остаются острой проблемой в связи с их широкой распространенностью. Одним из часто встречающихся паразитарных заболеваний кожи является демодекоз. У людей обнаруживается только 2 вида клеща: *Demodex folliculorum*, локализирующийся в волосяных фолликулах, и *Demodex brevis*, который локализуется в сальных железах.

Цель работы: мониторинг студентов ДВГМУ и обучающихся школ на демодекоз.

Проводили обследование студентов ДВГМУ и обучающихся КГАОУ «Краевой центр образования» на наличие клещевой инвазии.

Материалы и методы: диагностика проводилась в осенний период при помощи микроскопического исследования ресниц у студентов ДВГМУ и обучающихся КГАОУ «Краевой центр образования».

Результаты и выводы

1. По результатам обследований, в 2016 году *Demodex folliculorum* среди 269 студентов ДВГМУ был выявлен у 30 % всех обследованных, что более чем в два раза выше данных за 2011 год (9,5 %). Бессимптомное носительство наблюдалось у 86 %, а у 14 % зараженных студентов были вы-

ражены симптомы. Причем у многих были выявлены проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта и кожных покровов. Среди 33 школьников в возрасте 14-15 лет в 2016 году *Demodex folliculorum* был выявлен у 25 % обследованных.

2. Процент зараженности студентов в 2011 и 2015 годах остался примерно на одном уровне, но на период с 2015 по 2016 год данный показатель вырос на 6 %.

3. В ходе проведенной работы было выяснено, что средний показатель зараженности студентов ДВГМУ несколько выше аналогичного показателя у обучающихся школ. Возможно, это связано с использованием студентами микроскопов без надлежащей дезинфекционной обработки окуляров, а также с совместным использованием предметов личной гигиены иностранными студентами.

4. По данным мониторинга, среди 302 обследованных в период с 2011 по 2016 год студентов ДВГМУ и обучающихся школ носителями данного клеща являются 19 % обследованных, из которых у 35 % проявлялись симптомы.

5. В группе женщин процент носителей клеща составил 19 от общего числа, а в группе мужчин – 33. Вероятнее всего это связано с тем, что мужчины в большей степени склонны к пренебрежению правилами личной гигиены.

6. В целях профилактики демодекоза была разработана медико-косметологическая памятка по демодекозу. Основными ее пунктами являются: медико-биологическая характеристика клеща *Demodex*; факторы, вызывающие демодекоз; клиническая картина; заболевания, течения которых осложнено демодекозом; лечение демодекоза; лабораторная диагностика; меры профилактики.

7. Обследованным с выявленными симптомами демодекоза было рекомендовано пройти лечение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕПЕНИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ВОДЫ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ НА ТЕРРИТОРИИ Г. ХАБАРОВСКА МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОПРОВОДИМОСТИ

Шевчук Н.А., Витько О.Е., Толстенок И.В., Дрюцкая С.М.

Научные руководители: И.В.Толстенок, к. б. н. С.М. Дрюцкая
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Минерализация – один из важных показателей воды для здоровья человека. Общая минерализация – показатель количества содержащихся в воде растворённых веществ – неорганических солей (бикарбонаты, хлори-

ды и сульфаты кальция, магния, калия и натрия) и органических веществ. Минерализацию еще называют «общим солесодержанием», «содержанием твёрдых веществ» или «общим количеством растворённых частиц» (Total Dissolved Solids — TDS). При вычислении общей минерализации газы, растворённые в воде, не учитываются.

В нашей работе уровень минерализации был выражен в частицах на миллион частиц воды – *parts per million (ppm)*. Соотношение между единицами измерения в мг/л и ppm почти равное, поэтому можно принять, что 1 мг/л = 1 ppm.

Вода минеральная поддерживает баланс микроэлементов нашего организма. Тяжелые металлы в высокой концентрации вызывают мутации и отравление организма.

Целью нашего исследования является изучение общей минерализации методом электропроводимости, который позволяет качественно и количественно оценить содержание солей в воде.

Согласно гигиеническим нормам, вода считается пригодной для питья, если ее минерализация соответствует значению до 1 000 ppm, а в отдельных случаях – до 1 500 ppm.

В водопроводной воде содержание солей обычно не превышает 1 000 ppm, и, как правило, находится в диапазоне 300-600 ppm. Ультрапресная вода – это обычно вода ручьев, текущих от тающих ледников, а также воды рек, протекающих среди дождевого экваториального леса. Морская вода относится к водам повышенной солености. Океанская вода содержит около 35 % различных солей, но, преимущественно хлористого натрия.

Согласно требованиям Управления по охране окружающей среды (EPA) максимально допустимый уровень загрязнения воды является 500 ppm к общему количеству растворенных в воде твердых частиц.

При уровне минерализации 1 000 ppm, считается, что такая вода не пригодна для потребления человеком.

Концентрацию растворенных в воде солей позволяет измерить TDS-метр. Он может определять качество воды на содержание суммы примесей растворимых солей (Ca^{2+} , Mg^{2+}), ионных органических соединений (ацетат аммония, SO_4^{2-}) и ионов тяжелых металлов (Cr^{3+} , Zn^{2+} , Pb^{2+} , Cu^{2+}).

Согласно результатам, выделяют 6 шкал воды: 0-50 ppm (кристально чистая вода, прошедшая дистилляцию и другие виды очистки), до 100 ppm (чистая вода, прошедшая фильтрацию через бытовой фильтр или из горных источников), до 300 ppm (обычная вода, пригодная для питья), до 600 ppm («тяжелая» вода, имеющая специфический вкус), до 1 000 ppm (загрязненная вода с критическим содержанием примесей) и более 1 000 ppm (не пригодная для питья).

Для контроля качества и достоверности полученных результатов, нами были отобраны пробы (n=10) дистиллированной и бидистиллирован-

ной воды (МБУЗ ГКБ № 11). Степень минерализации данных проб равна 6 и 2 ppm соответственно.

В пробах водопроводной воды из различных районов города (для каждой $n=30$) нами получены следующие результаты: водопроводная вода, взятая во всех 4 районах города, соответствует СанПиНу и, согласно шкале прибора, классифицируется как пригодная для питья.

После кипячения во всех образцах степень минерализации возросла. В образцах воды талого снега (для каждого $n=10$) из всех четырёх районов города показатель степени минерализации соответствует шкале «вода, пригодная для питья».

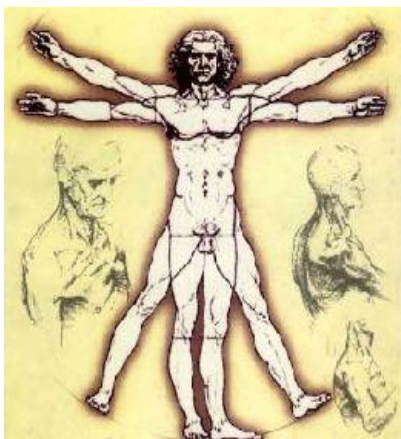
Нами были отобраны пробы (для каждой $n=20$) минеральной негазированной воды марок «TriVi», «Сосновская роса», «Хехцирский лес». Ни один, из проверенных нами образцов, не соответствовал заявленному на этикетке показателю общей минерализации.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Водопроводная вода города Хабаровска соответствует СанПиНу по показателю «общая минерализация».

2. Талый снег вдали от дорог соответствует по показателю «общая минерализация».

3. Образцы минеральной воды «TriVi», «Сосновская роса», «Хехцирский лес» не соответствуют заявленным на этикетке требованиям.



Фундаментальная медицина

АДАПТОГЕНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

Алиева К.Р., Вандан Ю.Г.

Научные руководители: Л.И. Венцова, к. м. н. В.М. Казакевич
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Адаптогены – фармакологическая группа препаратов природного или искусственного происхождения, способных повышать неспецифическую сопротивляемость организма к широкому спектру вредных воздействий различной природы. Адаптогены являются уникальной группой лекарственных растений, произрастающих на Дальнем Востоке. Их называют не только адаптогенами, но и общетонизирующими веществами, неадренергическими психостимуляторами. К ним относятся: препараты женьшеня, элеутерококка, аралии, золотого корня, маральего корня, лимонника, заманихи высокой.

Адаптогены обладают эффектами:

1. Психостимулирующим: повышение физической и умственной работоспособности отличается от такового у адренергических психостимуляторов (кофеин, ладастен, сиднокарб), так как развивается постепенно, без возбуждения, без затрат энергетических ресурсов организма. К адаптогенам не развивается лекарственная зависимость, в отличие от адренергических психостимуляторов.

2. Адаптогенным: повышение устойчивости организма к болезнетворным воздействиям (физическим – пониженная температура, ионизирующее излучение; химическим – токсины, яды; биологическим – вирусы, бактерии).

3. Общетонизирующим: повышение общего тонуса и уровня жизнедеятельности организма за счет активации обменных процессов, функций

эндокринных желез, тонуса вегетативной иннервации. Повышается аппетит, половая функция, работа сердца.

4. Иммуностимулирующим: повышение скорости развития и выраженности специфического и неспецифического иммунитета.

Действующим веществом корней элеутерококка являются элеутерозиды. Настойка и экстракты корней этого растения повышают умственную и физическую работоспособность, не вызывая ощущения возбуждения. Действующим веществом лимонника являются схизандрин, находящиеся в оболочке семян. Лимонник обладает стимулирующим и тонизирующим действием. Лимонник используют в хирургической практике при лечении трофических язв и вяло гранулирующих ран, при лечении экзем, также настойка лимонника обладает выраженным желчегонным действием.

Цель исследования: изучить влияние адаптогенов на умственную работоспособность студентов.

Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось на базе ДВГМУ среди студентов лечебного и фармацевтического факультетов. В ходе нашей работы, мы исследовали: настойку элеутерококка, настойку лимонника, семена лимонника. Была проведена проба с помощью таблицы Анфимова до принятия адаптогенов и через 60 минут после. Испытуемым предлагалась таблица с набором символов, среди которых необходимо было выполнить определенные задания за 3 минуты. По истечению времени, подсчитывалось количество просмотренных знаков и ошибок. Также регистрировали пульс испытуемых. Среди студентов 3 курса лечебного факультета было проведено актирование, с целью выявления частоты употребления адаптогенов.

Результаты исследования:

До принятия элеутерококка среднее количество знаков составило 415,37; среднее количество ошибок 7,12 и средний пульс 83. После принятия препарата среднее количество знаков составило 663,7; среднее количество ошибок 2,5 и средний пульс 86. По данным результатам можно сделать вывод, что после принятия препарата количество знаков увеличилось в 1,5 раза, количество ошибок уменьшилось в 2 раза, пульс увеличился на 3 удара.

До принятия настойки лимонника среднее количество знаков составило 495,3; среднее количество ошибок 7,2 и средний пульс 83. После принятия – среднее количество знаков составило 692,3; среднее количество ошибок 6,1 и средний пульс 86. По данным результатам можно сделать вывод, что после принятия препарата количество знаков увеличилось в 1,5 раза, количество ошибок уменьшилось в 1,5 раза, пульс увеличился на 3 удара.

До принятия семян лимонника среднее количество знаков составило 541,6; среднее количество ошибок 12 и средний пульс 89. После принятия – среднее количество знаков составило 772,5; среднее количество

ошибок 8,5 и средний пульс 77. По данным результатам можно сделать вывод, что после принятия препарата количество знаков увеличилось в 1,5 раза, количество ошибок уменьшилось в 1,5 раза, пульс уменьшился на 12 ударов.

По данным анкетирования, препараты с психостимулирующим действием принимают 18 человек, из них регулярно принимает 1 человек, в период сессии – 17 человек. Часто употребляемыми являются адаптогены: настойка элеутерококка – 12 человек, настойка лимонника – 5 человек. Положительный эффект наблюдался у 84 % опрошенных, побочный эффект наблюдался у 11 % (головная боль, нарушение концентрации внимания).

Вывод: на основании опыта, проведенного с помощью таблицы Анфимова, мы убедились в психостимулирующем действии, которое оказывают адаптогены. Эффект был отмечен у 100 % исследуемых студентов.

На сегодняшний день расширена область применения адаптогенов - они широко применяются в спортивной медицине; быстродействующие адаптогены – в хирургии, как сопроводительная терапия у онкологических больных. Адаптогены, благодаря своим уникальным свойствам и малой токсичности, нашли широкое применение не только в нашей стране, но и за рубежом, куда они экспортируются в больших объемах.

ПОКАЗАТЕЛИ МИТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЭПИТЕЛИЯ РОГОВИЦЫ БЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ФРАГМЕНТА ГОРМОНА РОСТА – ПЕПТИДА HGH (176-191)

Амиров Т.Б.

Научный руководитель: д. м. н. Е.Н. Сазонова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В настоящее время существует множество биологически активных веществ, используемых для похудения. Одним из таких веществ является пептид HGH (176-191). Это стабилизированный фрагмент молекулы гормона роста со 176 по 191 аминокислоту. По данным литературы, этот пептид не связывается с рецепторами гормона роста и обладает лишь одним доказанным эффектом – способностью усиливать липолиз. Сведения о влиянии пептида HGH (176-191) на пролиферативные и анаболические процессы в организме крайне малочисленны. Heffernan M.A., et al. (2000) указывает на отсутствие влияния пептида HGH (176-191) на процессы пролиферации в клеточной культуре. Данных о влиянии пептида HGH (176-191) на процессы пролиферации в клеточных популяциях *in vivo* в доступной нам литературе мы не обнаружили.

Целью нашего исследования было изучить влияние пептида NGH (176-191) на митотическую активность эпителия у экспериментальных животных.

Исследование проводили на 3-4 месячных белых крысах-самцах линии Вистар. Пептид NGH (176-191) (Stbiotechnology Co., LTD) вводили подопытным животным внутрибрюшинно в дозах 20 и 100 мкг/кг ежедневно в течение 3 недель. Животным контрольной группы таким же способом вводили физиологический раствор. Все работы с животными проводили согласно этическим требованиям Европейской конвенции защиты лабораторных животных. Всего в эксперименте было использовано 30 животных.

Для оценки митотической активности эпителия был использован передний эпителий роговицы. Сразу после выведения животных из эксперимента, глазное яблоко помещали в раствор гистологического фиксатора (жидкость Карнуа), затем подвергали препаровке, роговицу окрашивали гематоксилином Лилли-Майера (Алов И.А., 1972).

Далее был проведен подсчет митотического индекса, анализ соотношения фаз митоза и анализ количества патологических митозов (подсчитывали патологические митозы типа «мост» и «отставание хромосом»). После этого была проведена статистическая обработка полученных данных.

Результаты исследования. У животных, которым вводили пептид NGH (176-191) в дозировке 20 мкг/кг, мы наблюдали достоверное уменьшение митотического индекса эпителия роговицы (контроль – $0,79 \pm 0,05$ %; опыт – $0,62 \pm 0,03$ %*; $p < 0,05$). Уменьшение митотического индекса эпителия может быть следствием как уменьшения пролиферативной активности клеток, так и возрастания скорости протекания митоза.

Введение пептида NGH (176-191) в дозе 100 мкг/кг не оказывало влияния на митотический индекс эпителия, однако, в этой группе животных мы зарегистрировали достоверное увеличение количества патологических митозов (контроль – $0,227 \pm 0,147$ %; опыт – $1,147 \pm 0,358$ %*; $p < 0,05$).

Причинами возрастания количества патологических митозов может быть следующее: структурный аналог NGH (176-191) увеличивает липолитическую активность и окисление жиров (Ng F.M., et al., 2000). Часть продуктов этих реакций могут, прямо или косвенно, активировать процессы перекисного окисления жиров, что приводит к образованию активных кислородных метаболитов (АКМ). АКМ, в свою очередь, играют роль в нарушении нормального процесса деления клетки (Алов И.А., 1972). Данный аспект требует дальнейшего изучения.

ВЛИЯНИЕ ФРАГМЕНТА ГОРМОНА РОСТА ПЕПТИДА HGH (176-191) НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ БЕЛЫХ КРЫС

Баходиржонов Т.Б., Сазонов М.О., Чэнь М., Корицкая С.В.

Научный руководитель: д. м. н. Е.Н. Сазонова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Гормон роста оказывает существенное влияние на функционирование головного мозга. Введение гормона роста животным после экспериментальной гипопизэктомии или проведение заместительной терапии у людей с повреждением аденогипофиза приводит к существенному улучшению когнитивных способностей. Имеются данные, что длительное экзогенное введение гормона роста стареющим крысам оказывает позитивное влияние на состояние нейротрансмиттерных систем мозга, что может уменьшить возрастные когнитивные и двигательные расстройства (Esteban S., et al., 2010). Недостаточная экспрессия гена гормона роста в мозжечке и префронтальной коре у крыс способствует развитию депрессивно-подобных состояний (Yuta Yamamoto, et al., 2015). Поэтому, гормон роста может считаться перспективным средством лечения когнитивных нарушений. Вместе с тем, введение гормона роста может приводить к побочным эффектам: гипергликемии, активации опухолевого роста.

Этих побочных эффектов лишен С-концевой фрагмент гормона роста пептид HGH (176-191). Из научной литературы известно, что этот пептид не связывается с рецепторами гормона роста и не влияет на процессы роста. Единственным доказанным эффектом данного пептида является выраженное липолитическое действие, что сделало данное вещество очень популярным. В современном мире сложилась культ красивого стройного тела, активно популяризуется спорт, особенно бодибилдинг и пауэрлифтинг. Часто для уменьшения жировой массы и получения более высоких показателей спортсмены прибегают к использованию не только спортивного питания, но и различных препаратов. Пептид HGH (176-191) стал активно распространяться в фитнес-клубах, в Internet сети, использоваться широким кругом спортсменов.

Вместе с тем, данное вещество не может считаться полностью исследованным для клинического применения. Имеются наблюдения о бессоннице после использования пептида HGH (176-191), что указывает на наличие нейротропного влияния.

Целью настоящего исследования было изучить состояние центральной нервной системы экспериментальных животных, подвергнутых введению пептида HGH (176-191).

Материалы и методы. В работе использовали 3-4 месячных белых крыс-самцов линии Вистар. Пептид HGH 176-191 вводили ежедневно внутривенно в течение 3 недель; было проведено 2 серии экспериментов

с введением пептида в дозах 20 и 100 мкг/кг. Контрольным животным вводили растворитель – стерильный изотонический раствор хлорида натрия. Это было сделано для того, чтобы результаты не искажались из-за влияния стресса от инъекций только у одной группы.

При проведении эксперимента ежедневно производилось измерение массы тела животных. По истечении срока эксперимента в обеих группах были выполнены следующие поведенческие тесты: приподнятый крестообразный лабиринт (далее ПКЛ), открытое поле (далее ОП), вис на горизонтальной проволоке.

Затем животные выводились из эксперимента путем эвтаназии под хлороформовым наркозом. Головной мозг извлекали из черепной коробки, взвешивали и фиксировали нейтральным формалином для последующей гистологической обработки.

Всего в эксперименте было использовано 30 животных.

Результаты исследования. В тесте «Вис на горизонтальной проволоке» оценивают способность животных удерживать собственное тело, зацепившись передними лапами за горизонтально висящую проволоку. Регистрировали длительность удержания животного в секундах. При проведении вися на горизонтальной проволоке, достоверных отличий между контрольными и подопытными группами не было обнаружено как при дозировке 20 мкг/кг, так и при дозировке 100 мкг/кг. Это говорит о схожем уровне мышечного тонуса и координации движений обеих групп.

Тест «ОП» применяют для исследования особенностей поведения у крыс при воздействии стрессогенного фактора [Айрапетянц М.Г. и соавт., 1980; Коплик Е.В., 2002]. В открытом поле стрессогенным фактором является боязнь открытого ярко освещенного пространства [Григорьев Н.Р. и соавт., 2007]. Проводили регистрацию следующих поведенческих показателей: количество пересеченных центральных и периферических секторов, количество стоек и дефекаций, суммарное время груминга. Во время проведения теста «ОП» в группе животных после введения пептида NGH (176-191) в дозировке 20 мкг/кг достоверных отличий от контрольных параметров выявлено не было. При проведении теста «ОП» в группе животных после введения пептида NGH (176-191) в дозировке 100 мкг/кг, мы наблюдали достоверно большее количество пересеченных периферических секторов (контроль – $59,67 \pm 8,04$; опыт – $90,29 \pm 7,38^*$; $p < 0,05$). Это говорит о существенном возрастании двигательной активности подопытных животных. Кроме того, мы наблюдали статистическую тенденцию (контроль – $3,71 \pm 0,84$; опыт – $1,84 \pm 0,40$; $p < 0,1$) к уменьшению количества дефекаций, что свидетельствует об изменении вегетативного статуса животных после введения пептида NGH (176-191).

Тест «ПКЛ» рекомендуют как наиболее адекватный способ определения уровня тревожности и уровня исследовательской активности у лабораторных животных отряда грызунов [Григорьев Н.Р., 1996]. Метод

основан на безусловно-рефлекторной боязни высоты, боязни открытых пространств, страха падения [Григорьев Н.Р. и соавт., 2007]. При тестировании регистрировали следующие параметры: время бездействия; время движения; время груминга; время, проведенное в открытых и закрытых рукавах; количество посещений открытых и закрытых рукавов; количество свешиваний, стоек и дефекаций.

Во время проведения теста «ПКЛ» в группе животных после введения пептида NGH (176-191) в дозировке 20 мкг/кг достоверных отличий от контрольных параметров выявлено не было. При проведении теста «ОП» в группе животных после введения пептида NGH (176-191) в дозировке 100 мкг/кг, мы наблюдали достоверное увеличение количества свешиваний (контроль – $3,86 \pm 1,10$; опыт – $7,86 \pm 1,01^*$; $p < 0,05$). Наблюдаемое изменение свидетельствует в пользу повышения исследовательской активности подопытных животных с возможным компонентом рискованного поведения и существенного уменьшения боязни высоты.

Гравиметрическое исследование полушарий головного мозга не выявило изменений массы органа. В дальнейшем, планируется гистологическое исследование коры больших полушарий животных исследуемых групп.

Полученные результаты позволяют предполагать наличие у фрагмента гормона роста – пептида NGH (176-191) нейротропных свойств. Механизмы и физиологическое значение выявленного эффекта требуют дальнейшего исследования.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕТСКИХ ПИТАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ

Бокина А.В., Усенко Ю.А.

Научные руководители: к. б. н. С.В. Кузнецова, к. м. н. Е.Г. Рябцева
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Для детей первого полугодия жизни единственным оптимальным продуктом питания является грудное молоко, так как оно характеризуется редким сочетанием важнейших свойств. В случаях его отсутствия используют адаптированные смеси, приготовленные на основе животного молока.

Любая детская молочная смесь должна соответствовать определенным характеристикам (Методические рекомендации ВОЗ, 2001 г.): иметь калорийность (64-72 ккал/100 мл), содержать белки (1,39-1,7 г/100мл), жиры (3-3,8 г/100 мл), витамины и минералы. В питании не должно содержаться сахара, сои, пальмового масла, крахмала.

На современном российском рынке представлен широкий ассортимент смесей на основе белков животного молока. Поскольку в настоящее

время остро стоит вопрос об искусственном кормлении детей, необходимо знать состав детских питательных смесей и достоверность содержания, заявленного производителем. Существует ряд исследований, касающихся биохимического состава детской молочной смеси (Конь И.Я., 2006; Захарова И.Н. и соавт., 2013 и др.), однако, они посвящены изучению отдельных компонентов.

Цель исследования: изучить основные компоненты детских питательных смесей разных производителей.

Задачи

1. Определить содержание основных компонентов смеси и их соответствие заявленному уровню.

2. Сравнить состав смесей разных ценовых категорий и разных производителей.

Материалом для исследования явились детские смеси для детей до полугода: «NAN», «Nutrilon», «Малютка» двух разных партий. Сравнивали органолептические свойства и содержание химических компонентов.

Определение кальция и жиров проводили фотометрическим методом, определение аскорбиновой кислоты – методом титрования (ГОСТ-25794.1-83). Статистическую обработку осуществляли стандартными методами описательной статистики. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,001$.

Сравнение химического состава детских смесей на основе данных, представленных производителем, показало, что по содержанию белков существенных различий не наблюдалось. По содержанию углеводов и жиров лидирует «NAN». Однако в смеси «Nutrilon» выше содержание полиненасыщенных жирных кислот. В смеси «Малютка» наименьшее содержание лактозы, а также основных макроэлементов (Na, K, Ca, P, Cl). «NAN» более насыщен микроэлементами (I₂, Se, Mn, Cu, Zn, Fe, Mg) и витаминами. Но концентрация витамина B₂ выше в смеси «Малютка», а витаминов D и B₉ – в смеси «Nutrilon».

В сравнении с женским грудным молоком показано (Лукьянова О.Л., 2012), что содержание макро- и микроэлементов, а также витаминов должно быть значительно выше в детской смеси. Этот факт связан с тем, что синтетические вещества усваиваются хуже. Количество белков, жиров и углеводов в искусственном питании должно соответствовать верхней границе нормы для их лучшего усвоения организмом ребенка.

Изучение органолептических свойств смесей дало следующие результаты: сухая смесь «NAN» имела более насыщенный цвет. Наименьшая растворимость и более выраженный запах отмечены у смеси «Малютка». Для оценки вкусовых качеств была проведена дегустация смесей среди студентов ДВГМУ, по результатам которой более предпочтительной оказалась детская смесь «NAN».

Проведенные исследования показали, что по содержанию жиров исследуемые смеси достоверно не различались, хотя их количество (г/100 мл) больше в смеси «Малютка» ($5,51 \pm 0,41$), что несколько расходится с результатами теоретического анализа.

При исследовании содержания витамина С установлено, что оно соответствует заявленным производителями значениям и составляет (мг/100 мл): «NAN» – $16,13 \pm 3,2$; «Nutrilon» – $12,47 \pm 1,94$; «Малютка» – $10,27 \pm 0,73$. Полученные данные согласуются с результатами других авторов (Юр Ю.В., 2014), отмечавших соответствие химического состава детских смесей заявленному производителем. Сравнительный анализ результатов не выявил достоверных различий, хотя смесь «NAN» более насыщена аскорбиновой кислотой.

Выводы

1. Содержание компонентов в детских молочных смесях «NAN», «Nutrilon», «Малютка», в основном, соответствует заявленному.
2. Более насыщенным различными компонентами является «NAN».
3. Достоверных отличий в содержании жиров и витамина С в исследованных смесях не обнаружено.
4. Содержание основных компонентов в исследованных смесях сопоставимо с их концентрацией в женском грудном молоке. Поэтому они приемлемы для питания детей до полугода.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА НА СИГНАЛЫ

Гавро Д.Э., Якимович С.Г.

Научный руководитель: С.Г. Якимович

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Время реакции человека – одно из важнейших факторов профессионального отбора, имеющее решающее значение при определении психофизиологических возможностей человека.

Цель работы: применение методов статистической обработки результатов опытного измерения времени реакции человека на звуковой сигнал.

Реакция – это действие, возникающее в ответ, на какой-либо раздражитель. Раздражитель – это любое воздействие, способное вызвать реакцию. Для характеристики этих процессов используют величину, называемую временем реакции. Время реакции – это продолжительность произвольной двигательной или словестной реакции человека на внешний стимул. Значительную часть времени реакции занимают центральные корковые процессы, обеспечивающие опознание раздражителя и организацию ответного действия организма. Время реакции является чувствительным

индикатором изменения функционального состояния центральной нервной системы.

Выделяют 3 фазы времени реакции:

1) время прохождения импульсов от нервных рецепторов до коры головного мозга;

2) время необходимое для переработки информации и организации ответного действия организма;

3) время ответного действия организма.

Реактивность, т. е. ответ на действие, определяется многими факторами, как-то: свойства личности; настроенность на восприятие сигнала; состояние здоровья; тренированность; индивидуальные особенности человеческого организма; возраст.

В работе определялось время реакции человека на звуковой сигнал с помощью линейки, сантиметра и секундомера. К стене прикрепляется сантиметр, линейка фиксируется на нулевом значении. Испытуемый, закрыв глаза, ждёт команды. Экспериментатор подаёт звуковой сигнал, опускает линейку. Испытуемый останавливает линейку. Время измеряется и записывается в таблицу.

В нашем исследовании среднее значение пути линейки, пройденного до остановки, составило 0,59 м, отклонение от среднего значения 0,06 м. Абсолютная погрешность составила $\pm 0,072$ м, относительная 12,20 %.

Среднее время реакции составило 0,34 с. В норме значение времени реакции 0,15 с. Стандартное отклонение по времени 0,021 с, относительная погрешность 6,17 %.

Результаты измерений говорят о том, что у нашего испытуемого замедленное время реакции. Это можно объяснить как индивидуальной особенностью, так и нетренированностью, усталостью, поздним временем эксперимента и т.п. Факторы, влияющие на время реакции разнообразны, и не всегда могут быть точно определены. Отслеживание этих факторов выходит за рамки нашей работы.

Применение «Пакета анализа» табличного редактора EXCEL позволило подвергнуть результаты эксперимента подробной статистической обработке. Цель работы достигнута: из конкретных экспериментальных данных получены очевидные статистические показатели.

МОНИТОРИНГ СОДЕРЖАНИЯ ЙОДА В ПИЩЕВОЙ СОЛИ

Дубова Е.С., Миллер Д.А., Савищенко А.Г., Цзин А.О.

Научные руководители: д. м. н. Ю.Г. Ковальский,

к. м. н. Е.Г. Рябцева, к. б. н. В.М. Пикалова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

По данным исследований 1991–2009 гг., проведенных Эндокринологическим научным центром Минздравсоцразвития России в 61 регионе России, среднее суточное потребление йода нашими гражданами значительно снижено, составляя всего 40-80 мкг – при необходимом минимуме – 150-200 мкг. Недостаточное потребление йода создает серьезную угрозу здоровью около 100 млн россиян и требует проведения мероприятий по массовой и групповой профилактике.

Согласно Перечню эндемичных по зубу административно-территориальных единиц России, Хабаровский край относится к числу регионов с недостаточным потреблением йода.

Профилактика йоддефицитных заболеваний – более эффективная мера, чем их лечение. Наиболее оптимальным способом профилактики является массовая, реализуемая, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, путём всеобщего йодирования пищевой (поваренной) соли.

Задачами нашей работы явились: 1. исследование состояния массовой йодопрофилактики среди населения путем анализа образцов соли, постоянно употребляемых в пищу студентами ФГБОУ ВО ДВГМУ и членами их семей; 2. оценка качества йодированной соли, поступающей в розничную продажу в г. Хабаровске путём определения содержания йода в образцах.

Нами изучено 38 образцов соли. Количество йода определяли титрометрическим методом (стандартизированная методика ВОЗ), в основе которого лежит окисление йодата до атомарного йода и определение его титрованием тиосульфатом натрия в присутствии индикатора – крахмала.

Содержание йода в образцах колебалось от 0 до 71,9 мкг/г.

Для оценки качества йодированной соли было исследовано 15 образцов приобретенной в розничной торговой сети соли различных торговых марок и проведено сравнение фактического содержания соли в образцах с величиной, заявленной производителем. Все образцы были в пределах указанного на маркировке срока годности.

Полностью соответствовали ГОСТу по содержанию йода 13 образцов, что составило 81,25 % от общего числа образцов йодированной соли.

Превышение содержания йода зафиксировано в одном образце.

Два образца характеризуются сниженным содержанием йода.

Йодированная соль составила 42,1 % от общего числа исследуемых образцов. В 2005 году на йодированную соль приходилось 60 %, в 2010 году – 32,4 %, в 2011 году – 19 %, в 2013 году – 37,4 %, в 2014 году – 47 %.

Таким образом, после периода роста выявлен спад употребления йодированной соли в пищу населением.

Количество студентов и членов их семей, потребляющих тот или иной вид соли, распределилось следующим образом: из 51 человека йодированную соль в пищу употребляют 20 человек, что составляет 39,2 %. В 2011 году данный показатель составил 16,3 %, в 2013 году – 32,7 %, в 2014 году – 42,9 %.

Выводы

1. По нормативам ВОЗ, для эффективной профилактики йоддефицитных заболеваний, не менее 90 % семей должны употреблять йодированную соль. Представленные нами данные показывают, что менее 40 % населения употребляют йодированную соль, что не позволяет рассчитывать на эффективность йодопрофилактики.

2. Поступающая в розничную продажу йодированная соль не всегда соответствует ГОСТу, что также может являться фактором снижения эффективности йодопрофилактики на территории Хабаровского края.

ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДА NGH(176-191) НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭРИТРОЦИТОВ БЕЛЫХ КРЫС

Ильиных А.В., Пинаев Р.С.

Научные руководители: д. м. н. Е.Н. Сазонова, О.Г. Пинаева
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В последние годы в профессиональном и любительском спорте заметно возрос интерес к соединениям пептидной природы. Особым спросом среди спортсменов пользуется пептид NGH(176-191). Это активный фрагмент человеческого гормона роста, состоящий из 16 аминокислотных остатков (с 176 по 191 аминокислотного остатка полипептидной цепи гормона роста) со структурной формулой Phe-Leu-Arg-Lle-Val-Gln-Cys-Arg-Ser-Val-Glu-Gly-Ser-Cys-Gly-Phe. NGH 176-191 стимулирует липолиз и замедляет липогенез, способствуя снижению количества жировой ткани. Ряд соединений пептидной природы не прошли клинические испытания и поэтому не разрешены к употреблению. Они имеют маркировку субстанции «только для лабораторных исследований».

Цель: изучить влияние NGH(176-191) на состояние эритроцитов белых крыс-самцов линии Вистар.

Задачи: 1) оценить уровень гемоглобина в крови, 2) оценить влияние пептида NGH(176-191) на резистентность эритроцитов к кислотному гемолизу.

Материалы и методы: исследование проводили на 3-4 месячных белых крысах-самцах линии Вистар. Пептид NGH(176-191) (Stbiotechnology

Со., LTD) вводили внутривенно в дозе 20 мкг/кг, ежедневно в течение 3 недель. Содержание гемоглобина в крови определяли фотометрически с помощью гемометра Сали. Также изучали состояние эритроцитарных мембран методом кислотных эритрограмм (Гительзон И.И., Терсков И.А., 1959). Кислотный лизис является наиболее информативным при анализе состояния эритроцитарной мембраны и происходящих в ней процессов (Борисов Ю.А. и соавт., 2007).

Для исследования прямого мембранотропного влияния пептида NGH(176-191) проводили анализ кислотной резистентности эритроцитов подвергнутых *in vitro* воздействию гипероксии (инкубация суспензии эритроцитов в течение 3 часов на воздухе в условиях ультратермостата 37 °С) в присутствии исследуемого пептида в концентрации 10^{-7} М.

Результаты: Введение пептида в дозе 20 мкг/кг приводило к достоверному увеличению содержания гемоглобина в крови подопытных животных на 21,2 %. Механизм влияния пептида может быть связан с повышением экспрессии β_3 – адренорецепторов и усилением симпатических влияний.

Анализ кислотной резистентности эритроцитов экспериментальных животных, после введения пептида в дозе 20 мкг/кг, показал достоверное увеличение латентного периода гемолиза в 3,45 раза, увеличение степени набухания эритроцитов в 13 раз, увеличение суммарной резистентности эритроцитов к гемолизу в 1,12 раза (на 12 %).

При изучении кислотной резистентности *in vitro* после инкубации эритроцитов в условиях гипероксии профиль эритрограммы сместился по отношению к контролю влево, увеличилась высота максимума гемолиза. Гипероксия вызвала снижение времени распада 50 % эритроцитов на 18,2 % и снижение суммарной резистентности эритроцитов к кислотному гемолизу на 14,4 %.

При инкубации эритроцитов с пептидом в условиях гипероксии, показатели времени распада 50 % эритроцитов и суммарной резистентности эритроцитов в условиях гипероксии не отличались от группы контроля. Таким образом, пептид нивелировал негативное влияние гипероксии на эритроцитарные мембраны.

Поскольку кислотная резистентность эритроцитов отражает состояние фосфолипидного бислоя и белков мембраны эритроцитов (Борисов Ю.А. и соавт., 2007; Спиридонов В.Н. и соавт., 2007), то можно сделать заключение, что пептид NGH(176-191) улучшает состояние мембраны эритроцитов, как *in vivo*, так и *in vitro* в условиях оксидативного стресса.

ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДА PARGP НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ТОНКОЙ КИШКИ БЕЛЫХ КРЫС В ПОСТСТРЕССОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Иннокентьев А.А.

Научный руководитель: д. м. н. М.Ю. Флейшман

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В доступной литературе сведения о характере влияния глипролинов на активность зон ядрышкообразующих районов (ЯОР), отражающей процессы синтеза ДНК в покровных эпителиях, отсутствуют. Полученные результаты могут дополнить и расширить сведения о влиянии глипролинов на тканевую гомеостаз.

Целью данного исследования было изучить влияние пептида PARGP в дозе 0,1 мг/кг на активность зон ЯОР эпителиальных тканей тонкой кишки белых крыс подвергнутых черепно-мозговой травме (ЧМТ) легкой степени тяжести.

Материалы и методы. Был поставлен эксперимент с целью изучить влияние глипролина PARGP на активность зон ЯОР эпителиальных тканей тонкой кишки белых крыс на модели закрытой черепно-мозговой травмы. Группа с интактными крысами и группа животных, подвергнутых черепно-мозговой травме без введения пептида, стали контрольными – 1-я и 2-я группы. В каждой контрольной группе по 4 особи. Экспериментальная группа состояла из 8 крыс – 3-я группа. В первый день эксперимента вторая и третья группы были подвергнуты смоделированной закрытой ЧМТ легкой степени тяжести. В последующие 5 дней 3-я группа получала пептид PARGP внутривентриально в дозе 0,1 мг/кг. Животные 1-й и 2-й группы получали эквивалентное количество 0,9 % раствора натрия хлорида. На шестой день животные выводились из эксперимента. Оценка морфометрических показателей зон ядрышкового организатора проводилась с помощью компьютерного программного обеспечения, после окраски азотнокислым серебром.

Результаты. На фоне посттравматического стресса, угнеталась активность зон ЯОР эпителия тонкой кишки, о чем свидетельствует увеличение фракции ядер с 1 ядрышком и уменьшение фракции с 3 и 4 ядрышками и уменьшение среднего числа ядрышек в группе подвергнутой травматическому стрессу без введения пептида PARGP относительно контроля.

Введение пептида PARGP нормализовало соотношение фракций ядрышек и среднее число ядрышек после стрессорного воздействия.

Выводы

1. Посттравматический стресс угнетает активность зон ЯОР эпителия тонкой кишки.

2. Пептид PARGP в дозе 0,1 мг/кг предупреждает угнетение активности зон ЯОР эпителия тонкой кишки, вызванное посттравматическим стрессом.

ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДА PARGP НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ТОЛСТОЙ КИШКИ БЕЛЫХ КРЫС В ПОСТСТРЕССОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Колодин А.В., Хижинский С.П., Иннокентьев А.А.

Научный руководитель: д. м. н. М.Ю. Флейшман

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В доступной литературе сведения о характере влияния глипролинов на активность зон ядрышкообразующих районов (ЯОР), отражающей процессы синтеза ДНК в покровных эпителиях, отсутствуют. Полученные результаты могут дополнить и расширить сведения о влиянии глипролинов на тканевой гомеостаз.

Целью данного исследования было изучить влияние глипролинсодержащего препарата PARGP в дозе 0,1 мг/кг на активность зон ЯОР эпителиальных тканей толстой кишки белых крыс подвергнутых черепно-мозговой травме легкой степени тяжести.

Материалы и методы: Был поставлен эксперимент с целью, изучить влияние глипролина PARGP на активность зон ЯОР эпителиальных тканей толстой кишки белых крыс на модели закрытой черепно-мозговой травмы. Группа с интактными крысами и группа животных, подвергнутых черепно-мозговой травме без введения пептида, стали контрольными – 1-я и 2-я группы. В каждой контрольной группе по 4 особи. Экспериментальная группа состояла из 8 крыс – 3-я группа. В первый день эксперимента вторая и третья группы были подвергнуты смоделированной закрытой черепно-мозговой травме легкой степени тяжести. В последующие 5 дней 3-я группа получала пептид PARGP внутрибрюшинно в дозе 0,1 мг/кг. Животные 1-й и 2-й группы получали эквивалентное количество 0,9 % раствора натрия хлорида. На шестой день животные выводились из эксперимента. Оценка морфометрических показателей зон ядрышкового организатора проводилась с помощью компьютерного программного обеспечения, после окраски азотнокислым серебром.

Результаты: На фоне посттравматического стресса, в эпителиоцитах толстой кишки, не было отмечено достоверных изменений в соотношении фракций ядер и среднем числе ядрышек в посттравматический период.

Введение пептида PARGP в дозе 0,1 мг/кг увеличило среднее число ядрышек эпителиоцитов толстой кишки, за счет увеличения фракции ядер с 3 ядрышками и уменьшения фракции с 1 ядром.

Выводы

1. Посттравматический стресс не влияет на активность зон ЯОР эпителия толстой кишки через 6 дней после травмы.
2. Пептид PARGP в дозе 0,1 мг/кг оказывает стимулирующее действие на активности зон ЯОР эпителия толстой кишки в постстрессорных условиях.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПО ДАННЫМ ТАНАТОЛОГИЧЕСКОГО АРХИВА

Компанец Н.Ю.

Научный руководитель: д. м. н. А.И. Авдеев

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель исследования: оценка частоты встречаемости и морфологических характеристик различных повреждений лицевого скелета, мозгового черепа и головного мозга.

Задачи исследования: анализ архивных наблюдений повреждений лица, мозгового черепа и головного мозга; анализ соотношения повреждений лица, при отсутствии и наличии черепно-мозговой травмы (ЧМТ), и установленной степени тяжести вреда здоровью.

Материалы и методы: проведен анализ исследований трупов КГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в г. Хабаровске, за 2013 год. Количество заключений за 2013 год составило 2 255. Отобрано для анализа 333 заключения судебно-медицинских экспертов. Все заключения были разделены на три группы: поверхностные повреждения лица (группа № 1), ЧМТ и повреждения лица (группа № 2), краниофациальная травма (КФТ) (группа № 3).

Результаты и обсуждение. Группа № 1: Больше количество наблюдений (23) отмечалось в декабре, меньшее в октябре (9). Неизвестных лиц 23, из них 17 – мужского пола. В 157 актах повреждения на лице оценены без вреда здоровью. Морфологически повреждения на лице были представлены ссадинами, кровоподтеками, ушибленными, колото-резаными ранами.

Группа № 2: Больше количество наблюдений (16) отмечалось в апреле, меньшее в ноябре (1). Неизвестных лиц 7, из них 6 – мужского пола. В 7 заключениях травма головы отнесена к сопутствующим повреждениям, в 73 выводах экспертов повреждения на лице (ссадины, поверхностные раны, кровоподтеки, ушибленные раны) оценены как тяжкий вред здоровью. Морфологически повреждения на лице были представлены ссадинами, кровоподтеками, ушибленными, колото-резаными ранами.

Группа № 3: Больше количество наблюдений (9) отмечалось в апреле, меньшее – в октябре (2). В 3 заключениях травма лицевого скелета от-

несена к сопутствующим повреждениям. В 54 выводах экспертов повреждения на лице (ссадины, поверхностные раны, кровоподтеки, ушибленные раны) оценены как тяжкий вред здоровью. Морфологически повреждения на лице были представлены ссадинами, кровоподтеками, ушибленными, резаными ранами.

Выводы

1. Повреждения лица, не состоящие в прямой связи со смертью, встречаются чаще у мужчин, в возрасте 45 лет. Чаще с данным видом повреждений эксперты работали в декабре. Частота встречаемости повреждений лица, без сопутствующей ЧМТ и КФТ, в течение 2013 года составила 8,38 %. Преобладают ненасильственные причины. Большинство травм лица оценены без вреда здоровью – 83 %. 2. Черепно-мозговая травма с различными повреждениями на лице чаще встречалась у мужчин, средний возраст которых составил 39 лет. В течение года чаще подобные травмы встречались в апреле. Частота встречаемости повреждений лица с сопутствующей ЧМТ в течение 2013 года составила 3,8 %. Преобладают насильственные причины смерти. Большинство травм лица оценены как тяжкий вред здоровью – 88 %. Согласно классификации ЧМТ, отмечены преобладающие характеристики ЧМТ: сочетанная по виду и типу повреждения, первичная по механизму и генезу повреждения, закрытая по характеру травмы. Из стационаров на судебно-медицинское исследование доставлен 31 труп (36 %), преобладающей клинической формой ЧМТ был тяжелый ушиб головного мозга (ТУГМ) (93,5 %). 3. КФТ преобладает у мужчин, средний возраст пострадавших 38,5 лет. Чаще КФТ встречалась в апреле. Частота встречаемости повреждений лица с сопутствующей ЧМТ в течение 2013 года составила 2,6 %. Преобладают насильственные причины смерти. Большинство травм лица оценены как тяжкий вред здоровью – 91,5 %. При КФТ повреждение костей мозгового черепа и головного мозга имело следующие характеристики: ЧМТ сочетанная по виду и типу повреждения, первичная по механизму и генезу повреждения, закрытая по характеру травмы. Чаще встречалась открытая ЧМТ. Из стационаров на судебно-медицинское исследование доставлено 17 трупов (29 %), клинической формой ЧМТ в основном был ТУГМ (94 %). Преобладают сочетанные переломы лицевого скелета (66 %), с переходом линии переломов на свод и основание черепа. При повреждениях лобной кости чаще встречаются сочетанные варианты переломов, с переходом одновременно на основание и свод черепа. 4. Морфологические характеристики повреждений не отличаются во всех трёх группах и не отличаются друг от друга при отсутствии вреда здоровью и тяжком вреде, ссадина на лице относится напрямую к причине смерти, также как и основное повреждение. Оценка травмы по совокупности проводится экспертом на основании заключения о едином механизме травматического воздействия. 5. Исследование данного вопроса будет продолжено, с целью оценки частоты встречаемости по-

вреждений на лице, сочетания их с травмой головного мозга и повреждениями лицевого скелета, их морфологических характеристик и заключений экспертов по тяжести вреда здоровью.

ДИНАМИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ЦИТРУСОВЫХ КАК ИСТОЧНИКА ВИТАМИНА С В ПИТАНИИ СТУДЕНТОВ

Макеева А.П., Карнаухов М.В., Небоженко А.Е.

Научный руководитель: к. б. н. С.В. Кузнецова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Повышенные нагрузки в период обучения в высшей школе требуют адекватного поступления необходимых для поддержания оптимального уровня метаболизма компонентов, среди которых важную роль играет аскорбиновая кислота. Одним из пищевых источников данного витамина являются цитрусовые, которые достаточно популярны у студентов. Как показывают проведенные ранее исследования (Мурашкина И.Д., 2015), употребление фруктов позволяет удовлетворить суточную потребность в витамине С. В связи с вышеизложенным, целью исследования являлось: оценить роль цитрусовых в обеспечении студентов аскорбиновой кислотой. Задачи работы включали изучение информированности студентов о содержании витамина С в цитрусовых и выяснение особенностей их потребления; а также исследовать содержание витамина С в различных видах цитрусовых.

Обеспеченность студентов витамином С оценивали с помощью анкетно-опросного метода. Проанкетировано 158 студентов, из них: 107 – из ДВГМУ, 51 – из других вузов г. Хабаровска и различных регионов России.

Исследовали 6 видов цитрусовых: наиболее популярных – апельсин, лимон, мандарин и экзотических – грейпфрут, лайм, кумкват.

Определение аскорбиновой кислоты проводили стандартизированным титриметрическим методом, основанным на экстрагировании витамина С раствором соляной кислоты с последующим титрованием краской Тильманса (ГОСТ 24556-89). Для анализа брали пробы из разных слоев плода. Всего проанализировано 212 образцов. Статистическая обработка результатов включала методы описательной статистики и дисперсионного анализа. Для множественных сравнений использовали критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони.

По данным анкетирования выявлено, что 50 % опрошенных считают лимон и грейпфрут лидирующими по содержанию витамина С, 8 % назвали апельсин, 33 % – лайм, 4 % – кумкват, 5 % – мандарин. По имеющимся литературным данным (Кошелева О.В. и соавт., 2013 и др.) наибольшее

содержание витамина С отмечено в лимонах, апельсинах и грейпфрутах. Следовательно, только половина студентов имеют верное представление о количественном содержании данного витамина в цитрусовых.

Среди представленных цитрусовых студенты (как ДВГМУ, так и других вузов) отдают большее предпочтение мандаринам, кроме того студенты ДВГМУ так же предпочитают апельсины, а студенты других ВУЗов лимоны, по сравнению с экзотическими сортами.

Изучение реального потребления показало, что подавляющее большинство студентов (85 %) включают цитрусовые в свой рацион, при этом, преобладают лимоны, мандарины, в меньшей степени апельсины, реже – экзотические фрукты. Для более детальной оценки проанализировано количество употребления цитрусовых в течение недели разными группами студентов. Количество лимона и лайма оценивалось в дольках, других цитрусовых – в штуках. Студентов разделили на группы в зависимости от условий проживания. Первую группу составили проживающие с родителями (49), вторую – проживающие самостоятельно в квартире (32), третью – проживающие в общежитии (78). Результаты анализа показали, что 23 % проживающих в общежитии вообще не употребляют цитрусовых, что несколько превышает показатели в 1-й и 2-й группах (8 и 22 %, соответственно). Представители второй группы употребляют больше лимонов и лаймов, но меньше грейпфрутов, по сравнению с другими группами. В недельном рационе студентов, проживающих в общежитии, присутствует большее количество лимонов и мандаринов, однако, различия не достоверны.

Исследование содержания витамина С (мг/100 г) в цитрусовых выявило наибольшее его количество в лимоне ($53,66 \pm 1,54$), минимальное – в кумквате ($41,94 \pm 1,63$) и мандарине ($40,31 \pm 1,91$). Это согласуется с данными литературы (Синельников А.А., 2011; Кошелева О.В. и соавт., 2013; Лифляндский В.Г., 2010 и др.). В кумквате, мандарине и лайме содержание аскорбиновой кислоты достоверно меньше, чем в лимоне, апельсине, грейпфруте ($p < 0,001$).

Выводы

1. Одним из источников витамина С в питании студентов являются цитрусовые, из которых чаще употребляются лимон, мандарин, апельсин; из экзотических – грейпфрут и лайм.

2. Наиболее богаты аскорбиновой кислотой лимон, грейпфрут, апельсин.

3. Все опрошенные студенты имеют адекватное представление о количественном содержании витамина С в цитрусовых.

4. Студенты ДВГМУ более информированы о содержании витамина С в пищевых продуктах, нежели студенты других вузов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА В ВОЛОСАХ СТУДЕНТОВ ДВГМУ

Мухоморова Е.Б., Куликов С.В., Туровникова К.В.

Научные руководители: д. м. н. Ю.Г. Ковальский,
к. м. н. Е.Г. Рябцева

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Проведено изучение текущей обстановки в ДВГМУ по содержанию селена в организме. Данный микроэлемент входит в состав ферментов организма (глутатионпероксидаз, трийодтирониндейодиназ), его избыток или дефицит приводит к тяжёлым состояниям. Ряд регионов России входит в т. н. «селеновый пояс», и являются биогеохимическими провинциями по данному элементу. Проживание в биогеохимических провинциях приводит к микроэлементам.

Материалы и методы

Проведено измерение содержания Se в волосах 17 студентов ДВГМУ на масс-спектрометре Perkin Elmer Elan 9 000 в соответствии со стандартом ПНД Ф 16.1:2:3.11-98. Погрешность измерения не выше 500 нг/кг.

Результаты и обсуждение

Сравнивая полученные значения с аналогичными результатами других исследований (0,68 мг/кг ЮАР, 0,4 мг/кг Венгрия, 0,28 мг/кг Башкортостан, 0,15 мг/кг Оренбург) и нормативными значениями (0,8-1,0 мг/кг) можно сделать вывод по средним значениям.

Среднее значение 0,31 в 2,5-3 раза ниже нормы, что подтверждает статус биогеохимической провинции по Se Дальнего Востока, и сходится с «селеновым поясом» России.

Целесообразны:

- повсеместная просветительская работа с населением по последствиям микроэлементазов и использованию микроэлементных добавок;
- организационные и нормативные изменения на предприятиях по производству продуктов питания (птицефабрики, хлебозаводы) для повышения содержания Se до достаточного уровня.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Пан А.А., Остапенко А.А.

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

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Нередко туберкулез протекает под маской других заболеваний: лимфомы, опухоли легких, хронических абсцессов, паразитарных поражений. Проявления туберкулезного заболевания стали менее четкими, более завуалированными, и часто оно длительно протекает малозаметно. В результате, больным нередко ставится ошибочный диагноз (Струков А.И., Соловьева И.П., 1986; Канин Е.С. и соавт., 2012).

Целью исследования было дать оценку патоморфологии лимфатических узлов у больных с туберкулезом легких.

Проанализированы результаты изучения легких и бронхопульмональных лимфатических узлов 4 больных с подозрением на опухоль в легких в городе Хабаровске. В исследование были включены легкие и лимфатические узлы 4 больных: 2 мужчин и 2 женщин в возрасте от 40 до 61 года. Во всех наблюдениях были оценены макро- и микроскопические изменения в легких и лимфатических узлах. Гистологические препараты были окрашены гематоксилином и эозином, применялась окраска по Циль-Нильсену.

Результаты и обсуждения. Макроскопические изменения в легких: плевра с накоплениями серо-желтого цвета – фибринозное воспаление, отмечаются спайки; в бронхах признаки бронхита; стенка утолщена. На разрезе легкие полнокровные, неравномерно уплотнены, неоднородной консистенции, с наличием участков бронхопневмонии (серо-желтые очаги), отмечается пневмосклероз.

Микроскопические изменения в легких: слизистая бронхов покрыта цилиндрическим эпителием с десквамацией и очагами деструкции. В стенках мелких бронхов – скопления лимфоцитов. Отмечено наличие гигантских клеток, лимфоцитов вокруг бронхов и мелких сосудов легких. Перифокально стенки альвеол утолщены, склерозированы. Фрагменты плевры – склероз, гиалиноз, очаговый ангиоматоз, в отдельных полях зрения – наличие многоядерных клеток, лимфоцитов, макрофагов. Отмечены эмфизематозные участки легких, ателектазы. В отдельных полях зрения – стенки сосудов резко гипертрофированы, утолщены за счет гиалиноза, склероза. В центре туберкулезной гранулемы расположен очаг некроза, по периферии – вал из эпителиоидных клеток и лимфоцитов с примесью макрофагов и плазматических клеток. Между эпителиоидными клетками и лимфоцитами располагаются гигантские клетки Пирогова – Лангханса, которые весьма типичны для туберкулезной гранулемы.

Небольшое число кровеносных капилляров обнаруживается только в наружных зонах бугорка.

Макроскопические изменения в лимфатических узлах: лимфатические узлы увеличены в объеме, спаянны между собой, плотные, эластичные, на разрезе границы между корковыми и мозговыми слоями стерты; виден белесоватый конгломерат 2-4 см. Вокруг некротических очагов – разрастание соединительной ткани.

Микроскопические изменения в лимфатических узлах: отмечены немногочисленные очаги некрозов со слабо выраженной клеточной реакцией, единичными крупными многоядерными клетками; в остальных полях зрения лимфоидные фолликулярные структуры, очаги склероза, гиалиноза стенок сосудов. При окраске по Циль-Нильсену на *Mycobacterium tuberculosis*, было выявлено наличие микобактерии.

Морфологическое заключение: некротически-гранулематозная бронхопневмония, очаговый склерозирующий бронхит и бронхиолит с гигантклеточной реакцией, очаги пневмосклероза, плевросклероза, хронический полипозно-язвенный бронхит. С учетом окраски на микобактерию – туберкулезное поражение легких и лимфатических узлов. Фолликулярная гиперплазия лимфатических узлов. В отдельных лимфатических узлах – некротически-гранулематозное воспаление (лимфаденит). Убедительных признаков опухоли не найдено.

Таким образом, в легких преобладали процессы альтерации и экссудации с гранулематозным воспалением в паренхиме. В лимфатических узлах выявлена разнородная картина: а) в виде фолликулярной гиперплазии лимфатических узлов; б) специфическое гранулематозное воспаление с преобладанием творожистого некроза и экссудативного воспаления.

Данным исследованием было доказано, что морфологические признаки в лимфатических узлах при туберкулезе на современном этапе не изменились и не приобрели новых свойств. При постановке диагноза нужно учитывать, что туберкулез часто протекает под маской других заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ НАНОЧАСТИЦ ОКСИДА ТАНТАЛА ДЛЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Плотникова О.С.¹, Лугарева А.В.¹, Лукьяненко К.С.², Таракова О.В.²

Научный руководитель: д.м.н. В.И. Апанасевич

¹*Тихоокеанский государственный медицинский университет,*

²*Дальневосточный федеральный университет*

г. Владивосток, Россия

Одним из признанных методов лечения злокачественных новообразований является лучевая терапия. Проблема поиска путей решения про-

блемы радиосенсибилизации и возникновения лучевой болезни у больных является актуальной и важной. Изучается возможность радиомодификации опухолей за счет введения соединений тяжелых металлов.

Цель исследования. Экспериментальное подтверждение *in vivo* торможения роста перевиваемой злокачественной опухоли (аденокарцинома).

Материалы и методы. В эксперименте использовали 60 мышей линии СВА, самки, весом 20 грамм. Животным внутримышечно в правое бедро была перевита культура клеток аденокарциномы Эрлиха, в течении 15 дней ожидался рост опухоли. Животные были распределены на 4 группы, по 15 животных в каждой.

Группа №1 – контрольная группа, №2 – доза ионизирующего γ излучения 20 Гр, №3 – в опухоль введено 0,5 мл 2,5% взвеси наночастиц Ta_2O_5 , №4 – в опухоль введено 0,5 мл 2,5% раствора наночастиц Ta_2O_5 + доза ионизирующего γ излучения 20 Гр на область опухоли. Дальнейшее наблюдение за мышами длилось 75 дней.

Результаты. Наиболее высокий уровень выживаемости мышей с перевитой опухолью наблюдается в группе №4 - в/м введенный 0,5 мл 2,5% взвеси наночастиц Ta_2O_5 + доза ионизирующего γ излучения 20 Гр.

Выводы. Взвесь наночастиц оксида тантала в сочетании с лучевой терапией улучшает показатели выживаемости животных с перевитой опухолью, на основании чего можно сделать вывод, что наночастицы оксида тантала являются перспективным соединением для применения при лучевой терапии злокачественных новообразований.

ВЛИЯНИЕ ФРАГМЕНТА ГОРМОНА РОСТА – ПЕПТИДА NGH (176-191) НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛЫХ КРЫС

Романов М.А., Ситникова В.А., Томсинская А.Е.

Научный руководитель: д. м. н. Е.Н. Сазонова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Гормон роста – соматотропный гормон (СТГ) – является полифункциональным биологически активным веществом. Один из эффектов СТГ – индукция липолитических процессов в организме. Это обуславливает попытки его использования в качестве средства, уменьшающего массу тела. Однако, введение СТГ вызывает ряд нежелательных побочных реакций: гипертензию, отёки, нарушение толерантности к глюкозе, инсулинорезистентность и многие другие. Поэтому идут поиски вещества, которое могло бы обладать таким же липолитическим действием, но при этом было бы лишено побочных эффектов.

Во второй половине XX века исследователи в университете Monash обнаружили, что липолитический эффект СТГ обусловлен С-концевым участком, состоящим из 15 аминокислот. Ему было дано название frag HGH (176-191); также он известен, как AOD-9401. В 1993 г. Wu и соавторы доказали, что пептид HGH (176-191) не конкурирует с рецепторами человеческого гормона роста и не приводит к гипергликемии. Предпринимались попытки синтезировать пептиды аналогичные HGH (176-191): D-Trp2 (1977), GHRP-6 (1980), GHRP-1 (1991), Hexarelin (1992) и другие, но эффекты их были незначительны.

Информация о липолитическом эффекте пептида HGH (176-191) привела к его бесконтрольному использованию в фитнес-практике. Он открыто рекламируется и доступен для приобретения в фитнес-клубах и других спортивных организациях. Однако в научной литературе недостаточно данных об эффектах и механизме действия данного пептида на организм человека.

Целью настоящего исследования является изучение эффектов введения пептида HGH (176-191) на некоторые морфофункциональные показатели организма белых крыс.

Материалы и методы исследования. В работе использовали половозрелых 3-4 месячных белых крыс-самцов Вистар. Пептид HGH (176-191) (Tyr-Leu-Arg-Ile-Val-Gln-Cys-Arg-Ser-Val-Glu-Gly-Ser-Cys-Gly-Phe) (Stbiototechnology Co., LTD) вводили внутривентриально в дозах 20 и 100 мкг/кг ежедневно в течение 3 недель. Контролем служили животные, которым инъецировали эквивалентное количество растворителя – стерильного изотонического раствора хлорида натрия.

В процессе проведения эксперимента контрольные и подопытные группы находились в идентичных условиях вивария, получая одинаковое количество пищи и воды. Кормление осуществлялось стандартным кормом.

В динамике оценивали массу тела животных. По завершении введения препарата, животных выводили из эксперимента путем эвтаназии под хлороформовым рауш-наркозом. Исследовали гравиметрические показатели внутренних органов (абсолютная и относительная массы жизненно важных органов).

Полученные экспериментальные данные подвергали статистической обработке с использованием t-критерия Стьюдента. Всего в эксперименте было исследовано 30 животных.

Результаты исследования

Введение пептида HGH (176-191) не изменяло массы тела подопытных животных по отношению к контрольным параметрам.

В эксперименте с введением пептида в дозе 20 мкг/кг показатели массы тела крыс составили: контроль – $370,38 \pm 12,22$ г; опыт – $361,25 \pm 8,49$ г.

Прибавка массы тела во время проведения эксперимента была в контрольной группе: $112,25 \pm 9,47$ г, а в подопытной группе – $101,25 \pm 9,67$ г.

В эксперименте с введением пептида в дозе 100 мкг/кг показатели составили: контроль – $260,00 \pm 8,02$ г; опыт – $270,00 \pm 6,17$ г. Прибавка массы тела во время проведения эксперимента была в контрольной группе: $78,14 \pm 7,67$ г, а в опытной группе – $86,43 \pm 10,43$ г.

При исследовании гравиметрических показателей жизненно важных органов была выявлена статистическая тенденция ($p < 0,1$) к увеличению относительной массы почек (+7,51 %) и тимуса (+17,04 %) при введении пептида NGH (176-191) в дозе 20 мкг/кг. Введение исследуемого пептида в дозе 100 мкг/кг привело к достоверному ($p < 0,05$) уменьшению относительной массы сердца (-5,08 %).

Таким образом, в результате эксперимента не было выявлено статистически значимого влияния введения пептида NGH (176-191) на массу тела половозрелых белых крыс-самцов. Были зарегистрированы изменения относительных масс жизненно важных органов, механизмы и биологическое значение которых требует дальнейшего исследования. Планируется гистологическое исследование жизненно важных органов подопытных животных.

ВЛИЯНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕПТИДОВ – АНАЛОГОВ ЛЕЙ-ЭНКЕФАЛИНА НА ЯДРЫШКИ КАРДИОМИОЦИТОВ ПОЛОВОЗРЕЛЫХ БЕЛЫХ КРЫС, ПЕРЕНЕСШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Свечкова А.А., Шайгородский Р.В.

Научные руководители: д. м. н. Е.Н. Сазонова, О.Г. Пинаева
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Проблема гипоксии на протяжении многих лет является чрезвычайно актуальной и привлекает внимание физиологов и клиницистов с точки зрения механизмов развития различных патологических состояний. Особый интерес представляют гипоксические состояния в антенатальном периоде, негативные последствия которых могут проявляться не только в раннем, но и в позднем постнатальном периоде и затрагивать многие жизненно важные системы организма.

Ранее проведенные в ЦНИЛ ДВГМУ исследования выявили достоверное снижение ДНК-синтетической активности и количества ядрышек в кардиомиоцитах новорожденных белых крыс, перенесших антенатальную гипоксию (Зубенко С.И. и соавт., 2014).

Поскольку структурный резерв миокарда млекопитающих, преимущественно, формируется в раннем постнатальном периоде, то у животных,

перенесших антенатальную гипоксию, можно ожидать наличие кардиальных последствий и в отдаленные возрастные периоды.

Для моделирования антенатальной гипоксии с 14 по 19 сутки гестации беременных крыс-самок подопытной группы подвергали гипобарической гипоксии, имитируя «подъем» на высоту 9 000 метров над уровнем моря. Исследовали 60-суточное потомство подвергнутых гипоксии самок.

Исследовали миокард 60-суточных белых крыс, которым после перенесенной антенатальной гипоксии, в периоде новорожденности 5-кратно с 2 по 6 сутки жизни в дозе 100 мкг/кг вводили даларгин и неопиатный аналог лей-энкефалина.

Ткань сердца подвергали гистологической обработке и окраске азотнокислым серебром по методу AgNOR. Подсчет ядрышек осуществляли в ядрах кардиомиоцитов субэндокардиальных зон левого и правого желудочков.

Неонатальное введение даларгина повышало активность ядрышкового аппарата кардиомиоцитов 60-суточных белых крыс, перенесших антенатальную гипоксию. Эффект был более выражен в правом желудочке.

Неонатальное введение пептида НАЛЭ животным, перенесшим антенатальную гипоксию, приводило к существенно большей активности ядрышкового аппарата кардиомиоцитов и левого, и правого желудочков 60-суточных крыс-самцов, по сравнению с контрольными животными.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что введение пептидов – аналогов лей-энкефалина – в периоде новорожденности экспериментальным животным, перенесшим антенатальную гипоксию, приводит к достоверному увеличению белоксинтетической функции кардиомиоцитов. Этот эффект может быть полезен для роста и повышения внутриклеточного структурного резерва кардиомиоцитов при их количественном дефиците после антенатальной гипоксии.

СОСТОЯНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО ФОНДА КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ВВЕДЕНИИ ЗИДОВУДИНА

Филина Н.И.

Научный руководитель: к. м. н. М.Н. Курбат

Гродненский государственный медицинский университет,

г. Гродно, Беларусь

Токсичность антиретровирусных препаратов для структур и клеток ЦНС остается недоизученной и вызывает особый интерес. Известно, что функционирование иммунной системы и отделов головного мозга непосредственно связаны с состоянием белкового обмена. Дисфункция одной системы не может не отразиться на функционировании другой. Изменения

в метаболизме липидов и белков, митохондриальные повреждения, окислительные стресс – это все играет важную роль в функционировании ЦНС и может быть пусковым механизмом в развитии токсического (лекарственного) повреждения головного мозга. Целью нашего исследования явилось определение фонда свободных аминокислот и их производных в ткани мозга крыс при воздействии нуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы ВИЧ (Зидовудин) в условиях здорового организма и организма, подвергнутого воздействию препаратом-иммунодепрессантом микофенолата мофетил (ММФ).

Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ выступают в роли субстратов для последней. Зидовудин (AZT) является синтетическим аналогом нормального нуклеозида пиримидинового ряда – тимидина. В клетке человека AZT последовательно фосфорилируется, зидовудин-трифосфат конкурирует с дезокси-ТТФ и, встраиваясь в растущую ДНК провируса, останавливает ее репликацию. Ферментативную активность самой обратной транскриптазы зидовудин не угнетает.

На репликацию ДНК человека средство практически не влияет. Это связано с тем, что специфичность ДНК-зависимых ДНК-полимераз человека значительно выше, чем специфичность вирусной обратной транскриптазы (РНК-зависимой ДНК-полимеразы). Тем не менее, в высоких дозах зидовудин способен влиять на работу некоторых из типов ДНК-полимераз человека: ядерной ДНК-полимеразы α и митохондриальной ДНК-полимеразы γ . Кроме того, зидовудин-монофосфат способен ингибировать клеточную тимидилаткиназу, снижая уровень дезокси-ТМФ и усиливая цитотоксический эффект зидовудин-трифосфата.

Методы. Исследования проводили на 32 белых крысах гетерогенной популяции, в эксперименте подбирали однородных по возрасту, полу и массе животных. Животные 3 экспериментальных групп (по 8 особей в каждой) в течение 7 суток (2 группа) и 21 суток (3 группа) получали внутривенно препарат Зидовудин из расчета 100 мг/кг 1 раз в сутки. Животные четвертой экспериментальной группы в первые 7 суток получали внутривенно Микофенолата мофетил в качестве иммунодепрессанта из расчета 40 мг/кг 1 раз в сутки и с 8 по 28 сутки – AZT из расчета 100 мг/кг 1 раз в сутки. Контрольным животным (1-я группа) вводили внутривенно эквивалентное количество 0,9 % раствора хлорида натрия.

Декапитацию животных проводили на 7-е сутки (группа 2), на 21-е сутки (группа 3), на 28-е сутки (группа 4). После декапитации животных, извлекали головной мозг и выделяли исследуемый отдел. Затем ткань головного мозга гомогенизировали (0,2 М HClO₄, 1:10), центрифугировали и в хлорнокислых экстрактах определяли уровни свободных аминокислот методом обращенно-фазной ВЭЖХ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0.

Результаты. В исследуемой структуре головного мозга крыс наблюдается существенная трансформация аминокислотного пула при сравнении с контрольной группой. При 7-ми суточном введении AZT колебания содержания протеиногенных АК незначительные, что может быть связано с коротким сроком введения. Это подтверждают существенные изменения в аминокислотном пуле при воздействии препаратом в течение 21 суток. Доказано, что зидовудин хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер и его уровень в ликворе составляет приблизительно 60 % плазменного уровня лекарства. Таким образом, можно судить о его цитотоксическом эффекте и на ткань головного мозга. Так, во второй экспериментальной группе наблюдается снижение уровня содержания всех протеиногенных аминокислот кроме аспарагина, гистидина, аланина и серина. Достоверно при сравнении с данными контрольной группы снижается концентрация метионина (с $28,36 \pm 1,9$ до $21,64 \pm 1,03$), фенилаланина (с $42,42 \pm 2,15$ до $35,71 \pm 0,54$), лизина, триптофана. Падение содержания аминокислот с разветвленной углеродной цепью (АРУЦ) – валин, изолейцин, лейцин – возможно, связано с нарушением процессов синтеза ДНК и в последующем биосинтезом белка.

В наибольшей степени выявлены особенности изменения в сторону снижения содержания аминокислот в основных классификационных группах: возбуждающие, тормозные, АРУЦ, ароматические АК. Интересно то, что и в четвертой исследуемой группе при совместном введении ММФ и AZT так же как и в третьей не изменяется концентрация гистидина, глицина; незначительно увеличивается содержание серина и аланина. Наиболее значимо аминокислотный пул трансформируется в сторону снижения в группах АРУЦ, возбуждающие АК (глутамат+аспартат), ароматические (фенилаланин+ тирозин+триптофан). Достоверно при сравнении с контрольной группой снижается содержание глутаминовой кислоты, аспарагина, аргинина, метионина, валина, фенилаланина, лизина, тирозина.

Снижение уровня метионина может свидетельствовать об активации процессов метилирования ДНК вследствие превращения метионина в его активную форму S-аденозилметионин. Заинтересованность получил тот факт, что при снижении содержания всех АК из группы ароматических, содержание их биологически активных производных также снижается.

Таким образом, наибольшие изменения АК пула коры больших полушарий головного мозга крыс регистрируются при введении ММФ и последующем введении AZT. Это может свидетельствовать о негативном влиянии последнего на репликацию ДНК человека и нарушении синтеза белка. Снижение содержания подавляющего большинства АК может указывать на ингибирование ферментов расщепления нейропептидов.



Хирургия, офтальмология, оториноларингология

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОДСЛИЗИСТЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПИЩЕВОДА: ТОНКАЯ ДИАГНОСТИКА, ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ

Бураков А.Н., Семенихин К.Д.

Научный руководитель: к. м. н. А.А. Смирнов

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия*

Подслизистые новообразования пищевода – это гетерогенная группа редко встречающихся опухолей с распространенностью 0,5 %. В эту группу включаются: лейомиомы, наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли пищевода, гастроинтестинальные стромальные опухоли, шванномы и гранулярно-клеточные опухоли. Современной методикой удаления данных новообразований является подслизистая тоннельная эндоскопическая резекция (ПТЭР), предложенная в 2012 году одновременно двумя авторами Xu, et al. и Inoue, et al.

Материалы и методы. В нашей работе было исследовано 103 пациента с подслизистыми новообразованиями пищевода. Для диагностики выполнялись эзофагоскопия, рентгенконтрастное исследование пищевода, компьютерная томография грудной клетки и эндоскопическая ультрасонография пищевода с целью определения локализации, истинных размеров образования и взаимоотношения с окружающими органами. Гистологическое и иммуногистологическое исследования выполнялись послеоперационно. 45 пациентам, в связи с жалобами, было решено выполнить ПТЭР, одному пациенту выполнена трансторакальная резекция пищевода.

Результаты. ПТЭР была успешно выполнена у всех 45 пациентов, все новообразования были удалены, причем 41 из них – единым блоком. В случае несоответствия размеров опухоли размерами тоннеля и диаметру глотки, прибегали к фрагментации новообразования после его полной энуклеации. Минимальное время операции составило 35 минут, макси-

мальное – 190 минут. Средний размер опухоли составил 2,9 см (1,7 см – 6,6 см). На послеоперационных гистологическом и иммуногистологическом исследованиях было определено, что 38 новообразования являлись лейомиомами, 3 гранулярно-клеточными опухолями и 4 кистами подслизистого слоя. При лечении кист применяли как метод вскрытия их в просвет пищевода (3), так и тоннельный доступ с эвакуацией содержимого и электрической абляцией выстилки (1).

Среди этой группы пациентов нам встретились нестандартные случаи, которые представляют практический интерес: лейомиомы верхней трети пищевода, экстраэзофагеальная опухоль, располагающаяся вблизи аорты, плексиформная и циркулярная лейомиомы, диффузная лейомиома у подростка в сочетании с синдромом Альпорта, а также множественные лейомиомы. Каждый из вышеуказанных типов имел свои особенности диагностики, лечения и послеоперационного ведения пациентов. Средний срок наблюдения составил 19 месяцев.

Заключение: подслизистые новообразования пищевода разнообразны по вариантам роста, количеству, размерам, локализации и взаимоотношению с окружающими органами. Необходима тщательная диагностика каждого случая, которая позволит выбрать наилучшую тактику лечения пациента.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Глазырин Е.А.

Научный руководитель: д. м. н. А.А. Фокин

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
г. Челябинск, Россия*

Одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения во всем мире являются нарушения мозгового кровообращения, существенный вклад в развитие которых вносят как атеросклеротические поражения, так и различные деформации и нарушения хода сонных артерий, объединенные термином «патологическая извитость». Хирургическая коррекция является одной из лидирующих стратегий предотвращения нарушений мозгового кровообращения, что влечет за собой ее актуальность и требует многогранного изучения.

Цель исследования: сравнить результаты оперативного лечения окклюзионно-стенотических заболеваний сонных артерий, предикторы возникновения данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 546 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении на базе ГБУЗ

ОКБ № 3 г. Челябинска, которые были условно разделены на 3 группы. Первую группу составили больные со стенозом сонных артерий, вторую группу – с патологической извитостью, третью – с сочетанным поражением. Критериями исключения послужили ранее выполненные операции на сонных артериях. Статистическая обработка проводилась с использованием лицензионной программы SPSS Statistics 17.0. Для описания числовых значений выборочных данных при нормальном распределении использовались выборочное среднее и выборочное стандартное отклонение (распределение количественного признака было нормальным, что было подтверждено тестом Колмогорова-Смирнова ($p > 0,05$)). Сравнение качественных признаков проводилось с помощью таблиц сопряженности (хи-квадрат по методу Пирсона и коэффициент корреляции V Крамера).

Результаты. В первую группу вошло 396 пациентов, 335 из которых было проведено оперативное лечение: каротидная эндартерэктомия (321 – под регионарной анестезией и 14 – под общей). Мужчин было 318 (80,3 %), женщин – 78 (19,7 %). Во вторую группу вошло 18 пациентов с патологической извитостью сонных артерий без стеноза. 3 пациентам было проведено оперативное лечение под регионарной анестезией: резекция внутренней сонной артерии с ее редрессацией. Мужчин в данной группе было 7 (38,9 %), женщин – 11 (61,1 %). Третью группу составили 132 пациента с комбинированным поражением сонных артерий: стеноз и патологическая извитость. 82 больным было проведено оперативное лечение (73 операции под регионарной анестезией, 3 – под общей), а именно: 76 больным – каротидная эндартерэктомия, 5 больным – каротидная эндартерэктомия в сочетании с резекцией и редрессацией ВСА, 1 больному – каротидная эндартерэктомия с протезированием ВСА. Мужчин в группе было 84 (63,6 %), женщин – 48 (36,4 %).

При сравнении групп было выявлено статистически значимое различие по половому признаку ($p < 0,01$), клиническому течению заболевания ($p < 0,05$), артериальной гипертензии ($p < 0,05$) и наличию ишемической болезни сердца ($p < 0,01$). По критерию «сахарный диабет 2-го типа» различия были статистически не значимы ($p > 0,05$).

Среди наблюдаемых больных 1 (стеноз) и 3 (стеноз и извитость) групп преобладали мужчины (80,3 % и 63,6 % соответственно), а среди пациентов 2 группы (извитость) – женщины (61,1 %).

Симптоматическое течение заболевания было более характерно для больных, имеющих атеросклеротическое поражение сонной артерии (в 1 и 3 группе) – 66,7 % в обеих группах. В группе пациентов с изолированной извитостью симптоматическое течение встречалось немного реже – в 53,8 % случаев.

Артериальная гипертензия чаще всего встречалась у пациентов с атеросклеротическим компонентом стеноза – в 84,8 % случаев в 1 группе и в 78,8 % в 3 группе. Реже – у пациентов 2 наблюдаемой группы (61,1 %).

ИБС присутствовала преимущественно у пациентов 1 и 3 групп сравнения (75,3 % и 72 % соответственно). У больных, определенных во 2 группу ИБС встречалась значительно реже – в 22,2 % случаев.

По данным интерпретации значений V Крамера, согласно рекомендациям Rea and Parker, сила взаимосвязи критериев «пол» и «ИБС» с видом окклюзионно-стенотического поражения сонной артерии была признана средней ($V=0,224$ и $V=0,212$). По критериям «течение заболевания» и «артериальная гипертензия» – слабая ($V=0,115$ и $V=0,125$). Между критерием «Сахарный диабет 2 типа» и видом патологии сонной артерии связи выявлено не было ($V=0,074$).

Была выявлена статистически значимая взаимосвязь между полом пациента и видом окклюзионно-стенотического поражения сонной артерии. Атеросклеротические поражения (без деформации и с деформацией) больше характерны для мужского пола – 80,3 % и 63,6 % соответственно. Патология, связанная с изменением хода артерии больше присуща женскому полу – 61,1 % случаев.

Для поражения сонной артерии исключительно за счет деформации менее характерна патология других АФБС, что говорит о возможном не-атеросклеротическом генезе данной патологии.

Артериальная гипертензия встречается довольно часто во всех группах наблюдаемых пациентов, что позволяет предположить ее непосредственное влияние на патогенез окклюзионно-стенотического поражения сонных артерий.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО

Ермолаева В.А.

*КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница имени А.К. Пиотровича»,
г. Хабаровск, Россия*

Нейроэндокринные опухоли легких (НЭОЛ) встречаются в 1-5 % от всех первичных опухолей легких, средний возраст пациентов 45 лет (А.Х. Трахтенберг и соавт., 2012) и не типичны для педиатрической практики. Эти опухоли происходят из клеток APUD-системы (диффузной эндокринной системы). НЭОЛ, по классификации ВОЗ 2004 г., включают в себя типичный карциноид, атипичный карциноид, нейроэндокринный крупноклеточный рак, мелкоклеточный рак. В последние десятилетия ВОЗ разработаны классификации по определению степени злокачественности, основанные на комплексе наиболее значимых прогностических факторов, к которым относится глубина инвазии, наличие некроза, метастазов, размер первичной опухоли, инвазия кровеносных и лимфатических сосудов,

митотическая активность, индекс пролиферативной активности опухолевых клеток Ki-67. На первые пять пунктов способна ответить спиральная компьютерная томография (СКТ).

Целью нашего исследования: изучить возможности компьютерной томографии при диагностике нейроэндокринных опухолей бронхолегочной локализации на примере клинического случая из педиатрической практики.

М., 15 лет, на профилактической флюорографии выявлено объемное образование медиобазального отдела легкого справа. Пациент был направлен в КГБУЗ «ДККБ имени А.К. Пиотровича» для дообследования и лечения. Активных жалоб ребенок на момент осмотра не предъявлял. В анамнезе отсутствовали такие факторы риска, как отягощенный онкопульмонологический анамнез, активное или пассивное курение. По данным фибробронхоскопии: дислокация средней доли, деформация бронхов нижней доли правого легкого (косвенные признаки объемного образования нижней доли). Выполнена предоперационная компьютерная томография органов грудной клетки на томографе Toshiba Aquilion 64, толщина среза 0,5 (КТ). В нижней доле правого легкого определялось объемное образование, неоднородной структуры, бугристое, размером 63×54×47 мм, с неровными контурами, плотностью от 9 до 45 ед. НУ, исходящее из S9, в апикальной части образования определяется его культя. Внутригрудные лимфатические узлы, бронхопульмональные справа неоднородной структуры размером 22 см. На основании полученных данных проведена операция: торакотомия, резекция нижней доли правого легкого, увеличенные лимфоузлы в корне нижней и верхней доли взяты на биопсию. При иммуногистохимическом исследовании выявлены специфические маркеры: NSE (нейроэндокринные опухоли), TTF1, synaptophysin (мелкоклеточный рак), Ki67 –

5-7 % (типичный карциноид), что по результатам соответствовала нейроэндокринной карциноме. Пораженные лимфоузлы соответствовали метастазам нейроэндокринной опухоли. По данным КТ на 21-й день послеоперационный период осложнился плевритом, пневмотораксом с частичным осумкованием, фибринотораксом, спаечным процессом, замедлением процесса раздувания здоровой легочной ткани.

Таким образом, возможности компьютерной томографии позволяют на основании локализации, анатомических особенностей опухоли, ее распространения и взаимоотношения с окружающими тканями предположить прогноз заболевания, стадировать опухоль по TNM, составить план оперативного вмешательства, выявить постоперационные осложнения, в более поздние сроки произвести контроль за рецидивом.

КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Кунгурцева А.Л.

Научный руководитель: к. м. н. Ю.И. Оконская
*Дальневосточный федеральный университет,
г. Владивосток, Россия*

В нашей стране дети, родившиеся с врожденными пороками развития лица, составляют от 1 % до 12 % всех новорожденных, и их число постоянно растет. Одной из таких патологий является недоразвитие нижней челюсти. У пациентов с такой патологией возникают проблемы с дыханием, жеванием, речеобразованием, а также серьезные социальные проблемы. Такие дети имеют психологические расстройства в виду своего внешнего облика. Они стеснительны, скрытны и необщительны. Таким образом, проблема устранения челюстно-лицевых деформаций, связанных с недоразвитием костей лицевого черепа остается актуальной.

Восстановление нормальной анатомии костей лицевого черепа в раннем возрасте предупреждает более тяжелые функциональные расстройства и вторичные деформации костей черепа, позволяя детям идти по жизни полноценными людьми.

Пациент, 6 лет, обратился в Медицинский центр ДВФУ. Со слов мамы, ребёнок родился с недоразвитием всей правой половины тела. В возрасте двух лет родители стали замечать асимметрию лица. При осмотре на консультации у челюстно-лицевого хирурга отмечалась асимметрия лица за счет смещения подбородка и нижней губы вправо, а также укорочение нижней трети лица. При проведении компьютерной томографии (КТ) лицевого отдела черепа с реконструкцией выявлено недоразвитие тела и ветви нижней челюсти справа. Учитывая жалобы, данные анамнеза и объективных методов исследования, пациенту был рекомендован компрессионно-дистракционный остеосинтез нижней челюсти справа.

Во время операции выполнена горизонтальная и вертикальная остеотомия в области угла нижней челюсти справа. Установлен и фиксирован на костный компрессионно-дистракционный аппарат (КДА) в области тела и ветви нижней челюсти посредством минивинтов. Два проводника выведены в полость рта в области нижней переходной складки. Посредством закручивания переходников выполнена компрессия фрагментов.

Пациент из стационара выписан на 8-е сутки после снятия швов. По стандартной методике выполнялось раскручивание аппарата на протяжении полутора месяцев. После максимального раскручивания устройства было выполнено снятие проводников под ЭТН. Спустя ещё 3 месяца аппарат был полностью удален.

В результате проведённого лечения получен удовлетворительный эстетический и функциональный результат (ушли проблемы с речеобразованием, жеванием, дыханием). Ребёнок стал прекрасно чувствовать себя в обществе других детей.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Лиходовская К.М.

Научные руководители: А.В. Савенок, д. м. н., В.Э. Кокорина,
О.И. Костюченко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Хронический гнойный средний отит (далее ХГСО) – это хроническое гнойное воспаление среднего уха, характеризующееся триадой признаков: наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным или периодически повторяющимся гноетечением из уха, прогрессирующей тугоухостью. ХГСО является широко распространенным заболеванием – в настоящее время им болеют до 0,8-1 % населения.

Оперативное лечение показано всем пациентам с ХГСО. Оно направлено как на санацию очага воспаления и предотвращение внутричерепных осложнений, так и на улучшение или сохранение слуха.

Цель работы: Изучить особенности течения, диагностики и хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом.

Задачи:

1. Изучить литературные данные о распространённости, клинике и современных методах хирургического лечения хронического гнойного среднего отита.

2. Проанализировать истории болезни пациентов с этим заболеванием на базе Хабаровского филиала ФГБУ НКЦО ФМБА России.

Материалы и методы

Проводился анализ 30 историй болезни пациентов, прооперированных по поводу хронического гнойного среднего отита в Хабаровском филиале ФГБУ НКЦО ФМБА России в 2016 году. Оценивались: пол, возраст, локализация процесса, длительность заболевания, частота обострений, предшествующие операции на ушах, сопутствующие заболевания, наличие холестеатомы, тип и степень тугоухости, выбранный оперативный доступ, реконструктивные методики, включая выбранный трансплантат для закрытия дефекта барабанной перепонки и используемый протез цепи слуховых косточек, длительность госпитализации, послеоперационные осложнения.

Результаты и обсуждения

Анализ историй болезни показал, что большинство пациентов (73 %) страдают отитами с детства, что совпадает с данными литературы. У 11 (37 %) пациентов обнаружена холестеатома по данным СКТ височных костей и интраоперационно. Диагноз мезотимпанит выставлен 60 % пациентов, эпитимпанит 40 %. Тип тугоухости в большинстве случаев смешанный – 70 %; у остальных пациентов выявлялась тугоухость по кондуктивному типу.

Из прооперированных пациентов 17 (57 %) человек составили мужчины и 13 (43 %) – женщины. По возрастному составу: до 18 лет – 9 (30 %) человек; от 19 до 40 лет – 11 (37 %) человек; старше 41 года – 10 (33 %) человек.

Для повторной операции поступили 5 (17 %) человек. Причинами неудовлетворительных результатов стали смещение оссикулярных протезов-2 случая, и рецидив холестеатомы – 3 случая.

Большинство пациентов (63 %) отмечают неэффективность проводимой догоспитальной консервативной терапии. У троих пациентов в посеве отделяемого из уха обнаружена грибковая флора, что потребовало назначения противогрибковых препаратов с учетом чувствительности. 20 % пациентов ранее перенесли операции на ЛОР-органах, 30 % пациентов имеют хронические очаги инфекции, что являлось предрасполагающим фактором для перехода острого отита в хронический и его прогрессирование.

Последнее обострение произошло за несколько месяцев до операции у 11 пациентов (37 %); более полугода назад у 19 (63 %) пациентов. В независимости от давности обострения все пациенты выписаны с улучшением.

При ХГСО в 60 % случаев в патологический процесс вовлекались слуховые косточки. Титановый протез слуховых косточек был установлен 8 пациентам (27 %), из них: парциальный – у 5, тотальный – у 3. Закрытие дефекта барабанной перепонки у 23 пациентов производилось аутохрящем ушной раковины, у 5 – аутохрящем и фасцией височной мышцы, только фасцией височной мышцы – у 2 пациентов.

В 70 % случаев выполнялись различные типы тимпанопластики. Мирингопластика выполнялась в 30 % случаев по технике «underlay». Доступ для всех вмешательств выбран заушный, что позволяло полноценно визуально оценивать все отделы барабанной полости, проводить saniрующий этап с одномоментной реконструкцией цепи слуховых косточек. Послеоперационных осложнений выявлено не было, все пациенты выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии, с улучшением спустя 7-10 дней после операции.

Выводы: оперативное лечение хронического гнойного среднего отита рекомендуется выполнять в специализированных ЛОР-центрах, где имеются соответствующие технические возможности для лечения таких больных. На базе Хабаровского филиала Научно-клинического центра оториноларингологии выполняются различные операции по поводу хронического гнойного среднего отита. После полноценного обследования на дооперационном этапе отохирург определяется с типом оперативного лечения, хирургическим подходом и доступом, вариантами реконструкции, обеспечивающей прирост слуха. Использование заушного доступа является оптимальным для визуализации всех отделов барабанной полости и остатков барабанной перепонки, позволяет избежать послеоперационных осложнений.

МОДЕЛИРОВАНИЕ В УРОЛОГИИ. СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ ДЛЯ ОТРАБОТКИ НАВЫКА ПОСТАНОВКИ НЕФРОСТОМЫ ПОД КОНТРОЛЕМ АППАРАТА УЗИ

Лобанова Д.А., Клоков М.С.

Научные руководители: В.В. Гордеев, С.И. Зубенко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

На сегодняшний день, в процессе подготовки медицинских специалистов всё большее внимание уделяется именно практическому обучению с акцентом на отработке практических навыков. Тренировочная модель способна дополнить и улучшить процесс освоения техники постановки нефростомы.

Объектом нашего исследования является мочевыделительная система. Для создания модели используется препарат почки, в которой будет моделироваться гидронефроз, также для создания тренажера необходим технический желатин (в расчете на 1 модель объемом 3-4 литра – 250 грамм).

Цель создания модели: освоение техники постановки нефростомы по Сельдингеру под контролем аппарата УЗИ.

Нами было изготовлено порядка 73 моделей. Также муляжи были использованы в качестве модели в IX Региональной олимпиаде по хирургии в конкурсе «Урология», где оперативные бригады медицинских вузов всего Дальнего Востока опробовали их лично.

Описание работы

Сначала мы занялись проблемой имитации гидронефроза почки. Для этого был отобран препарат свиной почки с мочеточником, с почечной артерией и веной. Мочеточник и сосуды препарировались и канюлировались. Через мочеточниковую канюлю почка заполнялась водой. В дальнейшем, мы отказались от канюлирования сосудов, т. к. наличие или отсутствие канюли не влияло на процесс постановки нефростомы. Сосуды лишь лигировались для предотвращения риска возникновения обратного тока жидкости из почки.

Вторым этапом работы было создание имитации нахождения почки в человеческом организме. Для этого, препарат необходимо было погрузить в полость изготовленную таким способом и с использованием таких средств, чтобы почка была доступна для визуализации только при помощи дополнительных методов (аппарата УЗИ). В качестве материала, наиболее отвечающего нашим требованиям, был выбран технический желатин. Процесс приготовления макета включал в себя: создание желатиновой основы, состоящей из двух частей, в центр которой помещался препарат почки. Сперва, изготавливалась одна часть. Затем, после её затвердевания, сверху укладывалась почка и сверху заливалась вторая. Мочеточниковая канюля с зажимом выводилась из центра основы на поверхность. Далее, конструк-

ция помещалась в холодильник до полного затвердевания (от 7 до 10 часов в зависимости от концентрации получившегося раствора). Данный этап стал одним из самых сложных в выполнении, т.к. на протяжении всего приготовления возникали различные проблемы, главной из которой была невозможность надежной фиксации препарата в центре основы (почка всплывала до того, как желатин затвердевал и не размещалась точно по центру). Попытки зафиксировать почку приводили либо к повреждению паренхимы, либо к очередному всплытию. В итоге, был найден наиболее надежный способ. Мы изменили последовательность приготовления: сперва изготавливались обе части, затем вырезалось место для почки. Почка помещалась в центр, канюля выводилась на поверхность. И в конце, места разреза заливались желатином для надежного склеивания частей.

Третьим этапом стала непосредственная постановка нефростомы и проверка состоятельности изготовленной модели. Катетеризация лоханки почки выполняется под контролем рентгеновского аппарата и аппарата УЗИ. К сожалению, ввиду отсутствия технических возможностей, мы проводили её только с помощью аппарата УЗИ. Для более четкой визуализации на УЗИ полостной системы почки, при необходимости, снимался зажим с мочеточниковой канюли, дополнительно нагнеталась вода в почку. С помощью датчика УЗИ устанавливалось месторасположение почки. Далее под контролем УЗИ-аппарата выполнялась пункция чашечно-лоханочной системы иглой с мандреном. Затем мандрен извлекался. Критерием успешного попадания иглы был ток жидкости из нее сразу после извлечения мандрена. В дальнейшем, последовательно, по внутренней поверхности иглы проводилась струна, игла извлекалась, по струне проводился буж, выполнялось бужирование, после расширения нефростомического хода, буж извлекался, по струне устанавливался нефростомический катетер. Критерием успешной постановки нефростомы являлось наличие оттока жидкости (мочи) из катетера.

ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Попов А.В.

Научные руководители: Н.Ю. Компанец

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель: оценить качество оформления медицинской документации по данным архивов КГБУЗ ККБ № 2, нейрохирургическое отделение № 1, г. Хабаровска и КГБУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы, танатологическое отделение г. Хабаровска.

Задачи: выявить основные дефекты оформления медицинской документации, определить возможные причины дефектов оформления медицинской документации.

Материалы и методы: для анализа были использованы 50 судебно-медицинских экспертиз, 15 актов судебно-медицинского исследования, 54 медицинских карты стационарного больного (МКСБ).

Результаты: основными направлениями использования медицинской документации являются: проведение экспертизы качества оказания медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза по материалам гражданских и уголовных дел, фундаментальные и клинические исследования. При анализе медицинской документации мы использовали следующие критерии оценки: оформление первичного осмотра в приемном покое, оформление результатов данных объективных методов диагностики (рентгенография, спиральная компьютерная томография), оформление заключительного или посмертного диагнозов в МКСБ, судебно-медицинский диагноз, заключение и выводы эксперта. Самыми распространенными дефектами оформления в МКСБ стали: небрежное ведение записей, необоснованные сокращения, неразборчивый почерк, исправления, ошибки во внесении результатов исследований, нарушение последовательности внесения записей, несоответствие описательной части диагнозу. Подобных дефектов в актах судебно-медицинских экспертиз и исследований мы не обнаружили.

Наличие многочисленных дефектов оформления медицинской документации (МКСБ) не позволило принять для анализа 17,8% случаев черепно-мозговой травмы. Ведение формализованных форм (акты и заключения судебно-медицинских экспертов, электронные истории болезни) позволяет принять для анализа 100% случаев черепно-мозговой травмы. Дефекты оформления медицинской документации не являются основанием для отказа проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел и осложняют установление обстоятельств и характера повреждений при черепно-мозговой травме. Таким образом, корректное ведение медицинской документации является неотъемлемой частью работы врача любой специальности и может, в дальнейшем, влиять на исход гражданских и уголовных дел.

ЛЕЧЕНИЕ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИМ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СПОСОБАМИ

Рзаева К.А., Кильдишева А.В.

Научные руководители: А.Г. Пинигин, М.Л. Егорова
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Инфантильная гемангиома является самой распространенной доброкачественной сосудистой опухолью, возникающая в основном у недоношенных и детей раннего возраста, преимущественно женского пола, с излюбленной локализацией на голове и шее (Munden A., Butschek R., Tom W.L., Marshall J.S., Poeltler D.M., 2014). Частота осложнений гемангиом достигает 40 %, среди которых 7,5 % – кровотечения, 21 % – изъязвления (Chiller K.G., Passaro D., Frieden I.J., 2002).

Всеми авторами признается возможность спонтанной регрессии, которая наиболее вероятна после первого полугодия жизни. Однако перспективы одной конкретной гемангиомы неопределенны, степень регресса варьируема и финал инволюции не всегда эстетически приемлем.

Методы лечения гемангиом, как инвазивные, так и медикаментозные, в настоящее время весьма многочисленны. Наиболее актуальными являются хирургическое иссечение, как радикальный одномоментный способ лечения, применение электроабляции при наличии точечных гемангиом, лазеротерапия, криотерапия и т. д. В настоящее время среди медикаментозных способов лечения пропранолол-терапия признается лидирующей в ведущих клиниках мира, применяется как самостоятельно, так и в сочетании с инвазивными процедурами (Dalby T.K., Lester S.D., 2013). Прямые показания к данному методу лечения – критическая локализация гемангиом (лицо, шея) и быстрый «злокачественный» рост.

Цель исследования – изучить опыт хирургического и медикаментозного лечения инфантильных гемангиом у детей первого года жизни в ДККБ г. Хабаровск.

Задачи исследования:

1. Выполнить клинико-статистическое исследование детей, поступивших в ДХО ДККБ с гемангиомами в возрасте от 1 месяца до 1 года;
2. Проанализировать результаты лечения гемангиом у детей путем хирургического иссечения и электроабляции (эффективность, косметический эффект, безопасность);
3. Проанализировать эффективность результатов и безопасность лечения гемангиом у группы детей с применением пропранолол-терапии.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе хирургического отделения ДККБ г. Хабаровск. Исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения 207 детей с инфантильными гемангиомами с помощью программы Doctor за период с 01.01.2014 по 01.01.2017 г. На

стационарное лечение в этот период направлялись дети с локализацией гемангиом в критических зонах, с быстрым ростом гемангиомы, с гемангиомами смешанного и комбинированного характера – т. е. те, амбулаторное лечение или динамическое наблюдение которых исключалось. Среди них мальчиков 73 (35,3 %) , девочек 134 (64,7 %). Возраст пациентов от 1 месяца до 1 года (средний возраст составил 6,3 мес. ± 20 дней). Гемангиомы располагались: лицо – 22 (10,6 %), шея – 5 (2,4 %), волосистая часть головы – 44 (21,3 %), конечности – 43 (21 %), область спины – 24 (11,6 %), область живота – 9 (4,4 %), грудная клетка – 29 (14,01 %), гемангиомы области промежности и наружных половых органов – 7 (3,4 %), множественные гемангиомы – 24 (11,6 %). Капиллярные гемангиомы составили 40 (19,3 %) случаев, кавернозные – 39 (18,8 %), комбинированные – 123 (59,4 %), смешанные – 3 (1,5 %), остальная часть входит в состав множественных гемангиом – 2 (1 %). Из 207 детей с гемангиомами, проанализированных нами, 166 (81%) были оперированы, 2 пациента были выписаны в связи с наличием сопутствующих заболеваний, которые являлись противопоказанием к оперативным вмешательствам, электроабляция наблюдалась у 19 (9,3 %) пациентов. В группу пациентов, находившихся на консервативном лечении пропранололом, вошло 16 (7,8 %) детей. Согласно протоколу, лечение пропранололом включало в себя стационарную и амбулаторную фазы. В рамках стационарной фазы проводили повышение дозы пропранолола от 0,5 до 2 мг/кг в сутки под контролем уровня артериального давления, пульса, показателей глюкозы крови и данных ЭКГ. Критерии включения: гемангиома множественная (более 3 независимых элементов); гемангиома прогрессирующая; гемангиома обширная (более 5 кв. см); гемангиома подкожной локализации, труднодоступных для хирургического лечения областей или областей с выраженным последующим косметическим дефектом; возраст ребенка до 1 года.

Лечение осуществлялось междисциплинарной командой в составе детского хирурга и педиатра-кардиолога. Каждому больному проводили контроль показателей гемодинамики (частоты сердечных сокращений, артериального давления), параметров ЭКГ, ЭхоКГ, уровня глюкозы крови.

В течение амбулаторной фазы лечения осуществлялась коррекция дозы препарата по весу пациента. Проводился еженедельный контроль показателей гемодинамики, ЭКГ и уровня глюкозы крови.

Для оценки результатов лечения использовали серии цифровых фотоснимков, выполненных до и после лечения, а также проводили оценку удовлетворенности родителей эффективностью лечения методом анкетирования.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, нуждавшихся в лечении, подавляющему числу детей было проведено хирургическое иссечение гемангиом в пределах здоровых тканей, в том числе с помощью электроабляции (9,3 %). Традиционное хирургическое удаление проводили в тех

случаях, когда были невозможны другие методы лечения. Осложнений на момент операций у исследуемой группы детей не было. Из 166 пациентов после хирургического иссечения гемангиом у 4 (2,4 %) больных наблюдался рецидив (повторные проявления). В остальных случаях было достигнуто устранение сосудистых новообразований без последующего осложнения.

В группе детей, находившихся на пропранолол-терапии, повторные проявления после отмены препарата наблюдались в 1 случае (6,25 %).

Длительность лечения составляла от 2 до 12 месяцев (в среднем $7,6 \pm 0,36$ мес.). Стационарная фаза лечения составила 8-17 дней. У всех детей изменения показателей гемодинамики (ЧСС и АД), параметров ЭКГ и уровня глюкозы крови носили временный характер и к началу амбулаторной фазы вернулись в рамки возрастной нормы. Фотодокументация и анкетирование родителей позволили констатировать излечение (улучшений/выздоровление). У 2 (12,5 %) пациентов родители отмечали сонливость на фоне приема препарата, как проявление одного из его побочных эффектов. В 1 случае, когда на фоне 3-месячного приема пропранолола у ребенка возникли сонливость и потливость, мама самостоятельно отменила лечение, без повторного наблюдения у детского хирурга. Со слов матери регресс гемангиомы произошел самостоятельно. В остальных случаях (93,75 %) по данным анкетирования поздних осложнений не наблюдалось, отмечался хороший косметический эффект (отсутствие местных рубцовых изменений), в сравнении с инвазивным вмешательством ($p < 0,01$) и достаточно быстрая инволюция сосудистого новообразования.

Программа лечения пропранололом одобрена протоколом врачебной комиссии, который складывается из трех документов: согласие родителей, представление на врачебную комиссию и консилиум, который подписывается заместителем главного врача, лечащим врачом, заведующим отделением и клиническим фармакологом.

Выводы

1. Таким образом, тактика ведения пациента с гемангиомой требует индивидуального подхода, как в диагностике, так и в выборе метода лечения сосудистого новообразования.

2. Удовлетворенность результатом лечения оказалась выше в группе медикаментозного лечения, что обусловлено эпителизацией, отсутствием продолжающегося роста опухоли ($p < 0,01$).

3. Медикаментозное лечение гемангиом с применением пропранолол-терапии видится перспективным и имеющим высокую результативность в плане эффективности и косметического эффекта. Однако по-прежнему не отработаны алгоритмы ведения пациентов, особенно с учетом возможных осложнений, не изучены оптимальные сроки стационарного и амбулаторного лечения пациентов.

СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ КИШЕЧНИКА С ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКИ СТУЛА У ДЕТЕЙ

Розвезева В.В.

Научный руководитель: А.Г. Пинигин

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Хроническая задержка стула у детей часто приводит к значительным изменениям в стенке толстой кишки и в мышцах тазового дна. Эти изменения в свою очередь усугубляют проявления синдрома хронической задержки стула и приводят к возникновению социально неприемлемого страдания у ребенка – фекальной инконтиненции. В практике детского хирурга для выбора наиболее эффективной тактики лечения хронического запора и фекальной инконтиненции необходимо установить непосредственную причину их возникновения, а также степень нарушений функций мышц тазового дна и толстой кишки. Для этих целей в современном мире на смену ирригоскопии и внутрипросветной эндоскопии пришла спиральная компьютерная томография (СКТ) кишечника с виртуальной колоноскопией. Виртуальная колоноскопия информативна для определения аномалий развития ободочной кишки ввиду лучшей визуализации и возможности оценки пространственного расположения петель кишечника. Данный метод позволяет также оценить поверхность слизистой оболочки кишечника, состояние мышечно-связочных элементов запирающего аппарата прямой кишки и степень расширения её просвета. Точность и эффективность СКТ кишечника с виртуальной колоноскопией составляет порядка 90 %. Это исследование легче, чем внутрипросветная колоноскопия, переносится детьми, а рентген-нагрузка не превышает таковую при ирригоскопии. В литературе в настоящее время крайне мало данных о показателях нормы и патологии при этом методе обследования, отсутствуют сопоставления найденных изменений с клиникой хронической задержки стула у детей.

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики причин хронической задержки стула у детей для выбора стратегии эффективного лечения.

Материалы и методы: в период с 2013 по 2017 гг. на базе ДККБ им. Пиотровича г. Хабаровска была проведена СКТ кишечника с виртуальной колоноскопией 252 детям в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Из них 137 мальчиков и 115 девочек. Исследования проводились с помощью аппарата Toshiba aquilion64 (со срезом в 0,5 мм) после тщательной очистки кишечника. Кишечник автоматически наполнялся углекислым газом под давлением 20-25 мм рт. ст. при 1-4 л/мин. При сканировании давление поддерживалось на уровне 10-15 мм рт. ст. Результаты оценивались по

осевой, коронарной и сагиттальной проекциям, 3D-реконструкции и в режиме эндоскопического окна. Исследовались форма и пространственное положение петель кишечника, длина и ширина её сегментов, наличие и симметричность гаустрации, а также ширина просвета кишечника, толщина и структура слизистой оболочки. Особое внимание уделялось: ширине прямой кишки (по осевой проекции в наиболее широком диаметре), толщине стенки прямой кишки и отношению её размеров к размерам полости малого таза; толщине сфинктера (сумма двух стенок без учёта наконечника в наиболее широком месте); величине аноректального угла (сагиттальная проекция, по задней стенке прямой кишки) и длине пуборектальной петли (по осевой проекции).

При ретроспективном анализе клинической картины обследованных детей (252) обнаружено, что функциональной хронической задержкой стула страдало 86 человек. Из них сопутствующая фекальная инконтиненция наблюдалась у 6 больных. КТ-признаками функциональных запоров являлись: неровность и шероховатость или сглаженность контура ободочной кишки, выраженные или сглаженные гаустры, увеличение или сглаживание складок слизистой оболочки кишки, сужение или расширение просвета кишечника, что говорит о дисфункции кишечника по гипер или гипомоторному типу. Органическая задержка стула, связанная с пороками развития, наблюдалась у 132 детей. Из них 56 больных страдало фекальной инконтиненцией. К признакам пороков развития кишечника относят: увеличение длины отделов ободочной кишки, нарушение пространственного расположения петель кишечника, расширение просвета сегментов, нарушение симметричности и сглаживания гаустр. Изменения аноректального угла у детей в группе с запорами и фекальной инконтиненцией составило более 95 градусов, по сравнению с нормой от 75 до 95 градусов. Удлинение пуборектальной петли до 50-60 мм (в настоящее время оформляется рац. предложение по норме). Толщина сфинктера у детей этой группы составляла от 21 до 39 мм при норме до 20 мм.

Также, при проведении СКТ кишечника с виртуальной колоноскопией были обнаружены воспалительные заболевания ободочной кишки у 7 детей, полипы у 2 больных и нормальная СКТ картина у 25 детей. У 2 детей из 29, оперированных по поводу пороков развития толстого кишечника, был обнаружен стеноз анастомоза в виде локального сужения просвета.

Выводы

1. СКТ кишечника с виртуальной колоноскопией является эффективным и безопасным методом диагностики причин хронической задержки стула у детей.

2. Причинами хронической задержки стула у детей, выявляемыми при СКТ кишечника являлись врожденные пороки развития (болезнь Гиршпрунга, декомпенсированная долихосигма), состояния после хирургического лечения (стенозы анастомоза и др.) и группа функциональных

запоров без органической причины. В клинической картине хронической задержки стула функционального характера, одним из показателей декомпенсации запирающего аппарата прямой кишки является фекальная инконтиненция.

3. Главными СКТ признаками декомпенсации функционального хронического запора у детей являются увеличение величины аноректального угла, удлинение пуборектальной петли, расширение прямой кишки, изменения структуры сфинктерного аппарата.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ И СПАСТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА

Семенихин К.Д., Бураков А.Н.

Научный руководитель: к. м. н. А.А. Смирнов

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Ахалазия – это заболевание с первоначальным нарушением моторики пищевода, характеризующееся функциональной обструкцией нижнего пищеводного сфинктера. Данное заболевание встречается с одинаковой частотой среди мужчин и женщин, никакой расовой предрасположенности выявлено не было, основное проявление заболевания приходится на возраст от 30 до 60 лет, но встречается во всех возрастных группах. Ахалазия кардии является достаточно редким заболеванием и встречается у 10 человек на 100 000 популяции, а частота заболеваемости составляет 0,5 человека на 100 000 популяции в год. Отличительными симптомами ахалазии являются загрудинные боли, регургитация, потеря веса, аспирация.

Материалы и методы. Методом пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) нами прооперирован 121 пациент, из которых 79 % (95) с ахалазией первого типа, 10 % (12) со вторым типом, 5 % (6) с третьим типом, 6 % (7) с дистальным спазмом. Среди пациентов было 39 % (47) мужчин и 61 % (74) женщин, средний возраст которых составил 32 года (от 15 до 77 лет). В 5 % (6) данная операция выполнялась после миотомии по Геллеру и 1 % (1) после пероральной эндоскопической миотомии. Все операции выполнялись на процессоре Pentax i-7000/7010, гастроскопом Pentax EG29-i10, на ЭХБ Erbe Via 300S/300D. Инструменты: нож Finemedix Q-type, щипцы для горячей биопсии Endo-flex, клипсы Olympus and Endostars.

Результаты. Средняя протяженность тоннеля составила 17 см, а протяженность миотомии 13 см. Средняя длительность операции 95 минут. Пациенты подвергаются постоянному контролю и наблюдались от 3 до 60 месяцев (медиана 24 мес.). Все пациенты проходили контрольное обследование через 3, 6 месяцев и далее каждый год. Все пациенты в течение первого месяца после ПОЭМ принимали ингибиторы протонной помпы. Периодическое жжение за грудиной после операции отмечали 17 пациентов, а 5 несколько раз в неделю. Интраоперационно были отмечены такие осложнения, как разрыв иницирующего разреза у одного пациента и перфорация слизистой оболочки в 2 случаях, все дефекты были закрыты эндоскопически. У 9 пациентов был отмечен малый гидроторакс, у одного пациента на второй день после операции было эвакуировано 500 мл серозного экссудата из плевральной полости, что являлось признаком несостоятельности шва.

Пероральная эндоскопическая миотомия оказалась эффективной в лечении ахалазии и спастических нарушений моторики пищевода. Данная операция является малоинвазивной, эффективной с малым количеством послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗОБРЕТЕННОГО ЗОНДА СО СКОРНЯЖНОЙ ИГЛОЙ НА ПОДВИЖНОМ КОНЦЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Ташкинов А.Н.

Научный руководитель: д. м. н. Н.В. Ташкинов

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) наблюдаются у 30-40 % населения развитых стран. Из пациентов, страдающих ГЭРБ, до 15 % нуждаются в оперативном лечении, в основном это больные с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Таким образом, из приблизительно 600 тысяч человек, проживающих в Хабаровске, в оперативном лечении по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы нуждается около 30 тысяч человек. В настоящее время операциями выбора при данной патологии являются лапароскопические антирефлюксные вмешательства в различных модификациях. Все эти операции объединяет необходимость наложения швов на ножки пищеводного отверстия диафрагмы для ликвидации грыжи. В то же время, используемые для этого лапароскопические инструменты имеют недостатки, связанные, в основном, с высокой стоимостью некоторых одноразовых инструментов и расходного материала.

Цель исследования – разработка многократно применяемого инструмента, облегчающего наложение швов на ножки пищеводного отверстия диафрагмы и не требующего использования дорогостоящего шовного материала с атравматическими иглами.

Материал и методы. Нами разработан и сконструирован опытный образец зонда со скорняжной иглой на подвижном конце. Оформлена и отправлена в Роспатент заявка на изобретение, на которую получена приоритетная справка. Нами сконструирован специальный тренажер для испытания предложенного зонда. На экспериментальном тренажере отработана методика наложения швов на образования, имитирующие ножки пищеводного отверстия диафрагмы, с помощью сконструированного зонда. Проведены клинические испытания предложенного зонда у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, которые показали возможность его применения при ушивании диафрагмальных ножек. В качестве групп сравнения были взяты пациенты, которым наложение швов на ножки пищеводного отверстия диафрагмы выполняли с помощью многоразового эндохирургического иглодержателя или с использованием одноразового сшивающего инструмента Endostich.

Результаты. Проведена сравнительная оценка этапа ушивания ножек пищеводного отверстия диафрагмы с помощью сконструированного зонда и с помощью эндохирургического иглодержателя, наиболее часто применяемого при выполнении данного вмешательства, с позиции удобства и скорости выполнения данного этапа операции, а также стоимости расходного материала. Также проведена сравнительная оценка этапа ушивания ножек пищеводного отверстия диафрагмы с помощью сконструированного зонда и с помощью сшивающего инструмента Endostich, который в настоящее время является инструментом «выбора» при выполнении данного вмешательства, с позиции удобства и скорости, а также стоимости расходного материала.

Предлагаемый зонд со скорняжной иглой на подвижном конце уступает сшивающему инструменту Endostich в удобстве и скорости выполнения этапа ушивания ножек пищеводного отверстия диафрагмы, но не требует использования дорогостоящего одноразового инструментария и шовного материала со специальными иглами. Предлагаемый зонд со скорняжной иглой на подвижном конце не уступает эндохирургическому иглодержателю в удобстве и скорости выполнения этапа ушивания ножек пищеводного отверстия диафрагмы, но не требует использования дорогостоящего шовного материала с атравматическими иглами.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БЕЗОАРА ЖЕЛУДКА

Уткина Я.А., Хаустов А.Ф., Пермякова Е.А.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии», г. Хабаровск, Россия

Клинический интерес данного случая заключается в его уникальности: за все время существования КГБУЗ ККЦО это единственное подобное клиническое наблюдение и, в какой-то мере, казуистическое сочетание осложнений перенесенной ранее операции, по поводу рака яичников: явления нарушения моторно-эвакуационной функции желудка, развитие гастростаза, приведшие к образованию гигантского безоара желудка.

Цель исследования: эндоскопическая дифференциальная диагностика между злокачественным и доброкачественным новообразованиями желудка.

Пациентка П. 52 лет находилась под наблюдением в КГБУЗ ККЦО по поводу рака яичников с 2007 года. По данным обследования включавшими УЗИ органов малого таза, осмотр гинеколога, уровень онкомаркера СА125, были подозрения на рецидивную опухоль в малом тазу являющиеся показаниями к релапаротомии. Интраоперационно, при ревизии брюшной полости онкогинекологом обнаружено гигантское образование в полости желудка. После удаления рецидивной опухоли малого таза консилиумом было принято решение об удалении образования в полости желудка эндоскопическим путем в условиях стационара. При выполнении фиброэзофагогастроудоденоскопии эндоскопом GIF Q20 фирмы Olympus (Япония) в послеоперационном периоде обнаружено наличие безоара желудка около 15 см, овальной формы, с гладкой поверхностью, желто-зеленого цвета, занимающее тело и антральный отдел желудка. Было решено произвести механическую фрагментацию образования диатермической петлей SD-210U-25 фирмы Olympus (Япония) и удаления его частями в несколько этапов с помощью корзинки Dormia FG-16L-1 фирмы Olympus (Япония). На первом этапе удалось удалить около 3,0-2,5 см от основной части безоара, при визуальном осмотре было оценено как фитобезоар, дальнейшая его фрагментация оказалась затруднительной. В связи с этим принято решение о размягчении безоара раствором соды. После извлечения фрагменты имели волокнистую структуру, напоминающую спрессованные опилки с твердыми включениями. Удалить образование удалось за 4 сеанса лечебной гастроскопии. При контрольном исследовании через 2 недели остатков безоара не обнаружено, но имело место явление гастростаза. При целенаправленном сборе анамнеза выяснилось, что около 1 года назад, находясь в зарубежной поездке, пациентка употребляла в пищу экзотический плод с волокнистой мякотью, название которого назвать затруднилась. После этого и до момента удаления безоара пациентка ощущала дискомфорт после

приема пищи, чувство тяжести, изжогу и отрыжку, однако данные жалобы были расценены как проявление осложнений перенесенной ранее операции. Отмечаем, что вышеописанные жалобы встречаются у значительного числа больных перенесших экстирпацию большого сальника по поводу онкопроцесса.

В результате нам удалось эндоскопическим путем в несколько этапов удалить гигантский безоар, без осложнений. Необходимо отметить важность эндоскопического исследования перед оперативными вмешательствами. Как следствие – можно избежать дополнительных интраоперационных манипуляций с целью верификации, расширяющих оперативный объем и усугубляющих тяжесть состояния пациента.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА

Цупрун П.Ю.

Научные руководители: А.В. Савенок, д. м. н. В.Э. Кокорина,
О.И. Костюченко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Отосклероз – специфическое заболевание, представляющее собой первичное метаболическое поражение костной капсулы ушного лабиринта и слуховых косточек, заключающееся в нарушенном росте / резорбции костей.

По данным литературы распространённость отосклероза варьирует в разных популяциях от 0,1 до 1 %. Отосклероз у женщин встречается в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин, с дебютом заболевания в возрасте 20-40 лет.

Этиология отосклероза не выяснена полностью. По данным различных исследований, определённую роль играют дефекты коллагена, ангиотензина II, иммунного ответа, HLA – системы, а также воспалительные, вирусные и гормональные факторы.

По локализации поражения выделяют стапедиальную (фенестральную), кохлеарную и смешанную формы. Наиболее часто встречается первая из них, сопровождающаяся уменьшением подвижности стремени и, как следствие, кондуктивной тугоухостью. Кохлеарный отосклероз проявляется хронической сенсоневральной тугоухостью с прогрессирующим течением.

Основной жалобой пациентов является постепенное снижение слуха без явных причин, носящее двусторонний характер в 70-80 % случаев. Другими жалобами могут быть тиннитус (50 %) и вертиго (10 %, если в отосклеротический процесс вовлечены полукружные каналы).

Лечение отосклероза – оперативное. Применяются различные виды стапедопластики (поршневая, протезом на аутогену, с применением ауто-

тканей). Выбор методики зависит от возраста пациента, сопутствующей патологии, особенностей течения заболевания. В активную стадию отосклероза возможно применение консервативной терапии: бисфосфонаты + фтористый натрий.

Таким образом, отосклероз – хроническое прогрессирующее заболевание с неустановленной этиологией, значительно снижающее качество жизни пациентов и требующее высокотехнологичного оперативного лечения.

Цель: в ретроспективном клиническом исследовании проанализировать особенности хирургического лечения больных с отосклерозом.

Задачи

1. Изучить данные литературы об эпидемиологии, распространённости, клинике и современных методах лечения отосклероза.

2. Провести анализ истории болезни пациентов с отосклерозом, получивших хирургическое лечение на базе Хабаровского филиала ФГБУ НКЦО ФМБА России.

Материалы и методы. На базе Хабаровского филиала ФГБУ НКЦО ФМБА России изучено 20 историй болезни пациентов с диагнозом «Отосклероз». Производилась выборка и сравнение следующих данных: пол, возраст, форма и длительность заболевания, предшествующие операции, данные СКТ височных костей, степень и тип тугоухости до и после операции, вид оперативного доступа, устанавливаемый стапедиальный протез, длительность госпитализации, тип анестезии, анализ прироста слуха после операции.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, большинство составили женщины (17 человек), что совпадает с данными литературы. Средний возраст пациентов – $39,55 \pm 2,12$ лет ($p=0,05$). Средний возраст начала заболевания составил $30,38 \pm 2,23$ лет ($p=0,05$).

Двустороннее нарушение слуха отмечено у 18 пациентов. Более половины пациентов (13 человек) страдали смешанной тугоухостью (2-4 степени). У 5 пациентов выявлен кондуктивный тип тугоухости.

Были слухопротезированы до оперативного лечения 4 пациента (20 %). Послеоперационное применение слухового аппарата на том же ухе может быть продолжено при сохранении смешанной тугоухости с выраженным сенсоневральным компонентом.

Основным объективным методом диагностики отосклероза является СКТ височных костей. При толщине среза 0,3–1 мм в 80-95 % случаев СКТ позволяет определить локализацию, распространенность очагов отосклероза и степень активности процесса. Снижение плотности капсулы лабиринта от +1500 до +300 ед. Н (в норме + 2000 – +2200 ед. Н (единицы Hounsfield)) свидетельствует о начальной или далеко зашедшей ее деминерализации. По результатам исследования у 17 (85 %) пациентов выявлено двустороннее поражение, среди них 12 имели фенестральную форму,

двое – смешанную, двое – асимметричное поражение (фенестральная на одном ухе и смешанная на другом) и у одного пациента был выявлен массивный отоспонгиоз, что подтвердилось во время оперативного лечения и позволило спрогнозировать тактику хирургического вмешательства

Односторонние изменения диагностированы у одного пациента, при этом КТ – картина соответствует клинической – слух на здоровом ухе не нарушен.

У одного пациента изменения на КТ отсутствовали полностью, несмотря на выраженную тугоухость.

При оперативном лечении применялись следующие варианты анестезии: 10 человек – премедикация + местная анестезия; 6 человек – тотальная внутривенная + местная анестезия; 4 человека – тотальная внутривенная анестезия + эндотрахеальный наркоз.

При оперативном лечении у всех в исследуемой группе использовался межхрящевой доступ по Heerman. Во всех случаях планировалась стапедотомия с сохранением подножной пластинки стремени. Это удалось у 15 пациентов (75 %). В остальных случаях было выполнено удаление заднего полюса (3 случая) или половины подножной пластинки (2 случая). Отверстие в подножной пластинке стремени во всех случаях накладывались с помощью перфоратора. Производилась стапедопластика поршневой методике. В 16-ти операциях использовались протезы фирмы KarlStorz. Их особенностью является возможность укоротить имплантат до необходимого размера. У остальных четырёх пациентов применяли протезы с фиксированной длиной 4,25-4,5 (audiotech и audioSPL).

У всех пациентов при выполнении вмешательства под местной анестезией (10 человек) получен интраоперационный прирост слуха.

Для пяти (25 %) пациентов настоящая стапедопластика являлась второй. Среднее время от начала заболевания до первой операции – $9,125 \pm 1,24$ лет ($p=0,05$).

В послеоперационном периоде при смешанной тугоухости, высоких дооперационных порогах костной проводимости (КП) назначались гормональные и вазоактивные препараты.

Вывод: В Хабаровском филиале ФГБУ НКЦО ФМБА России проводится современное оперативное лечение отосклероза – стапедопластика по поршневой методике с применением различных протезов стремени. Соотношение мужчин и женщин, средний возраст начала и распространённости отосклеротического процесса совпадают с общемировыми данными. Комплексное обследование больных отосклерозом на догоспитальном этапе позволяет осуществлять грамотный отбор пациентов для операции и выбрать оптимальную методику хирургического вмешательства.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНТУБАЦИОННЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Чупа Ю.С.

Научный руководитель: А.В.Савенок, д. м. н. В.Э. Кокорина
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Рубцовый стеноз гортани и трахеи является наиболее грозным осложнением продленной искусственной вентиляции легких. По данным различных авторов, частота возникновения рубцовых изменений гортани и трахеи после ИВЛ составляет 0,2-25 % (Пальчун В.Т., 2008). Рубцовые стенозы обусловлены повреждением слизистой оболочки, мышц и хрящей с присоединением вторичной инфекции и формированием грубой рубцовой ткани, деформирующей просвет трахеи и гортани.

Существуют различные хирургические методы лечения рубцового стеноза трахеи и гортани, среди которых наиболее часто используется бужирование стеноза трахеи тубусами жесткого бронхоскопа, циркулярная резекция трахеи с анастомозом конец в конец, ларинготрахеопластика, баллонная дилатация. Часто данная патология требует многоэтапных хирургических вмешательств, в результате которых не всегда удается добиться восстановления просвета, оптимального для дыхания через естественные дыхательные пути и деканюлировать пациента. Лечение стеноза трахеи и гортани продолжает оставаться актуальной проблемой, требующей поиска и разработки эффективных методик.

Цель – повышение эффективности реабилитации пациентов с постинтубационным рубцовым стенозом подскладкового отдела гортани и трахеи.

Задачи

1. Изучить данные литературы о распространённости, клинике и современных методах хирургического лечения хронического рубцового стеноза гортани и трахеи.

2. По данным ретроспективного анализа историй болезни пациентов с хроническим рубцовым стенозом подскладкового отдела гортани и трахеи исследовать клиническую эффективность применяемых методик хирургического лечения на частоту рестенозирования.

Материалы и методы. С 2015 по 2017 гг. на базе Хабаровского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России было обследовано и пролечено 7 пациентов с рубцовым постинтубационным стенозом подскладкового отдела гортани и верхней трети трахеи, из них, 5 мужчин и 2 женщины трудоспособного возраста от 17 до 38 лет. Все пациенты на момент обращения были хроническими канюленосителями. Длительность стеноза составила от 1 года до 6 лет. В предоперационном периоде всем пациентам проводили общеклиническое обследо-

дование, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) трахеи и гортани с трехмерной реконструкцией, эндоларингоскопию, фиброскопию гортани и трахеи. Пациентам с рубцовым стенозом подскладкового отдела гортани и трахеи было выполнено оперативное вмешательство – ларинготрахеопластика. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилось консервативное лечение: антибиотикотерапия, противовоспалительная и анальгезирующая терапия. Динамическое наблюдение проводилось через 14 дней, 1 месяц, 3 месяца и через 6 месяцев после выписки из стационара.

Результаты и обсуждение. По данным МСКТ гортани и трахеи у всех пациентов был выявлен ограниченный рубцовый стеноз подскладкового отдела гортани с распространением на трахею протяженностью 0,5-0,8, циркулярно суживающий просвет до 0,2-0,7 см. У 3 пациентов различные формы расстройства дыхания явились следствием черепно-мозговой травмы.

После иссечения рубцовой ткани под контролем эндоскопа с помощью аппарата радиоволновой хирургии «Сургитрон» в течение первых двух суток пациентам проводилась тампонада трахеи и гортани по Микуличу. На 2-е-3-е сутки в подскладковый просвет гортани и трахею устанавливалась силиконовая Т-образная трубка с индивидуальным подбором ширины просвета и длины гортанного и трахеального концов.

По данным эндоларингоскопии в раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечалось наличие отека слизистой оболочки и наложение фибринового налета в области оперативного вмешательства. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 7 дней.

Все пациенты были деканюлированы через 4-6 месяцев после оперативного лечения. В период наблюдения через 3 месяца после деканюляции только у одной из пациенток отмечалось стенозирование просвета трахеи в средней трети за счет недостаточной жесткости хрящевого каркаса в области зарубцевавшейся трахеофиссуры, что потребовало введения эндо-трахеального стента под контролем фиброскопа.

Выводы: Методика ларинготрахеопластики с иссечением рубца гортани и трахеи аппаратом радиоволновой хирургии «Сургитрон» с выполнением в первые сутки тампонады по Микуличу с дальнейшей установкой Т-образного стента позволяет добиться формирования стойкого просвета подскладкового отдела гортани и трахеи, не требует многоэтапных хирургических вмешательств, сокращает сроки реабилитации пациентов с постинтубационным рубцовым стенозом гортани и трахеи.



Внутренние болезни

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Горст Н.Х., Новак В.В.

Научный руководитель: к. м. н. Н.И. Попова

*Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия*

Проблема курения, как одного из главных факторов развития сердечно-сосудистой патологии, остаётся достаточно актуальной в настоящее время. Опрос ВЦИОМ, проведенный в 2016 году, показал снижение количества курящих граждан по сравнению с предыдущими годами (2013 год – 41 %, 2016 год – 31 %). Основная часть курильщиков – лица трудоспособного возраста (мужчины (45 %) и молодежь (30 % среди 18-24-летних)). Несмотря на введение закона о запрете курения в общественных местах, число граждан, соблюдающих «антитабачный закон» держится на уровне 55 %. Эти данные говорят о том, что доля пассивных курильщиков остаётся довольно высокой в нашей стране.

Цель – установить закономерные связи между характеристиками курения и особенностями сердечно-сосудистой патологии у пациентов кардиологического отделения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в кардиологическом отделении ГKB № 2 им. Ф. Х. Граля г. Перми. Было опрошено 44 пациента, из числа которых 18 не курили никогда, 12 – бросили курить, 14 продолжали курить на момент проведения исследования. Пациентам был предложен опросник, включающий вопросы о курении и оценку собственного состояния здоровья.

Результаты. Среднее систолическое АД среди некурящих составило $134,4 \pm 13,8$ ммHg, среди бросивших курить – $133,3 \pm 10,0$ ммHg, среди курящих – $137,1 \pm 11,8$ ммHg. Максимальное АД, зарегистрированное в течение жизни, у некурящих в среднем составляет $196,1 \pm 22,3$ ммHg, у бросив-

ших курить – $176,7 \pm 25,6$ ммНг, у курящих – $212,1 \pm 32,5$ ммНг. Боли за грудиной наблюдались у 44 % некурящих и у 85 % курильщиков. Средний возраст дебюта болей у некурящих пациентов – $59,5 \pm 10,5$ лет, у бросивших курить – $65,8 \pm 10,1$ лет, у курящих – $49,8 \pm 7,5$ лет. Частота инфарктов в группе некурящих в среднем составляет 0,11, бросивших курить – 0,67, в группе курильщиков – 0,86. Средний возраст первого инфаркта миокарда у некурящих – $78 \pm 2,5$ лет, у бросивших курить – $65,8 \pm 9,0$ лет, у курильщиков – $49,8 \pm 6,0$ лет. Частота инфарктов миокарда в группе пациентов со средним отношением стажа курения к возрасту, равным 0, составила 0,1, в группе с этим же отношением от 0,1 до 0,55 – 0,25, с отношением от 0,55 до 0,75 – 0,61, с отношением более 0,75 – 1,25. Самыми популярными среди респондентов марками сигарет стали «Прима» (38 %) и «Ява» (31 %), содержащие соответственно по 13 мг/с и 12 мг/с смол и по 0,9 мг/с никотина. 57 % опрошенных курильщиков безуспешно пытались бросить курить самостоятельно. Среди бросивших курить пациентов ни один не пользовался вспомогательными методами отказа от курения.

Выводы: 1) Курение не влияет на уровень среднего повседневного АД, но значительно повышает его при кризах. 2) Боли за грудиной беспокоят курильщиков в 2 раза чаще, и дебютируют в среднем на 10 лет раньше, чем у некурящих и на 16 лет раньше, чем у бросивших курить. 3) Жалобы на одышку предъявляли 92 % пациентов, которые когда-либо курили и 67 % некурящих пациентов. Одышка у курящих пациентов дебютирует на 6 лет раньше, чем у некурящих. 4) Средний возраст первого инфаркта миокарда у курящих на 29 лет раньше, чем у некурящих, и на 16 лет раньше, чем у когда-либо куривших. 5) Чем выше коэффициент отношения стажа курения к возрасту, тем выше частота инфарктов в данной группе. 6) Отказ от курения снижает частоту инфарктов в 6 раз, а средний возраст первого инфаркта миокарда – на 13 лет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Денисюк Г.А., Ковалев К.К.

Научный руководитель: Н.Ю. Компанец

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель – анализ причин и факторов, способствующих возникновению внезапной сердечной смерти (ВСС) по данным танатологического архива КГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Хабаровска за 2013 год.

Задачи: определение статистических характеристик ВСС в г. Хабаровске на основании заключений судебно-медицинских экспертов, обоснова-

ние целесообразности обучения базовой сердечно-легочной реанимации непрофессионалов.

Материалы и методы: данные архива танатологического отделения КГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2013 год – 177 актов из 2255.

Результаты: при анализе медицинской документации мы оценивали: пол, возраст, причину смерти, место обнаружения, наличие в крови алкоголя и других токсических агентов, наличие признаков проведения реанимационных мероприятий. В ходе работы было выявлено: большинство пострадавших – мужчины в возрасте 43 лет; основная причина смерти – острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ишемической болезни сердца; в состоянии алкогольного опьянения находилось 53 % мужчин и 29 % женщин; экзогенная интоксикация выявлена у 15 % пострадавших; самое распространенное сопутствующее состояние – гепатит (43 %); реанимационные мероприятия были оказаны в 13 % случаев; основное место обнаружения – дом (63 %).

Выводы: свидетелями происшествия в большинстве случаев становятся непрофессионалы: родственники, друзья, случайные свидетели. Подготовка населения оказанию мероприятий по базовому поддержанию жизни может эффективно увеличить количество людей, обученных сердечно-легочной реанимации и уменьшить, так называемое, «окно свидетелей», что будет способствовать выживанию пострадавших на догоспитальном этапе, до приезда специализированных бригад медицинской помощи. При своевременном оказании помощи, процент умерших в результате ВСС мог быть значительно меньше.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПОВТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Закураева К.А., Ланков В.А.

Научный руководитель: д. м. н. Р.Х. Гимаев

Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

В настоящее время не вызывает сомнений прогностическая роль влияния кардиогемодинамических факторов на риск возникновения острых нарушений мозгового кровообращения и их течение. Данные о риске возникновения повторных нарушений мозгового кровообращения и зависимость их от морфофункциональных параметров сердца немногочисленны и весьма противоречивы.

Цель исследования – оценка морфофункциональных параметров сердца у больных, с повторным ишемическим инсультом и пациентов, у которых ишемический инсульт (ИИ) встречался впервые.

Материалы и методы: Было обследовано 108 пациентов с нарушениями мозгового кровообращения. Из них 66 пациентов, у которых ИИ был выявлен впервые (32 мужчины и 34 женщины, средний возраст – $57,95 \pm 8,49$ лет), а 42 пациента имели повторный ИИ (23 мужчины и 19 женщин; средний возраст – $56,60 \pm 7,12$ лет). Все пациенты имели в анамнезе гипертоническую болезнь. В исследование не включались больные с сахарным диабетом и постинфарктным кардиосклерозом. С целью оценки морфофункционального состояния сердца, была проведена эхокардиография (ЭХОКГ) с оценкой конечного диастолического размера (КДР, мм), конечного систолического (КСО, мл), диастолического (КДО, мл) и ударного объемов (УО, мл) левого желудочка (ЛЖ), а также фракции выброса (ФВ, %).

Статистическая обработка результатов производилась с использованием программы Statistica 10. Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm Sd$). Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: было установлено, что в группе больных с повторным ИИ отмечались достоверно большие значения КДО ($121,72 \pm 8,65$ и $98,44 \pm 7,84$; $p = 0,05$), КСР ($36,86 \pm 5,93$ и $33,43 \pm 3,05$; $p = 0,05$) ЛЖ.

В ходе анализа функциональных показателей было установлено достоверное снижение ФВ ЛЖ у больных с повторным ИИ в сравнении с лицами, у которых ИИ был впервые ($61,00 \pm 8,92$ и $65,55 \pm 5,12$; $p = 0,033$). В группе больных с повторным ИИ отмечалось уменьшение показателей фракции укорочения (ФУ) ($31,21 \pm 5,96$ и $35,14 \pm 3,67$; $p = 0,045$). Достоверных отличий показателей КДР, КСО, УО ЛЖ найдено не было.

Также было установлено достоверное преобладание дилатаций камер сердца в группе больных с повторным ИИ – 66,66 % ($n = 28$ чел.) и 36,36 % ($n = 24$ чел.); $p = 0,02$. У больных с дилатацией камер сердца повышен ОР развития повторного ИИ в 1,8 раз (ДИ 1,24 – 2,7; $p < 0,05$).

У пациентов с повторным ИИ отмечается увеличение показателей КДО и КСР и уменьшение показателей ФУ и ФВ. Дилатация камер сердца повышает риск развития повторного ИИ в 1,8 раз.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ СЕРДЦА

Костенко Д.Ю.

Научный руководитель: к. м. н. Н.П. Кейзер

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

При повсеместном распространении электрических технологий на производстве и в быту – неизбежно увеличивается число электротравм. Большая часть электротравм на производстве связана с воздействием тока высокого напряжения, в быту электротравмы вызваны воздействием тока низкого напряжения (половина пострадавших при этом – дети). Важно отметить, что как производственные, так и бытовые электротравмы вызываются воздействием наиболее опасного для организма переменного тока. При этом сердце, являясь обладателем собственной системы автоматизма, возбуждения и проведения, наиболее уязвимо к действию электрического тока. Это может вызвать опасные для жизни осложнения со стороны сердца в виде нарушений ритма и проводимости.

Цель: изучить клинические особенности поражения сердца и показатели электрокардиограммы у лиц, подвергшихся воздействию электрического тока.

Материалы и методы. Проведен анализ 31 историй болезни пациентов, госпитализированных по поводу электротравмы в ККБ № 2. Наши наблюдения включали 26 мужчин и 5 женщин в возрасте от 13 до 62 лет (средний возраст – 31,6 лет). В 50 % случаев – электротравма была бытовой, в 45 % – производственной, в 5 % ее вызвал удар молнией. В связи с возможностью электрического тока нарушать процессы автоматизма, возбудимости и проводимости сердца мы провели динамическое изучение основных показателей ЭКГ.

Результаты и обсуждение. У большинства больных при поступлении отмечалось увеличение частоты сердечных сокращений до 125 в минуту (в среднем 93). В одном случае наблюдалась транзиторная брадикардия – 45 в минуту. Нарушения ритма в виде пароксизма мерцательной аритмии отмечено у 4 пациентов, у одного из них длительное воздействие тока из-за мышечного спазма он продолжался более 12 часов, несмотря на повторные инфузии амиодарона и сопровождался развитием транзиторной блокады правой ножки пучка Гиса. Еще у одной больной транзиторная блокада правой ножки пучка Гиса сопровождалась, по данным УЗИ, временной асинергией межжелудочковой перегородки. Нарушения процессов реполяризации выявлены нами у 11 пациентов, максимально выраженными (повышение сегмента ST, двухфазный зубец T) они были у 16-летнего спортсмена после удара молнией на футбольном поле. Через сутки указанные изменения исчезли. Проведенный нами анализ ЭКГ включавший в большинстве случаев нетяжелые электротравмы, показал нормальные по-

казатели продолжительности зубца Q, интервала PQ, желудочкового комплекса QRS, корригированного интервала QT как при поступлении, так и в последующие дни.

Выводы: Появление нарушений ритма и проводимости, а также нарушения процессов реполяризации по данным ЭКГ отмечены при наиболее тяжелой электротравме, связанной с длительным воздействием сетевого тока или атмосферного электричества.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ОСТРУЮ СТАДИЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ланков В.А., Закураева К.А.

Научный руководитель: д. м. н. Р.Х. Гимаев

Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

Кардионеврологические взаимоотношения в современной медицине являются весьма актуальными. Большую роль в возникновении, течении и прогнозе ишемического инсульта (ИИ) играют морфофункциональные параметры сердца.

Цель: оценка морфофункциональных параметров сердца у больных с различной локализацией ИИ в острой стадии.

Материал и методы. В ходе данного исследования было обследовано 64 пациента в остром периоде ИИ. Из них 31 пациент имели ИИ в вертебрально-базилярном бассейне (11 женщин и 20 мужчин; средний возраст – $57,95 \pm 8,49$ лет), 33 пациента имели ИИ в бассейне среднемозговой артерии (12 женщин и 21 мужчина; средний возраст – $58,70 \pm 9,11$ лет). Все пациенты имели в анамнезе гипертоническую болезнь. В исследование не включались больные с сахарным диабетом и постинфарктным кардиосклерозом.

С целью оценки морфофункционального состояния сердца, всем больным была проведена эхокардиография сердца, где оценивались линейные (конечный диастолический размер (КДР, мм)) и объемные (конечный диастолический объем (КДО, мл), ударный объем (УО, мл)), параметры левого желудочка (ЛЖ), а также толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП, мм). Функциональные параметры оценивались по фракции выброса (ФВ, %) и фракции укорочения (ФУ, %) ЛЖ. Также оценивалась диастолическая функция ЛЖ и среднее давление в легочной артерии (СДвЛА, мм рт. ст.).

Статистическая обработка результатов производилась с использованием программы Statistica 10. Результаты представлены в виде в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm Sd$). Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Оценивая морфометрические параметры ЛЖ было установлено, что в группе больных с ИИ в бассейне среднемозговой артерии (БСМА) отмечались достоверно большие значения КДО ($103,57 \pm 28,93$ и $123,80 \pm 40,70$ мл; $p=0,037$) и УО ($63,82 \pm 19,95$ и $77,90 \pm 20,78$ мл; $p=0,025$) ЛЖ, по сравнению с пациентами, имевшими ИИ в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ).

Достоверных различий в ТМЖП и КДР ЛЖ в сравниваемых группах найдено не было ($p>0,05$). В ходе анализа функциональных показателей сердца было установлено, что в группе больных с ИИ в БСМА отмечается достоверное снижение систолической функции ЛЖ, в виде уменьшения показателей ФВ ($63,75 \pm 6,57$ и $59,37 \pm 7,35$ %; $p=0,014$) и ФУ ($34,00 \pm 3,48$ и $30,82 \pm 4,68$ %; $p=0,013$). При оценке функции расслабления ЛЖ установлено, что в группе больных с ИИ в ВББ частота встречаемости диастолической дисфункции левого желудочка (ДДФЛЖ) составляла 65 % ($n=20$ чел.), тогда как в группе больных с ИИ в БСМА – 51 % ($n=17$ чел.), что было недостоверным. Оценивая параметры давления в легочной артерии в сравниваемых группах, было установлено его достоверное повышение у пациентов с ИИ в БСМА ($15,67 \pm 2,83$ и $18,65 \pm 5,47$ мм рт. ст.; $p=0,031$).

Выводы: Таким образом, в ходе настоящего исследования было установлено, что морфофункциональные показатели сердца у больных в остром периоде ИИ имеют различия в зависимости от локализации очага. При локализации очага в БСМА отмечается достоверное увеличение объемных показателей ЛЖ, снижении сократительной способности ЛЖ и повышении СДВЛА в сравнении с пациентами, перенесшими ИИ в ВББ.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Новикова В.А.

Научный руководитель: д. м. н. Е.А. Юрасова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

У большинства беременных заболевание гестационным сахарным диабетом (ГСД) протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость. К сожалению, в большинстве случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов, по фенотипическим признакам диабетической фетопатии у новорожденного. Таким образом, можно предположить, что осложнения, связанные с беременностью на фоне гестационного сахарного диабета, заслуживают детального анализа.

Цель исследования – изучить влияние гестационного сахарного диабета на течение и исход беременности.

Задачи исследования. Провести ретроспективный анализ индивидуальных карт беременной и родильницы с ГСД. Выявить факторы риска формирования ГСД. Определить частоту встречаемости и характер жалоб, предъявляемых беременными женщинами с ГСД. Проанализировать течение беременности, а также изучить осложнения, возникшие во время беременности при данной патологии на основании ретроспективного анализа. Оценить частоту встречаемости фетопатий и патологий со стороны плода при ГСД. Проанализировать исходы беременности при ГСД

Методы исследования: частота встречаемости, осложнения и исходы беременности на фоне гестационного сахарного диабета изучались на основании ретроспективного анализа 40 индивидуальных карт беременной и родильницы, проведенного на базе проведенных на базе Женской консультации Краснофлотского района КГБУЗ «Родильный дом № 1», Женской консультации Центрального района КГБУЗ «Родильный дом № 1», Женской консультации г. Биробиджан.

Результаты и обсуждения. Одним из факторов риска при гестационном диабете является возраст матери старше 25 лет. По данным исследования, в данной возрастной категории оказались 36 (90 %) женщин, индивидуальные карты которых были взяты для ретроспективного анализа, из них 29 (80 %) респонденток имели более 1 беременности в анамнезе. Из 29 (80 %) повторно беременных женщин гестационный диабет при предыдущих беременностях отмечался у 6 (17 %) пациенток, рождение крупного плода (масса тела более 4 кг) – у 8 (24 %) беременных. Другим важным фактором риска является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. По данным проведенного анализа отягощенный анамнез выявлен у 28 (68 %) женщин, из них медицинский аборт был произведен у 14 (52 %) респонденток, выкидыш при предыдущих беременностях у 7 (26 %) женщин, воспалительные заболевания ОМТ (эндометрит, сальпингит) у 6 (22 %) беременных, СПКЯ зарегистрировано у 2 (7,5 %) женщин. Избыточный вес также является фактором риска, согласно данным, полученным из индивидуальных карт беременной и родильницы 29 (72,5 %) женщин имели до беременности ИМТ более 25, из них у 4 (14 %) беременных диагностировано ожирение 1 степени. Для определения метаболического синдрома использовался ИМТ. Значение индекса массы тела у взрослых в диапазоне 18-25 считается нормой. Согласно последнему определению, значение ИМТ между 25 и 29,9 считают показателем «избыточного веса», а 30 и более – «ожирения». Наличие сахарного диабета среди родственников первой линии родства наблюдался у 22 (55 %) женщин с гестационным сахарным диабетом, что также является фактором риска ГСД. Согласно литературным данным, гестационный диабет (ГСД) в большинстве случаев протекает бессимптомно, клинические проявления не выражены или неспецифичны. Однако по данным проведенного ретроспективного анализа 15 (37,5 %) беременных отмечали во время беременности симптомы, ха-

раактерные для сахарного диабета. По данным исследования наиболее частыми жалобами со стороны обследуемых женщин были: жажда – у 6 (40 %) беременных, повышенный аппетит – у 5 (26 %), сухость во рту – у 9 (60 %), головокружение – у 4 (20 %) женщин. Согласно последним клиническим рекомендациям 2017 года, диагноз ГСД устанавливается, если гликемия натощак в венозной плазме $\geq 5,1$ ммоль/л, но меньше 7,0 ммоль/л. Ранее диагноз гестационный сахарный диабет устанавливался при уровне глюкозы венозной плазмы натощак $\geq 5,5$ ммоль/л. У 19 (47,5 %) беременных отмечается уровень глюкозы венозной плазмы натощак 5,6-6,0 ммоль/л, у 14 (35 %) женщин – 5,1-5,5 ммоль/л. Таким образом, благодаря новому стандарту, каждая третья женщина попадает под наблюдение. Осложнения беременности при гестационном сахарном диабете. Согласно литературным данным, при ГСД отмечается фетоплацентарная недостаточность и нарушение маточно-плацентарного кровотока, также может развиваться такое грозное осложнение, как поздний самопроизвольный выкидыш. По результатам ретроспективного анализа нарушение МППК, согласно данным УЗИ, наблюдалось у 6 (15 %) беременных, низкая плацентация была отмечена у 9 (22,5 %) женщин. Беременность на фоне гестационного сахарного диабета закончилась поздним самопроизвольным выкидышем у 3 (14,3 %) респонденток. Наибольшее значение беременность на фоне гестационного сахарного диабета имеет для плода, поэтому необходимо было провести анализ данных УЗИ для выявления признаков диабетической фетопатии. УЗИ-признаки диабетической фетопатии были выявлены у 16 (40 %) беременных. Согласно полученным данным опережение внутриутробного развития плода было обнаружено у 13 (32,5 %) женщин, многоводие – у 9 (22,5 %), диспропорция плода – у 3 (7,5 %) беременных.

Выводы

1. В результате анализа индивидуальных карт беременной и родильницы было выяснено, что факторами риска развития гестационного сахарного диабета являются: возраст матери старше 25 лет (36 (90 %) беременных), повышенный индекс массы тела (29 (72,5 %) респонденток, отягощенный семейный анамнез по сахарному диабету (родство первой степени) (22 (55 %) женщин), отягощенный акушерский анамнез (28 (68 %) беременных).

2. Несмотря на то, что у большинства беременных (33 (82,5 %) женщин) глюкоза венозной плазмы натощак составила 5,1-6,0 ммоль/л, у 15 (37,5 %) респонденток отмечались симптомы, характерные для сахарного диабета. Наиболее частыми жалобами со стороны обследуемых женщин были: жажда (6 (40 %) беременных), повышенный аппетит (5 (26%) респонденток), сухость во рту – (9 (60 %) пациенток), головокружение (4 (20 %) женщин).

3. По результатам ретроспективного анализа осложнениями течения беременности на фоне ГСД у респонденток являлись: нарушение МППК (6 (15 %) беременных), низкая плацентация (9 (22,5 %) женщин). Беременность на фоне гестационного сахарного диабета закончилась поздним самопроизвольным выкидышем у 3 (14,3 %) женщин.

4. УЗИ-признаки диабетической фетопатии были выявлены у 16 (40 %) беременных. Наиболее часто встречающимися признаками являются: опережение внутриутробного развития плода (13 (32,5 %) женщин), многоводие (9 (22,5 %) респонденток), диспропорция плода (3 (7,5 %) беременных).

5. Исходами беременности на фоне гестационного сахарного диабета стали срочные роды (34 (85 %) женщин), из них у 11 (33 %) респонденток родился крупный плод массой более 4000 г.

Проведенное исследование подтверждает, что гестационный сахарный диабет является важной проблемой в акушерстве, к которой должно быть обращено пристальное внимание акушеров-гинекологов во время постановки на учет беременных, особенно имеющих высокий риск развития данной патологии.

АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Сычев И.В.

Научный руководитель: д. м. н. Л.Н. Гончарова
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
г. Саранск, Россия

В настоящее время доминирующим направлением в медицине является поиск маркеров, позволяющих распознавать развитие сопутствующих заболеваний на ранних стадиях и которые могли бы быть доступны в общетерапевтической практике. В структуре неинфекционных заболеваний, заболевания легких и сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее положение. Наличие коморбидных состояний у больного усугубляют течение имеющихся заболеваний, усложняют алгоритм лекарственной терапии и ускоряют процесс развития осложнений. Одним из единых механизмов при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и гипертонической болезни (ГБ) является нарушение эндотелиальной дисфункции, развитие артериосклероза с изменением эластических свойств сосудов.

Поэтому актуальным является использование неинвазивных методов обследования у больных ХОБЛ для исследования различных показателей сосудистого статуса, позволяющих ориентироваться в возможности развития сердечно-сосудистой патологии.

Целью данной работы явилось изучение показателей сосудистой жесткости у больных ХОБЛ, имеющих сопутствующее заболевание – гипертоническую болезнь.

Было обследовано 120 пациентов, находившихся на лечении в Мордовской республиканской клинической больнице с диагнозом ХОБЛ с умеренной стадией заболевания по классификации GOLD (2011 г). Средний возраст пациентов составил $65,7 \pm 7,8$ лет. С учетом имеющейся ГБ все пациенты были разделены на две группы. Первую группу обследования составили пациенты с диагнозом ХОБЛ без наличия ГБ или другого заболевания сердечно-сосудистой системы ($n=52$). Женщины в данной группе составили 22 %, средний возраст которых составил $61,1 \pm 7,1$ год, средний возраст мужчин составил $66,4 \pm 6,9$ года. Вторую группу составили пациенты, имеющие ГБ как сопутствующее заболевание ($n=68$). 31 % в данной группе составили женщины, средний возраст пациенток составил $60,2 \pm 6,2$ год, а средний возраст мужчин – $67,5 \pm 4,3$ лет. Группы были сопоставимы по возрастным критериям, что является важным моментом в данном исследовании с учетом исключения воздействия возраста на сосуды. Все пациенты прошли стандартные методы обследования. Дополнительно были проведены исследования на аппарате VaSera-VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). Методом объемной сфигмографии исследовались параметры артериальной ригидности: САVI (серечно-сосудистый индекс, отражающий жесткость сосудистого русла) и PWab (скорость распространения пульсовой волны). Для статистической обработки использовали стандартный пакет прикладных программ «Statistica 6.1» (Install Shied Software Corporation, 1984-2004, США). У всех пациентов получено информированное согласие.

Показатели САVI у пациентов с ХОБЛ составили в среднем $9,8 \pm 1,12$, а в группе пациентов ХОБЛ и ГБ – $10,6 \pm 1,22$ ($p=0,041$). Показатели PWab в группе пациентов ХОБЛ были равны в среднем $5,1 \pm 1,2$ м/с, в группе ХОБЛ и ГБ – $8,4 \pm 2,1$ ($p=0,044$).

Полученные результаты САVI и PWab были разделены с учетом курения пациентов в обеих группах. У пациентов на фоне курения с ХОБЛ САVI составил $10,8 \pm 0,92$, а у пациентов ХОБЛ и ГБ – $11,2 \pm 1,02$. У некурящих пациентов в группе ХОБЛ показатели САVI равны $9,7 \pm 1,22$, а в группе ХОБЛ и ГБ – $9,9 \pm 1,34$. Обращает на себя внимание, что сосудистая жесткость более выражена у больных, которые курят независимо от наличия сопутствующих заболеваний ($p<0,05$).

Значение скорости пульсовой волны с учетом курения составили у больных с ХОБЛ $-5,8 \pm 1,2$ м/с, у пациентов с ХОБЛ и ГБ $-9,3 \pm 2,2$ м/с. У некурящих пациентов ХОБЛ показатели PWab составили $4,3 \pm 1,01$ м/с, а у пациентов с ХОБЛ и ГБ $-7,9 \pm 2,1$ м/с. Данные показатели также повышены у пациентов на фоне курения ($p<0,05$).

Таким образом, выявлено, что такие показатели сосудистой ригидности, как САVI и Pwab достоверны повышены у больных на фоне сочетания двух заболеваний – ХОБЛ и ГБ по сравнению с пациентами, имеющих только ХОБЛ. В тоже время отмечается достоверное повышение данных показателей у пациентов на фоне курения. Поэтому показатели жесткости сосудов могут рассматриваться как рекомендованный тест для оценки сердечно-сосудистых рисков и оценки факторов риска.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АСКАРИДОЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Фисенко Н.К., Щербань А.О.

Научные руководители: к. м. н. Н.И. Анисимова,

к. м. н. Н.М. Гординская

Дальневосточный государственный медицинский университет,

г. Хабаровск, Россия

Напряженная эпидемиологическая и эпизоотологическая ситуация по паразитарным болезням в России во многом зависит от санитарно-паразитологического состояния среды обитания, от наличия условий для возможности новых заражений. Среди паразитарных болезней особое место занимают геогельминтозы, вызываемые гельминтами различных видов.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, более одного миллиарда жителей нашей планеты поражено геогельминтозами. В Российской Федерации самыми распространенными среди геогельминтозов являются аскаридоз и токсокароз (их доля составляет 90,2 % и 8,7 %, соответственно), для формирования очагов которых сложились благоприятные природно-климатические и санитарно-гигиенические условия на большинстве территорий страны.

Дальневосточный климат является одним из самых контрастных в России, так как ДФО находится в зоне трёх климатических поясов. Почти на всей территории Дальнего Востока средняя июльская температура составляет порядка +10...+15 °С и лишь в южной части региона, на границе с Китаем, средняя температура летних месяцев достигает +17...+21 °С.

Чрезвычайные ситуации природного характера создают благоприятные условия для перераспределения и дальнейшего распространения яиц возбудителей геогельминтозов (аскарид, токсокар, власоглавов и др.), а также для их развития и длительного сохранения жизнеспособности (Троценко О.Е. и соавт., 2016). Примером такого природного катаклизма является наводнение, произошедшее в 2013 году в городе Хабаровск, когда уровень реки Амур достиг 808 см.

В связи с этим, благоприятные для созревания яиц геогельминтов почвенные факторы (температурный режим, увлажненность, аэрация) поз-

воляют им за определенный промежуток времени развиваться до инвазионного состояния. В свою очередь почва, загрязненная необезвреженными фекалиями, способствует заражению человека геогельминтами при проглатывании зрелых яиц с продуктами питания, преимущественно с овощами и столовой зеленью.

В структуре инвазий за 2015 г. удельный вес гельминтозов, передающихся через почву и огородные культуры (аскаридоз, токсокароз) составил 11 % (2014 г. – 17 %, 2013 г. – 23,13).

Аскаридоз является вторым по уровню распространения гельминтозом в Хабаровском крае. Однако течение трех последних лет в крае имеется тенденция к снижению заболеваемости аскаридозом. Так, общий показатель заболеваемости аскаридозом в 2015 г. снизился на 13,9 % по сравнению с 2014 г. и составил 9,7 на 100 тыс. населения (2014 г. – 11,27; 2013 г. – 20,93).

Клинически различают раннюю (миграционную до 9-12 дней) и позднюю (кишечную) фазы. Одним из осложнений поздней фазы является обтурационная желтуха. В настоящее время билиарный аскаридоз вследствие миграции гельминтов из просвета кишечника или как проявление поражения гепатопанкреатобилиарной зоны в личиночную фазу выявляется значительно чаще в связи с повсеместным внедрением ультразвуковой диагностики. Например, инвазия аскарид в фатеров сосок и общий желчный проток наблюдается в 86,0 %, в панкреатический проток – в 7,0 %, одновременно в желчный и панкреатический протоки – в 7,0 %. (Костюченко М.В. и соавт., 2015.)

В качестве примера развития механической желтухи, обусловленной аскаридозом, приводим следующий клинический случай.

Больной М., 70 лет, поступил в хирургическое отделение 24.01.06 г. с жалобами на умеренные боли в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи, появление желтухи. Ухудшение самочувствия отметил 15.01.06 г., когда появились умеренные боли в правом подреберье, периодически тошнота. 19.01.06 г. после озноба повысилась температура до 39,5 °С, которая утром снизилась после приема жаропонижающих средств. Одновременно потемнела моча и появилась желтушность склер и кожных покровов, которая в последующие дни нарастала. Периодические подъемы температуры до 38,0-39,0 °С отмечались 3-4 дня. Немотивированные мигрирующие боли в животе отмечались в течение длительного времени, периодически возникала тошнота.

Госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «Механическая желтуха. Обострение хронического панкреатита».

Из данных анамнеза

В 1992 год оперирован по поводу панкреатита, в 1996 году произведена холецистэктомия, в 2003 году оперирован в связи со спаечной болезнью. Контакт с инфекционными больными отрицает. Постоянно прожива-

ет в г. Хабаровск в квартире с коммунальными удобствами. Питается дома. Воду пьет кипяченую. Имеет дачу в районе Николаевки. На даче ест немытые овощи, пьет сырую воду из колодца.

При объективном осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы и склеры интенсивно желтушны, сыпи нет. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс – 84 удара в минуту, удовлетворительных качеств. АД 140/90 мм рт. ст., язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Моча темного цвета. Стул обесцвеченный.

Результаты исследования. Анализ крови общий: Нв – 119 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, цветной показатель – 0,9, лейкоцитов – $8,2 \times 10^9$, эозинофилов – 2 %, СОЭ – 18 мм/час, мочевины – 8,9 мм/ч, билирубин общий – 65,5 мкмоль/л, билирубин прямой – 25,6 мкмоль/л, АЛТ – 0,46 мкмоль/л, АСТ – 0,32 мкмоль/л. Кал на яйца глистов отрицательный. Кровь на маркеры гепатитов отрицательная.

УЗИ гепатодуоденальной зоны: Печень не увеличена, контуры четкие, ровные, структура однородная, повышенной эхогенности. Под левой долей – множественные порто-копальные анастомозы. Желчный пузырь удален. Создается впечатление, что к культе пузыря подпаяна петля кишечника. Желчные ходы не расширены. Поджелудочная железа не лоцируется (спаечный процесс). Селезенка не увеличена.

Заключение: Гепатомегалия с признаками гипертензии.

ФГДС – из устья БДС выступает протяженная, длинная часть круглого гельминта, бледно-желтой окраски с остроконечной верхушкой (аскарида?). При инструментальной пальпации мало подвижна. Поступления желчи нет.

Заключение: нарушение пассажа желчи из-за закупорки общего желчного протока гельминтом.

На основании данных анамнеза: наличия в течение длительного времени немотивированных мигрирующих болей в животе, периодически возникающей тошноты, острого развития синдрома желтухи механического характера, данных лабораторного и инструментального обследования установлен диагноз: «Аскаридоз, среднетяжелое течение. Механическая желтуха».

Больному назначена антигельминтная терапия: вермокс по 100 мг – 2 раза в день в течение 2 дней. На третьи сутки от момента назначения препарата отмечено самостоятельное отхождение гельминта, состояние больного улучшилось. Исчезла желтуха, нормализовался аппетит. Общий билирубин крови – 22,0 мкмоль/л, прямой билирубин – 8,2 мкмоль/л, другие биохимические показатели крови без отклонений от нормы. Последующее 3-кратное исследование кала на яйца глистов были отрицательными. В удовлетворительном состоянии больной выписан из стационара. Таким об-

разом, у больного развилась механическая желтуха, причиной которой явилась обтурация желчного протока аскаридой.

Выводы. Данный клинический случай представляет интерес в связи с повышением эпидемиологической значимости имеющихся в Дальневосточном регионе очагов геогельминтозов. Анализ эпидемиологической ситуации по геогельминтозам в субъектах ДФО РФ указывает на наличие стойких очагов аскаридоза и токсокароза на большинстве его территорий. Циркуляцию возбудителей среди населения и в окружающей среде подтверждают показатели заболеваемости.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У КУРЯЩИХ

Фисенко Н.К., Щербань А.О.

Научный руководитель: к. м. н. Н.В. Корнеева

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Курение является хорошо известным и неоспоримым фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. В структуре причин развития инфаркта миокарда (ИМ) курение занимает второе место, уступая артериальной гипертензии. Установлено, что курение способствует развитию ИМ в более молодом возрасте (Белякова И.В. и соавт., 2012).

В то же время прекращение курения является потенциально наиболее эффективной мерой вторичной профилактики и улучшает прогноз после сердечного события (Critchley J.A., Capewell S., 2003, Chow C.K., et al., 2010). Для разработки эффективных программ по отказу от курения среди больных ИБС, важно знать особенности ИМ у курящих.

Цель работы состояла в выявлении особенностей развития и течения инфаркта миокарда у курящих пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективно анализировали истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфарктном отделении КГБУЗ ККБ № 2 г. Хабаровска в 2015 г. (n=681). Все были разделены на две группы: курящие (250 человек, средний возраст $56,28 \pm 0,68$ лет) и не курившие (431 человек, средний возраст $68,65 \pm 0,51$ лет). Статистическая обработка данных проводилась в Центре БИОСТАТИСТИКА. Для сравнения анализируемых групп по количественным признакам использовался непараметрический критерий Ван дер Вардена. Статистическая значимость различий устанавливалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В среднем пациенты-курильщики оказались моложе не куривших на 12,4 лет. В 1 группе (курящих) преобладали мужчины – 84,4 %, женщин было значительно меньше – 15,6 %. Предшествующая артериальная гипертензия реже выявлялась у курящих (20,8 %, $p < 0,0001$), длительность ее была меньшей в сравнение с не курившими

($9,57 \pm 0,80$ лет и $14,58 \pm 0,90$ лет, $p=0,0017$). Сахарным диабетом (СД) 2 типа курящие страдали 6,02 %, не курившие – в 18,56 % ($p < 0,0001$). Курящие пациенты имели более благоприятный анамнез по предшествующей ИБС. На момент развития ИМ пациенты 1 группы страдали ИБС $5,55 \pm 0,78$ лет, в сравнение со 2 группой ($7,99 \pm 0,50$ лет, $p=0,0013$), курильщики реже имели один ИМ в анамнезе (15,66 %), в сравнение с не курящими – 19,72 % ($p=0,0232$). У курящих острый ИМ встречался чаще (в 90 %), а повторный реже (17,6 %), чем у не куривших (83,5 %, $p=0,0193$ и 25,5 %, $p=0,0172$, соответственно). Пациенты 1 группы на 12 % чаще переносили крупноочаговый ИМ ($p=0,0023$), и на 10 % реже страдали мелкоочаговым ИМ ($p=0,0011$).

Современная диагностика и лечение ИМ проводится с использованием коронарной ангиографии (КАГ), результатом которой зачастую является установка стента в инфаркт-связанную артерию сердца. В результате исследования выяснено, что при поступлении в стационар КАГ была проведена 88,8 % пациентам, чаще данной процедуре подвергались курящие (91,6 %), в сравнение с не курившими (86,08 %, $p < 0,0001$). У курящих пациентов меньшее количество сосудов было поражено атеросклерозом ($1,92 \pm 0,07$ при $2,16 \pm 0,06$ у не куривших, $p=0,024$). В 1 группе (курящих) чаще встречалось поражение 1 сосуда (38,29 %, $p=0,001$). Для пациентов 2 группы было характерно многососудистое поражение коронарных артерий (3 сосуда – 35,01 %, пациентов, $p=0,001$). Стентирование чаще проводилось курильщикам, чем не курившим (87,34 % и 73,85 % соответственно), при этом количество установленных стентов в 1 группе было большим ($1,12 \pm 0,04$ против $0,98 \pm 0,04$ во 2 группе, $p=0,0028$).

Некроз сердечной мышцы, который формируется при инфаркте миокарда, нарушает архитектонику сердца и приводит к снижению его функции. Были определены две конечные точки, которые проанализированы в исследуемых группах. Это «количество зон миокарда, охваченных некрозом» и «фракция выброса левого желудочка». Результаты исследования показывают, что «конечные точки» в двух группах оказались одинаковыми: количество зон миокарда, охваченных некрозом в группе курящих составило $2,028 \pm 0,04$, у не куривших – $2,01 \pm 0,03$, $p=0,7335$, фракция выброса левого желудочка – $49,03 \pm 0,61$ % и $48,99 \pm 0,52$ % соответственно, $p=0,4824$. Таким образом, имея более благоприятный анамнез по предшествующим сердечнососудистым заболеваниям и СД 2 типа, а также молодой возраст, курящие пациенты после перенесенного ИМ приобретали снижение функции сердца аналогично не курившим.

Проведенное исследование позволило установить некоторые особенности течения ИМ у курящих пациентов. Главным результатом является доказательство неблагоприятного воздействия курения на возникновение и течение ИМ. Несмотря на молодой возраст курильщиков и более здоровое сердце до развития ИМ, конечные точки: количество зон миокарда, охва-

ченных некрозом, и фракция выброса левого желудочка были идентичны не курившим, имевшим отягощенную наследственность и большее бремя сопутствующих заболеваний. То есть наглядно показано увеличение биологического возраста сердца на 12 лет у курящих перенесших ИМ.

Результаты исследования обосновывают настоятельные рекомендации по отказу от курения врачами любой специальности в качестве мер по профилактике ИМ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ И СРОКОВ ЕЕ НАЧАЛА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Юранова Я.Н.

Научный руководитель: Т.П. Запорожец

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Огромный социально-экономический ущерб, возникающий вследствие инсультов, выдвигает проблему совершенствования медицинской помощи при них в число наиболее актуальных научно-практических задач здравоохранения (Гусев Е.И. и др., 2013). Экономические последствия инсульта крайне тяжелы, так как возникающие нарушения приводят к потере трудоспособности. Инсульт ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество и членов семьи. После инсульта к концу первого года только 20 % возвращаются к труду; 31 % требуется постоянный уход; 20 % не могут самостоятельно передвигаться; 55 % больных не удовлетворены качеством жизни (Иванова Г.Е., 2007). Ранняя реабилитация пациентов с ОНМК, является динамической системой взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов, направленных на восстановление и сохранение личности. Многочисленными исследованиями показано, что чем ранее начаты реабилитационные мероприятия, тем они эффективнее, поэтому особое значение имеет внедрение в практику системы ранней реабилитации в условиях стационара. Отсутствие своевременной и адекватной реабилитации и лечения ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений, а также к нарушению психоэмоционального статуса человека.

Цель исследования – изучение эффективности различных методов реабилитации больных, перенесших инсульт, в условиях стационара. Рассмотрение наиболее раннего начала комплекса мультидисциплинарной реабилитации больных с ОНМК.

Материалы и методы. Исследование основывается на принципе комплексного методологического подхода к изучению динамики постинсультных расстройств в раннем постинсультном периоде на фоне реабилитац

онных мероприятий, и сравнительного анализа результатов лечения при применении различных комплексов реабилитации.

На базе КГБУЗ «ГБ № 7» г. Комсомольска-на-Амуре было проведено исследование 47 больных с ОНМК обоого пола: 32 мужчины (68 %) и 15 женщин (32 %). Возраст пациентов колебался от 37 до 75 лет и в среднем составил 63,8 года. В исследование включались больные, находящиеся в остром периоде инсульта, доставленные в отделение в первые – третьи сутки после начала заболевания с умеренными очаговыми симптомами. Из исследования исключались пациенты с выраженными когнитивными и речевыми нарушениями, с тяжелой сердечной, печеночно-почечной недостаточностью и с грубой ортопедической патологией.

Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную численностью 23 и 24 человек соответственно. Пациенты контрольной группы получали комплекс традиционных методов ранней реабилитации, применяемый в неврологическом отделении больницы и включающий в себя занятия с логопедом, лечебную физкультуру, массаж. Для пациентов основной группы реабилитационный комплекс был расширен дополнительным введением занятий с психологом, физиотерапевтического лечения – электрофорез с глазозатылочной локализацией электродов (ФТЛ), эрготерапии, занятий в «Школе здоровья инсульта» с пациентами и их родственниками (работа с семьей). Реабилитационное лечение в контрольной группе начиналось со 2-7-го дня развития заболевания, в основной группе – с 1-3-го дня заболевания.

Оценка эффективности реабилитации проводилась по следующим критериям: состояние двигательных функций (нарушение движений определялось в каждом суставе парестичной конечности) с помощью шкалы спастичности Ашфорта; нарушения жизнедеятельности с помощью индекса активности повседневной жизни Бартела (индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности: прием пищи, посещение туалета, персональная гигиена, одевание, прием ванны, контролирование функции мочевого пузыря и кишечника, вставание с постели, передвижение, подъем по лестнице); тревожно-депрессивные расстройства с помощью шкалы тревоги Спилбергера.

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено, что мультидисциплинарный принципа восстановительного лечения позволяет повысить уровень восстановлений функций пациента, перенесшего инсульт. Так, у больных из основной группы на 22 % больше, по сравнению с контрольной группой были восстановлены двигательные функции; на 7 % улучшилось самообслуживание больных.

Наиболее ярко эффективность мультидисциплинарного подхода прослеживается у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами – частота улучшений в основной группе на 29 % превышала таковые в контроле.

По вопросу о сроках начала комплексной реабилитации больных, исследование показало, что в основной группе с более ранним началом реабилитационных мероприятий восстановление двигательных функций у больных происходило быстрее на 6 %, а восстановление функций самообслуживания – на 15 %, снижение выраженности тревожно-депрессивных расстройств – на 9 % по сравнению с группой контроля.

Выводы

1. В ходе исследования выявлено, что постинсультные нарушения можно разделить на двигательные и когнитивные: двигательными расстройствами во многом определяется физическая инвалидизация пациентов, психическими расстройствами – дезадаптация больного к новому образу жизни.

2. Дополнительное применение ФТЛ, а также эрготерапии, наряду с традиционными методами реабилитации, применяемыми в отделении (занятия с логопедом, лечебная физкультура и массаж), повышает уровень восстановлений неврологических функций и самообслуживания больных, перенесших инсульт.

3. Включение в схему восстановительного лечения занятий с психологом и работу с семьей больных, перенесших инсульт, значительно снижает уровень тревожно-депрессивных расстройств.

4. Установлено, что применение различных средств и методов восстановительного лечения в совокупности с соблюдением принципов нейрореабилитации с 1-3-го дня развития заболевания, значительно улучшает восстановление неврологических функций, повышает качество жизни пациента, что существенно снижает нагрузку на близкое окружение больного после его выписки из стационара.

5. Комбинированная физическая, нейропсихологическая, психотерапевтическая и медикаментозная реабилитация пациентов, перенесших инсульт, улучшает результаты восстановительного лечения.



Педиатрия

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭНДЕМИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ

Белая А.А., Ликина Е.К., Макаревич Н.А.

Научный руководитель: к. м. н. Л.А. Михайлова

*Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита, Россия*

Дефицит йода в питании приводит к развитию йоддефицитных состояний, которые относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных патологических изменений у человека. По данным ВОЗ, около 2 млрд жителей планеты живут в условиях недостатка йода. В Российской Федерации не существует территорий, на которых население не подвергалось бы риску развития йоддефицитных заболеваний. Забайкальский край является биогеохимической провинцией, для которой характерен дефицит йода, селена и других микроэлементов в объектах окружающей среды, поэтому изучение особенностей питания детей и подростков в условиях эндемичной территории является весьма актуальным. По материалам Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю за 2009–2015 гг., болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью и сходными состояниями, у детей и подростков имеют выраженную тенденцию к росту. За данный период у детей отмечено увеличение заболеваемости эндемическим зобом на 81,98 %, субклиническим гипотиреозом более чем в 2 раза. Среди подростков зарегистрирован рост заболеваемости эндемическим зобом в 2 раза. В Чите в 2015 г. регистрируется превышение краевого показателя первичной заболеваемости болезнями щитовидной железы, связанными с йодной недостаточностью (432,29 против 213,86 на 100 тыс. населения).

Цель – проанализировать содержание йода в рационе питания детей и подростков г. Чита.

Материалы и методы. Для изучения обеспеченности населения г. Чита йодированной солью и пищевыми продуктами было проведено анонимное посещение торговых точек, расположенных в разных районах города, с занесением информации о наличии в продаже йодированной соли, пищевых продуктов, обогащенных йодом (хлеб, молоко), ценовом ряде, осведомленности продавцов о профилактическом значении йодированной соли в анкеты «Результаты посещения торговых точек». Всего было обследовано 108 торговых точек (Центральный район – 52, Ингодинский – 18, Черновский – 25, Железнодорожный – 13). Для оценки социальных факторов, отражающих состояние питания в семьях и влияющих на обеспеченность организма детей и подростков йодом, было проведено анкетирование 167 родителей школьников 11 – 14 лет.

Оценка рациона питания проводилась по данным двухнедельных меню-раскладок в дошкольных и общеобразовательных организациях в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» и СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования». Для определения потребности в йоде использовались МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации». Содержание микроэлемента в рационе определялось расчетным методом с использованием справочника «Химический состав российских пищевых продуктов» под ред. И.И. Скурихина и В.А. Тутельяна (2007 г.). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты. По данным Министерства сельского хозяйства Забайкальского края в 2016 году в Чите было выпущено 442,05 т хлеба и хлебо-булочной продукции с использованием йодированной соли и 462,4 л молока, обогащенного йодированным белком (йодказеин), что в расчете на одного жителя города составляет 1,3 кг и 1,4 л соответственно. Анализ полученных данных показал, что лишь в 57,0 % торговых точках йодированная соль в продаже имеется постоянно. При анализе фактического наличия йодированных продуктов питания в торговой сети выявлено, что йодированное молоко имеется в 52,0 %, хлеб – в 67,3 % торговых точках. В 37,6 % магазинов не имелось ни одного наименования йодированных продуктов. Ценовой ряд йодированной соли шире, чем нейодированной (от 20,00 до 109,00 рублей – йодированная соль и от 8,00 до 29,00 рублей – обычная, нейодированная соль). Информационная осведомленность продавцов низ-

кая, о профилактическом значении соли смогли пояснить в 62 торговых точках (57,4 %).

При анализе меню-раскладок установлено, что содержание йода в рационе дошкольников составляет $0,09 \pm 0,001$, что соответствует физиологической потребности (в соответствии с МР 2.3.1.2432-08 потребность детей в возрасте от 3 до 7 лет составляет 0,1 мг). Но необходимо учитывать, что при тепловой обработке в зависимости от способа приготовления (варка, обжаривание и т.д.) и вида продукта потери йода составляют от 5 до 25 %, поэтому уровень микроэлемента в готовой пище снижается. В питании отмечается недостаточный уровень потребления рыбы, рыбопродуктов и молочнокислых продуктов, являющихся источником полноценного белка, а также овощей и фруктов. В рационе школьников содержание йода равно $0,12 \pm 0,003$ мг, что не удовлетворяет суточную потребность в микроэlemente у детей среднего и старшего школьного возраста (в соответствии с МР 2.3.1.2432-08 потребность детей и подростков в возрасте от 7 до 11 лет составляет 0,12 мг, от 11 до 18 лет – 0,13 – 0,15 мг).

В результате анкетирования было установлено, что только 19,8 % семей ежедневно используют йодированную соль, 48,5 % не используют вообще, остальные употребляют периодически. Обогащенные йодом хлебопродукты ежедневно употребляют 11,4 % детей, однако 60,5 % не используют их. Употребляют морскую рыбу и морепродукты в пищу 1-2 раза в неделю лишь 29,3 % детей. Овощи и фрукты каждый день используют в питании 65,9 % семей, через день – 13,8 %, раз в неделю и 1-2 раза в месяц по 10,2 % из числа опрошенных. Йодированные молочные продукты употребляют ежедневно 15,6 %, не включают в свой рацион 38,3 % детей.

Вывод. Недостаточная обеспеченность йодированными продуктами торговой сети, чрезвычайно низкая осведомленность населения в вопросах массовой йодной профилактики и нерациональное питание в организованных детских коллективах являются факторами риска развития йоддефицитных состояний у детей и подростков г. Чита.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Белюсова Н.В., Ракицкая Е.В.

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

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

С каждым годом в РФ наблюдается увеличение эндокринной патологии. По статистике с 2015 по 2016 гг. в Хабаровском крае и его отдельных

районах зарегистрирован подъем заболеваемости щитовидной железы, в связи с чем данная проблема является весьма актуальной. Только впервые установленного тиреотоксикоза среди детей в РФ с 2012 по 2016 гг. отмечается увеличение в 1,5 раза. При этом аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний.

Около 5 % взрослого населения РФ страдает АИТ. В подростковом возрасте заболеваемость составляет 40 % структуры патологии щитовидной железы. Количество эпидемиологических исследований посвященных изучению распространенности АИТ в детском возрасте ограничено. В совокупности со всеми данными возрастные закономерности распространенности АИТ распределяются следующим образом: до наступления пубертата его частота составляет до 0,5 %, после чего на фоне полового созревания отмечается пик заболеваемости до 2 %. По данным диспансерного учета в Москве за 1991–1995 гг. АИТ выявлялся у 7 % детей с тиреоидной патологией. Среди детей и подростков европейской части России, имеющих ДНЗ, диагноз АИТ был установлен в 10-34 % случаев.

АИТ разнообразен в клинических проявлениях, характеризуется наличием «масок» заболевания, что значительно осложняет и пролонгирует диагностический процесс.

Целью исследования являлось определить клинико-патогенетические особенности состояния здоровья и функционирования эндокринной системы у подростков с аутоиммунным тиреоидитом.

Задачи исследования: проанализировать динамику и распространенность заболеваемости патологии щитовидной железы, изучить особенности дебюта и течения АИТ на современном этапе. Выявить возможные факторы риска прогрессирования заболевания. Исследовать особенности функциональной активности и взаимосвязи различных звеньев эндокринной системы.

Материалы и методы. Были исследованы истории болезни пациентов 7-17 лет, получивших лечение в клинике НИИ охраны материнства и детства в период с 2012–2016 гг., а также проанализирована динамика заболеваемости патологией щитовидной железы в Хабаровском крае и близлежащих районах в данный период по материалам Медицинского информационно-аналитического центра г. Хабаровска. Обследовано 36 человек, 58 % девочек и 42 % мальчиков. Средний возраст $14,75 \pm 3,4$ года. Гормональный статус включал определение уровней гормонов гипофиза, щитовидной железы, гонад ИФА методом, с использованием тест-систем: Алкор-био, Хема (Россия).

В сыворотке и форменных элементах крови атомно-абсорбционным методом на спектрофотометре «Hitachi-Z900» (Япония) у 12 подростков исследован уровень содержания Йодидов.

Результаты исследования. В период с 2012 по 2014 года наблюдается относительно стабильная динамика заболеваемости патологией ЩЖ в Хабаровском крае, за исключением периода последних лет с 2015 по 2016 гг., когда вновь отмечается увеличение заболеваемости. На протяжении 5 лет ежегодный прирост заболевших наблюдался в Вяземском, Нанайском, Советско-Гаванском районах и районе им. Лазо. Анализируя эпидемиологию за период с 2015 по 2016 года, в 11 районах из 19 регистрируется все большее число патологий ЩЖ. При этом в Хабаровском районе количество больных увеличилось максимально, в 2 раза. При этом южная часть Хабаровского края страдает намного сильнее северной, если учесть, что в Охотском районе на протяжении 5 лет не регистрировался подъем заболеваемости.

Исследование показало, что ранний дебют заболевания в период пубертатного спурта в 15 лет и 16 лет (29 % и 19 %), а также в младшем школьном возрасте – в 19 % случаев ($10 \pm 1,5$ лет). Анализ физического развития детей с АИТ показал высокую частоту дисгармоничного (62 %) и резко дисгармоничного развития (28 %).

Выявлен высокий уровень наследственной отягощенности заболеваниями сердца и сосудов (35 %), желудочно-кишечного тракта (13 %).

Среди предикторов развития АИТ лидируют перинатальные факторы риска, сопровождающиеся хронической гипоксией (88 %), анемией, гестозом (по 65 %). В структуре сопутствующей соматической патологии у мальчиков и девочек чаще регистрировались синдромы поражения нервной системы (43 % и 50 %), с максимальным накоплением полиорганной патологии в 15-17 лет (64 %).

В структуре сопутствующей патологии эндокринной системы у мальчиков и девочек лидирует ожирение (47 % и 63 %), дефицит массы тела (54 % и 73 %). В структуре патологии репродуктивной системы у девочек наблюдались альгодисменорея (73 %), гипоплазия матки (21 %). У мальчиков задержка полового развития выявлена в 34 % случаев. Наблюдается высокая частота недифференцированной дисплазии соединительной ткани: сколиотическая осанка (76 %), плоскостопие (45 %). Исследование показало, что наиболее часто у мальчиков и девочек АИТ сопровождался субклиническим гипотиреозом (57 % и 68 %). Гипертрофическая форма АИТ (зоб 2-й степени) выявлена у 8 % обследованных, 1 степень гиперплазии щитовидной железы установлена в 80 % случаев. Обращает внимание высокая частота сочетания иммуноопосредованной патологии и фиброзно-кистозной дисплазии щитовидной железы (12 %).

Изучение гормонально-тиреоидного статуса у подростков с АИТ показало, что уровень ТТГ – $1,42 \pm 0,13$, Т3 – $1,57 \pm 0,03$, СТ4 – $11,34 \pm 0,52$, ЛГ – $7,83 \pm 0,26$, ФСГ – $6,94 \pm 0,13$, эстрадиол – $129 \pm 9,31$, а также увеличение АТ-ТПО в 20 раз.

Йоддефицитное состояние диагностировано у всех обследованных пациентов ($5,2 \pm 2,6$ мкмоль/л (при норме 20-50 мкмоль/л)).

Выводы

1. За последние года отмечается значительный рост заболеваемости патологией ЩЖ в южной части Хабаровского края, а именно в Хабаровском, Советско-Гаванском, Вяземском и районе им. Лазо.

2. Максимальный прирост больных на протяжении 5 лет, а также по отношению к другим районам Хабаровского края отмечается в Хабаровском районе.

3. Имеется низкая настороженность педиатров в диагностике заболеваний щитовидной железы в связи с преобладанием клинически малосимптомных форм заболевания. Отмечено увеличение частоты дебюта заболевания в младшем школьном возрасте, с равной частотой в гендерных группах.

4. АИТ способствует формированию хронической полиорганной патологии.

5. Группу высокого риска АИТ составляют дети с отклонениями в физическом и половом развитии.

6. Отмечается высокая частота узловых и фиброзно-кистозных поражений щитовидной железы.

7. Дисбаланс гонадотропных и половых стероидов при АИТ способствует высокой частоте сопутствующих нарушений полового развития.

8. Клинические маркеры недифференцированной дисплазии соединительной ткани, подтверждают роль митохондриальной недостаточности, в формировании аутоиммунных заболеваний.

9. Йоддефицитные состояния, возможно, играют ключевую роль в формировании АИТ.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ УРОПАТОГЕННЫХ *ENTEROCOCCUS FAECALIS*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Коменкова Т.С., Мельникова Е.А.

Научный руководитель: д. м. н. Е.А. Зайцева

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток, Россия*

Инфекция мочевой системы (ИМС) является одним из наиболее распространенных заболеваний детского возраста. В последние годы все большее значение среди этиологических факторов развития ИМС приобретает *Enterococcus faecalis* (Лопаткина Н. А. и соавт., 2015). Однако лечение энтерококковых инфекций может быть затруднено в связи с их природной устойчивостью к ряду антибиотиков, в частности к пенициллинам,

цефалоспорином, аминогликозидам, фторхинолонам и линкозамидам. Помимо природной резистентности за последние два десятилетия у энтерококков появляется резистентность к другим антимикробным препаратам – гликопептидам, тетрациклину, эритромицину, хлорамфениколу, линезолиду. Поэтому вопросы рациональной фармакотерапии энтерококковых инфекций требуют особого внимания со стороны врачей.

Цель работы – оценить антибиотикорезистентность *E. faecalis*, выделенных от детей с инфекцией мочевой системы (ИМС) в Приморском крае.

Материал и методы. В работе исследованы *E. faecalis* (68 культур), выделенные от детей, находившихся на стационарном (49 изолятов) и амбулаторном лечении (19 изолятов) с инфекциями мочевой системы в возрасте от 3 дней до 18 лет в 2013–2016 гг. в Приморском крае. Чувствительность энтерококков к антимикробным препаратам определяли на среде Мюллера-Хинтон (BioMerieux) диско-диффузионным методом, используя диски к антимикробным препаратам производства НИЦФ (Санкт-Петербург), согласно МУК 4.2.1890-04.

Результаты. Для анализа результатов все исследуемые культуры *E. faecalis* разделили на 2 группы: в первую группу отнесли энтерококки, выделенные от детей с ИМС, находившихся на стационарном лечении; во вторую – *E. faecalis*, изолированные от пациентов, получавших амбулаторную помощь. Отмечено, что все исследуемые энтерококки (100 %) чувствительны к ванкомицину. Большинство культур, как первой, так и второй групп чувствительны к фурадонину (93,9±3,4 % и 94,4±5,4 % соответственно) и доксициклину (89,8±4,3 % и 100 % соответственно).

Культуры *E. faecalis*, выделенные от детей, находившихся на амбулаторном лечении, больше чувствительны к пенициллину (94,7±5,3 %), ампициллину (94,7±5,3 %), стрептомицину (78,9±9,6 %) и гентамицину (68,4±11 %), по сравнению с энтерококками из первой группы (64,6±6,8%; 62,5±6,9 %; 65,3±6,8 %; 54,1±7,1 % соответственно).

E. faecalis первой и второй группы с одинаковой частотой резистентны к эритромицину (75±6,2 % и 84,2±8,6 % соответственно) и тетрациклину (71,4±6,5 %; 73,6±10,4 % соответственно), а также показали высокую резистентность к препарату резерва – линезолиду (22,3±5,9 % и 21,1±9,6 % соответственно).

По отношению к фторхинолонам изоляты *E. faecalis* показали переменные результаты. Энтерококки, выделенные от детей находящихся на стационарном лечении, обладали более высокой резистентностью к ципрофлоксацину (66±6,8 %) и левофлоксацину (53,1±7,1 %), по сравнению с энтерококками, изолированными от амбулаторных пациентов (36,8±11,4 % и 36,8±11,4 % соответственно). К норфлоксацину *E. faecalis* обеих групп показали практически одинаковую резистентность (54,2±7,1 % и 42,1±11,6 % соответственно).

Большинство исследуемых культур энтерококков ($61,8 \pm 5,8$ %) обладали полиантибиотикорезистентностью (к 4 и выше антимикробным препаратам). Культуры, изолированные от пациентов, получающих лечение амбулаторно, чаще ($63,1 \pm 11,4$ %) были резистентны к двум или трем тестируемым антибиотикам. Энтерококки, выделенные от детей находящихся на стационарном лечении чаще ($40,8 \pm 7$ % исследуемых культур) были резистентны к 7 и более антимикробным препаратам.

Выводы. Уропатогенные энтерококки, изолированные от пациентов находящихся на стационарном лечении в большей степени резистентны к трем группам антибактериальных препаратов – пенициллинам, фторхинолонам и аминогликозидам.

Выявлена резистентность *E. faecalis* обеих групп к препарату резерва – линезолиду, что требует более детального изучения.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГА

Кондратова А.Е., Руднева Е.С.

Научный руководитель: к. м. н. З.А. Плотоненко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Отсутствие клинических рекомендаций или несоблюдение имеющихся может иметь последствия на всю последующую жизнь новорожденных. Именно поэтому активное внедрение клинических рекомендаций в практику неонатолога имеет существенные отличия от таковой у детей более старшего возраста. Сегодня глубоко изучены результаты применения лекарственных препаратов у доношенных и недоношенных детей периода новорожденности и в результате этого врачам даны конкретные рекомендации (протоколы) для их использования. В протоколах оказания помощи этим детям могут присутствовать только те препараты, безопасность использования которых определяется их клинико-фармакологическими характеристиками и особенностями применения в периоде новорожденности.

Целью исследования стал анализ соблюдения клинических рекомендаций и назначения лекарственных средств в городском родильном доме второго уровня «до» и «после» внедрения клинических рекомендаций.

Материалы и методы исследования: методом сплошной выборки был проведен ретроспективный анализ 1 241 историй развития новорожденных, родившихся в 2011 году (1 группа, до внедрения клинических рекомендаций) и 1747 историй развития новорожденных, родившихся в 2016 году (2 группа, после внедрения клинических рекомендаций) в родильном доме второго уровня г. Хабаровска.

Результаты исследования: было установлено, что профилактика гонобленореи в 1 группе проводилась препаратом альбуцид 20 % (капли) в 0,8 % случаев, во 2 группе альбуцид не применялся вообще; эритромицин (мазь) назначался в 4,4 % в 1 группе и 2,6 % во 2 группе. Комбинация альбуцид 20 % (капли) + эритромицин (мазь) была применена у 65 % детей 1 группы и 51 % 2 группы. В 1 группе в 30 %, во 2 группе в 46,4 % случаев профилактика не проводилась или не была зафиксирована в истории развития новорожденного.

Профилактика геморрагической болезни новорожденных препаратом «Викасол» в 1 группе была проведена в 76,8 % случаев против 93,8 % во второй группе. Препарат «Пантогам» (сироп 10 %, не регламентировано применение неонатальными клиническими рекомендациями) применялся только в 1 группе у детей с диагнозом «травма шейного отдела позвоночника у новорождённых». Такие препараты как Виферон, Элькар 30 % не имели определённой схемы лечения и назначались только в 1 группе без обоснования в истории развития новорождённого.

При анализе историй новорождённых в 1 группе выявлено 53 случая (4,2 %) применение антибактериальной терапии, ни в одном случае в первичной медицинской документации не выявлено обоснования назначения антибактериальных препаратов. Препаратами выбора были антибиотики широкого спектра действий из группы аминогликозидов II поколения (амикацин), цефалоспоринов III поколения (цефалоспорин, цефтазидим), карбопенем (меронем). При анализе историй болезни новорождённых во 2 группе выявлен 41 случай (2,3 %) применения антибактериальной терапии. У всех новорожденных антибактериальная терапия была по показаниям, обоснована и имела своевременное начало и состав в соответствии с клиническими рекомендациями. Показаниями стали: длительный безводный период более 18-20 часов у 20 новорожденных (1,1 %), новорожденные с массой тела менее 1500 грамм – 3 (0,1 %) детей, появление 2 клинических и лабораторного признака инфекционно-воспалительного процесса при неизвестном возбудителе – 16 (0,9 %) новорожденных. У 19 (1 %) новорождённых дополнительно однократно применялся антибактериальный препарат из группы аминогликозидов (гентамицин).

Таким образом, в ходе проведенного исследования очевидна целесообразность и эффективность клинических протоколов при выборе тактики ведения новорожденного. Клинические рекомендации консолидируют наиболее эффективные медицинские практики и имеют высокую степень доказательности мероприятий, направлены на структурирование подходов к ведению наиболее часто или, напротив, крайне редко встречающихся заболеваний.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ БИОКЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОН ПРИМОРСКОГО КРАЯ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Кондратьев К.В.

Научный руководитель: д. м. н. П.Ф. Кику
*Дальневосточный федеральный университет,
г. Владивосток, Россия*

Изучение заболеваний, связанных с дефицитом йода в организме человека, является важной проблемой здравоохранения. Рост числа заболеваний, ассоциированных с дефицитом йода, в последние годы имеет место во многих странах мира, в том числе развитых.

Исследователи связывают рост йоддефицитов в этих странах с несколькими факторами, такими как изменения в рационе питания, а также геохимическим распределением йода в окружающей среде (Fuge R., Johnson C.C., 2015).

Отдельно выделяется группа так называемых вторичных йоддефицитов, которые не зависят напрямую от содержания йода в окружающей среде и в рационе питания населения, и в большей степени связаны с неспособностью организма усваивать йод, поступающий из внешней среды.

Проблема распространения йоддефицитных заболеваний актуальна и для Приморского края. На фоне нормального поступления йода в организм человека, данный регион относится к эндемичным по заболеваниям, ассоциированным с дефицитом йода. Уже установлено, что заболевания щитовидной железы, связанные с йоддефицитами, являются экологозависимыми заболеваниями в результате комплексного воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (Андрюков Б.Г. и соавт., 2013).

Подростковое население ввиду незрелости механизмов адаптации наиболее восприимчиво к данной группе заболеваний. Так, известно, что более 50 % случаев диффузного эндемического зоба приходится на население, не достигшее 20 лет (Андрюков Б.Г. и соавт., 2013).

Цель данной работы состоит в выявлении закономерностей распространения заболеваемости тремя исследуемыми нозологиями, ассоциированными с дефицитом йода (диффузный эндемический зоб, многоузловой эндемический зоб, субклинический гипотиреоз), у подросткового населения, проживающего в различных биоклиматических зонах Приморского края в условиях разной экологической ситуации.

Статистические данные по уровням заболеваемости подросткового населения исследуемыми нозологиями (2014 год, на 100 000 населения), проживающего в различных биоклиматических зонах Приморского края, были предоставлены Приморским краевым медицинским информационно-аналитическим центром.

В ходе выполнения данной работы были использованы методы описательной статистики, а также эколого-гигиенической оценки. Для оценки достоверности разности показателей был использован критерий Пирсона (Хи-квадрат). Ранее исследователями территория Приморского края была разделена на три биоклиматические зоны (зона побережья, переходная зона, континентальная зона) и несколько зон в зависимости от экологической ситуации (критическая, напряженная, относительно удовлетворительная, относительно благоприятная); данная классификация была использована при проведении данного исследования.

При сопоставлении данных по уровням заболеваемости по трем исследуемым нозологиям подросткового населения было выявлено, что в среднем наибольшие уровни заболеваемости диффузным эндемическим зобом и многоузловым эндемическим зобом зафиксированы в прибрежной биоклиматической зоне, в то время как средний уровень заболеваемости субклиническим гипотиреозом был наивысшим в переходной биоклиматической зоне.

Было выявлено, что уровни заболеваемости диффузным эндемическим зобом подросткового населения в относительно благоприятной экологической ситуации превышали аналогичные уровни в относительно удовлетворительной экологической ситуации во всех исследуемых биоклиматических зонах (1699,1 при относительно благоприятной экологической ситуации и 1423,2 при относительно удовлетворительной экологической ситуации в континентальной биоклиматической зоне; 95,7 при относительно благоприятной экологической ситуации и 57,0 при относительно удовлетворительной экологической ситуации в переходной биоклиматической зоне).

Наиболее ярко данная тенденция выражена в прибрежной биоклиматической зоне, в которой уровень заболеваемости подросткового населения диффузным эндемическим зобом в зоне с относительно благоприятной экологической ситуацией превышал аналогичный уровень в зоне с относительно удовлетворительной экологической ситуацией более, чем в 25 раз (2399,9 и 93,6 соответственно).

Аналогичная ситуация наблюдалась с уровнями заболеваемости многоузловым эндемическим зобом в переходной и прибрежной биоклиматических зонах. В переходной биоклиматической зоне уровни заболеваемости подросткового населения многоузловым эндемическим зобом составляли 51,8 и 42,7 при относительно благоприятных и относительно удовлетворительных экологических условиях соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что в переходной биоклиматической зоне выше приведенные уровни заболеваемости многоузловым эндемическим зобом превышали даже уровень заболеваемости в условиях критической экологической ситуации (31,3).

В прибрежной биоклиматической зоне аналогичные уровни составляли 162,0 (относительно благоприятная экологическая ситуация) и 121,8 (относительно удовлетворительная экологическая ситуация).

При анализе уровней заболеваемости подросткового населения субклиническим гипотиреозом было выявлено, что наибольший уровень заболеваемости в прибрежной биоклиматической зоне наблюдался в условиях относительно благоприятной экологической ситуации (119,1), превышая даже уровень заболеваемости в условиях критической экологической ситуации (109,3).

В результате проведенного исследования очевидно, что, несмотря на зависимость распространенности исследуемых нозологий, ассоциированных с йоддефицитами, от экологических факторов, уровни заболеваемости не всегда соответствуют зонам по тяжести экологической ситуации. Полученная закономерность может свидетельствовать о наличии группы не учитываемых факторов, преимущественно проявляющихся в зонах с относительно благоприятной экологической ситуацией и оказывающих влияние на формирование и распространение исследуемых нозологий щитовидной железы. Идентификация и изучение данных факторов и их влияния на формирование йоддефицитных заболеваний является перспективным направлением для будущих исследований.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕОПТЕРИНА
КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МАРКЕРА
ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Копачевская К.А., Молочный В.П.

Научный руководитель: д. м. н. В.П. Молочный

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

По данным Роспотребнадзора за январь – декабрь 2016 года общая заболеваемость детского населения до 14 лет составила 2 242,92 на 100 тыс. детского населения среди детей до 14 лет. Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными возбудителями составили 1 320,86 на 100 тыс. детского населения. Таким образом, более 50 % всех кишечных инфекций остаются нерасшифрованными, что указывает на актуальность дифференциальной диагностики этиологии острых кишечных инфекций. (Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-декабрь 2016 г.).

В последнее время выходит немало противоречивых публикаций о возможности использования неоптерина, как дифференциально-диагностического маркера при вирусных и бактериальных инфекциях (Ду-

дина К.Р.и соавт., 2014; Katarzyna Plata-Nazar, et al., 2011; Timothy H. Rainer, et al., 2007).

Цель исследования – определить возможность использования неоптерина в дифференциальной диагностике бактериальных и вирусных кишечных инфекций у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами было изучено изменение уровня неоптерина в сыворотке крови детей больных ОКИ вирусной и бактериальной этиологии в сравнении.

Нами обследовано 79 детей с кишечными инфекциями, госпитализированных в КГБУЗ ДККБ им А.К. Пиотровича г. Хабаровска за период с сентября 2015 г. по январь 2017 г. Из них 38 детей были с бактериальными кишечными инфекциями (I группа), у которых кишечная инфекция была вызвана УПФ (цитробактер, протей, энтеробактер, псевдомона, стафилококк, ЭПКП, клебсиелла) в 89,4 % случаев, иерсиниозами в 7,9 % случаев, сальмонеллезами в 2,4 % случаев. 41 ребенок был с вирусной кишечной инфекцией (в 100 % случаев ротавирусная кишечная инфекция) (II группа). Для установления бактериальной этиологии заболевания все больные были обследованы бактериологически (посев кала на шигеллы, сальмонеллы, УПФ, посев промывных вод желудка) и серологически (РНГА с дизентерийным, сальмонеллезным, иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами). Случаи ОКИ, вызванные УПФ, учитывались при количестве выделенной флоры из фекалий, превышающей 10^4 КОЕ. Для диагностики вирусной этиологии заболевания использовался иммуноферментный анализ кала для выявления антигена ротавируса (Ротавирус-антиген, ИФА, «Вектор-БЕСТ», Россия). На ротавирусы также были обследованы фекалии всех 79 наблюдавшихся нами больных. III группу (сравнения) составили 40 условно-здоровых ребенка, поступивших на плановое хирургическое лечение в хирургическое отделение Детской краевой клинической больницы, а также проходящих диспансерное обследование в КГБУЗ ДККБ им. Истомина. Все обследованные нами больные – дети раннего возраста (от 2 месяцев до 3 лет включительно).

Уровень неоптерина в крови детей исследовался методом ИФА с использованием набора реагентов «Neopterin, ELISA» (Германия) на базе ЦНИЛ ФГБОУ ДВГМУ г. Хабаровск.

Статистическая обработка полученных показателей осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel. Достоверность разницы между группами была рассчитана с помощью t-критерия Стьюдента, с помощью U-критерия Манна-Уитни. Достоверными считались показатели при $p < 0,05$.

Результаты и выводы. По результатам проведенного анализа, в острый период заболевания отмечено достоверное увеличение уровня неоптерина у детей больных кишечными инфекциями как вирусной ($13,34 \pm 1,46$, $p < 0,01$), так и бактериальной этиологии ($29,03 \pm 3,24$, $p < 0,001$),

по сравнению с группой условно-здоровых детей ($8,3 \pm 0,61$). Кроме того, разница показателей между группами бактериальных и вирусных кишечных инфекций также оказалась достоверной ($p < 0,001$). Так, при бактериальных диареях уровень неоптерина в 2,2 раза выше, чем при вирусных.

Полученные данные делают возможным использование неоптерина, как дополнительного дифференциально-диагностического маркера бактериальных и вирусных кишечных инфекций у детей раннего возраста.

МЕТОД КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Кузнецова М.С., Гусева О.Е., Савицкая Е.А., Лебедько О.А.

Научный руководитель: д.м.н. О.А. Лебедько

Хабаровский филиал ФГБНУ ДНЦ ФПД - НИИ Омид

г. Хабаровск, Россия

Актуальность: исследование функции внешнего дыхания является обязательным для оценки состояния бронхолегочной системы у детей, особенно у детей с бронхообструктивным синдромом и бронхиальной астмой. Своевременная её оценка имеет важное диагностическое значение. Ограниченные возможности использования объективных методов оценки функции внешнего дыхания зачастую приводят к гиподиагностике бронхиальной астмы у дошкольников. Интерес к частотно-амплитудным характеристикам дыхательной волны позволил создать метод компьютерной бронхофонографии (БФГ), который прост в использовании и не требует обучения больного специальным дыхательным маневрам.

Цель: выявление объективных критериев нормы и информативность метода компьютерной бронхофонографии при диагностике бронхиальной обструкции у детей с различной респираторной патологией.

Материалы и методы. Оценка акустических параметров дыхательной волны на выдохе методом компьютерной бронхофонографии (БФГ) проводилась с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Паттерн» (Россия). Сканирование респираторного цикла осуществлялось в частотном диапазоне от 200 Гц до 12600 Гц. Выделялись три зоны частотного спектра: 200-1200 Гц (низкочастотный диапазон), >1200-5000 Гц (среднечастотный диапазон), >5000-12600 Гц (высокочастотный диапазон). В исследование были включены две группы детей: 1 группа - соматически здоровые в возрасте 3-6 лет ($n = 166$), 2 группа - с клиническими симптомами бронхиальной обструкции ($n = 58$), где дети с бронхиальной астмой ($n = 17$), бронхолегочной дисплазией ($n = 12$), острым обструктивным бронхитом ($n = 14$). Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. У соматически здоровых детей показатели спокойного дыхания в базовом частотном диапазоне (0,2-1,2 кГц – 95% ДИ) составили 1,256/8,716 мкДж, в общем диапазоне (1,2-12,6 кГц – 95% ДИ) – 0,117/3,578 мкДж, в высокочастотном (5,0-12,6 кГц – 95% ДИ) – 0,018/0,360 мкДж, в среднечастотном (1,2-5,0 кГц – 95% ДИ) – 0,107/3,795 мкДж. При этом существенных различий в акустических характеристиках дыхания у детей разного возраста и пола не выявлено. У детей с клиническими симптомами бронхиальной обструкции определены значимые амплитуды спектральной мощности в высокочастотном диапазоне: показатели акустической работы органов дыхания в остром периоде заболевания составляли 4,007/8,708 мкДж. Сопоставление данных БФГ у исследуемых групп выявило существенные различия акустических параметров в высокочастотном диапазоне (гр. I - 0,018/0,360 мкДж vs. гр. II - 4,007/8,708 мкДж; $p < 0,05$).

Выводы. Анализ показателей БФГ позволил сформировать «паттерн здорового дыхания» у детей 3-6 лет и определить особенности акустических характеристик дыхания при obstructивных нарушениях, что способствует оптимизации диагностического подхода в тактике ведения детей с респираторной патологией.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНОВ E И D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОДРОСТКОВ РАЗНЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ГРУПП, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕЛА НА ТЕРРИТОРИИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Назаренко Е.Е., Евсеева Г.П., Целых Е.Д.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

*Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия*

Витамин D играет важную роль в гомеостазе кальция и метаболизме костной системы. Эволюция научных знаний о витамине D происходила от его влияния на кальций-фосфорный обмен до открытия новых рецепторно-опосредованных механизмов его действия. Дефицит витамина D в настоящее время рассматривается как глобальная проблема не только из-за распространенности, но и в связи с участием витамина D в регуляции экспрессии генов, ассоциированных с многочисленными физиологическими процессами в организме человека. Установлена четкая зависимость между обеспеченностью организма витамином D и развитием рахита у детей раннего возраста, нарушением минеральной плотности костной ткани у подростков и взрослых, а также риском возникновения ряда хронических инфекционных и воспалительных заболеваний. В связи с этим особую актуальность приобретает диагностика недостаточности и дефицита витамина

D у детей и подростков и организация профилактики и лечения витамин-D-дефицитного состояния (Абатуров А.Е. с соавт., 2015).

Витамин E поступает в кровь в основном через лимфу, максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 4-8 часов после приема внутрь, а через 24 часа восстанавливается исходный уровень. Витамин E связывается с α -1 и β -протеинами, частично с сывороточным альбумином. Витамин E распределяется по всем тканям организма, преимущественно – по жировым. Распределение токоферолов по различным тканям определялось после приема внутрь α -токоферола ацетата, меченного атомами углерода ^{14}C . Наибольшая активность наблюдалась в надпочечниках, высокая – в селезенке, легких, яичках и желудке, а низкая – в мозге. Важным фактором, оказывающим влияние на функцию и уровень токоферолов в крови, является содержание липидов. Липопротеиды играют важную роль в физиологическом функционировании токоферолов, выступая в качестве системы транспортировки.

Цель исследования – определение содержания витаминов D и E в сыворотке крови у подростков населения коренных малочисленных народов Севера (нивхи) в сравнении с русскими подростками, проживающими в сельских условиях Хабаровского края.

Методы исследования. Проведено эколого-биологическое обследование детей подросткового возраста национальности нивхов пос. Лазарев Хабаровского края, средний возраст – $13,82 \pm 0,57$ ($n=24$; из них $\text{♂}n=15$; $\text{♀}n=9$). Произведен забор крови для определения витаминов E и D. Получена сыворотка крови (СК) методом центрифугирования. СК перевезена в холодильник в г. Хабаровск и, в течение 24 часов, на базе НИИ Охраны материнства и детства, определена концентрация жирорастворимых витаминов E и D.

В качестве группы сравнения были определены подростки п. Николаевка Еврейской автономной области – этнические русские составили 98 % от обследованных, средний возраст – $13,39 \pm 0,81$ ($n=18$; из них $\text{♂}n=9$; $\text{♀}n=9$).

При определении соответствия полученных характеристик стандартным данным, использовались справочники:

- 1) по концентрации в сыворотке крови (Бородина Е.В. с соавт., 2007).
- 2) по содержанию в среднесуточном рационе питания (Эндокринология, под ред. Н. Лавина, 1999).

Концентрация витаминов E и D определялась в СК методом иммуноферментного анализа .

Имуноферментный анализ (ИФА) — современное лабораторное исследование, в ходе которого ведется поиск специфических антител в крови либо антигенов к конкретным факторам. Преимуществами метода ИФА являются:

- 1) высокая специфичность и чувствительность (более 90%);

2) возможность определения фактора и отслеживания динамики процесса, то есть сравнение количества антител в разных временных промежутках.

3) доступность ИФА-диагностики в любом медицинском учреждении.

При статистическом анализе использованы стандартные методы вариационной статистики.

Результаты исследования. Содержание витаминов E и D в СК подростков, проживающих в сельской местности, показали большой сдвиг в сторону дефицита витаминов в группе подростков-нивхов, проживающих на морском побережье пос. Лазарев Николаевского района, в сравнении с детьми такой же возрастной группы пос. Николаевка Смидовичского района – этнических русских.

У подростков п. Лазарев (этническая группа: нивхи), содержание витамина D в СК составляет около 34 % от оптимального, что говорит о явной недостаточности. Содержание витамина E находится на пороговом уровне, в сравнении с оптимальным.

Данные результаты говорят о том, что подростки нивхской национальности получают пищу небогатую витаминами E и D, что, вероятно, может стать триггером снижения иммунного статуса и уровня здоровья в целом.

У русских подростков, проживающих в с. Николаевка, в СК определено содержание витамина E и D – на уровне физиологического норматива. В группе подростков русского сельского населения рациона питания более богат витамином E, в сравнении с нивхами. Однако его содержание также достоверно дефицитно ($p \geq 0,05$). Витамин D в среднесуточном рационе питания подростков-русских более дефицитен, чем у нивхов. Однако климатические условия проживания, большее количество солнечных дней, позволяют этническим русским лучше справляться с проблемой дефицита витамина D, за счет его лучшей утилизации в организме под действием солнечных лучей.

Таким образом, анализ концентрации жирорастворимых витаминов в жидком биологическом субстрате и источнике поступления определил низкий витаминный статус в обеих группах, выраженный в большей степени у детей подросткового возраста нивхской национальности.

Выводы

1. Определены низкие концентрации витаминов D и E в сыворотке крови подростков нивхской национальности, в то время как у этнических русских, той же возрастной группы, концентрация определяется как оптимальный уровень.

2. Анализ содержания витамина E в среднесуточном рационе питания подростков нивхской национальности выявил резкий дефицит микронутриента, который в 5,2 раза ниже гигиенического норматива, а у подростков русской национальности дефицит составил 1,3 раза. В среднесуточном ра-

ционе питания выявлено достоверное значительное отклонение содержания витамина D от верхней границы физиологического норматива у подростков-нивхов и этнических русских, соответственно: в 1,05 и 2,6 раза ниже. Однако различие климатических условий, в частности по количеству дней с высокой инсоляцией, позволяет организму сельских русских подростков оптимальнее утилизировать витамин D, что сказывается на показателях жидкого биосубстрата.

3. Метод квантификации позволил выявить, что преобладающим состоянием в группах КМНС и подростков русской национальности является гиповитаминоз по витамину D: у подростков-нивхов – 1,8; у русских – 1,5. Преобладающим состоянием в группе подростков является гиповитаминоз по витамину E, в большей степени проявляющийся у нивхской национальности (2,06 и 1,78), на фоне дефицитного содержания витамина E в среднесуточном рационе.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ И ВОЛОС ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Нестеренко А.О., Целых Е.Д., Ахтямов М.Х.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

*Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия*

В современных условиях характер и масштабы негативного техногенного воздействия на окружающую среду вызывает тревогу в связи с последствиями для природных экосистем и здоровья населения России (Ладнова Г.Г. и соавт., 2011). В настоящее время здоровье населения определяется как интегральный показатель оценки качества окружающей среды. Основной группой риска по отношению к факторам экологического неблагополучия окружающей среды является подрастающее поколение (Ватлина Т.В., 2016).

Среди многих факторов, влияющих на здоровье, большую роль имеет состояние биогеохимической провинции, в том числе, характер питания, социально-гигиенические условия труда, быта, воспитания, образ жизни (Онищенко Г.Г., 2013). Техногенное воздействие вносит определенный вклад в элементный баланс среды, что сказывается, в свою очередь, на состоянии металло-лигандного гомеостаза и негативных изменениях состояния здоровья (Агаджанян Н.А. и соавт., 2001). Поэтому изучение элементного баланса биосред организма ребенка приобретает особую эколого-социальную значимость, особенно в связи с вопросами охраны здоровья в условиях депопуляции населения (Онищенко Г.Г., 2013).

Цель: определение элементного баланса биологических субстратов подростков разных этнических групп, проживающих в Хабаровском крае на фоне особенностей нутриентного состава рациона питания и элементного состава питьевой воды; предложение вариантов социально-правового уровня решения проблемы.

Материалы и методы. Проведено эколого-биологическое обследование подростков разных этнических групп (n=102) Хабаровского края: нивхов (n=25), эвенков (n=54) и русских (n=23), средний возраст которых составил $14,57 \pm 0,2$, $14,6 \pm 0,2$ и $15,00 \pm 0,3$ лет, соответственно. Разрешение Этического комитета Хабаровского филиала ДНЦ ФПД – НИИ ОМиД получено на основании «информированного согласия» родителей обследуемых детей.

На базе Хабаровского инновационно-аналитического центра Института тектоники и геофизики им. Ю.А. Косыгина ДВО РАН проведено определение содержания макро- и микроэлементов в сыворотке крови (СК), волосах и питьевой воде: Fe, Cu, Mo, Zn, Co, Se, Th и U – методом атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой, с анализом образцов на приборе ICP-MS ELAN DRC II PerkinElmer (США).

В среднесуточном рационе питания, полученном в результате анкетирования (методика «вчерашнего дня»), (Сабати Дж., 1993); «таблиц-клише»; программы «Correct Food 6.5», определено содержание микроэлементов (Fe, Cu, Mo, Zn, Co, Se).

При статистическом анализе использованы стандартные методы вариационной статистики: определение достоверности полученных данных в условиях стандартного нормального распределения для независимых выборок по коэффициенту Стьюдента, с учетом «ошибки средней» – $\pm m$; корреляционный анализ – по коэффициенту парной корреляции (Ермолаев О.Ю., 2003).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ элементного состава СК и волос подростков Хабаровского края выявил элементный дисбаланс.

Определено, что концентрация Fe, Cu, Mo в СК подростков всех обследуемых групп достоверно выше физиологического норматива в 1,43-5,49 раза. Выявлены достоверные различия во всех обследуемых группах ($p \leq 0,001$).

Концентрация Co, Zn и Se в СК эвенков определена как дизадаптивно низкая ($p \leq 0,001$). В группе нивхов и русских – соответствующая нижней границе норматива.

Исследование концентрации элементов в волосах было проведено в двух этнических группах: эвенки, русские. В результате анализа выявлена избыточная концентрация Fe, Co, Cu, дефицитная – Mo, Se, соответствующая нормативу – Zn ($p \leq 0,001$).

Избыточное поступление элементов приводит к их аккумуляции в организме и активному исключению их из обменных процессов. Данный процесс более выражен у подростков коренных малочисленных народов Севера (КМНС).

Причиной избыточной концентрации Fe и Cu в СК и волосах является высокое содержание в питьевой воде. Максимальные за год концентрации Fe в реках бассейна Охотского моря достигали 7 ПДК, а Cu – до 22 ПДК (Доклад об экологической ситуации в Магаданской области в 2014 году, 2015). В питьевой воде г. Хабаровска концентрации Fe и Cu – на верхней границе норматива.

В среднесуточном рационе питания определено избыточное содержание Fe и дефицитное Cu, Mo, Zn, Se во всех обследуемых группах ($p \leq 0,001$).

В группе подростков КМНС определено в 2 раза большее количество достоверных корреляционных взаимосвязей избыточной концентрации токсичных (Fe, Cu), дефицитной – эссенциальных элементов (Zn, Se, Co, Mo) в СК с дефицитным содержанием элементов в рационе питания, что является подтверждением более весомых сдвигов металло-лигандного гомеостаза и «этнического адаптивного типа реагирования».

Обстоятельством, отягощающим элементный дисбаланс, является содержание Th и U в СК и волосах, которое превышает физиологический норматив в 2,8-3,2 раза в разных этнических группах ($p \leq 0,001$).

Th как радиоактивный элемент может вносить свой вклад в естественный фон облучения организма, способствуя формированию инверсии металло-лигандного гомеостаза (Барановская Н.В., Игнатова Т.Н., Рихванов Л.П., 2010).

Традиционные виды хозяйственной деятельности находятся в кризисном состоянии. Введение квот на вылов рыбы КМНС негативно повлияло на образ жизни, привело к переходу на фастфудовское питание.

Уровень жизни значительной части граждан из числа КМНС, проживающих в сельской местности, ниже среднероссийского.

Для решения проблемы недоедания и элементного дисбаланса подростков КМНС необходимо внесение поправок в земельное законодательство, которые должны быть приняты на государственном уровне:

- в части установления безвозмездного бессрочного пользования КМНС территориальными участками для традиционного природопользования в ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

- в части установления полномочий органов местного самоуправления по защите исконной среды обитания и традиционного образа жизни КМНС, в законодательство о рыболовстве и животном мире;

- в части приоритетного доступа КМНС к рыбопромысловым участкам, к водным биологическим ресурсам (Концепция устойчивого развития

коренных малочисленных народов Севера... // Распоряжение Правительства РФ от 04.02.2009, N 132-р.).

Выводы

1. В сыворотке крови подростков Хабаровского края выявлен избыток – Fe, Cu, Mo, Th и U; дефицит – Co, Zn, Se, в сравнении с физиологическим нормативом.

2. В твердом биосубстрате (волосы) в этнических группах (эвены, русские) выявлена избыточная концентрация Fe, Co, Cu, Th, U. Концентрации Mo и Se ниже физиологического норматива.

3. В среднесуточном рационе питания определено избыточное содержание Fe в группе подростков национальности эвены и русские. Содержание Cu, Mo, Zn, Co, Se в рационе питания всех обследуемых групп дефицитное.

4. Аккумуляция эссенциальных элементов (Fe, Co, Zn) в твердом биосубстрате подразумевает исключение из общего метаболизма, и достоверно выражена в группе эвенов; низкая концентрация токсичных элементов в волосах и высокая в сыворотке крови, подтверждает их активное участие в метаболических процессах и антагонистическое отношение к некоторым эссенциальным элементам. Определен «этнический адаптивный тип реагирования», который выражается в более весомых достоверных сдвигах металло-лигандного гомеостаза у подростков КМНС

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Нужных В.В.

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

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Остеопороз – метаболическое заболевание костной системы, характеризуется уменьшением костной массы на единицу объема кости без изменения соотношения ее минеральных и органических компонентов. Сопровождается микроархитектурными нарушениями костной ткани, приводящими к повышению ломкости костей и риску переломов. Полиэтиологичность и полиморфизм клинической картины, отсутствие диагностической аппаратуры затрудняют борьбу с остеопорозом и приводят к значительным материальным затратам при лечении и ранней инвалидизации. «Золотым стандартом» оценки костной массы является исследование минеральной плотности кости методом костной денситометрии, позволяющее провести качественную оценку состояния кортикальной и трабекулярной кости. Для детей и подростков должен использоваться только Z-критерий – норма от +2,5 до -0,9.

Костная денситометрия не выявляет причину снижения костной массы и должна быть дополнена тщательным анамнезом и обследованием пациента профильными специалистами. Учитывая вышеизложенное, определены цель работы и задачи исследования.

Цель исследования: Оптимизация алгоритма диагностики низкой минеральной плотности и выявления группы риска развития остеопороза у детей 9-15 лет на основе метода ультразвуковой денситометрии.

Задачи исследования

1. Расширить алгоритм инструментальной диагностики низкой минеральной плотности для более эффективного выявления групп риска развития остеопороза в условиях реабилитационного центра.

2. Оценить полученные данные с распределением в группы по возрасту, полу, уровню Z-критерия.

3. Оценить значение ранней диагностики остеопороза и остеопении.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нейроортопедии Детского реабилитационного центра «Амурский»; сентябрь-декабрь 2015 г.

Обследовано 171 детей в возрасте от 9 до 15 лет. Из общей группы 50 % детей наблюдаются у профильных специалистов (ортопед, невролог), денситометрически ранее не обследованы. По данным физикального обследования: дети с низкой массой тела – 24 %; избыточная масса тела – 11 %; нормостеники – 65 %.

Результаты обследования. Из 70 детей по результатам Z-критерия (ниже -0,9): женский пол – 40 (57 %): 9-11 лет – 10; 12-13 лет – 22; 14-16 лет – 8. Мужской пол – 30 (43 %): 9-11 лет – 8; 12-13 лет – 16; 14-16 лет – 6. Результаты обследования по Z-критерию: в пределах нормы – 91 (53 %); выше нормы – 10 (6 %); ниже нормы – 70 (Z-критерий ниже 0,9 – 41 %).

101 ребенок (59 %) – значение Z-критерия в границах нормы и выше возрастной нормы (рекомендовано полноценное сбалансированное питание, курсы витаминов). 70 детей (41 %) – в группе риска (необходимо дополнительное инструментальное и лабораторное обследование).

Из 70 детей: 41 ребенок – Z-критерий в пределах от -0,9 до -1,99 (низкая минеральная плотность); 29 человек – Z-критерий ниже -2,0 (низкая костная минеральная плотность); 15 детей – Z-критерий от -2,0 до -3,0 (низкая костная минеральная плотность, остеопения, остеопороз лёгкой степени); 9 человек – Z-критерий от -3,0 до -5,0 (низкая костная минеральная плотность, остеопороз, остеопороз средней степени тяжести); 5 детей – Z-критерий ниже -5,0 (низкая костная минеральная плотность, тяжёлый остеопороз – перелом при минимальной травме).

Основные диагнозы преимущественно ортопедического профиля:

- диспластический грудо-поясничный сколиоз 1 ст.;
- резидуальный период перелома (Th-6-8) грудного отдела позвоночника;

- спинальная нестабильность. Остеохондропатия (остеохондроз) головки правой бедренной кости. Болезнь Пертесса, ремиссия;
- юношеский кифоз;
- деформирующая дорсопатия. Спинальная нестабильность. Нарушение осанки.

Сопутствующий диагноз: Низкая костная минеральная плотность. Остеопороз тяжёлой степени.

По данным обследования не доказана прямая связь процентного соотношения Са в костной ткани и значения Z-критерия. Из 171 ребёнка – Са выше 100 % – 45 чел. (26 %); Са ниже 90 % – 46 чел. (27 %); Са в пределах нормы 90-100 % – 80 чел. (47 %).

Выводы

1. Расширенный алгоритм инструментальной диагностики низкой минеральной плотности, остеопороза в условиях реабилитационного центра позволил выявить группы риска, сформировать алгоритм лечения и дальнейшего обследования.

2. По результатам обследования выявлено: 41 % – группа риска по развитию остеопороза (DS: Низкая минеральная плотность костной ткани); у 15 детей DS: Остеопороз лёгкой степени тяжести; 9 детей с DS: Остеопороз средней степени тяжести; у 5 детей DS: Тяжёлый остеопороз (перелом при минимальной травме).

3. Для уменьшения количества переломов костей необходимо обязательное проведение инструментальной оценки минеральной плотности костной ткани не реже 1 раз в год у пациентов, входящих в группу риска развития остеопороза.

4. Ранняя диагностика остеопении и остеопороза позволяет предупредить развитие болезни в пубертатном периоде и индивидуализировать подбор медикаментозной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В КОНТАКТЕ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ОТЦОМ

Рзаева К.А., Муравьева В.А., Чернышева Н.В., Миропольская Н.Ю.
Научные руководители: к. м. н. Н.В. Чернышева, к. м. н. Н.Ю. Миропольская
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В настоящее время ситуация по туберкулезу остается по-прежнему напряженной. Детское население подвергается повышенному риску к реализации диссеминированной и внелегочной формам туберкулеза (Sepulveda E.V., et al., 2017). В течении последних лет отмечается интенсивный рост заболевания туберкулёзом, в том числе, растёт число генера-

лизованных проявлений заболевания. Одним из числа проявлений поражения ЦНС при туберкулёзе является туберкулёзный менингит (ТМ), когда ранняя диагностика туберкулезного поражения ЦНС остается до сих пор затрудненной из-за variability течения заболевания. Поздняя диагностика ТМ, а, следовательно, несвоевременное начало лечения сказываются на его результатах, уменьшает шансы на благоприятный исход и приводит к летальному исходу (Jullien S., et al., 2016).

В тезисе приведен случай нетипичной картины туберкулезной инфекции у ребенка первого года жизни.

Из анамнеза известно, что девочка была рождена от 6 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1-й половине, 2-я половина беременности без особенностей, II срочных нормальных родов, у 29-летней женщины (рождена в наблюдательном отделении КГБУЗ «Городская больница № 11») с отягощенным акушерским анамнезом, экстрагенитальной патологией со стороны мочевыделительной системы (дисметаболическая нефропатия) и эндокринной системы (ожирение 1 ст.). Беременность протекала на фоне многоводия. Женщина находилась в контакте с мужем, состоявшим на учете по Ф-50. Вакцинация БЦЖ в роддоме не была проведена в связи с медицинским отводом по причине контакта с ВИЧ-инфицированным отцом. Выписана на амбулаторное наблюдение на 5-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Клинический диагноз при выписке: Здорова. Группа риска по патологии ЦНС, реализация инфекции. В последующие дни отмечалось удовлетворительное состояние. К груди не прикладывалась, вскармливание с рождения искусственное гипоаллергенной смесью в связи с обследованием по контакту с ВИЧ-инфицированным отцом.

Ребенок был здоров, находился на искусственном вскармливании до 1 месяца. Отмечались патологические прибавки. В 1 месяц девочка консультирована врачом КЦПБСИЗ на А-52. Анализы на ВИЧ-инфекцию отрицательные. Разрешено грудное вскармливание.

В процессе ведения ребёнка на амбулаторном этапе отмечалось недостаточно регулярное наблюдение его педиатром на 1-ом году жизни, в связи с отсутствием приверженности со стороны матери к адекватному наблюдению ребенка врачом педиатром. Профилактические прививки не проведены в соответствии с календарём прививок. В возрасте 4-х месяцев отец ребенка погиб (А-52) от менингоэнцефалита неясной этиологии.

В 6,5 месяцев у ребенка начались срыгивания на фоне нормальной температуры тела, появился разжиженный стул до 2 р./день, что было расценено педиатром как нарушение режима вскармливания. Участковым педиатром была предложена госпитализация ребенка. Ребенок был госпитализирован в инфекционное отделение ДККБ.

Девочка находилась на лечении в ДККБ им. А.К. Пиотровича в инфекционном отделении с 17.07.15 по 06.08.15 с диагнозом: бактериальный

менингит. Осложнение: прогрессирующая гидроцефалия по внутреннему типу. Сопутствующий диагноз: Катетеризация подключичной вены по Сильденгеру. Интубация трахеи.

Ребенок поступил в ДИО на 3 день болезни с жалобами на рвоту до 5 раз в сутки ежедневно, лихорадку до 37,9 °С. Из эпиданамнеза известно (со слов матери), что проживает ребенок в частном неблагоустроенном доме, семья из 6 человек. При осмотре состояние средней тяжести, за счет умеренно выраженных симптомов интоксикации. Сознание ясное, реакция на осмотр негативная, положение активное, крик громкий. Кожа бледная, чистая. В ротоглотке умеренная гиперемия слизистых. Периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные. По органам без особенностей. Живот мягкий, отмечается урчание по ходу тонкого кишечника. В гемограмме выраженные признаки бактериального воспаления, с умеренным токсическим нейтрофильным сдвигом влево.

Учитывая данные анамнеза, клинического осмотра и лабораторного обследования ребенку установлен диагноз: Кишечная инфекция, вызванная условно-патогенной флорой, гастритический вариант.

Ребенку назначено дозированное питание, питьевой режим с целью оральной регидратации, сорбенты. На 5-й день от начала заболевания мать самовольно покинула отделения, отказалась от стационарного лечения. На 9-й день болезни ребенок повторно поступает в ДИО ДККБ им. А.К. Пиротровича с жалобами (со слов матери) на сохраняющуюся рвоту, вялость, сонливость, задержку мочеиспускания. Состояние расценено как среднетяжелое. Высказано мнение о возможном развитии инфекции мочевыводящих путей. К лечению добавлен антибактериальный препарат – цефтриаксон в дозе 50 мг/кг в сутки.

В течение 5 дней сохранялась рвота, кратностью 2-3 раза в сутки. Решено провести инфузионную терапию в объеме 1/3 физиологической потребности. В гемограмме сохранялись признаки бактериального воспаления.

С 14-го дня болезни состояние ребенка ухудшилось, появилась неврологическая симптоматика (запрокидывание головы, сходящиеся косоглазие, отсутствие фиксации взора, сглаженность носогубной складки слева, клонические судороги по левой стороне тела, крупноразмашистый тремор рук и ног, выбухание и пульсация большого родничка). Из менингеальных симптомов – ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон, верхний симптом Брудзинского. Для исключения нейроинфекции проведена люмбальная пункция. В спинномозговой жидкости цитоз 108 клеток, из них 54 нейтрофила, 54 лимфоцита, белок 1,1 г/л. Увеличена доза цефтриаксона до 200 мг/кг в сутки. Установлен диагноз: Гнойный менингит. Отек и набухание головного мозга.

На фоне проводимого лечения к 19-му дню заболевания отмечалась полная санация СМЖ (цитоз 6 клеток, из них 4 нейтрофила, 2 лимфоцита,

белок 0,14 г/л), но при этом состояние ребенка прогрессивно ухудшалось (сохранялись рвота до 1-2 раз в сутки, очаговая симптоматика, судороги тонико-клонического характера до 4-5 эпизодов в сутки, выбухание и пульсация большого родничка, появилась гиперфебрильная лихорадка до 40 °С).

С 20-го дня заболевания отмечалось нарушение сознания, угнетение до сопора, снижение болевых раздражителей. Проведено СКТ и УЗИ исследование головного мозга: по УЗИ – отмечается внутренняя гидроцефалия. По СКТ – краниальные швы разошлись с диастазом до 3 мм. Отмечалась отрицательная динамика. На 21-й день болезни ребенок осмотрен нейрохирургом: экстренное оперативное лечение не показано в связи с отсутствием данных за окклюзию. На 22-й день болезни отмечалось ухудшение состояния ребенка: судороги повторялись каждые 4-5 часов, с развитием брадипноэ, отмечалось угнетение сознания до комы 1-2 степени, в связи с чем была проведена интубация трахеи.

На 23-й день болезни при повторном осмотре нейрохирурга был рекомендован перевод в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения, вследствие декомпенсации гипертензивно-гидроцефального синдрома. По жизненно важным показаниям проведена операция вентрикулоперитонеального шунтирования. В анализе ликвора, взятого в операционной, прозрачность полная, цитоз 32 клетки, белок 0,47, лимфоцитов 19, нейтрофилов 20, макрофагов 10, что не дало возможности заподозрить туберкулезный базальный менингит. Во время нахождения в РАО, состояние оставалось крайне тяжелым. Ребенок находился на ИВЛ. Проводились диагностические и лечебные мероприятия. На рентгенограмме органов грудной клетки очаговых инфильтративных изменений не выявлено, при пункции помпы анализ ликвора соответствовал нормальным показателям, что не дало оснований заподозрить нейроинфекцию и дисфункцию шунта.

Ребенок получал антибактериальную терапию – цефотаксим 200 мг/кг/сут. в/в, альбумин № 1, глюкозо-солевые растворы, гормонотерапия (дексаметазон 4 мг/кг/сут в/в), противосудорожная терапия (реланиум, депакин 200 мг/сутки), дегидратационная терапия (лазикс, диакарб+аспаркам), сорбенты (смекта).

Несмотря на весь комплекс лабораторно-инструментального обследования и проводимого лечения, исход заболевания был летальный. От момента первых жалоб до исхода прошло 26 дней.

Согласно патологоанатомическому заключению причиной смерти послужила внутренняя тривентрикулярная гипертензионная окклюзионная гидроцефалия в стадии декомпенсации, отек и дислокация головного мозга со сдавлением ствола ГМ.

Патологоанатомический диагноз: Диссеминированный туберкулез легких, почек, туберкулезный менингит.

Таким образом, представленный клинический случай показывает, что заболевание протекало нетипично и представляло трудности в установлении причины тяжелого состояния. Течение туберкулеза у детей, особенно раннего возраста, определяется анатомо-физиологическими особенностями организма. Различные клинические формы туберкулеза, фазы течения заболевания определяют своеобразие жалоб и симптомов болезни, что играет решающее значение в ее ранней диагностике. Знание этих вопросов позволит врачу заподозрить туберкулез и назначить комплекс мероприятий для постановки окончательного диагноза. На момент нахождения ребенка в стационаре диагностические и лечебные мероприятия выполнены в полном объеме и по показаниям.

ИСХОДЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДОВ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Титкова К.С., Сидорова Ю.В.

Научный руководитель: д. м. н. Сенькевич О.А.

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В России с 2012 года действуют Порядки оказания помощи новорожденным («Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2012 № 26377), необходимый объем медицинской помощи новорожденным регламентируется в клинических рекомендациях Российского общества неонатологов «Базовая помощь новорожденным».

Базовая помощь новорожденным – минимальный набор медицинских вмешательств, доступных при всех родах, независимо от места рождения ребенка. Базовые медицинские технологии эффективно снижают неонатальную смертность и заболеваемость, а также способны значительно уменьшить постнеонатальную заболеваемость и смертность (уровень доказательности А). Все рекомендуемые методы не требуют больших затрат, их можно успешно осуществить без значительных капиталовложений и текущих расходов на их поддержание. Согласно Методическому письму по первичной и реанимационной помощи новорожденным (Методическое письмо Минздравсоцразвития России № 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»), в списке специальностей, обязанных оказать медицинскую помощь новорожденным, фигурируют врачи и фельдшеры СМП, которые при рождении ребенка вне родовспомогательного учреждения должны провести необходимые мероприятия.

Внебольничные роды разделяют на две группы:

1) вынужденные роды на дому, связанные с медицинскими причинами, с низким уровнем медицинской грамотности беременной, удаленностью от акушерского стационара или отсутствием средств связи;

2) внебольничные роды у женщин, сознательно отказывающихся от родов в условиях стационара и социально дизадаптированные личности.

Особенность внебольничных родов являются:

- высокая частота необследованных женщин, с недиагностированной экстрагенитальной патологией, ЗПП;

- высокий риск инфицирования в родах, развития послеродовых септических осложнений;

- немедицинское ведение родов повышает риск родового травматизма, как для матери, так и для плода, возможно развитие сложных акушерских ситуаций.

Цели работы: провести анализ исходов внебольничных родов для новорожденного и определить факторы риска развития родов вне лечебного учреждения.

Материалы и методы: по материалам первичной медицинской документации наблюдательного родильного отделения городской больницы №11, методом сплошной выборки проведен анализ 104 случаев родов, произошедших вне лечебного учреждения в 2015–2017 гг.

Результаты: из общего количества внебольничных родов наиболее часто встречались домашние роды (80 родов, 77 % случаев), роды вне лечебного учреждения занимали второе ранговое место (11 случаев, 10 %), реже встречались дорожные роды (7 %), в машине скорой медицинской помощи (5 %), в такси (1 % случаев).

Чаще всего внебольничные роды происходили у рожениц 25-29 лет (37 случаев, 35 %), на втором месте (26 случаев, 25 %) женщины в возрасте 20-24 года, каждой пятой роженице было от 30 до 34 лет, 13 % внебольничных родов приходилось на женщин 35-39 лет и реже всего вне медицинского учреждения рожали беременные возраст 40 лет и более (3 %).

У каждой четвертой роженицы беременность была третьей, у 24 % – вторая, у 18 % – четвертая, 5 % – шестая беременность. По 2 % случаев приходилось на седьмую и десятую беременность, по 1 % – на восьмую и девятнадцатую; в 3 % – число беременностей, предшествовавшим внебольничным родам, неизвестно.

Наиболее часто (32 %) вне лечебного учреждения происходили третьи роды, в 30 % случаев это были вторые, в 19 % – четвертые роды. Первые роды вне стационара происходили у 8 % женщин, у 5 % - пятые, по 1 % приходится на шестые и седьмые роды и в 4 % случаев число родов неизвестно.

Большинство детей (74 %) рождались на сроке 38-41 неделя гестации, всего 3 % – на сроке 37-38 недель, на срок гестации 35-36 недель приходится 8% родов, еще меньше детей рождались в другие сроки гестации

(2 % в 34-35 недель; по 1 % – 30, 32 и 41-42 недели), в 11 % случаев данные о сроке гестации неизвестны.

Оценка новорожденного по шкале Апгар при внебольничных родах проводится однократно при поступлении ребенка в акушерский стационар и, безусловно, не имеет прогностического значения, но при этом только 38 % детей были оценены на 9 и 36 % на 8 баллов, остальные дети были оценены в 9 % случаев на 7, в 6 % случаев на 10 баллов по шкале Апгар, в 11 % случаев оценка не проводилась.

Треть новорожденных (33 %) были выписаны из акушерского стационара с диагнозом «Здоров», у 32 % детей был диагностирован синдром задержки развития плода, 25 % детей развивались на фоне хронической гипоксии плода. По 11 % приходилось на никотиновую фетопатию и доношенность, церебральная ишемия составила 6 %, у 5 % детей диагностирована алкогольная фетопатия, по 3 % случаев пришлось на крупный плод, установочную кривошею, аспирационную пневмонию, по 2 % – врожденные пороки развития почек, водянка оболочек яичка, внутрижелудочковые кровоизлияния, экстремально низкая масса тела, фетоплацентарная недостаточность, короткая уздечка языка, искусственная вентиляция легких, инфекция, специфичная для перинатального периода без четкой локализации и всего 1 % случаев приходился на парез лицевого нерва, врожденный порок развития ЦНС (болезнь Арнольда – Киари, *spina bifida*), травматическую геморрагическую сыпь на лице, субконъюнктивальное кровоизлияние в оба глаза, незрелость, гемангиому, асфиксию, дефект межжелудочковой перегородки, дисплазию тазобедренных суставов, метаболическую кардиопатию, аномально расположенную хорду в левом желудочке, анемию фетоплацентарную, синдром дыхательных расстройств, дыхательную недостаточность, кровотечение из пуповины, катетеризацию пупочной вены, гемотрансфузию.

В родильном доме было вакцинировано БЦЖ 59 % детей, 20 % были вакцинированы БЦЖ-М, у 17 % детей был установлен медотвод от вакцинации БЦЖ, в 3 % случаев – отказ от вакцинации БЦЖ, в 1 % случаев причиной отсутствия вакцинации БЦЖ было отсутствие вакцины. Вакцинация против гепатита В была проведена 95 % детей, в 3 % случаев был отказ от вакцинации и всего в 2 % – медотвод.

Выводы: преобладающая часть внебольничных родов являются домашними, с наибольшим риском у женщин, количество беременностей и родов у которых составляет более двух и возраст 25-29 лет. Чаще всего вне медицинского учреждения рождались доношенные дети, треть из них были здоровы. Оценка по шкале Апгар при поступлении в акушерский стационар не имеет практического значения и относится к рутинным мероприятиям. Более половины патологических состояний (61 %) у детей связаны с нарушениями в течении антенатального периода. Вакцинация новорожденных против гепатита В выполнена на 95 %, БЦЖ была проведена на

79 %. Вследствие медицинских отводов по состоянию здоровья новорожденного не были привиты 17 % детей.

Таким образом, роды вне медицинского учреждения являются не только медицинской, но и социальной проблемой и требуют оснащения и подготовки машин и персонала скорой медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Томсинская А.Е.

Научный руководитель: д. м. н. В.А. Филонов

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В структуре заболеваний эндокринной системы болезни щитовидной железы (ЩЖ) у детей составляют более 90 %. Среди детей с патологией ЩЖ эндемический зоб (ЭЗ) является преобладающим (Захаренко Р.В., 2002; Рябкова В.А., Ковальский Ю.Г., 1998, 2002). Основанием того, что отдельные регионы Хабаровского края относятся к йоддефицитным (эндемичным) свидетельствуют исследования, проведенные учеными ДВГМУ (Ратнер Ш.И., 1932; Черноярова Н.Н., 1948; Филонов В.А., 2005). По данным Захаренко Р.В. (2002) и Ковальского Ю.Г. (2005), медиана йодурии у детей г. Хабаровска составляет от 64 до 70 мкг/л, при норме выше 100 мкг/л. Исследования, проведенные под руководством Э.П. Касаткиной (2001), дают основания считать, что среди детей с ЭЗ выявляется высокий процент с проявлениями субклинического гипотиреоза.

В структуре болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей в последние 20 лет преобладают «невоспалительные» заболевания. Среди них функциональные кардиопатии занимают до 20-25 %, проявляющиеся чаще всего на фоне вегетативной дисфункции. Учитывая идентичность жалоб и клинических проявлений у детей с ЭЗ и функциональной кардиопатией, была определена цель исследования – изучение клинических, лабораторных и инструментальных показателей у детей с ЭЗ.

Для решения поставленной цели нами были проанализированы 56 историй болезни детей, поступивших в 2016-2017г в соматическое отделение детской городской клинической больницы № 9. Возраст детей от 14 до 17 лет. Среди них мальчики составили 36 % и девочки – 64 %. Клинический диагноз поступивших детей – вегетососудистая дистония (ВСД).

Проанализированы: жалобы, анамнез, лабораторные показатели крови, мочи, йодурии, ТТГ, ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, КИГ, КОП (клиноортостатическая проба), УЗИ ЩЖ, сердца.

Диагноз «эндемический зоб» был установлен у 85 % детей. Обоснование к постановке диагноза: увеличение ЩЖ по данным пальпации (классификация

ВОЗ 1994) и УЗИ (с учетом возраста); по данным величины ТТГ; а также показателям ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, КИГ, КОП.

Анализ йодурии выполнен по стандартной церий-арсенитовой методике, содержание йода в моче с «определением медианы» йода (лаборатория ЦНИЛ ДВГМУ). УЗИ ЩЖ, сердца выполнялись по стандартной методике в отделении диагностики 9 детской городской клинической больницы. Показатели ТТГ взяты из данных медицинской документации пациентов. Обоснованием к постановке диагноза «субклинический гипотиреоз» были жалобы (указанные ниже) и данные инструментального и лабораторного исследования.

Жалобы больных при поступлении: повышенная утомляемость, головные боли, диспноэ, лабильность показателей артериального давления (АД), боли в области сердца, обмороки, повышенная потливость, акроцианоз – чаще ладоней, красный дермографизм. В семейном анамнезе учитывали показатели заболевания ССС, артериальную гипертензию, болезни сердца, заболевания ЖКТ, заболевания почек.

Результаты исследования. Среди жалоб у больных преобладали: головные боли, повышение, чаще понижение АД, боли в области сердца, обмороки, нарушение ритма сердечных сокращений, головокружение. Показатели крови, мочи - практически у всех детей были в пределах возрастной нормы. При оценке исходного вегетативного тонуса – преобладал ваготонический тип. По данным аускультации сердца в 60 % случаев прослушивался систолический шум на основании сердца (функциональный). У 90 % пациентов АД на второй день пребывания в стационаре было на «возрастном» уровне.

По данным ЭКГ в 75 % выявлялась синусовая брадиаритмия (1-2 степени). В 15 % выявлялся суправентрикулярный (наджелудочковый) ритм.

По данным ЭЭГ патологических нарушений не выявлено. По данным РЭГ в 65 % выявляется венозная диссоциация сосудов шеи.

По данным УЗИ сердца в 12 % выявлен пролапс митрального клапана. По данным КОП у 65 % преобладал астеносимпатический вариант и по данным КИГ тип вегетативной реактивности – асимпатикотонический вариант.

По УЗИ ЩЖ в 85 % случаев отмечено увеличение объема железы, преимущественно у девочек. Среди обследованных показатель ТТГ был в пределах возрастной нормы.

Показатели йодурии – в 62 % случаев выявлен дефицит йода легкой и средней степени тяжести.

По данным статистической обработки результатов исследования была выявлена прямая корреляционная связь – 0,86 между ЭЗ и кардиоваскулярным синдромом.

Выводы

1. У детей подросткового возраста, преимущественно у девочек, страдающих вегетативной дисфункцией, в 85 % выявляется ЭЗ.

2. Выявлена прямая корреляционная связь – 0,86 между ЭЗ и кардиоваскулярным синдромом.

3. В 62 % случаев обследованных детей выявлен дефицит йода легкой и средней степеней тяжести.

Результаты исследования дают основания предположить, в комплексе лечебно-профилактических рекомендаций подростков с вегетативной дисфункцией при выявлении ЭЗ включать препараты для восполнения йодного дефицита.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Шевыряева А.А.

Научные руководители: к.б.н. Н.П. Ларина,

Н.Г. Пушкарева

Читинская государственная медицинская академия

г. Чита, Россия

Работа посвящена изучению врожденных пороков сердца, как пример пороков онтогенетического и филогенетического происхождения. Работа отражает природу пороков и возможностей их появления по Забайкальскому краю.

Существует два вида происхождения пороков сердечно-сосудистой системы: онтогенетический и филогенетический. Это дает большое разнообразие патологий и повышает вероятность рождения детей в Забайкальском крае с одним из данных пороков.

Целью работы было изучение врожденных пороков сердца онтогенетического и филогенетического происхождения.

Исследование было проведено путем сбора материала из научной, медицинской и биологической литературы, а так же сбора статистических данных из государственного медицинского учреждения Краевой детской клинической больницы, отделения кардиологии.

Данные затрагивают детей с врожденными пороками сердечно-сосудистой системы. Онтогенетическими пороками являются пороки, возникающие в результате онтогенеза, т.е. индивидуального развития.

Филогенетические пороки – это пороки, которые не встречаются в нормальных условиях, но являются нормой для других биологических классов.

Согласно статистике, частота врожденных пороков сердца составляет от 5 до 10 случаев на 1000 живорожденных.

Выяснилось, что из 332 врожденных пороков развития, зарегистрированных в течение 2015 года в Забайкальском крае, 24 являются филогенетически обусловленными пороками сердечно-сосудистой системы (например, незаращение овального окна, правая дуга аорты) – 37,3% или 7,4 случая на 1000 рождений. Среди них врожденные пороки развития сердечной перегородки – 21,7% или 72 случая (по сравнению с другими года-

ми: 2012 – 22%, 2014 – 14,1%); Дефекты клапанного аппарата составили лишь 1,8% – 6 случаев. Также среди детей «строгого учета» – 7 зарегистрированных случаев имеют онтогенетическое происхождение (2 – гипоплазия левого отела сердца, 5 – транспозиционный комплекс) в Забайкальском крае.

Согласно полученным данным, в большинстве случаев преобладают филогенетически обусловленные пороки сердца, что, несомненно, указывает на происходящее нарушение эмбриогенеза, приводящее к схожести признаков человека как млекопитающего с другими классами.

Таким образом, врожденные пороки сердца онтогенетического и филогенетического происхождения являются очень интересным объектом исследования, позволяющим прогнозировать вероятность рождения детей с нарушениями сердечно-сосудистой системы в Забайкальском крае.



Акушерство и гинекология

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Дегтярева С.А., Блощинский С.А.

Научный руководитель: д. м. н. И.А. Блощинская
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Миома матки – наиболее распространенная опухоль органов малого таза у женщин с частотой встречаемости от 25 до 50 %. По поводу миомы наиболее часто выполняется гистерэктомия, являющаяся одной из наиболее частых операций в гинекологическом отделении. Долгое время не существовало альтернативных методов лечения больных с миомой матки. Уровень осложнений данной операции составляет 1-2 %, а уровень смертности 0,1 %, с развитием в позднем послеоперационном периоде постгистерэктомического синдрома, ухудшающего качество жизни женщины не менее чем в 50 % случаев. Консервативная миомэктомия, сохраняя менструальную функцию приводит к рецидиву до 25 %, а сохранение детородной функции не превышает 40 %.

В последние годы убедительно доказано, что эмболизация маточных артерий (ЭМА), является альтернативным и органосохраняющим методом оперативного лечения миомы матки.

Лечебный эффект ЭМА обусловлен снижением перфузии миометрия в целом и ткани узлов миомы в частности с последующим развитием ишемии, ослаблением воздействия на миометрий половых стероидных гормонов и факторов роста, модификацией иммунных влияний на процессы регенерации, дифференцировки и роста миометрия, уменьшением его пролиферативной активности. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу (размягчению), организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности ЭМА при хирургическом лечении миомы матки с использованием современных эмболизирующих материалов.

Для решения поставленной цели был проведен анализ результатов использования ЭМА при хирургическом лечении миомы матки в гинекологическом отделении Дорожной клинической больницы за период 2015 г. Данный метод использован у 62 пациенток возраст которых колебался от 25-48 лет и составил: до 30 лет – 8,06 % (5); от 31 до 40 лет – 41,93 % (26); от 41 до 50 лет – 50,0 % (31).

Основные объективные побудительные причины использования хирургического лечения путем ЭМА были следующие: менометроррагии приводящие к анемии в 19,35 % (12); нарушение функции смежных органов в 12,90 % (8); неэффективность консервативной терапии в 83,87 % (52); размеры узла с тенденцией к росту в 45,16 % (28); препятствие деторождению в 12,90 % (8) случаев.

При опросе и анкетировании пациентов выявлены субъективные побудительные причины к проведению ЭМА, такие как: желание сохранить менструальную функцию в 91,93 % (57); нежелание потери органа в 67,74 % (42); страх наркоза и операции в 59,68 % (37); боязнь раннего старения в 56,45 % (35) случаях.

По данным бимануального исследования величина матки до 12 недель встречалась в 90,32 % (56) случаев, от 12 до 16 недель в 9,68 % (6) случаях. Единственный или доминантный из числа многих узлов величиной до 5 см установлен перед проведением ЭМА по данным УЗИ в 58,06 % (36) случаев, более 5 см и до 9 см – в 41,93 % (26) случаях. По числу миоматозных узлов их количество колебалось от 2-3 до 8-9 узлов соответственно у 19,35 % (12) и 35,48 % (22) женщин. Сочетание с простой гиперплазии слизистой полости матки отмечено нами в 19,35 % (12) случаев.

Для эмболизации использовали калибровочные микросферы из поливинилалкоголя (ContourPVA Embolization particles, Boston Scientific и Bead-Block, Terumo). Основной задачей процедуры считали эмболизацию сосуда, питающего узел, при этом ориентировались на снижение параметров кровотока. Такой прием позволял добиваться прекращения циркуляции кровотока в сосудах, питающих узел, сохранив при этом достаточное кровоснабжение в остальных отделах матки.

ЭМА, как и другие инвазивные вмешательства, имеет свои возможные осложнения в виде развития постэмболизационного синдрома различной степени выраженности. Из числа прооперированных больных нами отмечено развитие постэмболизационного синдрома в 83,87 % (52) случаях. Легкая степень постэмболизационного синдрома отмечена в 45,16 % (28), умеренная в 37,10 % (23) и тяжелая степень в 1,61 % (1) случаев. Во всех случаях явления постэмболизационного синдрома умеренной и высокой степени удалось ликвидировать за 2-3 дня пребывания в стационаре.

При УЗИ через 6 месяцев после проведения ЭМА регресс величины матки отмечен в 83,87 % (52) случаев. Уменьшение диаметра основного узла до 50 % отмечено в 98,39 % (61) случаях. При обследовании через год

отмечено уменьшение величины матки до нормы с единственным узлом не более 1-3 см (ядро узла) у 98,39 (61) женщин. Из числа женщин с величиной матки больше 12 недель до проведения ЭМА через 1 год у 5 из 6 пациенток величина матки соответствовала 7-недельной беременности. В одном случае отмечен рост узла, по поводу которого пациентка подверглась оперативному лечению. Причиной неудачи ЭМА была локализация узла ниже область внутреннего зева по задней стенке матки с облитерацией Дугласова пространства (узел до 9 см в диаметре). В одном случае в течение 1 года произошёл регресс 8 узлов и их рождение, не потребовавшее госпитализации, в связи с тем, что в результате проведения ЭМА узлы размягчаются и могут безболезненно рождаться в дни менструации. В данном случае произошло полное излечение пациентки. Из числа женщин до 35 лет у трех наступила беременность. В сроке беременности 32 недели данные доплерометрии соответствовали нормативным показателям во всех случаях. Из числа женщин после 40 лет отмечено развитие олигоменореи в 32,06 % случаев. При исследовании уровня ФСГ и эстрадиола у этой категории женщин установлены нормативные показатели. В группе женщин после 40 лет отмечено прекращение менструальной функции после 45 лет у 23,64 %, при этом отсутствовали проявления климактерического синдрома.

Отдаленные результаты. Клинический пример: в 2010 году, женщине 25 лет, был установлен диагноз: Миома матки смешанного роста. В 2012 году при повторном обследовании на УЗИ органов малого таза определялся миоматозный узел по задней стенке матки в области дна размером 5,3*4,9*5,5 см. 25.12.2012 г. была выполнена селективная эмболизация правой маточной артерии эмболизационными частицами Contour 1 000-1 180 мкм 1 флаконом до полной остановки кровотока. ЭМА была проведена под эпидуральной анестезией трансрадиальным доступом. Послеоперационный период протекал без выраженного болевого синдрома и лихорадки. Через два дня пациентка была выписана из отделения в удовлетворительном состоянии, а 29.12.2012 г. стала трудоспособной. При контрольном УЗИ от 10.01.13 г. размер миоматозного узла составил 5,0*4,4*4,9 см, а от 20.02.13 г. – 4,8*4,0*4,5 см. В сентябре 2015 года наступила беременность, завершившаяся в июне 2016 года родоразрешением путем кесарева сечения на сроке 41 нед. Родился живой доношенный мальчик с массой: 4590 г, рост – 58 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. На момент проведения данного исследования (2017 г.), ребенок растет и развивается соответственно возрасту и полу.

Таким образом, использование ЭМА у больных с миомой матки позволяет:

- 1) добиться ограничения пролиферации миомы с последующим регрессом до величины ядра узла;
- 2) избежать риска оперативного вмешательства и консервативной терапии.
- 3) сохранить орган-мишень для осуществления гормональной регуляции менструальной функции и деторождения.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Забелова Е.А.

Научный руководитель: д. м. н. Е.А. Юрасова
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Одной из главных задач здравоохранения является сохранение репродуктивного здоровья женщины. Серьёзное влияние на здоровье женщины оказывает искусственное прерывание беременности на любом сроке, которое зачастую приводит к ранним осложнениям и оказывает отдалённое влияние на репродуктивное здоровье женщины.

Цель работы: описание социального портрета женщины, имеющей в анамнезе прерывание беременности раннего срока.

Задачи исследования:

1. Оценить репродуктивное поведение и здоровье женщин разных возрастных групп. 2. Составить социальный портрет женщины, имеющей в анамнезе прерывание беременности раннего срока.

Материалы и методы. Объектом данного исследования являются женщины, имеющие в анамнезе искусственное прерывание беременности на ранних сроках в возрасте от 19 до 55 лет, госпитализированных в КГБУЗ ГKB № 11 «Родильный дом», КГБУЗ «Родильный дом № 1; ККБУЗ ГKB № 10 отделение гинекологии; КГБУЗ КKB № 1 отделение гинекологии с ноября 2015 г. по январь 2017 г., отобранные случайным методом. Опрос проводился в форме анкетирования. Всего нами было опрошено 109 женщин.

Результаты исследования. Треть опрошенных нами женщин - 36 человек (33,0 %) имело 5 и более партнеров, одного полового партнёра – лишь 12 респондентов (11 %). На вопрос «Были ли у Вас когда-нибудь инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)?» 62 женщины (56,9 %) ответили «нет», 14 опрошенных (12,8 %) ответили - «не знаю», в то же время 15 женщин (13,7 %) указали на наличие уреаплазмы, 3 (2,7 %) – микоплазмы, 6 (5,6 %) – хламидии. 8,3 (9,3 %) респонденток имеют нескольких возбудителей ИППП. 19 (17,4 %) опрошенных постоянно предохраняется от беременности, 35 (32,1 %) женщин – иногда, 55 (50,5 %) респонденток – никогда не предохранялись. 19 (17,4 %) респонденток применяли медикаментозные методы профилактики беременности, 7 (6,4 %) использовали внутриматочные спирали, 39 (35,8 %) использовали презервативы, 33 (30,3 %) – сочетание различных методов и 11 (10,1 %) – иные способы (календарный метод, незаконченный половой акт, спермициды). 47 (43,1 %) женщин сделали аборт, не имея детей. Из всех опрошенных 46 (44,0 %) женщин имели в анамнезе 1 аборт, 33 (30,3 %)

респондента – 2, 15 (12,0 %) опрошенных – 3, а 4 и более аборта – 12 (13,7 %) женщин.

«Женщины до 20 лет» – более 50 % из опрошенных «не знают», есть ли у них ИППП. 50 % из них имеют 5 и более половых партнёров. Все из опрошенных (100 %) имеют в анамнезе 1 аборт, при этом у 75 % из них в анамнезе отсутствуют роды. 100 % опрошенных девушек прервали беременность из-за нежелания иметь детей. «Женщины от 20 до 24 лет» на вопрос «Были ли у Вас когда-нибудь инфекции, передаваемые половым путем?» 33 % и 47 % женщин ответили соответственно «нет» и «не знаю», в то же время как 20 % дали положительный ответ. 47 % опрошенных имеют 5 и более половых партнёров. 73 % – имеют в анамнезе 1 аборт, а у 60 % он предшествовал первым родам. 67 % опрошенных пациенток прервали беременность по причине «нежелания иметь детей». «Женщины 25-34 лет» на вопрос «Были ли у Вас когда-нибудь инфекции, передаваемые половым путем?», лишь несколько женщин отвечали «не знаю», но большинство давали отрицательный ответ (54 %). 38 % опрошенных пациенток имеют 5 и более половых партнёров. 50 % – имеют в анамнезе 1 аборт, лишь у 31 % из исследуемых в анамнезе отсутствовали роды. У 64 % аборт предшествовал первым родам. Основной причиной прерывания беременности, как и в других группах является «нежелание иметь детей» (52 %). «Женщины 35-45 лет» – на вопрос «Были ли у Вас когда-нибудь инфекции, передаваемые половым путем?», лишь 36 % женщин отвечали положительно. 33 % опрошенных имеют 5 и более половых партнёров. 30 % пациенток имеют в анамнезе 1 аборт, и столько же (30 %) – 4 аборта, при этом лишь у 7 % из исследуемых в анамнезе отсутствовали роды, а у 18 % аборт предшествовал первым родам. Основной причиной прерывания беременности является как «нежелание иметь детей» (43 %), так и социальное неблагополучие (43 %). «Женщины старше 45 лет» – на вопрос «Были ли у Вас когда-нибудь инфекции, передаваемые половым путем?» 23 % женщин отвечали положительно. Все женщины на момент опроса имеют одного полового партнёра. 47 % пациенток имеют в анамнезе 2 аборта, лишь у 18 % респонденток аборт предшествовал первым родам. Основной причиной прерывания беременности женщин, данной возрастной категории, является «нежелание иметь детей» (53 %).

После первого аборта начинают применять методы контрацепции лишь в 59 % женщины, а после 4 и более аборт – 92 % опрошенных.

Выводы

1. Большая часть женщин (45 %) имеют в анамнезе 1 аборт, при этом аборт перед первыми родами делали 43 %, что является большим риском в развитии как ранних осложнений, так и поздних репродуктивных заболеваний.

2. В результате исследования было установлено, что возрастная группа 25-34 года лучше осведомлена о способах прерывания

беременности, однако наличие таких знаний никак не влияет ни на количество половых партнёров, ни на общее число совершённых аборт, включая аборты перед первыми родами.

3. Проведенное исследование позволило выявить группу риска по нарушению репродуктивной функции – это женщины до 20 лет. В этой группе наименьшее количество исследуемых знает о наличии или отсутствии у них инфекций передающихся половым путем, подавляющее большинство имело пять и более половых партнеров, а также все респондентки прервали беременность, не имея детей.

БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМПОНЕНТОВ ПИЩЕВОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИАМУРЬЯ

Кирсанова Е.Ю., Целых Е.Д., Супрун С.В.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Приамурье — это место концентрации коренного населения. В течение 2-х веков коренные малочисленные народы Севера (КМНС) — нанайцы, ульчи, негидальцы, орочи, эвенки и др., вытеснялись из родных мест проживания. Изучение адаптационно-компенсаторных процессов и реакций в условиях различных биогеохимических провинций отнесено к числу приоритетных фундаментальных медико-биологических исследований на ближайшие годы. Сочетание проблем экологических и социально-экономических условий проживания привело к изменению среды обитания человека и лежит в основе адаптации к новым «некомфортным» факторам среды. К числу важнейших экологических градиентов относят такие признаки пищевого статуса, как белковый, углеводный и липидный спектры крови (общий белок, мочевины, холестерин, глюкоза), которые зависят от характера фактического питания. Наблюдаемый переход КМНС на европеизированный тип питания способствует изменению адаптационных возможностей, что наиболее заметно в группах риска, к которым, в том числе, относятся дети и беременные женщины.

Цель исследования — провести оценку экоградиентных биохимических компонентов пищевого статуса беременных женщин Приамурья.

Материалы и методы. В медико-биологическом обследовании принимали участие беременные женщины коренного (n=143, средний возраст — 25,34±0,81 лет) и пришлого населения (n=241, средний возраст — 28,67±0,72 лет) Нанайского района Хабаровского края (села Троицкое, Найхин, Даерга).

Исследование направлено на изучение содержания биохимических параметров сыворотки крови (общий белок, мочевины, холестерин, глюкоза) с применением биохимических методов, проведенных в лабораторных условиях на основании договоров о взаимовыгодном сотрудничестве. Проанализирован витаминный состав среднего суточного пищевого рациона за недельный срок с использованием модернизированной программы «Correst food 6.5», созданной на основе справочника «Химический состав пищевых продуктов», одобренного Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

При статистическом анализе использовались стандартные методы вариационной статистики: определение достоверности полученных данных в условиях стандартного нормального распределения для независимых выборок — по коэффициенту Стьюдента; ошибка оценивалась с помощью средней квадратической ошибки ($M \pm m$). Проверка нормальности распределения малых выборок, численностью до 50 вариантов проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка (Shapiro-Wilk). Для математических расчетов использовались статистический пакет SPSS и офисный пакет Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования. Выявлено среднее содержание биохимических констант сыворотки крови (СК) белкового обмена беременных женщин нанайской национальности (КМНС) и пришлого населения (98% — русские), проживающих на территории Нанайского района. Установлено, что у беременных женщин КМНС и пришлого сельского населения показатель общего белка равен, в среднем, 60,5 г/л. т.е. ниже норматива 65-85 г/л; показатель мочевины у беременных женщин выше нижней границы норматива, в среднем, 2,95 ммоль/л. Это является предпосылкой для развития гипопроteinемии — снижения общего количества белка в СК, которое наблюдается вследствие недостаточного поступления белка в организм как результат несбалансированного питания. Уменьшение концентрации мочевины в СК может быть результатом гипопроteinемии и обусловлено, вероятно, диетой с низким содержанием белка. Определено среднее содержание биохимических констант СК липидного и углеводного обмена беременных женщин КМНС и пришлого населения. По данным биохимических исследований концентрация холестерина у беременных женщин коренного и пришлого населения в среднем равна 4,2 ммоль/л, что находится в пределах нормативных величин (3,6-5,2 ммоль/л). Выявлено достоверно более высокая концентрация глюкозы в СК беременных женщин КМНС (составляет 3,85 ммоль/л), чем у пришлых. Однако в обеих этнических группах у беременных женщин концентрация глюкозы соответствует нижней границе нормы (3,5 ммоль/л), что может являться причиной развития гипогликемии, возникающей при длительном голодании (алиментарная гипогликемия).

В ходе медико-биологических исследований проанализировано соотношение проб константных показателей СК соответствующих нормативу и не соответствующих нормативным данным (дисфункционального / дизадаптивного характера). Оказалось, что по общему белку — 73,53 % проб беременных женщин КМНС не соответствует гигиенической норме, а среди беременных женщин пришлого населения — 76,32 %; по мочеvine — дисфункциональный и дизадаптивный характер в 60,00 % проб беременных женщин КМНС (у беременных женщин пришлого населения — 63,53 %). Концентрация холестерина среди беременных женщин КМНС соотносится с нормативом в 45,83 % проб (в сравнении, у беременных пришлого населения — 41,82 %). Содержание глюкозы в 65,52 % проб беременных женщин КМНС на уровне, не соответствующего нормативу (в сравнении, у беременных женщин пришлого населения — 52,94 %). В среднем, среди беременных коренного населения нормативу соответствуют 36,0 % проб биохимических показателей СК, среди беременных пришлого населения — 37,0 %. Дизадаптивное и дисфункциональное состояние определены, в среднем (по всем 4 показателям), у 63,0 % беременных КМНС и 62,0 % беременных пришлого населения. Вышеперечисленные константы СК являются определяющими для характеристики обменных процессов.

К важным характеристикам пищевого статуса также относится состав суточного рациона питания беременных женщин сельского коренного и пришлого населения Хабаровского края. Используя результаты анкетирования, определено среднее содержание витаминов в суточном рационе питания беременных женщин КМНС и пришлого населения Хабаровского края; проведено сравнение с нормативными данными содержания микронутриентов в суточном рационе питания в соответствии с особым физиологическим состоянием. Анализ выявил снижение концентрации водорастворимых витаминов группы В (V_1+V_2) в рационе коренных беременных в 2 раза ($1,58\pm 0,15$ мг/сут.), у женщин пришлого населения в 1,8 раза ($1,68\pm 0,18$ мг/сут. при нормативе — 3,1 мг/сут.). Содержание водорастворимого витамина С в рационе беременных женщин нанайской и русской этнических групп достоверно не отличается, однако их уровень ниже норматива (70 мг/сут.) в 2,1-2,2 раз и составляет $31,85\pm 4,39$ мг/сут. и $32,58\pm 3,67$ мг/сут., соответственно. Концентрация витамина А (β -каротин) в рационе беременных женщин-нанаек практически соответствует средним физиологическим нормам (2 мг/сут.) и составляет $2,22\pm 0,26$ мг/сут., в сравнении с данными прошлых беременных женщин — $1,68\pm 0,18$ мг/сут., содержание у которых в 1,2 раза ниже нормы. Содержание витамина D в рационе беременных женщин-нанаек ($20,64\pm 3,7$ мкг/сут.) в 2 раза выше установленных гигиенических норм (10 мкг/сут.). Определение витамина D в суточном наборе продуктов беременных пришлого населения показа-

ло, что результаты практически не отличаются от уровня физиологических нормативов — $12,85 \pm 0,84$ мкг/сут.

Одной из возможных причин ухудшения здоровья подрастающего поколения является резкое снижение репродуктивных возможностей, в том числе, на фоне биохимического адаптационного ответа организма женщин во время беременности у КМНС (дисфункциональное/дизадаптивное содержание общего белка, мочевины, глюкозы, холестерина) на комплекс неблагоприятных воздействий, к которым относятся дисбаланс витаминов (В₁, В₂, С, D и А) в суточном рационе питания.

Выводы

1. Анализ биохимических констант СК беременных женщин коренного и пришлого населения выявил дизадаптивно низкую концентрацию общего белка (60,50 г/л); дисфункционально низкую — мочевины (2,96 ммоль/л), глюкозы (3,68 ммоль/л) и холестерина (4,20 ммоль/л).

2. Определено низкое потребление витаминов (В₁, В₂, С) в суточных рационах питания беременных женщин, особенно в группе коренного населения Хабаровского края.

3. Составлены рекомендации по снижению влияния алиментарных факторов риска на организм беременных женщин коренного и пришлого населения Хабаровского края.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ДВГМУ

Кривовяз Е.В., Кривошеева Е.А.

Научный руководитель: к. м. н. Т.П. Князева

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Кафедра акушерства и гинекологии ДВГМУ является одной из самых старейших кафедр университета. Изучение ее истории представляет особый интерес и значимость.

Целью работы стало изучение истории заведования кафедрой акушерства и гинекологии ДВГМУ.

Кафедра акушерства и гинекологии ДВГМУ – первая в дальневосточном регионе, была организована в 1932 году на базе единственного в городе гинекологического отделения городской больницы (на сегодняшний день это детская краевая больница). Акушерская клиника базировалась в единственном в городе родильном доме на 40 коек, ныне это «Родильный дом № 4».

Первым заведующим кафедрой с 1932 по 1933 гг. был опытный практикующий врач – Сергей Нестерович Здановский. Он возглавлял хирургическое отделение лазарета до 1924 г. По тем временам он брался за самые сложные операции: на почках, мочевом пузыре, удалял опухоли, смело

вмешивался при ранениях грудной и брюшной полостей, возвратил жизнь сотням людей. С.Н. Здановский был очень образованным человеком, знал 7 языков. В годы интервенции и гражданской войны оказывал медицинскую помощь партизанам. Под видом охоты, с рюкзаком, туго набитым медикаментами, перевязочным материалом и инструментами выезжал в партизанский отряд за 50 км от города через замерзший Амур, где до следующего утра непрерывно оперировал, перевязывал и накладывал лубки.

Весной 1920 г японские интервенты захватили местный лазарет. Японские солдаты вытаскивали больных и раненых красногвардейцев на улицу, расстреливали их прямо над Чердымовкой. И в этой ситуации проявил исключительное мужество Здановский С.Н. Во время бесчинств, которые творили в лазарете озверелые японцы, он положил на операционный стол партизана-большевика и сказал ему: «Лежи, если хочешь жить. Буду, может, и оперировать. Лучше потерять аппендикс, чем голову». Увидев, что началась самая настоящая операция, японцы покинули операционную и комиссар-большевик остался жив. Сергей Нестерович в помощи не отказывал ни «красным», ни «белым», что было взято на заметку органами НКВД, когда в 1938 г. в Хабаровске было сфабриковано «дело врачей». Здановского С.Н. Арестовали вместе с сыном, обвиняя их в том, что заражают воду Амура, но через год это абсурдное обвинение было снято. Выйдя в отставку, он стал заведовать хирургическим отделением окружной больницы, потом, до 1936 г. – акушерско-гинекологическим отделением городской больницы. В 1933–1934 годах организовал и вел курс акушерства и гинекологии в молодом Дальневосточном медицинском институте.

С 1933 г. по 1935 г. кафедру возглавлял Николай Александрович Львов.

С 1935 по 1944 годы кафедру возглавлял профессор Владимир Александрович Покровский. В.А. Покровский в 1919 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Туберкулез женской половой сферы». В 1947 году значительно улучшились условия работы в гинекологической клинике, так как она была переведена в новое здание и расширена до 120 коек консервативной и 80 коек оперативной гинекологии, а также 40 абортных коек. В 50-е годы базами кафедры являлись гинекологические отделения краевой больницы, 12-й больницы, 14-й больницы, а также родильные дома № 1 и 4. В 1935 году под руководством В.А.Покровского организовано научное общество акушеров-гинекологов.

С 1944 по 1967 год кафедру возглавлял Самуил Борисович Голубчин. В 1930 году защитил докторскую диссертацию на тему «Эпидуральная анестезия в акушерско-гинекологической практике». Профессор Голубчин С.Б. был неизменным председателем Краевого общества акушеров-гинекологов. Штат кафедры составлял 19 человек: зав. кафедрой, 2 доцента, 7 ассистентов, 5 клинических ординаторов и 2 лаборанта. При клинике прошли подготовку 284 практических врача. В тот период было опублико-

вано более 200 работ в местной и центральной печати, организован студенческий кружок.

С 1967 по 1990 гг. кафедрой заведовал профессор Василий Федорович Григорьев. В 1959 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода». В.Ф. Григорьев – участник Великой Отечественной войны. Сразу после окончания войны Василий Федорович в 1946 году поступил в медицинский институт. В 1974 году он защитил докторскую диссертацию на тему «Особенности течения и исход беременности и родов при позднем токсикозе беременных». Он автор более 100 научных работ, под его руководством подготовлено и защищено 8 кандидатских диссертаций. Основными клиническими базами кафедры в тот период оставались: «Родильный дом №1» (главный врач А.И. Бессмертная, зам. главного врача З.А. Костевская) и гинекологическое отделение Краевой клинической больницы (зав. отделением – Герой социалистического труда З.И. Венцова). В 70-80-е годы большое развитие получила углубленная подготовка студентов в субординатуре по специальности акушерства и гинекология, активно работал кружок на базе «Родильного дома № 1» и гинекологического отделения Краевой клинической больницы. В 1972 году кафедра была разделена на две кафедры акушерства и гинекологии: лечебного и педиатрического факультетов.

С 1990 г. и до настоящего времени кафедру возглавляет Т.Ю. Пестрикова. Татьяна Юрьевна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Невынашивание беременности, значение показателей перекисного окисления липидов в его диагностике». Она первая из числа сотрудников кафедры и женщин-преподавателей медицинского университета получила диплом изобретателя. В 1998 году в Москве она защитила докторскую диссертацию на тему «Преждевременные роды, патогенез, клиника, терапия». За этот период времени изданы монографии под руководством Т. Ю. Пестриковой: «Ведение беременности и родов высокого риска» (1994 г.), «Инфекционно-воспалительные поражения половых органов и репродуктивного здоровья женщины» (1999 г.), «Современные аспекты тактики при сочетанной патологии тела матки» (2004 г.). Под руководством профессора Т.Ю. Пестриковой выполнены 3 докторские и 20 кандидатских диссертаций.

Сегодня на кафедре работают: Пестрикова Татьяна Юрьевна, Блощинская Ирина Анатольевна, Юрасова Елена Анатольевна, Князева Татьяна Петровна, Власова Татьяна Ивановна, Юрасов Игорь Владимирович, Ковалева Тамара Даниловна, Сухонослова Екатерина Леонидовна, Чудновская Нелли Анатольевна, Воронцова Ольга Семеновна. Сотрудники кафедры проводят консультирование на клинических базах кафедры как беременных женщин с патологией гестационного периода (привычное невынашивание беременности, преэклампсия, плацентарная недостаточность и

т.д.), так и гинекологических больных (бесплодие, миома матки, нарушения менструального цикла и т. д.). Сотрудниками кафедры ежегодно выполняется более 500 акушерских и гинекологических операций. На протяжении более 20 лет они оказывают экстренную помощь при тяжелых клинических ситуациях (массивные акушерские кровотечения, септические осложнения и т. д.).

Сотрудниками кафедры ежемесячно проводятся клинические конференции, консультации, обходы, консилиумы, читаются клинические лекции на закрепленных за кафедрой клинических базах.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ НА ТЕРРИТОРИИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ ЗА 2016 ГОД

Кузьмина Е.В.

Научный руководитель д. м. н. Е.А Юрасова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель работы – определить наиболее часто встречаемые типы вируса папилломы человека (ВПЧ) среди населения в Хабаровском крае за 2016 г.

Задачи:

Определить процент инфицированных ВПЧ среди женщин и мужчин.

1. Выявить процентное соотношение инфицированных ВПЧ в разных возрастных группах среди женщин и мужчин.

2. Выявить наиболее часто встречающиеся высокоонкогенные и низкоонкогенные типы ВПЧ среди женщин и мужчин, характерные для территории Хабаровского края за период 2016 г.

3. Определить вирусную нагрузку на одного человека.

Нами было проанализировано 1793 случаев, по результатам которых было проведено типирование ВПЧ методом мультиплексной ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени по 4 каналам флуоресценции. Метод позволяет произвести определение 21 типа вируса высокого (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 71, 82) и низкого (6, 11, 44) онкогенного риска.

В ходе нашего исследования была определена вирусная нагрузка у одной женщины.

1 тип ВПЧ встречается в 296 случаев, что составляет 44,7 %.

2 типа ВПЧ встречаются в 128 случаев, что составляет 25,7 %.

3 типа ВПЧ встречаются в 52 случаев, что составляет 15,1 %.

4 типа ВПЧ встречаются в 16 случаев, что составляет 4,2 %.

5 типов ВПЧ встречается в 36 случаев, что составляет 6,3 %.

7 типов ВПЧ встречается в 4 случаях, что составило 2,7 %.

10 типов ВПЧ встречается в 8 случаев, что составило 0,9 %

В ходе нашего исследования была определена вирусная нагрузка у одного мужчины.

1 тип ВПЧ встречается в 40 случаев, что составляет 37 %.

2 типа ВПЧ встречаются в 40 случаев, что составляет 37 %.

3 типа ВПЧ встречаются в 24 случаев, что составляет 22,2 %.

4 типа ВПЧ встречаются в 16 случаев, что составляет 14,8 %.

Таким образом, на основании данного лабораторного исследования можно сделать следующие выводы.

1. У каждой второй пациентки было выявлено наличие ВПЧ, большинство из них составляют женщины в раннем репродуктивном возрасте (что составляет 33,7 %).

2. Наиболее часто для нашего региона у женщин встречались высокоонкогенные 16, 56, 51 типы ВПЧ. Это составило соответственно 23,7 %; 16,7 %; 16 %. Низкоонкогенные типы ВПЧ (6, 11, 44) у женщин, характерные для нашего города Хабаровска составили 7,2 %; 3,6 %; 11,7 %.

3. Чаще всего (в 44,7 % случаев) встречался один тип ВПЧ у женщин. Максимально было определено 10 типов ВПЧ у одной женщины, что составило 0,9 %.

4. Среди мужчин так же превалирует количество тех, у кого был выявлен ВПЧ; большинство из них – это мужчины до 35 лет (74 %).

5. Наиболее часто, для нашего региона, у мужчин встречались высокоонкогенные типы 16, 18, 56, 35, что составило 29,6 %; 25,9 %; 25,9 % и 22,2 %, соответственно. Так же, как и среди женщин, с преобладанием 16 типа ВПЧ. Низкоонкогенные типы ВПЧ (11, 44) встречались у мужчин в 22,2 % случаев. 6 тип ВПЧ отсутствовал.

6. Вирусная нагрузка (один и два типа ВПЧ) на одного мужчину в равном количестве встречалась в 37 % случаев. При этом, каждый 10-й человек имел одновременно четыре типа ВПЧ (11,1 %)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГЕСТОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ

Мотрич Т.А.

Научные руководители: к. м. н. А.Н. Грибань, к. м. н. В.И. Колесников

Приморский краевой перинатальный центр,

Тихоокеанский государственный медицинский университет,

г. Владивосток, Россия

Плацентарная недостаточность представляет собой комплекс неспецифических изменений последа, приводящих к нарушению в системе «мать-плацента-плод». Морфологические проявления компенсаторно-

приспособительных реакций в плаценте зависят от срока гестации, метаболических потребностей плода, состояния маточно-плацентарного кровотока и степени структурной зрелости ворсин хориона (Милованов А.П., 1999; Глуховец Б.И. и соавт., 2002). При истощении регуляторных механизмов адаптации наступает фаза декомпенсации с признаками фето-плацентарной недостаточности. Представляется актуальным изучение морфологических изменений плаценты при гестозах и определение путей профилактики плацентарной недостаточности.

Цель исследования. Изучение влияния гестоза беременных на развитие плода.

Материалы и методы. Нами изучены истории родов и поздних выкидышей 157 пациенток и проведено морфологическое исследование их плацент. I группа – 42 случая тяжелой преэклампсии; II группа – 58 случаев умеренной преэклампсии; III группа (контрольная) – 57 случаев неосложнённого течения беременности без признаков гестоза. Проведено сопоставление тяжести клинических проявлений гестоза и гистологической структуры плаценты с учётом состояния плода и новорожденного.

Результаты. Средняя масса плода составила: в I группе 1895 (± 1405) г; во II группе 2542 (± 1148) г; в III группе 3205 (± 415) г.

У пациенток I группы в 16 % случаев тяжелая преэклампсия осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Полноценная компенсаторная реакция плаценты, сопровождающаяся гиперплазией, гипертрофией и гиперваскуляризацией терминальных ворсин хориона наблюдалась во всех группах и составила: I – 7 %; II – 36 %; III – 30 % ($p < 0,04$).

Промежуточные незрелые ворсины со стромальными каналами и клетками Кащенко-Гофбауэра (синцитиальными макрофагами ворсинчатого хориона), наблюдались в I группе 23 %; II – 26 %; III – 10 % ($p = 0,05$).

Во всех плацентах I, II групп и 15 % плацент III (контрольной) группы наблюдалась гипертрофия париетального трофобласта. Пролиферация и увеличение слоёв трофобласта прогрессировали по мере утяжеления гестоза. Гиперплазия сопровождалась появлением вакуолей в слоях трофобласта: I – 68 %; II – 71 %; III – 6 % ($p < 0,05$).

Массивные отложения фибриноида, приводящие к нарушению перфузии ворсин наблюдались в I группе – 89 %; II – 72 %; III – 13 % ($p < 0,04$). Скопления внутриворсинчатого фибриноида в контрольной группе наблюдались только в стволовых ворсинах. При гестозах отложения фибриноида были выявлены не только в стромах стволовых и промежуточных, но и в терминальных ворсинах хориона.

Выводы:

1. Морфологическими особенностями изменений в плаценте при гестозе являются структурно-функциональная активация синцитиальных

макрофагов и периферического трофобласта и массивные отложения фибриноида.

2. Такие изменения можно расценивать как компенсаторно-приспособительную реакцию на иммунологический конфликт между матерью и плодом, приводящий в то же время к нарушению маточно-плацентарного кровотока (Грибань и соавт., 2017).

3. Возможными направлениями профилактики этих изменений могут служить иммуносупрессивная терапия и применение низкомолекулярных гепаринов.

ПРОБЛЕМА ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И СКРИНИНГ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА

Плотникова В.Ю., Соловьева А.С., Терентьева Л.В., Цырендоржиева О.Б.

Научный руководитель: к. м. н. Д.А. Тарбаева

Читинская государственная медицинская академия,

г. Чита, Россия

Несмотря на существующий ряд работ по течению, исходам, осложнениям беременности в юном возрасте эта проблема остается одной из актуальных. В работе различных авторов прослеживается тенденция к увеличению из года в год подростковой беременности и аборт. Не существует общепринятых рекомендаций по ведению, а также предупреждению ранней, нежелательной, в большинстве случаев, беременности, не рассмотрены наиболее оправданные пути решения, не столько медицинской, но и социальной, уголовной проблемы. «Матери – подростки» оказавшись наедине со своими обстоятельствами, изолируются от общества, а зачастую социум становится акционером в этих отношениях.

Цель исследования: анализ особенностей течения беременности, родов, их исходов и качества жизни у несовершеннолетних пациенток.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе Забайкальского краевого перинатального центра г. Читы. Для оценки основных показателей течения беременности и родов проведен анализ медицинской документации 17 юных первородящих женщин в возрасте от 13 до 18 лет. Параллельно проведено анонимное анкетирование, включавшее опросник качества жизни (ВОЗ), скрининговый опросник AUDIT (ФАС), корреляция Спирмена.

Результаты исследования: Средний возраст пациенток составил $15,7 \pm 1,2$ лет, среди них преобладали 17-летние матери-подростки – 41,2 %, 16-летние – 35,2 %, 15-летние – 11,8 %, 14-летние – 5,9 %, 13-летние – 5,9 %. Жительниц города и села среди юных беременных было примерно одинаковым: 47,1 % и 52,9 % соответственно. Средний возраст отцов составил – $21,3 \pm 3,8$, при этом минимальный возраст отцов составил 15 лет, мак-

симальный возраст – 29 лет. Сексуальный дебют юных матерей состоялся в $13,7 \pm 0,9$ лет. У большинства матерей-подростков беременность оказалась незапланированной (70,6 %), «планировавших» беременность – 29,4 %. При этом ранняя постановка на учет отмечена у 23,5 % подростков. Из полных семей оказались – 70,5 % подростков, из неполных семей (только мамы) – 29,5 %. 76,4 % родителей у юных первородящих были трудоустроены, у остальных (23,5 %) являлись безработными. Первая реакция у родителей подростков на факт беременности оказалась положительной у 35,2 %, отрицательной – у 64,7 %. Доверительные отношения в семье указывают всего 41,1 % юных матерей. Неудовлетворительные социально-бытовые условия отмечены у 35,2 % подростков. Число подростков, находившихся в зарегистрированном браке, составило 37,2 %. Планы на продолжение обучения в школе, вузах и сузах имеют 88,2 % матерей-подростков, отсутствие планов указывают 11,8 % девушек. Вредные привычки в виде курения имели 11,8 % юных матерей, от которой все отказались во время беременности. Соматически здоровыми признаны 19,6 % подростков. У 29,4 % выявлены заболевания мочевыделительной системы, в 25,4 % случаев отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, 21,5 % имели вегетососудистую дистонию, 17,6 % – миопию. Наиболее частыми осложнениями беременности у несовершеннолетних оказались следующие – анемия беременной (52 %), плацентарные нарушения – 29,4%, инфекции мочевыделительной системы – 13,7 %, маловодие – 6,3 %, гестационная артериальная гипертензия – 2 %. В большинстве случаев беременность завершилась срочными родами (94,2 %). Средний срок родов составил при этом $38,9 \pm 1,3$ нед. Частота преждевременных родов составила 5,8 %. Родоразрешены через естественные родовые пути 88,2 % юных мам, 11,8 % – путем кесарева сечения. Все прооперированы в срочном порядке. Показаниями явились клинический узкий таз – 5,9 %, прогрессирующая гипоксия плода – 5,9 %, аномалии родовой деятельности – 5,9 %. Из осложнений в родах наиболее частым оказалось дородовое излитие околоплодных вод. Средний вес новорожденных составил – 2911 ± 360 граммов. В неонатальном периоде наиболее частыми осложнениями явились перинатальное поражение ЦНС (35,3 %), транзиторная гипербилирубинемия (47,1 %), кефалогематома (23,5 %). 82,6 % детей выписаны домой, 17,4 % переведены на 2 этап. «Отказов» от новорожденных детей не отмечено. Анализ качества жизни среди респондентов показал в среднем удовлетворительные показатели $89,3 \pm 8,8$ %. При этом сниженными оказались показатели в сфере физического здоровья и психологического качества жизни при удовлетворительных показателях социальных взаимоотношений и окружающей среды. Данный факт объясняется физиологической незрелостью юных матерей, отсутствием готовности к родам. Корреляция Спирмена: коэффициент корреляции между (\downarrow) возрастом и (\uparrow) сроком постановки на учет составил $R = -0,72$ (уровень значимости 0,05). Коэффици-

ент корреляции между (↑) психическим и (↑) физическим здоровьем $R=+0,77$. Коэффициент корреляции между психическим здоровьем и окружающей средой составил $R= +0,91$. Коэффициент корреляции между (↑) окружающей средой и (↑) физическим здоровьем, $R= +0,72$. Коэффициент корреляции между физическим благополучием (↑) и НЦД(↓) составляет $R= -0,71$. В результате использования скринингового опросника AUDIT выявлено: среди опрошенных матерей-подростков 23,5 % (4/17) попали в группу развития ФАС, которые за последние три месяца хотя бы раз употребляли 4 и более стандартных доз алкоголя за 1 прием. 50 % (2/4) входят в группу риска, и отмечают неспособность контролировать дозу употребляемого алкоголя, не характерное для них поведение – 100 % (4/4), потерю памяти – 25 % (1/4), чувство вины или раскаяния – 25 % (1/4).

Выводы: анализ акушерских и перинатальных исходов у несовершеннолетних пациенток подтвердили данные литературы по частоте осложнений в данной возрастной категории женщин. Необходимы эффективные меры социального характера по ее предупреждению, для разработки которых необходимо изучение социального статуса, репродуктивного поведения и здоровья подростков. Ситуация ранней беременности вполне может быть названа экстремальной (особенно если девочка вынуждена принимать решение в одиночку). Проблема полового воспитания среди школьников стоит очень остро и нуждается в ее решении. В школах и дома должна вестись работа, направленная на воспитание у подрастающего поколения разумного и здорового отношения к вопросам пола и половой жизни. Устанавливать правильное отношение между девочками и мальчиками, доверительные отношения с ребенком-подростком, включающие откровенные разговоры на «запретные» темы. Предоставлять разнообразную и полную информацию о методах контрацепции. Прививать гигиенические навыки, закаливание организма, профилактику здорового образа жизни. Содействовать укреплению физиологических и нравственных основ брака и семьи.



Неврология, психиатрия, психология

О НОВОМ ГРУППОВОМ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Александрова Н.А., Москвитин П.Н.

*Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей,*

г. Новокузнецк, Россия;

Новосибирский НИИ гигиены Роспотребнадзора,

г. Новосибирск, Россия

В настоящее время существует острая необходимость в разработке новых групповых методов и подходов, ориентированных на профилактическую работу с подростками «группы риска» по аддикции от психоактивных веществ (ПАВ). В литературе описаны различные подходы (Менделевич В.Б., Сирота Н.А., Худяков В.А., Ялтонский В.М. и др.), мы разрабатываем психогигиеническую модель профилактики зависимости от ПАВ среди школьников (Москвитин П.Н., 2002–2013). Личность «проблемного» подростка с экзистенциально-гуманистических позиций утрачивает важную способность индивида устанавливать истинные, свободные от манипуляции, связи и отношения с другими людьми. Ключевым моментом в решении проблемы мы видим развитие у подростка навыка принятия зрелой ответственности. Приобретение позитивных навыков нового поведения серьезно изменяет «Я-концепцию» личности, поскольку в группе сверстников подростки находят границы своей личности и обучаются ее отстаивать теми конструктивными способами, которые «разучили» в результате участия в экзистенциальном тренинге.

Метод. Метод «профилактической психодрамы» разрабатывается в экзистенциально-гуманистическом направлении психологии и психотерапии, имеет свою теорию и методологию, включает элементы классической психодрамы Я. Морено и логотерапии В. Франкла, а также

содержит ряд отличительных признаков, определяющих патентоспособность авторской технологии. «Профилактическая психодрама» характеризуется яркой психопрофилактической направленностью и призвана восполнить когнитивную, эмоциональную и поведенческую дефицитарность эгоцентрической личности «проблемного» подростка.

В процессе тренинга «Профилактической психодрамы» задаются новые нормы общения, складываются новые межличностные связи, а затем эти изменения входят в жизнь. К подростку возвращается или впервые приходит способность устанавливать с людьми теле-отношения (Я. Морено) – истинные открытые и искренние связи с людьми, развивающиеся на соматическом, психологическом, социальном и трансцендентальном уровнях. Вершиной теле-отношений становится «Встреча», термин, который определяет коммуникацию, ведущую к подлинным и искренним отношениям с другим человеком, между «Я-Личностью» и «Ты-Личностью». Очевидно, что эти процессы, опираясь на спонтанность, креативность и способность личности к сопереживанию, основываются на целительном эффекте группового взаимодействия.

В «профилактической психодраме» есть свои отличительные особенности группового процесса. Они состоят в том, что шеринг и групповая дискуссия, построенная на принципах «профилактической консультации», осуществляются в момент остановки действия при помощи специального приема «Стоп-действие». Остановка действия происходит в момент апогея развивающегося кризиса, когда дальнейший естественно-логический ход событий драмы может привести к необратимым и нежелательным последствиям. Групповая дискуссия с участниками тренинга, организуемая ведущим в этот момент, дает возможность участникам пережить полную вариабельность экзистенциальной свободы выбора, вербализировать позитивную роль и соответственно осуществить выбор наиболее комфортных вариантов, формируя тем самым проактивную модель поведения.

Результаты. Оценка эффективности нового подхода к проведению профилактики наркотизации проведена в г. Междуреченске Кемеровской области. Клинико-эпидемиологический анализ проведен в сравнении с динамикой показателей больничной статистики в 3 близко расположенных городах Южного Кузбасса – Мыски (25 км), Новокузнецк (75 км), Прокопьевск (100 км), со сходными геоклиматическими, социально-экономическими и демографическими показателями. По данным официальной статистики, в Кемеровской области количество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами без признаков заболевания, в этот период времени увеличилось на 28,2 %. Не смотря на негативную тенденцию в области, в г. Междуреченске количество потребителей наркотических

средств, не обнаруживающих признаки наркологического заболевания, достоверно уменьшилось в тот же период на 28,8 % ($p \leq 0,01$).

Выводы. Представлен новый групповой метод первичной профилактики аддикции от ПАВ – патент РФ № 2466752, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 ноября 2012 г. Метод «Профилактической психодрамы» ориентирован на укрепление психического здоровья и позитивную социализацию детей и подростков. Психогигиеническая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ среди школьников на территории региона опирается на социальный заказ и состоит из мероприятий трех взаимозависимых блоков: 1) обучения методу оптимального для региона числа «превентологов», включая обеспечение их учебно-методической литературой; 2) организации со значительными контингентами школьников (муниципальное образование, район города, город, область) 3-5 летней программы тренингов по методу «Профилактической психодрамы»; 3) проведение мониторинга по ряду клинико-эпидемиологических и клинико-динамических показателей.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМА

Гриценко Д.А.

Научный руководитель: Э.Б. Захарова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Актуальность работы следует из того, что около 50 % женщин в России страдают постабортным синдромом. Зная клинико-психологические аспекты этого синдрома и отношение людей к этой проблеме, можно более точно определиться, как можно помочь женщинам страдающих от этого синдрома.

Под термином «постабортный синдром» подразумеваются различные душевные стрессовые расстройства, которые возникают у человека после пережитого аборта. Принимая решение о прерывании беременности, женщины видят аборт, как быстрое избавление от внезапных проблем. О том, что в жизни женщины произошла подобная трагедия, большинство окружающих лиц могут даже не догадываться. Внешнее спокойствие и благополучие могут быть всего лишь маской, скрывающей тяжелые страдания. Вот уже несколько десятилетий специалисты разных стран проводят исследования постабортного синдрома. В число исследователей в основном входят психологи, психиатры и акушеры-гинекологи. Проводить работу в этой области очень сложно ввиду того, что невозможно охватить всех женщин, сделавших аборт. Непросто удержать их в исследовании и объективно оценивать происходящие события. Поэтому до сих пор постаборт-

ный синдром не включен в перечень официальных нарушений психического здоровья. Симптомы, появляющиеся у сделавших аборт женщин, врачи чаще всего относят к другим сопутствующим изменениям личности или не обращают на них внимания совсем. Такова позиция противников существования постабортного синдрома. Тем не менее, сторонники существования проблемы продолжают исследования и уже могут поделить тем, что практически не вызывает сомнения.

В мире в большинстве стран можно наблюдать отрицательное отношение к абортам, а в некоторых странах на них действует полнейший запрет. Так, например, в России 34 % граждан против абортов, в Германии 15 % граждан, а в США 25 % граждан. В связи с такой статистикой, мы решили выяснить, как относятся к этой проблеме студенты специальности «Клиническая психология», ДВГМУ. Для этого мы провели исследование, в котором была использована анкета со следующими вопросами:

1. Как вы относитесь к абортам (положительно или отрицательно)
2. Как вы считаете, аборт наносит психологический ущерб женщине
3. Как вы считаете, аборт убийство или нет
4. Необходимо ли запретить аборты

Опрос проводился на студентах 1, 2 и 3 курсов (всего 35 человек). С помощью анкетирования были получены следующие данные: 35 % отрицательно относятся к абортам; 82 % считают, что аборт наносит психологический ущерб; 62 % считают аборт убийством и 95 % считают, что запрещать аборты не нужно.

Главным симптомом постабортного синдрома является обостренное чувство вины. Возникнуть данное чувство может как сразу после проведения аборта, так и спустя год, а может, и более. Совместно с чувством вины проявляется и «самоедство». Для некоторых женщин пойти на аборт – это один из страшных грехов, и последующее плохое состояние организма они расценивают как кару. Отсутствие аппетита, частые головные боли, раздражительность, нервозность, проблемы со сном – все это является частью данного синдрома и вызывает большое беспокойство. Дополнительным симптомом может стать желание, как можно скорее забеременеть, дабы загладить вину перед совестью, также может возникнуть и страх навсегда остаться бесплодной. В отношении к людям, повлиявшим на принятие решения о проведении аборта, может начать проявляться злоба и ненависть. Также под угрозой находятся и будущие дети, ведь из-за этих чувств возникает вероятность чрезмерной опеки над ними или же агрессии.

На психологическом уровне может возникнуть некоторая отрешенность от внешнего мира, что является опасным симптомом. Возможно развитие отрицания мест, действий, так или иначе связанных с абортом. Все, что каким-либо образом может напоминать об аборте, женщина будет стараться избегать, сюда попадают и отношения. Впоследствии возможен и полный отказ от связи с обществом.

Довольно часто, пытаясь преодолеть постабортный синдром, женщины попадают в наркотическую или алкогольную зависимость, также к ним возможно добавление странного поведения, направленного на причинение вреда самой себе. Ежегодное приближение даты проведения аборта также может давить на психику. Помня о том, что некоторое время назад женщина сделала аборт, она может начать высчитывать, сколько было бы лет ее ребенку.

Диагностика ПАС требует проведения лонгитюдных исследований и комплексного клинико-психологического обследования в составе долгосрочной личностно-ориентированной психотерапии. Своевременному проведению психодиагностического обследования и оказанию эффективной специализированной помощи препятствуют отсроченный дебют негативных последствий аборта, неочевидность и неосознанность существования причинно-следственной связи между появившимися патологическими проявлениями и перенесенным ранее медицинским вмешательством, неразделенность переживаний женщины с семьей и близкими, ее неготовность довериться помогающим специалистам.

Помощь при постабортном синдроме включает в себя пять шагов:

- Шаг 1. Противостояние отрицанию. Большинство женщин осознают, что они убивают своего ребенка – живого человека. Но они вытесняют эти мысли из своего сознания. На данном этапе женщина должна позволить себе назвать все вещи своими именами и признать, что она сознательно выбрала аборт.

- Шаг 2. Отреагирование на уровне чувств и эмоций. На данном этапе важно прочувствовать боль утраты и оплакать своего погибшего ребенка на самом деле, как если бы женщина оплакивала смерть близкого человека.

- Шаг 3. Если женщина, решившаяся на прерывание беременности религиозна, то искать прощения у Бога. Ведь создателем всего живого, Источником жизни является Бог. А аборт – это тяжелейшее нарушение, поступок против жизни, против Бога.

- Шаг 4. Простить других. Накопленные эмоции тяготят душу и требуют разрешения от них. Простить других трудно, но нужно самой женщине. Прощение других дает возможность освободиться от давно подавляемых эмоций, таких как обида, злоба, ярость, агрессия и др.

- Шаг 5. Простить саму себя для того, чтобы обрести душевную покой.

Оказывающий помощь при развитии ПАС психолог должен сам принимать совесть как реальность внутренней жизни человека. Женщина способна признать, что аборт, о котором она почему-то так отчаянно пыталась забыть, действительно негативно повлиял на ее жизнь, если у нее есть глубокое взаимопонимание с кем-либо из членов семьи или сформировались доверительные отношения со специалистом. Осознание содержания и он-

тологической сущности интраперсонального конфликта облегчает его разрешение и улучшает психосоматическое и психологическое состояние пациентки. При благоприятной семейной ситуации и в случае оказания своевременной квалифицированной психологической и медицинской помощи симптоматика ПАС постепенно купируется, восстанавливается контакт с окружающим миром, семейные взаимоотношения и социальные связи. Женщина прощается с прошлым, учится сохранять память о нем и жить по-новому в настоящем.

ФЕНОМЕН «ПРОКРАСТИНАЦИЯ» У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ДВГМУ

Жмеренецкий А.К., Перевезенцева Н.Л.

Научный руководитель: к. психол. н. Н.Л. Перевезенцева
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Студенческий возраст — это тот период, в течение которого активно формируются профессиональные знания и умения, обретаются чувства взрослости и идентичности, планируется профессиональное будущее. Учебные и профессиональные достижения в студенческом возрасте становятся наиболее значимыми, что способствует и укрепляет веру в себя и свою способность к продуктивной деятельности, успешную самореализацию в будущем. Иногда, препятствием для таких достижений может стать *прокрастинация* (лат. *pro* – *вместо* и *crastinus* – *завтрашний*), при которой человеку свойственно откладывать до момента «дедлайн» значимые и актуальные дела, принятие решений. Другими словами, это время или срок, после которого уже бесполезно пытаться нагнать упущенное время. Зачастую, с этим связаны негативные последствия такого откладывания: невыполнение учебных обязанностей в отведенное время, что влечет за собой применение санкции в виде появления академических задолженностей, лишения стипендии, отчисления и др. Соответственно, вместо выполнения необходимых задач субъект заполняет свое время действиями, характеризующиеся «отсутствием продуктивности и смысла».

Так, Я.И. Варваричева, изучая данный феномен, отмечает, что «нарастающий страх перед осознаваемыми субъектом негативными последствиями прокрастинации, чаще всего, оказывает на него не мобилизующее, а парализующее воздействие, заставляя откладывать запланированные действия снова и снова, создавая эффект «снежного кома».

Прокрастинация – это тенденция откладывать выполнение необходимых дел «на потом»; поведенческий паттерн, при котором выполнение ведущей для человека в данный период времени деятельности осознанно от-

кладывается. Человек остается деятельным, но его активность направлена на посторонние, малозначимые, иногда просто бессмысленные занятия.

Отметим, что этот феномен свойственен не только современному человеку, он уходит своими корнями в глубокое прошлое. Не зря существуют такие старинные пословицы и поговорки, как «Не откладывай на завтра то, что можно сделать сегодня», «Завтраками сыт не будешь», «Вчера не догонишь, а от завтра не уйдешь».

В научный оборот термин «прокрастинация» был введен в 1977 году П. Рингенбахом и описан в книге «Прокрастинация в жизни человека». Первые научные исследования прокрастинации появились в 70-х гг. XX века в США. Однако, разработка данной проблемы до недавнего времени сводилась к рассмотрению сходных понятий: «лень», «отсутствие силы воли», «неразвитость организационных навыков» и др. как психологическое явление прокрастинация не сводится к вышеназванным конструктам.

По мнению Н. Милграма данный феномен может быть представлен в виде ежедневной (бытовой) прокрастинации, в прокрастинации принятия решений; в виде невротической прокрастинации (откладывание выбора профессии или создания семьи); компульсивной прокрастинации (сочетание поведенческой с принятием решений); академической прокрастинации (откладывание выполнения учебных заданий, подготовки к экзаменам); прокрастинация в стремлении избежать неприятное дело. Соответственно, в психологической науке выделяют два типа прокрастинаторов — пассивных и активных. Активный прокрастинатор стремится к нагнетанию напряжения. Откладывание дел «до последнего» создает остроту момента, связанного с крайней близостью срока завершения работы.

Прокрастинация представляет собой комплексный, неоднородный в психологическом плане феномен, включающий в себя поведенческие, эмоциональные и когнитивные компоненты, тесно связанные с мотивационной сферой личности. Он проявляется, прежде всего, в поведении, в поддержке выполнения необходимой деятельности. К разнообразным формам этого психологического явления относятся также боязнь рисковать, составление грандиозных, но не исполняющихся планов и т. п. Основные сферы проявления прокрастинации - это профессиональная деятельность, забота о здоровье, а также обучение (академическая прокрастинация).

В психологической литературе феномен «прокрастинация» находит свое объяснение и изучается с точки зрения различных научных школ и подходов: сторонники *психодинамического подхода* объясняют тенденцию к откладыванию дел и принятию решений с позиции механизмов психологических защит, а также в концепции избегания выполнения задач. Согласно этой концепции, люди не выполняют определенные дела и избегают их, потому что они представляют угрозу для Эго; сторонники *бихевиоризма* придерживаются идеи о том, что уровень прокрастинации повышается за счет закрепления стратегии такого поведения; представители клас-

сической *теории научения* объясняют, что становление тех или иных форм поведения происходит автоматически, путем подкрепления или отсутствия наказания; сторонники *когнитивного подхода* считают, что в основе феномена прокрастинации лежат иррациональные убеждения, заниженная самооценка и неспособность самостоятельно принимать решения; представители *теории временной мотивации* полагают, что каждый человек всегда предпочитает тот вид деятельности, который принесет максимум пользы для него, учитывая, на эту деятельность потребуется определенный период времени. Другими словами, люди стремятся к прокрастинации тогда, когда приходят к мнению, что польза от выполнения той или иной работы будет не высока.

Изучая феномен прокрастинации, в данной работе нами было выдвинуто предположение о том, что успешность обучения, отсутствие академических задолженностей, положительная мотивация среди студентов-первокурсников обусловлены высоким уровнем развития прокрастинации, как личностного свойства. В исследовании приняли участие студенты лечебного, педиатрического и медико-гуманитарного специальности «Клиническая психология» Дальневосточного государственного медицинского университета, всего 50 человек. Опрос проводился с помощью методики «Диагностика учебной мотивации студентов, авторы А.А Реан, В.А. Якунин (модификация Н.Ц. Бадмаевой) и «Опросник общей прокрастинации» К. Лэя. Обработка полученных результатов проводилась методами математико-статистического анализа, программа «STATISTICA».

Полученные результаты нашего исследования показали, что, в целом, у студентов-первокурсников показатель общей прокрастинации соответствует средней степени выраженности – 73 %, т. е. феномен «прокрастинация» возникает ситуативно, только в отдельных случаях, когда студенты выполняют неинтересные или сложные задачи, что не значительно влияет на успешность обучения в целом; низкий – у 12 %, для них почти не характерно откладывание дел и, соответственно, несвоевременное выполнение заданий возникает крайне редко; лишь у 15 % выявлен высокий уровень проявления прокрастинации, который проявляется систематически, а откладывание дел на потом характерно даже при выполнении несложных учебных заданий.

Диагностика учебной мотивации студентов-первокурсников по методике Н. Ц. Бадмаевой, позволила оценить мотивацию по степени выраженности – от минимальной до максимальной по следующим шкалам: «Коммуникативные мотивы», «Мотивы избегания», «Мотивы престижа», «Профессиональные мотивы», «Мотивы творческой самореализации», «Учебно-познавательные мотивы», «Социальные мотивы». В целом, по выборке отмечается, что подавляющее большинство (89 %) опрошенных ориентированы на установление позитивных и взаимовыгодных отношений и сотрудничество с однокурсниками и преподавателями, для испытуе-

мым характерным является средний уровень мотивации избегания, выражено стремление быть значимым и уважаемым, стремление получить диплом с хорошими оценками. Одними из ведущих мотивов в учебной деятельности выявлена ориентация на профессию и получение профессиональных знаний, что образует учебно-профессиональную мотивацию и интересе у первокурсников к приобретаемой профессии; кроме того, студенты в большинстве случаев ориентированы на творческое, нестандартное отношение к учёбе и будущей профессии.

Таким образом, результаты исследования, их математико-статистическая обработка, проведенный корреляционный анализ по обеим методикам, позволили нам сформулировать следующие выводы: существует отрицательная связь между общей прокрастинацией и уровнем учебно-познавательной мотивации, на уровне значимости $p \leq 0,01$; отрицательная связь между уровнем прокрастинации и уровнем профессиональной мотивации на уровне значимости, $p \leq 0,01$; отрицательная связь между уровнем общей прокрастинации и уровнем мотивации достижения успеха на уровне значимости $p \leq 0,01$.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что учебная мотивация среди студентов-первокурсников обусловлена высоким уровнем развития прокрастинации, как личностного свойства в нашем исследовании не подтвердилась, что требует в дальнейшем более детального изучения. Представленные в данной работе результаты изучения феномена «прокрастинация», механизмах его влияния на успешность обучения студентов в вузе дополняют представления о нем в психологии и могут быть использованы педагогами и психологами в практической работе со студентами по преодолению и предупреждению затруднений в учебной деятельности.

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ВЫПУСКНИКОВ КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ, ИМЕЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЕ АУТИЗМ

Иванова А.В.

Научный руководитель: Т.С. Денисова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

До 20 % детей и подростков во всём мире страдают проблемами психического здоровья, приводящими их к инвалидности. По данным Всемирной организации здравоохранения по частоте инвалидизации психическая патология вышла на третье место после лёгочных и сердечно-сосудистых заболеваний и составила 29,5 % от общего числа инвалидов. На 2011 год психические заболевания имеют более 189,8 тыс. детей и более 74,1 тысяч подростков. В структуре психической детской патологии

особое значение имеют нарушения аутического характера. Согласно данным Организации Объединенных Наций, около 67 миллионов человек во всём мире страдают аутизмом, это 1 % от всего населения планеты.

На сегодняшний день такое заболевание, как аутизм, называют эпидемией двадцать первого века. По статистике каждый 68-й ребенок в мире рождается с различными аутистическими расстройствами. Аутизм – это психическое расстройство, возникающее из-за различных нарушений в головном мозге и отмечающееся всесторонним, выраженным дефицитом общения, а также ограничением социального взаимодействия, незначительными интересами и повторяющимися действиями.

На 2000 год согласно статистическим данным количество пациентов с диагнозом аутизм находилось в пределах от 5 до 26 на 10 000 детей. Спустя 5 лет показатели значительно увеличились, один случай этого расстройства приходился на 250-300 новорожденных. В 2008 году среди 150 детей один страдает этим заболеванием. В России детей с расстройством аутистического спектра больше, чем с диабетом, онкологией и синдромом Дауна вместе взятых. По данным Всемирной организации аутизма, за последние десять лет количество таких детей выросло в разы. В Хабаровском крае, по данным Краевого центра помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития, состоит на учете 450 детей с аутизмом.

В 2012 году было выяснено, что 35 % молодых людей в возрасте от 19 до 23 лет с аутизмом не имеют работы или не получили высшее образование после окончания средней школы. Следовательно, есть очень много людей с уникальными перспективами и талантами, чей вклад в области занятости просто потерян.

В России ребенку с заболеванием аутизм после наступления 18 лет снимают этот диагноз, и зачастую ставят диагноз шизофрения или тяжелая умственная отсталость. После окончания школы, зачастую, такие дети не идут куда-либо учиться и попадают в дома интернаты смешанного типа или психоневрологические пансионаты, где, в основном, они не чем не занимаются, только в некоторых случаях помогают по хозяйственной части (уборка территории интерната, помощь по кухне) без какого-либо развития. Очень редко встречаются интернаты с мастерскими, где они могут работать за незначительную заработную плату. Из этого следует, что жизнь в доме-интернате ориентирована на поддержание имеющихся навыков, а не на развитие новых, что только губит потенциал человека, который мог бы пригодиться обществу. Таким образом, возникает проблема в социальном сопровождении выпускников коррекционных школ, имеющих заболевание аутизм.

Социальное сопровождение – это комплекс мер, направленных на поддержание процессов активной жизнедеятельности и развития естественных способностей клиента, а также создание условий для предупреждения развития негативных последствий и различных социальных про-

блем, мобилизация человека на активизацию скрытых резервов, обучение новым профессиям, способности самостоятельно справляться с возникшими проблемами. Что касается социального сопровождения людей с аутизмом, то можно сказать, что эффективность помощи в виде социального сопровождения во многом зависит от того, как она организована, насколько мероприятия соответствуют целям и задачам сопровождения. Социальное сопровождение аутистов в постшкольный период подразумевает под собой обучение навыкам самостоятельного проживания, максимальное включение в жизнь общества, организация развития творческих способностей человека, а также обеспечение трудовой занятости людей с аутизмом.

К сожалению, отечественный опыт в данном вопросе хотя и существует, но он недостаточен для решения данной проблемы и у него нет достаточно оснований – ни законодательного и нормативно-правового. В отличие от отечественного опыта в работе с аутизмом, зарубежный опыт показывает более налаженную систему работу с аутичными людьми. В качестве примера можно рассмотреть опыт Дании. В Дании существуют Центр аутизма (примерно 40 воспитанников от 3 до 20 лет), ферма (15 воспитанников старше 18 лет), мастерские, два дома-интерната (один для относительно адаптированных, не нуждающихся в постоянной опеке взрослых, другой для взрослых с тяжелыми формами аутизма). Центр аутизма рассматривается как научный, диагностический и методический центр по проблеме аутизма и его коррекции и оказывает различные виды помощи другим учреждениям. Деятельность Центра аутизма помимо двух общегосударственных министерств (образования и социальной защиты населения) контролируется Советом Национальной аутистической ассоциации.

Для разрешения проблемы, связанной с социальным сопровождением выпускников коррекционных школ, имеющих заболевание аутизм, предлагается создание службы социального сопровождения аутичных детей после выпуска из школы. Главной целью сотрудников службы будет являться подготовка выпускников коррекционной школы с заболеванием аутизм к условиям новой среды, формирование у них социальных знаний, умений, навыков, а также организация дальнейшего образования ребенка, улучшение адаптационных возможностей и социального функционирования, формирование навыков общения.

Основными направлениями деятельности предлагаемой службы должны стать:

1. Организация помощи, направленная на социализацию ребенка вне школы (решение ситуативных задач: изучение правил поведения в общественных местах, обращение к прохожим, если надо найти незнакомый объект или узнать время и тому подобное).

2. Сотрудничество с родителями ребенка (законными представителями), если имеются (консультирование по вопросам воспитания и обучения

ребенка аутиста, психологическая помощь, информирование по поводу необходимых документов для получения пенсии, льгот и т.д.).

3. Организация работы, направленная на выявление профессиональных качеств, умений и навыков ребенка (тематические занятия «Я и мои увлечения», «Мир профессий», проведение профориентационного тестирования).

4. Сопровождение по вопросам дальнейшего обучения ребенка, а именно в каких учебных заведениях он может получить образование, развиваться, быть полезным обществу (информирование родителей и выпускников об учреждениях, где они могут получить профессию; помощь в сборе необходимых документов).

5. Сотрудничество службы со школой, откуда выпускается ребенок, учреждениями готовых брать на обучение таких детей, домами-интернатами (заключение договора на сотрудничество, проведение экскурсий, составление рекомендаций на каждого подопечного для данных учреждений)

6. Создание базы данных выпускников коррекционной школы, для дальнейшего сопровождения их жизнедеятельности.

Таким образом, после создания службы социального сопровождения выпускников коррекционных школ, имеющих заболевание аутизм, ожидается, что выпускники школы получат услугу социального сопровождения, а именно:

1. Выпускникам будут проведены мероприятия, направленные на социализацию после школы.

2. Выпускники получают помощь в сборе документов необходимых для учреждений, где они будут находиться после школы.

3. Выпускники получают на выходе из школы индивидуальные заключения с рекомендациями.

4. Выпускников продолжают обучение в образовательных учреждениях.

5. У выпускников возрастает уровень готовности к самостоятельной жизнедеятельности.

6. После выпуска из школы над всеми выпускниками будет осуществлен контроль.

Все вышеперечисленные мероприятия можно рассматривать как подготовку к тому, чтобы человек с аутизмом мог достойно, свободно и независимо прожить активную и социально значимую жизнь. В этом и заключается суть социального сопровождения аутистов в постшкольный период.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ

Мальцев С.Н.

Научный руководитель: д. психол. н. П. П. Складар
*Луганский государственный университет имени Владимира Даля,
г. Луганск, ЛНР*

Несмотря на то, что по данным пресс-службы Министерства образования и науки РФ, численность детей-сирот в России по сравнению с 2015 годом сократилась на 18 %, их количество составляет 71,4 тыс. С каждым годом растет число детей, переданных на воспитание в приемные семьи. В 2016 году число таких детей превысило 42 тыс., кроме того, под предварительную опеку попало около 19 тыс. детей-сирот, что на 33 % больше, чем в 2014 году. Всего в 2016 году в семьи устроили 63,33 тысячи детей. Это 98,9 % от числа детей, переданных на воспитание в семьи за 2015 год. При этом за десять месяцев 2016 года было выявлено 47,2 тысячи детей, оставшихся без попечения родителей. Существенно уменьшить эту цифру позволила реализация Постановления Правительства РФ от 24 мая 2014 года № 481, которое вступило в силу с 1 сентября 2015 года.

Изучение особенностей воспитательного процесса в семье, раскрытие специфики взаимодействия детей и родителей-воспитателей, анализ основных ее направлений, сфер и средств их влияния на формирование личности воспитанников является важным направлением в научных поисках оптимальных методик семейной опеки над детьми-сиротами и детьми, лишенными родительской опеки, как органической части системы государственного призрения.

Учитывая актуальность проблемы воспитания детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, в условиях приемной семьи, мы поставили цель: определить особенности функционирования такой специфической семье, очертить основные условия формирования личности ребенка-сироты в семейном окружении.

Поскольку у детей-сирот и детей, оставшихся без родительского попечения, в этой сфере обычно отмечаются значительные отклонения, приемная семья поможет корректировать их в процессе целенаправленного взаимодействия. Безусловно, не последнюю роль в развитии ребенка играют генетические задатки, отсутствие внимания со стороны родителей, материнской любви, ласки в первые годы жизни, поскольку именно в этот период закладываются основные подсознательные механизмы, которые на протяжении всей жизни будут «управлять» его эмоциями, реакциями, поведением.

Теоретико-методологический анализ научной психологической, педагогической, медицинской литературы послужил основой для проведенного нами исследования 9 приемных семей Луганской обл.

(всего 32 ребенка от 1,5 до 16 лет), что позволило сделать следующий вывод.

Терпение, внимание, любовь со стороны приемных родителей помогают сгладить приобретенные ребенком негативные фиксации, постепенно улучшить их психологическое состояние.

Низкий уровень общеобразовательной подготовки этих детей требует от приемных родителей больше времени и внимания этой проблеме, трудности вызывает, как правило, низкий интеллектуальный уровень развития, связанный с пропусками уроков, отсутствием мотивации к учебе.

Очень часто социальное неблагополучие родных семей, в которых воспитывались дети, не сформировало у них соответствующие возрасту гигиенические представления, элементарные навыки самообслуживания. Зачастую это связано с алкоголизмом родителей, у которых утрачено нормальное представление о здоровом образе жизни человека, пьянство лишает их усилий в применении гигиенических навыков, утрачивается привычка ухаживать за собой, своим телом, здоровьем, заботиться о внешнем виде.

Бедная лексика пьющих родителей сводится к жаргонным выражениям, нецензурным словам, которые быстро и успешно усваиваются детьми, что непременно приводит к неразвитым лингвистическим качествам. В подростковом возрасте дети свои недоразвитые лингвистические способности прикрывают особым жаргоном, характерным для этого возраста всем детям, как средство идентификации.

Учитывая особенности детей, воспитывающихся в приемной семье, основные проблемы, которые приходится решать родителям-воспитателям, связанные со здоровьем и педагогической запущенностью ребенка.

Среди задач, стоящих перед приемными родителями, систематическое развитие речи, интеллектуальных способностей и общеучебных навыков воспитанников. Создание ситуаций успеха, опора на самые лучшие качества ребенка поможет сформировать мотивацию к успешному обучению, стремление быть лучше, повысить самооценку, постоянно самосовершенствоваться.

Низкий уровень социализации детей-сирот из неблагополучных семей отражается на формировании их ценностных ориентаций, моральных, этических, нравственных качеств, что тоже требует особых усилий, терпения, внимания и личного примера со стороны приемных родителей.

Деятельность детских домов семейного типа позволяет сделать основательные выводы относительно целесообразности существования и развития такой формы семейной опеки. Практические социально-психологические и педагогические наработки родителей-воспитателей требуют детального научного изучения, распространения опыта их работы

позволит расширить сеть детских домов семейного типа как альтернативной формы опеки над детьми-сиротами.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ
У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ
С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
(НА ПРИМЕРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ)**

Надвикова А.А.

Научный руководитель: К.Г. Иванова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель: изучить структуру зависимостей и групп преморбидных факторов у пациентов с шизофренией.

Задачи: оценка структуры зависимостей у пациентов, изучение преморбидных факторов и особенностей личности, оценка социального статуса больных, определение направлений профилактики.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 61 выписных эпикризов пациентов в возрасте от 23 до 72 лет, находившихся на лечении в КГБУЗ «Краевой психиатрической больницы» МЗ ХК, отделение № 11. Преобладали пациенты от 30 до 40 лет (17 человек, 28 %). Наркотики употребляют 21,3 %, курят – 81,9 %, употребляют алкоголь – 49,2 %. Среди наркотических веществ лидирующие позиции занимает употребление конопли и ее производных – 19,67 % в общей выборке. Наиболее часто встречающаяся форма нарушения поведения – аддиктивное (60,7 %). Исследуемая группа разделена на имевших систематическое употребление алкоголя в анамнезе и тех, у кого данный факт отсутствовал. В ходе исследования проводилась оценка преморбидных факторов, особенностей установок личности, склонностей и интересов, изучение социального статуса пациентов. Для оценки достоверности использовались калькуляторы сайта «Medstatistic.ru»: относительный риск, доверительные интервалы, Хи-критерий Пирсона.

Результаты: большинство пациентов не имели отягощенной наследственности – в группе пациентов с шизофренией (Sch) 67,7 %, и 70 % – в SchA (шизофрения в сочетании с систематическим приемом алкоголя). Риск развития шизофрении и алкоголизма выше в семьях, где имел место алкоголизм отца, шизофрения у матери, братьев и сестер. Отсутствие отягощенности незначительно влияет на развитие заболевания. У 83 % пациентов нет перинатальной патологии, различия по периодам незначительны. Воспитание в полной семье наличествует у 64,5 и 73 % пациентов в группах Sch и SchA соответственно. В SchA высок процент пациентов, вырос-

ших в семье без отца (26,67 %). Анализ личностных установок: в дошкольном периоде чаще встречаются затруднения в общении со сверстниками (12,9 % и 3,2). Младшие классы: затруднения в общении со сверстниками (19,35 % и 16,67 %), стремление к одиночеству (6,45 и 6,67 %), у пациентов группы с алкогольной зависимостью добавляются сложности в освоении учебного материала (10 %). Подростковый возраст: Sch – затруднения в общении со сверстниками и низкая заинтересованность учебной (12,9 %), стремление к одиночеству (9,68 %). SchA: затруднения в общении со сверстниками (20 %), неровность настроения, затруднения в освоении учебного материала (6,45 %). На момент осмотра у Sch-группы преобладали: враждебность (16,3 %), неуправляемость, неаккуратность (по 9,68 %), низкая эмпатия, затруднения в общении – 6,45 %. В SchA-группе: неровность настроения (43,3 %), враждебность (23,3 %), неаккуратность (16,67 %), неуправляемость, затруднения в общении – 6,67 %.

38 и 66,6 % не имели выраженных увлечений и интересов. В Sch преобладают дромомания – 16,3 %, труд – 12,9 %. В SchA – дворовые компании и дромомания – 10 %. В Sch группе незаконченное высшее имеют 29 %, среднее специальное – 25,8 %, незаконченное среднее 25,8 %, законченное – 9,7 %. В SchA – 56,6 % со средним специальным, 33 % – незаконченным средним образованием, 10 % – незаконченное высшее. В Sch 71 % не работает, в SchA – 93 %. Процент выхода на инвалидность 29 % в первой группе, 76 % – в SchA. В Sch 45 % безработных, в SchA – 16,67 %. В Sch 51,6 % находятся на иждивении родных, 12,9 % получают пенсию по инвалидности, 32,2 % – соединяют два критерия. В SchA 13 % на иждивении, 36,6 % получают пенсию по инвалидности, 46,6 % – сочетают эти источники дохода.

Выводы

1. Наследственность, перинатальная патология и другие преморбидные факторы изолированно не оказывают влияния на развитие заболевания, имеет значение их совокупность («стресс-диатез»).

2. Алкоголизация пациентов увеличивает процент выхода на инвалидность, что также связано с развитием соматической патологии и органического дефекта на фоне приема алкоголя. Повышается расход средств на терапию шизофрении, которая и без этого является наиболее затратной в практике психиатра.

3. Профилактика развития зависимостей должна начинаться в рамках амбулаторной помощи, включая в себя своевременное обращение, отсутствие стигматизации пациентов, доступность и регулярную терапию заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ К ОБЪЕКТАМ, ИЗУЧАЕМЫМ В КУРСЕ ФИЗКОЛЛОИДНОЙ ХИМИИ – ТЕСТ «НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЕ ЖИВОТНОЕ»

Непомнящая К.В.

Научный руководитель – к.х.н. Т.В. Хекало

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В настоящее время проективные методы широко распространены и очень популярны. Их используют не только для целей врачебной практики, но и в различных сферах бизнеса, производства, рекламного дела, образования. Главная особенность проективных методик заключается в том, что перед испытуемым ставится относительно неструктурированная задача, что означает возможность почти неограниченного разнообразия возможных ответов. Для того, чтобы фантазия информанта могла свободно разыграться, ему дают только краткие, общие инструкции. Проективные методики считаются особенно эффективными для выявления скрытых, латентных или неосознаваемых сторон личности, не выражаемых речью (вербально), (Анастаси А., Урбина С., 2006).

В данной работе в качестве измерительного инструмента использован рисуночный тест “несуществующее животное” (Оконечникова Л.В., 2014). В проективной психологии существует две точки зрения на возможности рисуночных тестов. Согласно первой точке зрения, рисуемый объект (например, человек или животное) – это представитель самого рисующего, его проекция, автопортрет. Другая антагонистическая школа придерживается противоположного мнения: “свободное рисование” человека (или животного) ни в коем случае не должно рассматриваться как изображение себя, автора рисунка. Таким образом, автор выражает свое отношение к объекту на глубоком, подсемантическом, уровне личности. Интерпретация с использованием первой точки зрения принята в психологии личности, вторая точка зрения используется в психологической экспертизе рекламы (Оконечникова Л.В., 2014). Авторы данной работы разделяют вторую точку зрения.

В качестве рисуемых объектов-стимулов были выбраны два физико-химических объекта: студень, кристалл-дендрит. С ними студенты-фармацевты в дальнейшем выполняют серию экспериментальных лабораторных работ в курсе дисциплины физколлоидная химия. Чтобы изучать влияние выполнения эксперимента на личностный, эмоциональный смысл студента, следует провести претест (до воздействия) и послетест (после воздействия). Представленная работа есть результат претеста.

Методика эксперимента

Эксперимент состоит из двух тестов: прямой тест (кодирование) и обратный тест (декодирование). В прямом тесте испытуемые-студенты-заочники 2 курса фармацевтического факультета, 21 человек, все женского пола. Материалы для тестирования: простой мягкий карандаш, стирательная резинка, лист белой бумаги формата А4. Информанты получали инструкцию: “Если бы объект-стимул вдруг ожил и превратился в животное, каким бы он стал? нарисуй его! Это должно быть несуществующее, фантазийное животное! Не допускается рисовать персонажи мультфильмов, сказок, компьютерных игр”. На рисование отводится строго ограниченное время 5 мин. Далее экспериментатор перемешал полученные рисунки и пронумеровал их в свободном порядке.

В обратном тесте: испытуемые-студенты дневного фармацевтического факультета, 2 курса, 19 человек. Инструкция: “вам даны бланки-перечни утверждений и рисунки. на бланке напишите номер рисунка и название стимула. Читайте утверждения по порядку, если вы с утверждением согласны – подчеркните его. Для каждого рисунка должен быть заполнен отдельный бланк.” Время тестирования не ограничено. Бланк содержал 56 утверждений – характеристик животного, перечисленных беспорядочно, в виде строк в три столбца. Например: чешуя, броня, пасть, это существо женского пола, животное безоружно и т.д. Характеристики были взяты из руководства (Венгер А.Л., 2003). Таким образом, в перечне присутствовали:

- 1) признаки агрессивности (нападения), защиты;
- 2) гендерные признаки;
- 3) признаки активности движения;
- 4) тщательность и детализированность рисунков и т.д.

Утверждения – характеристики выбраны таким образом, чтобы проинтерпретировать ответы согласно методике “аналогия” (Оконечникова Л.В., 2014). Данная статья представляет начальный этап обработки протоколов.

Результаты и выводы:

Для проверки надежности теста были рассчитаны критерии каппа-квадрат, оказалось, что распределение ответов отличается от равномерного. Далее, информанты обратного теста были разделены на 2 группы, результаты показали, что распределение частот ответов для групп не различаются между собой. Таким образом, данный тест отвечает критериям надежности.

Далее, оказалось, что распределения частот стимулов “студень” и “кристалл-дендрит” отличаются друг от друга. Были определены частоты характеристик, для обоих стимулов. Для стимула “кристалл-дендрит” выбрано характеристик 2 раза больше, чем для стимула “студень”. Все рисунки стимула “студень”, в общем, содержат черты, характерные для денотата “студень”(бесформенный, плавный, округлый) аналогично, все рисунки

ки стимула “кристалл-дендрит”, имеют признаки, характерные для его денотата (острое, угловатое, шероховатое). Этот факт свидетельствует в пользу именно того основного положения проективной психологии, которое постулирует “неавтопортретность” рисунка животного, то есть художник изображает не себя, а именно заданный стимул, в виде животного.

Результаты интерпретации теста свидетельствуют, что данный подход возможно применить в учебно-педагогических целях, для измерения эмоционального настроения студентов по отношению к физико-химическим объектам.

ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ

Носова Я.И., Кетова В.А.

Научные руководители: к. м. н. А.Ю. Щупак, К.Г. Иванова
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В последние несколько лет установлен рост употребления психостимуляторов под обобщенным названием «Спайс», приобретший в Российской Федерации характер эпидемии. С учетом практически бесконечной возможности изменять химическую структуру синтезируемых психоактивных веществ, появление новых составов «дизайнерских наркотиков» опережает любые попытки постановки их под национальный и международный контроль и способствует распространению с огромной скоростью. Всеобщее заблуждение об их безопасности для здоровья делает синтетические наркотики весьма привлекательными для потребления в молодежной среде, выделяя данную социальную проблему в разряд глобальной.

Цель: Оценка клинической симптоматики острого отравления психостимуляторами на примере «Спайса» в зависимости от степени тяжести пациента.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 234 пациентов в возрасте от 19 до 38 лет, находящихся на стационарном лечении в центре острых отравлений КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» министерства здравоохранения Хабаровского края с июня 2014 г. по декабрь 2016 г. с диагнозом: Острое бытовое отравление синтетическими каннабиноидами. Среди них пациенты мужского пола составили 72,7 % (170 человек). Преобладали пациенты от 21 до 30 лет (186 человек (79,5 %)). Социальная адаптация была абсолютной: 25 % – студенты высших учебных заведений, 59 % – сотрудники коммерческих предприятий, 16 % – военнослужащие.

Диагноз подтвержден токсико-лабораторными методами исследования с привлечением тонкослойной хроматографии.

После клинической и лабораторной диагностики всем пациентам проводилась базисная терапия, включающая детоксикацию (инфузия кристаллоидных растворов до 2,5 л/сутки, гипертонического раствора глюкозы, витаминов групп В и С). Специфической антидотной терапии нет.

Результаты: В нашем исследовании начальная клиническая диагностика наркотического опьянения складывалась из дебюта психопатологических расстройств: размашистости или заторможенности движений, неестественности позы, расслабления речевой мускулатуры и, как следствие, невнятности речи.

В отличие от воздействия растительного каннабиса симптомы общеклинических и психопатических изменений при отравлении синтетическими каннабинолами появлялись раньше с большей продолжительностью.

Тяжесть состояния оценивалась с учетом стадийности психопатологической симптоматики по классификации академика Е.А. Лужникова применительно к отравлениям веществами психо- и нейротропного действия.

В первые сутки на фоне проведенной консервативной терапии у всех пациентов сохранялись соматовегетативные расстройства. Острая психотическая симптоматика корректировалась назначением седативных средств.

Легкая степень отравления была полностью нивелирована к концу вторых суток. Среднетяжелое и тяжелое течение данного заболевания потребовало продолжения детоксикационной интенсивной терапии методом форсированного диуреза с параллельным назначением антиконвульсантов в течение трех-четырёх суток.

Выводы

1. Отравления синтетическими каннабиноидами представляют значительную угрозу в силу широкого нелегального распространения продукта и постоянного изменения состава химических веществ в курительных смесях;

2. Клиническая диагностика острых отравлений синтетическими наркотиками многообразна и включает психические и соматовегетативные расстройства;

3. Четко очерченная стадийность отравлений синтетическими каннабиноидами может быть эффективна в установлении клинического диагноза.

В молодежной среде бытует мнение, что использование определенных видов наркотиков не приносит особого вреда. Любая пропаганда против наркотиков обязательно должна включать разоблачение подобных мифов. Кроме того, необходимо информировать родственников молодых людей о природе наркоманий, сути этого тяжелейшего заболевания и на доступном

уровне рассказывать о формировании и развитии психической и физической зависимости от синтетических наркотиков.

Нами разработан алгоритм поведения родственников людей, употребляющих синтетические наркотики. Нередко подобная информация достигает цели, поскольку, несмотря на кажущуюся осведомленность, родители все-таки не обладают элементарными знаниями о природе и характере тяжелейшего заболевания — наркомании.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТА

Пан А.А., Суманеева А.С., Худиева Р.Р.

Научный руководитель: д. м. н. Е. А. Юрасова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Аборт наносит не только физическую, но и грубую психическую травму. В отличие от после-абортного синдрома состояние женщин накануне аборта изучено недостаточно.

Цель работы. Оценить психо-эмоциональный статус женщин накануне аборта, врачей акушеров-гинекологов, медицинских сестер, работающих в гинекологическом отделении.

Материалы и методы.

Объект исследования: женщины накануне аборта в возрасте от 15-53 лет; врачи акушеры-гинекологи; медицинские сестры. *Место исследования:* городская больница № 10, ККБ № 1. *Время исследования:* октябрь 2016 г. – февраль 2017 г. *Объем наблюдения:* 87 человек (60 пациенток, 21 врач акушер-гинеколог, 6 медицинских сестер). *Вид наблюдения:* текущий. *Метод наблюдения:* сплошной. *Способ получения сведений:* социальный (анкетирование).

Результаты. За период исследования с октября 2016 г. по февраль 2017 г. опрошены 60 женщин накануне аборта по шкале Бека. Нет депрессии у 36 женщин (60 %), в легкой депрессии – 7 женщин (12 %), в умеренной депрессии – 6 женщин (10 %), в тяжелой депрессии – 11 женщин (18 %). Женщины без депрессии – 28 (64 %), с умеренной – 4 (58 %) и тяжелой депрессией – 4 (37 %) решение об аборте принимали самостоятельно, женщины с легкой депрессией – 3 (43 %) отмечали, что решение об аборте принял отец ребенка. При этом женщины с легкой депрессией – 3 (34 %) винят в решении сделать аборт отца ребенка, женщины без депрессии – 30 (81 %) и с умеренной депрессией – 6 (85 %) никого не винят, женщины с тяжелой депрессией винят и себя – 3 (27 %), и отца ребенка – 3 (27 %), или реже никого не винят – 3 (27 %). Женщины без депрессии не жалеют о своем решении сделать аборт – 27 (75 %), а по мере увеличения степени тяжести депрессии возрастает число женщин, жалеющих об аборте. Среди причин абортов, женщины без депрессии чаще называли – нежелание иметь ребенка (41 %) и материальные про-

блемы (36 %); женщины с легкой депрессией – нежелание иметь ребенка (40 %), проблемы с отцом ребенка (30 %); женщины с умеренной депрессией – материальные проблемы (23 %), нежелание иметь ребенка (19 %); женщины с тяжелой депрессией называли самые различные причины – не желание иметь ребенка/еще одного ребенка (22 %), не желание быть «матерью-одиночкой» (17 %), рождение ребенка помешает ее образованию/работе (11 %), родители женщины настаивают на аборте (11 %). Контрацепция: женщины без депрессии – не предохраняются (31 %), используют барьерные методы контрацепции (44 %), календарные методы (14 %), гормональные методы (11 %); с легкой депрессией используют барьерные методы контрацепции (62,5 %), гормональные методы (12,5 %), календарные методы (12,5 %), не предохраняются (12,5 %); с умеренной депрессией – используют календарные методы контрацепции (40 %), барьерные методы (20 %), не предохраняются (20 %), химические методы – (20 %); с тяжелой депрессией женщины – барьерные методы контрацепции (42 %), не предохраняются (25 %), ВМС (8 %), температурные методы (8%), календарные методы (17 %).

У 21 (100 %) опрошенных врачей отсутствует депрессия. Одной из причин такого результата является то, что доктора воспринимают процедуру «аборта» как часть своей работы и не более. Вторая причина – врачи правильно и эффективно отдыхают после напряженного рабочего дня, тем самым снимая накопленный стресс за время работы. При этом большинство врачей отмечают, что отговорили бы своего друга/родственника от аборта – 21 (100 %), но 6 (29 %) опрошенных врачей не считают аборт убийством и относятся к аборту нейтрально. Таким противоречивым ответам есть обоснование в том, что доктора пытаются оправдать свои действия, и их отношение к аборту не является нейтральным. Тем самым это доказывает, что аборт затрагивает психо-эмоциональное состояние врача. Также каждый четвертый врач (25 %) не может расслабиться после работы, снять напряжение, стресс.

Среди среднего медицинского персонала – нет депрессии у 4 (67 %) медицинских сестер, легкая депрессия у 2 (33 %). У половины опрошенных -3 (50 %) медицинских сестер работа с женщинами, идущими на аборт, влияет на психо-эмоциональное состояние, они находятся в легкой депрессии 2 (67%) и у них нет своих детей – 3 (100 %). На вторую половину медицинских сестер – 3 (50 %) работа с женщинами никак не влияет – 3 (100 %), у них нет депрессии – 3 (100 %) и есть свои дети – 3 (100 %).

Выводы

1. Каждая третья женщина (33 %) испытывает депрессию различной степени тяжести накануне аборта. Наиболее частыми в структуре причин прерывания беременности являются нежелание женщины иметь ребенка – 26 (41 %), либо материальные проблемы – 20 (31 %), но при этом большинство женщин – 45 (75 %) отмечают, что их материальный достаток является средним.

2. У врачей акушеров-гинекологов отсутствует депрессия, но при этом каждый четвертый врач (25 %) не может расслабиться после работы.

3. Каждая вторая медицинская сестра (50 %) находится в легкой депрессии и сочувствует женщинам, идущим на аборт.

ПОРТРЕТ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ ЛИЧНОСТИ СОВЕРШИВШЕЙ ДЕЯНИЯ ПО СТАТЬЯМ 131-135 УК РФ

Поляниченко А.А.

Научные руководители: к. м. н. М.В. Яковлева, Т.А. Галкина
*Северо-Восточный Федеральный Университет им. М.К. Аммосова,
г. Якутск, Россия*

Наше исследование посвящено исследованию криминальной агрессии в виде педофилии. В «Клинической психиатрии» Г.И. Каплан и Д.Д. Сэдок приводится следующее определение понятия педофилии: «педофилия представляет собой повторяющееся интенсивное сексуальное возбуждение или активацию по отношению к детям младше 13 лет, которое продолжается не менее 6 месяцев. Субъект, характеризующийся как страдающий педофилией, должен быть не моложе 16 лет и по меньшей мере на 5 лет старше, чем его жертва». По данным К. Имелинского (1986): «Педофилия представляет собой сексуальное отклонение, проявляющееся стремлением к сексуальным действиям с детьми. В этом смысле пол ребенка не имеет большого значения, поскольку тело ребенка, т. е. тело с признаками незрелости, составляет истинный сексуальный стимул, роль которого подобна роли фетиша».

Цель исследования: изучить портрет поведенческих паттернов подэкспертных совершивших деяния по статьям 131-135 УК РФ по данным АСПЭК ГБУ РС(Я) ЯРПНД.

В этой связи нами было проведено изучение протоколов по первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе 44 мужчин в возрасте от 16 до 25 лет – 7 человек (16 %), от 26 до 45 – 26 человек (59 %), от 45 и старше – 11 человек (25 %), обвиняемых по статьям 131-135 УК РФ, прошедших освидетельствование в Якутском Республиканском психоневрологическом диспансере города Якутска за период с 2013 по 2016 годы. Клинико-психологическое исследование включало в себя изучение анамнеза жизни, сомато- и психосексуального развития, личностных особенностей и мотивообразующих факторов сексуального поведения.

Рассмотрение статей уголовного кодекса по структуре деяний: статья 131 – 15 человек (34 %), статья 132 – 24 человека (55 %), статья 134 – 4 человека (9 %), статья 135 – 1 человек (2 %). Противоправные действия сексуального характера в отношении мальчиков – пострадало 7 человек (16 %), в отношении девочек – пострадало 37 человек (84 %).

При проведении СПЭЖ у 1 подэкспертного комиссия пришла к заключению, что есть признаки инфантильного расстройства личности в стадии компенсации (F 60.9 по МКБ-10), у 2 органическое расстройство личности и поведения с легким интеллектуальным снижением (F-07.0 по МКБ-10), у 1 подэкспертного выявлялись признаки раптофилии, у 2 выявляются признаки синдрома сочетанной наркотической и алкогольной зависимости (F19.2 по МКБ-10), у 1 выставлен диагноз: «Олигофрения в степени дебильности, F70», у 1 выставлен диагноз: «Умственная отсталость лёгкой степени с эмоционально-волевыми нарушениями», у 15 подэкспертных отмечен синдром зависимости от алкоголя.

Выросли в неполных семьях – 11 % подэкспертных, в неблагополучных семьях – 22 %, алкоголизация родителей составила 27 %, в 88 % – отмечаются многодетные семьи. Подавляющее большинство 70 % подэкспертных состояли в браке, холостых – 22 %. Профиль обучения в средней школе по успеваемости составил около 90 % в посредственном освоении школьной программы и удовлетворительной успеваемостью по общеобразовательным предметам. 45 % подэкспертных окончили среднеспециальное образование, 4 % подэкспертных имеют высшее образование, не учились или их отчислили составило – 41 %.

47 % подэкспертных повторно привлекались к уголовной ответственности. Частота судимостей более 3-4 раз составляла 100 % по каждому делу подэкспертных.

57 % подэкспертных совершили насильственные действия сексуального характера, в отношении несовершеннолетних, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

Средний возраст первого сексуального опыта в 17 лет с партнершами старше на 2-3 года и опытнее в сексуальном плане. В семейной жизни предпочтения были в нормативном вагинальном половом контакте (100 %), анальные, оральные половые контакты – 34 %. Тип полоролевой идентичности у 2 подэкспертных был по феминному типу, 42 по маскулинному типу. Восприятие женского образа по феминному типу составляет 41 %, по андрогинному типу 59 %.

Задержка психосексуального развития у подэкспертных:

- отсутствие любопытства к половым признакам в период до 7 лет: 36 %;

- отсутствие периода межполовой агрессии в возрасте от 7 до 12-13 лет: 30 %;

- редукция платонического и эротического либидо: 25 %.

Среди психогенных причин, определяющих задержку психосексуального развития у таких лиц, решающее значение принадлежит личностной аномалии. Критерии психологического дизоттогенеза в качестве поведенческих паттернов заключается проявлениями в виде: 1) неустойчивость эмоций и мотиваций – 80 %

подэкспертных; 2) низкие адаптивные возможности были выражены у 32 % подэкспертных.

Среди подэкспертных, совершивших сексуальные преступления в отношении несовершеннолетних, доминировали лица с эпилептоидными, неустойчивыми и истероидными чертами характера. Наиболее многочисленной была группа с преобладанием эпилептоидного характерологического типа. Для данной группы общие черты проявлялись как подверженность средовым влияниям, зависимость настроения от отношения окружающих, потребность в признании и эмоциональной сопричастности, склонность накапливать негативные эмоции и драматизировать события, эмоциональная лабильность и неустойчивость намерений, спонтанность и импульсивность поведения.

Лица, с преобладанием истероидного типа, значительно отличались от рассмотренной выше группы: неустойчивостью, демонстративностью, потребностью нравиться окружающим, способностью на гибкость в общении, пристрастием к забавам и игровому компоненту в деятельности, плохая переносимость ограничений и формальных рамок.

Однако, в процессе исследования выяснилось, что ведущие характерологические черты становились патогенными, основные личностные радикалы были более выкристаллизованны, что достаточно часто приводило к образованию устойчивых и, как правило, «мозаичных» (сочетанных) вариантов патологии. Соединение эпилептоидного и неустойчивого личностных радикалов создавало максимально ущербную в социальном плане личность, для которой не существует каких-либо общественных норм, морально-этических табу, и характерна необычайная легкость перехода от делинквентного поведения к криминальному.

Однократность эпизода насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних составила 82 %. Наличие аномальной сексуальной идеаторной активности, недостаточная дифференциация полоролевых образов по возрастному и половому признаку, и длительность инкриминируемого деяния более 6 месяцев, была выявлена у 18 % подэкспертных, которые нуждаются в применении принудительных мер медицинского характера, в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра по месту нахождения в соответствии с п.«д» ч.1 ст.97 и п.«а» ч.1 ст.99 УК РФ.

Выводы

1. Молодые лица возрастной категории, совершивших противоправные действия в отношении несовершеннолетних, составляют от 26 до 45 лет.
2. Зачастую подэкспертные не могут успешно учиться в средней школе.
3. Чаще всего происходят из низких социально-экономических слоев.

4. 57 % подэкспертных совершили насильственные действия сексуального характера, в отношении несовершеннолетних, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

5. Психическая составляющая биологического компонента поражена в результате патологии личности: доминировали лица с эпилептоидными, неустойчивыми и истероидными чертами характера.

6. 47 % подэкспертных повторно привлекались к уголовной ответственности. Частота судимостей более 3-4 раз составляла 100 % по каждому делу подэкспертных.

7. Имеется акцент задержки психосексуального развития у подэкспертных.

8. Наличие аномальной сексуальной идеаторной активности и длительность инкриминируемого деяния более 6 месяцев, была выявлена у 18 % подэкспертных.

РОЛЬ ПРОФАЙЛИНГА В ОБЕСПЕЧЕНИИ АВИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Христич Д.Н., Шалунова А.С., Перевезенцева Н.Л.,
Научный руководитель: к. психол. н. Н.Л. Перевезенцева
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

«Имеющий глаза, чтобы увидеть, и уши, чтобы слышать, может убедиться, что ни один смертный не может сохранить тайны. Если его губы молчат, то он говорит кончиками своих пальцев; признаки лжи сочатся из каждой поры на его коже».

/З. Фрейд/

В настоящее время, в рамках антитеррористических программ, крупные транспортные и авиакомпании активно используют профайлинг-технологии для выявления потенциально опасных лиц, для предотвращения террористических актов или других преступлений, которые могут угрожать жизни и здоровью большого числа людей. В широком смысле, профайлинг (от английского «profile», означает профиль, профилирование) – это технология предотвращения противоправных действий, посредством выявления потенциально опасных лиц и ситуаций, с использованием методов прикладной психологии. В более узком смысле, профайлинг является системой установления вероятностной причастности определенного субъекта к планируемому противоправному действию. Отметим, что основной целью профайлинга на транспорте, является своевременное профилирование и выявление потенциальных преступников или террористических угроз со стороны пассажиров и посетителей аэропортов. Вместе с тем, применение профайлинг-технологий в сфере авиаперевозок пассажиров, способствует не только предотвращению противоправных действий,

но и позволяет прогнозировать поведение подозреваемых и потенциальных преступников, что в целом, обеспечивает авиационную безопасность. Кроме того, необходимо учитывать все значимые факторы: в какой ситуации, каким образом и при каких условиях возникают криминально-террористические намерения, а соответственно какие пути и способы могут быть выбраны для их реализации.

Описание и дальнейшее детальное изучение данных субъективных признаков личности, дает возможность перейти к созданию соответствующей классификации потенциально опасных лиц. На основании такого подхода – пассажиров, посетителей и персонал можно отнести к определенному типу (или профилю), в зависимости от наличия или отсутствия признаков, указывающих на возможные противоправные намерения, т.е. осуществить профилирование. Профайлинг-технологии позволяют классифицировать тип «опасной» личности по характерным признакам (внешности, чертам лица, телосложению, поведению и др.) на предмет его потенциальной опасности.

В психологической литературе отмечается (Еникеев М.И., Экман П., Ломброзо Ч.), что применение технических устройств, активно используемых в обеспечении безопасности, не всегда гарантирует абсолютно надежный результат при выявлении потенциально опасного пассажира или посетителя. Такие средства часто не полностью отвечают конкретным задачам выявления противоправных намерений, а кроме того, существует риск, что пользователь технического средства может неправильно или субъективно интерпретировать полученные данные.

Одной из актуальных проблем, рассматриваемых в психологии преступника – проблема типологизации лиц, совершающих преступления. Данная проблема исходит из необходимости сведения психологических характеристик преступника в однородные группы, для более глубокого понимания и узнавания типичного поведения. В классической криминальной психологии выделяют следующие типы преступника, т.е. человека склонного к совершению преступления: безумный преступник — страдает какой-либо клинической формой умственного расстройства; случайный преступник — страдает какой-либо заметной психофизиологической ненормальностью; привычный преступник — к этому типу относятся те «случайные» преступники, которых развратило тюремное заключение.

Криминальные психологи отмечают, что критерием типического в преступнике является степень его общественной опасности - мера его антисоциальной деформированности. Так, Еникеев М.И. выделяет следующие типы преступника: тип, совершающий вынужденные преступные деяния, жертва жизненных обстоятельств; тип преступника, совершающий преступления под влиянием ситуативного соблазна, когда ценный для него результат может быть достигнут; криминально зараженный тип, для которого совершение преступного деяния всегда предпочтительнее, чем право-

исполнительное поведение; тип, у которого сформировался устойчивый криминальный образ жизнедеятельности и совершение преступных деяний становится его потребностью, это тип профессионального преступника; тип, импульсивного правонарушителя, для которого жизненные обстоятельства являются побудителями спонтанного неправомерного поведения.

С. Рошин, условно, выделяет следующие психологические модели личности террориста: психопат-фанатик (чаще руководствуется своими убеждениями (религиозными, идеологическими, политическими) и искренне считает, что его действия, независимо от их конкретных результатов, полезны для общества, его сфера сознания крайне сужена, он способен совершить все, что угодно); фрустрированный человек (его чувство фрустрации, невозможность достижения жизненно важных целей, неизбежно порождает у него агрессивные действия); человек из ущербной семьи (жестокое обращение родителей с ребенком, его социальная изоляция, дефицит добрых отношений могут привести к формированию озлобленной личности с антисоциальными наклонностями, легко может стать «инструментом» исполнения террористических актов); убийца (особый психологический тип преступника, отличается устойчивой антисоциальной установкой, глубокой антисоциальной деформированностью личности. Прimitивная жизненная ориентация, аморальность, преобладание квазипотребностей обуславливают насильственные действия).

На основании изученной литературы отметим, что основным генератором преступных качеств индивида являются общесоциальные (макросредовые) и микросредовые условия, причем среди последних наибольшее значение имеет возможное криминальное окружение личности на ранних периодах ее социализации, криминальная субкультура. Кроме того, «вписанность» личности в асоциальную среду, в криминальную субкультуру может выступать фактором развития типологических особенностей. Явление интеграции криминальной среды в общество, создание «ореола криминальной романтики», так часто привлекающее социально неустойчивую молодежь, может стать психологическим фактором для формирования устойчивого типа преступника, преступника-террориста.

Таким образом, используемые в профайлинге психотехнологии ориентированы на способность распознавания невербальных сигналов, поэтому целью любой применяемой технологии является, как правило, определение лиц, связанных с криминальными, террористическими структурами, а также выявление потенциально опасных лиц, возможно, связанных с угрозой взрыва, захвата (угона) воздушного судна.

ПРОЕКТИВНЫЙ РИСУНОЧНЫЙ ТЕСТ КАК ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ ГЛУБИННОГО УРОВНЯ ВОСПРИЯТИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ

Кондратьев Е.Р.

Научный руководитель: к.х.н. Т.В. Хекало

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Эмоциональная сфера пронизывает все стороны существования человека. Любая точка зрения человека на любой объект всегда эмоционально нагружена. Целью данной работы является измерение эмоционального восприятия студентами конкретных физико-химических объектов, с которыми студенты проводили эксперименты во время занятий по физической и коллоидной химии.

Согласно основному положению арт-терапии, феноменологии и гештальт-психологии [Бетенски М., 2002] искусство – это тот способ самовыражения, который демонстрирует, что происходит с личностью. В изобразительном искусстве проявляются те части реальности, которые сопротивляются вербальному описанию, поэтому «измерительным инструментом» был выбран проективный рисуночный тест. Так как известные проективные тесты не отвечали цели данной работы, то был специально составлен тест (далее тест АРТ), на основе статистической обработки его результатов были подтверждены его надежность, валидность и точность.

Тест АРТ был составлен на основе теста Бетенски М., описанного в [Бетенски М., 2002]. Тест АРТ является претестом, так как он был проведен до начала изучения студентами физико-химических объектов. Эксперимент состоял из двух тестов: прямого теста (или кодирование) и обратного теста (декодирование). Оба теста выполняли группы студентов 1-2 курса дневного фармацевтического факультета медицинского университета г. Хабаровска, группы, почти одинаковые по возрасту, полу, образованию, русскоязычные, 37 и 28 человек соответственно.

Было кодировано три стимула – физико-химических объекта: 1) студень; 2) кристалл-дендрит; 3) кольца Лизеганга.

Методика кодирования заключалась в следующем. Группа информантов (5-6 человек) находилась в светлой аудитории, каждый информант занимал отдельный стол. На столе у информанта было по 3 листа белой бумаги формата А4 и коробка с 12-18 цветными акварельными карандашами. Далее следовала инструкция:

1. рисовать картину о том, как слово (стимул) информант чувствует, ощущает;
2. рисовать только абстрактную картину;
3. время рисования – точно 2 минуты.

Методика декодирования выглядела следующим образом.

В светлой аудитории находились информант и экспериментатор. Перед информантом были разложены этикетки с подписями: 1) страх; 2) любовь; 3) злость; 4) нейтрал.

Экспериментатор заранее пронумеровал в случайном порядке абстрактные рисунки (на обратной стороне). Следует инструкция: Вам дан набор рисунков, посмотрите на рисунок, и если он вызывает у вас чувство «любовь», положите его в стопку под этикеткой «любовь» и т.д. Если же рисунок не вызывает никаких чувств, положите его в стопку нейтральное («нейтрал»). Экспериментатор записывал номера рисунков и название эмоций. Были

проведены три попытки. Результаты трех попыток суммировались и выводились суммы для всех студентов. Эти суммы при статистической обработке получили название «частоты выбора рисунков». Далее были рассчитаны доли каждой из четырех эмоций в процентах (%).

Надежность теста определялась методом расщепления (на две части теста, первая и вторая половина рисунков). Оказалось, что для трех стимулов коэффициенты линейной корреляции Пирсона превышали 0,98, что является очень хорошим показателем однородности частей теста, и, следовательно, надежности. Методом расчета критерия Каппа-квадрат было показано, что распределение рисунков между четырьмя эмоциями отличается от равномерного распределения, не является случайным.

Результаты эксперимента и их обсуждение

1) оказалось, что стимулы – физико-химические объекты (и одновременно научные термины) эмоционально окрашены. Они вызывают у информантов, наряду с нейтральным отношением, все 3 фундаментальные эмоции (любовь, страх, злость);

2) величины % для каждой эмоции настолько близки, что, на первый взгляд, не зависят от стимула, но расчет критериев каппа-квадрат показал, что расхождение между 3 распределениями статистически достоверны, различаются между собой (уровень надежности теста $P \leq 0,01$). Действительно, не зависимо от стимула, для четырех эмоций наблюдается соотношение:

нейтральное ® любовь ® страх (злость), где ® означает уменьшение % эмоций. Так как наибольшее значение % падает на «нейтрал» и любовь, можно сделать вывод, что все стимулы вызвали у информантов нейтрально-положительное эмоциональное отношение.

3) проверка (доказательство) валидности методики определяется с помощью внешнего критерия, один из которых могут быть данные других методик (тестов), валидности которых считается установленной [Митина О.В., 2011].

Тест семантический дифференциал (Осгуда) (тест СД) относится к группе распространенных психолингвистических тестов, релевантность и надежность которых считается доказанной. Результаты теста АРТ сравни-

ли с результатами теста СД, оба теста были претестами и были проведены одновременно [Хекало Т.В., 2016]. Тест СД измерил эмоциональную окраску тех же трех стимулов. Методом расчета критерия каппа- квадрат ($P \leq 0,01$) было показано, что распределение (%) для трех стимулов не различаются между собой. Следовательно, тесты АРТ и СД, очень хорошо согласуются друг с другом. Совпадение результатов обоих тестов можно рассматривать, как доказательство валидности теста АРТ.



Инфекционные болезни, микробиология, паразитология и иммунология

ПОЛИМОРФИЗМ TOLL-LIKE РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Богодухова Е.С., Байке Е.Е.

*Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита, Россия*

Туберкулез вызывают разные причины, но главной является снижение функционирования системы иммунитета. Важную роль в эффективной работе иммунной системы играют Toll-подобные (англ. Toll-like receptor, TLR; от немецкого toll – замечательный) – это трансмембранные белковые комплексы, распознающие высоко консервативные структуры патогенных микроорганизмов. На данный момент известно 13 TLR, среди них с 1 по 10 общие для людей и мышей, в то время как 11-13 у людей не обнаружены.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости аллелей и генотипов генов TLR2 (Arg753Gln), TLR3 (Phe412Leu), TLR4 (Asp299Gly), TLR6 (Ser249Pro) у больных туберкулезом органов дыхания в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе терапевтического отделения Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра г. Читы. В программу исследования вошли 120 пациентов с установленным диагнозом туберкулеза органов дыхания обоих полов в возрасте от 35 до 56 лет.

Группу контроля составили 30 здоровых людей, никогда не болевших туберкулезом. Реципиенты обеих групп являлись жителями Забайкальского края.

Материал для исследования – ДНК, выделенная из лейкоцитов периферической венозной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь»

(ООО НТП «Литех», г. Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3 % агарном геле с добавлением бромистого этидия с ультрафиолетовой детекцией.

Математическую обработку полученных результатов проводили методами непараметрической статистики на персональном компьютере при помощи Statistica 10 и с использованием online-калькулятора (<http://gen-ex.ru/calculatoror.php>). Для статистической оценки различий качественных признаков при изучении полиморфизма генов использован критерий χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Степень риска развития событий оценивали по величине отношения шансов (Odds Ratio (OR)) с расчетом для него 95 % доверительного интервала (CI).

Результаты и обсуждение. В процессе исследования обнаружены все искомые аллели в гомо- и гетерозиготном состоянии. Распределение SNP (single nucleotide polymorphism) генов в исследованных группах соответствовало закону Харди – Вайнберга.

В группе больных туберкулезом и контроле более чем в 90 % случаев определялись гомозиготы Arg/Arg гена TLR2 (Arg753Gln) (108 больных и 28 здоровых) соответственно. Отношение шансов составило 0,64 [CI 95 % (0,14 до 3,04)] и 1,56 [CI 95 % (0,33 до 13,02)]. Мутантные гомозиготы в группах не выявлены.

При изучении гена TLR3 (Phe412Leu) носительство в гетерозиготном состоянии аллеля Phe/Leu в группе туберкулеза составило 54 % (65 больных) соответственно. В контрольной группе выявлено у 57 % (17 здоровых) соответственно. Мутантный полиморфизм выявлен в первой группе в 7 % наблюдений (8 пациентов). Относительный риск развития туберкулеза составил 1,82 [CI 95 % (0,09 до 36,13)].

Оценивая полиморфизм гена TLR4 (Asp299Gly) преобладали нормальные гомозиготы Asp/Asp в 76 % (91 пациент) и 97 % (29 здоровых) случаев соответственно. Мутантные гомозиготы Gly/Gly выявлены только в группе больных в 3 % случаев (3 человека) ($p < 0,05$) [OR₁=1,82, CI 95 % (0,09 до 36,13)].

Нормальные гомозиготы Ser/Ser гена TLR 6 (Ser249Pro) в группе здоровых реципиентов определялись в большинстве случаев и составили 67 % (20 человек). В группе туберкулеза напротив, преобладали гетерозиготы Ser/Pro у 36 % (43 пациента). Для генотипа Ser/Pro относительный риск развития заболевания равен 0,27 [CI 95 % (0,10 до 0,70)], для гомозигот Ser/Ser – 2,23 [CI 95 % (0,85 до 5,89)]. Носительство мутантного варианта полиморфизма Pro/Pro, встречались среди больных туберкулезом – и составил 12 % (15 реципиентов) соответственно ($p < 0,05$). Степень риска возникновения заболевания составила 8,96 [CI 95 % (0,52 до 154,15)].

Выводы

1. При полиморфизме гена TLR2 (Arg753Gln) риск развития туберкулеза крайне низок и возможен в сочетании с факторами внешней среды (алкоголизм, наркомания).

2. Наличие гомозигот Leu/Leu по редкому аллелю гена TLR 3 (Phe412Leu) в группе больных туберкулезом органов дыхания, с нашей точки зрения, свидетельствует о его протективной роли в развитии данной патологии.

3. Относительный риск развития туберкулеза у носителей мутантных вариантов полиморфизма генов TLR4 (Asp299Gly) и TLR 6 (Ser249Pro) выше по сравнению с другими вариантами полиморфизма этих же генов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ЗА 2013–2017 ГОДЫ

Вавилова Е.А., Ом М.Д., Томилка Г.С.

Научный руководитель: д. м. н. Г.С. Томилка

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Среди многих проблем современного здравоохранения проблема ВИЧ-инфекции занимает особое место. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в РФ на 01.07.2016 г. составило 1062476 чел. А в Хабаровском крае 31.12.2016 г. зарегистрировано 3608 ВИЧ-позитивных. За последние пять лет возросла роль полового заражения. Количество зараженных ВИЧ-инфекцией посредством полового контакта составляет 1 885 человек, а в результате употребления инъекционных наркотиков – 1 482 (43,4 %). Это свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции в России начинает затрагивать широкие слои населения. При этом ВИЧ-инфекция нередко выявляется в ходе обследования больных, поступивших с другими направлятельными диагнозами.

Целью работы является проведение комплексной характеристики впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции в Хабаровском крае за 2013–2017 годы.

Материалы и методы исследования. Нами был произведен комплексный клинико-эпидемиологический анализ 35 случаев впервые выявленной ВИЧ-инфекции, имевших место в 2013–2017 гг. на территории Хабаровского края. При проведении статистической обработки материала использовалась общепринятая методика с расчетом ошибок средних и относительных показателей ($M \pm m$). Степень различия показателей оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. Достоверными считались различия на уровне $p < 0,05$.

Результаты. У всех больных диагноз ВИЧ-инфекция был подтвержден серологически (ИФА). В 89 % случаев заражение происходило на территории города Хабаровска, а в 11 % – близлежащих сел Хабаровского района. Средний возраст заболевших составил $40 \pm 3,47$ лет. Преимущественно болели мужчины ($60 \pm 1,6$ %, $p < 0,001$). Большая часть инфицированных относится к категории безработных или занимающих низкоквалифицируемые должности. Наиболее часто больные госпитализировались с диагнозом острый гастроэнтерит неясной этиологии, а также лихорадка неуточненного генеза.

Чаще инфицирование имело место при незащищенных половых контактах (62,86 %) и внутривенном употреблении наркотических средств (34,29 %).

Госпитализация больных происходила на 3-21-й день (в среднем, на $6,36 \pm 1,56$ день) и была преимущественно ранней.

При поступлении пациенты предъявляли множество разнообразных жалоб. Наиболее частыми из них являлись жалобы на недомогание, слабость (95 ± 0 %) и лихорадку (73 ± 0 %), сопровождающуюся ознобами (53 ± 0 %) и головной болью (41 ± 0 %). Также больные жаловались на герпетические высыпания (32 %), симптомы гастроэнтерита (25 %), катаральные явления (9 %), острый тонзиллит (12 %).

У троих пациентов была обнаружена розеолезно-петехиальная сыпь в области передней поверхности грудной клетки и живота, внутренней поверхности бедер. Начало высыпаний чаще всего регистрировалось на 4-5 день заболевания, затухание сыпи – на 5-7 сутки без пигментации и формирования рубцов.

В семи случаях отмечалось грибковое поражение ногтевой пластины нижних конечностей, которое не распространялось на мягкие ткани, а у семнадцати пациентов обнаружено увеличение лимфатических узлов. Наиболее часто встречались паховая, аксиллярная локализация (63,14 %, $p < 0,001$), реже – переднешейная (32,17 %), единично – в области затылка и ключиц. У всех больных увеличенные лимфатические узлы были подвижными, эластичными и безболезненными при пальпации.

У больных с 4а стадией отмечена потеря массы тела менее 10 %, грибковое поражение слизистых оболочек и кожных покровов, опоясывающий лишай грудной клетки, повторные синуситы.

Из всех лабораторных исследований наиболее информативной является оценка иммунограммы, в которой ясно прослеживается наличие иммунодефицита. В иммунограмме отмечались следующие изменения: повышение уровня Ig G у 83 % (до 25), Ig M у 34 % (до 3,5 %), ЦИК у 87 % (максимально до 150 усл. ед.). Кроме того, регистрируется снижение показателей ИРИ у 67 % пациентов (до 4), Т-хелперов CD₄ у 58% (до 12 %) и В-лимфоцитов CD₁₉ у 29 % больных (4 %). Повышается уровень Т-лимфоцитов CD₃ у 22 % больных (до 86 %).

В заключение хотелось бы отметить, что ни у кого из больных ни в направительном диагнозе, ни при поступлении не было указано наличие ВИЧ-инфекции. В большинстве случаев пациенты были направлены и госпитализированы со следующими диагнозами: герпес грудной клетки слева, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная, опоясывающий герпес лица, корь, острый гастроэнтерит, лихорадка неясного генеза, неуточненный вирусный гепатит. У большинства больных диагноз ВИЧ-инфекция установлен на 3 (30 %) и 4а (31 %) стадиях, у остальных – на 2а (12 %), 4б (27 %) стадиях. У 11 человек в окончательном диагнозе не было указано наличие ВИЧ-инфекции, так как результаты ИФА исследования были получены после выписки их из стационара. Это свидетельствует о несвоевременной диагностике данного заболевания.

АЛГОРИТМ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА У ДЕТЕЙ ДО 5-ТИ ЛЕТ НА ПНЕВМОКОККИ

Дербеденева А.К., Ульянова В.О., Дущенко А.А.

Научный руководитель: А.А. Дущенко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Пневмококки являются одним из основных возбудителей менингита, среднего отита, синусита, внебольничной пневмонии у детей и взрослых. В более редких случаях пневмококк может вызывать инфекции другой локализации (эндокардит, септический артрит, первичный перитонит, флегмоны и др.).

Пневмококк (лат. *Streptococcus pneumoniae*) — грамположительные, каталазо- и оксидазоотрицательные бактерии, неподвижные ланцетовидные диплококки длиной 0,5-1,25 мкм, являющиеся факультативными анаэробами, рост которых усиливается при повышении содержания углекислого газа в атмосфере инкубации до 5-7 %.

Существует не менее 91 различных капсульных вариантов пневмококков, но большинство (более 90 %) инвазивных заболеваний вызывается 23 сероварами.

Целью нашей работы было освоить технику взятия, транспортировки и посева материала для исследования.

Задачи

1. Освоить алгоритм выполнения забора материала из зева у детей младшего возраста.

2. Отработать технику выполнения посева полученного материала.

В период с сентября по декабрь 2016 года нами были посещены детские дошкольные учреждения г. Хабаровска, где были обследованы «организованные» дети без признаков инфекционных болезней, на

момент осмотра, в возрасте от 0 до 5 лет 11 мес 29 дней на предмет пневмококкового бактерионосительства.

Этические вопросы. Отбор детей для исследования осуществлялся после устной беседы с родителями или их законными представителями с разъяснением целей и задач исследования, рисков для детей. После подписания информированного согласия у ребенка производили забор материала для исследования.

Забор материала

1. Перед получением материала мы наносили на пробирку информацию о пациенте.

2. Открывали транспортную систему и доставали пробирку с транспортной средой и аппликатор с тампоном.

3. Извлекали аппликатор из упаковки, удерживая аппликатор только за верхнюю часть ДО отмеченной границы.

4. Усаживали ребенка лицом к источнику света и фиксировали его с помощью помощника

5. Просили ребенка запрокинуть голову назад и широко открыть рот.

6. Нажимали шпателем на корень языка, аккуратно вводили аппликатор горизонтально (по отношению к голове пациента) в ротовую полость не касаясь зубов и языка и собирали материал со слизистой оболочки задней поверхности глотки, поворачивая аппликатор 2-3 раза из стороны в сторону.

7. Держали аппликатор только за верхнюю часть, удаляли его из ротовой полости и сразу помещали в пробирку с транспортной средой.

8. Материал доставляли в лабораторию в течении трех часов.

Посев осуществляли немедленно после его доставки в лабораторию, методом истощающих штрихов на чашки Петри с кровавым агаром. В первый квадрант вносили материал, проворачивая тампон и придавливая его к поверхности агара. Во второй и следующие квадранты материал засекали микробиологической петлей, захватывая площадку предыдущего квадранта лишь двумя штрихами и не допуская касания краев чашки Петри. Между посевами на квадранты петлю стерилизовали прожиганием. На каждом квадранте производили по 10 штрихов. Инкубировали в течение 18-24 ч при 37 °С в атмосфере с повышенным содержанием (8-10 %) CO₂.

Идентификация *S.pneumoniae*. Предварительная идентификация осуществлялась через сутки. Были изучены культуральные свойства микроскопии мазков из выросших колоний. К подозрительным относили мелкие колонии с альфа-гемолизом либо более крупные (до нескольких миллиметров в диаметре) слизистые. При микроскопии окрашенных по Граму мазков наблюдали грамположительные кокки (часто ланцетовидные диплококки).

В дальнейшем культуры идентифицировали, как *S. Pneumoniae*, если они проявляли альфа-гемолиз, были грамположительными кокками, каталазо-отрицательными и чувствительны к оптохину, а также к лизису в 40 % растворе желчи.

Таким образом, мы освоили алгоритм выполнения забора материала из зева у детей младшего возраста и отработали технику выполнения посева полученного материала.

САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫДЕЛЕННЫЕ ИЗ СМЫВОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В 2013–2016 гг.

Еремин И.П., Токарчук М.О., Стрельникова Н.В.

Научный руководитель: к. м. н. Н.В. Стрельникова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Одной из важнейших стратегических задач здравоохранения во всём мире является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды. Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) была и остается наиболее значимой среди проблем современного здравоохранения.

Цель работы. Изучить и сравнить санитарно-показательные микроорганизмы (СПМ) из смывов внешней среды многопрофильного стационара за период 2013–2016 г. г.

Материалы и методы. В качестве материала для исследования смывы с объектов внешней среды. Смыв – это жидкость с бактериями, взятыми с поверхности оборудования или столов, на которой они первоначально развивались. Взятие смывов производится с помощью стерильных увлажнённых питательным бульоном 0,1 % пептонной водой ватных тампонов, смонтированных в пробирки. Перед взятием смыва тампон увлажняют средой, после забора смыва тампон опускают в среду.

Смывы берут с поверхности оборудования, столиков, ручек дверей, полок медицинских шкафов, столиков медицинских, кушеток, ёмкостей с дезрастворами, полотенца, раковин и др., с компонентов систем вентиляции и кондиционирования. Общая площадь поверхности крупных объектов, с которой берется смыв – квадрат 10×10 см.

Методы исследования: бактериологический, статистического анализа. Исследования входят в группу санитарно-бактериологических исследований для контроля внешней среды лечебного учреждения, согласно производственного плана.

Результаты исследования. По данным документа «Рабочий журнал микробиологического исследования смывов внешней среды стационара»

всего за 2016 год было сделано 3317 проб, из них положительные – 24, что составляет менее 1 %.

В 2013 было сделано 8131 проб, из которых 200 положительных. Это в 5 раз больше, по сравнению с последующими годами.

В 2016 году 50 % составили микроорганизмы группы НГОБ, 16,7 % – *S. aureus* и 21 % составили БГКП. В 2013 г преобладал стафилококк (52 %), в 2014 г. БГКП (50 %) и НГОБ (42 %), в 2015 29 % пришлось на НГОБ, 24 % – *S. aureus*, 21 % – *Ent. faecalis*, 18 % на БГКП.

В 2016 году количество БГКП увеличилось на 3 % по сравнению с 2015 годом, что означает снижение эффективности борьбы с данной группой микроорганизмов.

В 2013 году отделения, где чаще выявляли СПМ – это РАО (55), ОХГД (43), оперблок (13). В 2014 году на первом месте РАО (8), на втором месте ОХГД (6), на третьем месте оперблок (5). В 2015 году являются РАО (21), ОХТ(5).

В 2016 году отделения – РАО (9 положительных проб, 38 %); Анестезиология (5 положительных проб, 21 %); ОНид и ОХТ (по 3 положительных пробы, 13 %).

За период 2016 года наиболее часто выявлялись СПМ: *Acinetobacter baumannii*; *Staphylococcus aureus*; *Enterobacter aerogenes*; *Escherichia coli*; *Enterococcus faecalis*; *Klebsiella pneumoniae*; *Citobacter diversus*. Из них наиболее часто выделяемыми СПМ стали: *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*.

При изучении антибиотикочувствительности обнаружено, что золотистый стафилококк наиболее чувствителен к новобиоцину, ванкомицину и амикацину. Ацинетобактер наиболее чувствителен к ципрофлоксацину, гентамицину, меропенему, ко-тримаксазолу, амоксициллину. Кишечная палочка наиболее чувствительна к цефтазидиму и амикацину.

Выводы

1. В 2016 году количество положительных проб уменьшилось по сравнению с предыдущими годами. В целом общее количество проб уменьшилось, что связано с уменьшением норм производственного контроля, согласно нормативным документам.

2. В 2016 году лидируют микроорганизмы НГОБ, в отделениях РАО, анестезиология, ОНид и ОХТ, которые были на первом месте в 2013 г. РАО не покидает первых позиций, что связано с недостаточно эффективной дезинфекции в отделении.

3. Отмечается высокая чувствительность микроорганизмов к антибиотикам, что предполагает широкий выбор применяемых антибиотиков. Однако, бактерии рода *Acinetobacter* проявляют высокую резистентность.

4. Развитию ВБИ способствуют не только некачественное выполнение санитарно-гигиенических правил и противоэпидемического режима в ЛПУ, но и бесконтрольное применение антибиотиков, которое привело к

формированию устойчивых в госпитальной среде групп возбудителей ВБИ и их широкой циркуляции, что значительно увеличило степень инфекционного риска для больных и персонала.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ NEISSERIA GONORRHOEAE К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ

Жилкина К.А.

Научный руководитель: к. м. н. И.П. Кольцов
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель исследования: Исследование динамики чувствительности *Neisseria gonorrhoeae* к наиболее часто используемым для лечения гонореи антибактериальным препаратам у амбулаторных пациентов.

Задачи исследования: 1. Выявить уровень резистентности *N. gonorrhoeae* к различным антимикробным препаратам, применяемым для лечения гонококковой инфекции на территории РФ. 2. Сравнение лекарственной устойчивости гонококков, выделенных в России, с зарубежными данными. 3. Формулировка предложений по выбору антибиотиков при гонококковой инфекции.

Материал и методы: В работу включены данные литературы, взятые из медицинских журналов, научных работ, которые подверглись анализу.

Результаты

Современные российские штаммы *N.gonorrhoeae* проявляют высокую устойчивость к бензилпенициллину, тетрациклину и ципрофлоксацину (доля нечувствительных штаммов 49,1, 56,2 и 37,3 %, соответственно).

В ходе обзора литературы по Московской области была выявлена резистентность к: в-лактамам (пенициллину) – 24 %; цефалоспорином III-го поколения (цефтриаксону) – 0 %; тетрациклину – 11 %; ципрофлоксацину – 2 %; макролидам (эритромицину) – 13 %.

При обзоре литературы по Пермскому краю была выявлена высокая чувствительность к цефтриаксону, наметившаяся резистентность к ципрофлоксацину (0,05 %). Крайне низкая чувствительность к пенициллину (20 %) и тетрациклину (79 %).

В Архангельской области была установлена резистентность к: в-лактамам – 24 %; макролидам – 13 %; тетрациклину – 11 %; цефалоспорином III-го поколения 0 %. По обзору литературы в США, странах Западной Европы и Юго-Восточной Азии всё чаще регистрируются случаи клинической неэффективности терапии цефалоспорином III поколения, в частности – цефтриаксона и цефиксима, сформировалась резистентность к АМП

пенициллинового ряда (98 %), тетрациклинового (90 %), макролидам (68 %), фторхинолонам (15 %).

Выводы

1. Наиболее высокой антигонококковой активностью обладает цефалоспориин III-го поколения (цефтриаксон), к которому чувствительны все исследованные штаммы гонококков. Резистентность развилась у 0 % штаммов. Этот препарат может рассматриваться как препарат выбора для терапии инфекции, вызванной *N.gonorrhoeae*.

2. Препараты пенициллинового ряда обладают низкой активностью (35 %) в отношении исследованных штаммов *N.gonorrhoeae* и, в принципе, не могут быть рекомендованы для лечения гонококковой инфекции.

3. Из альтернативных препаратов для лечения гонококковой инфекции можно рекомендовать фторхинолоны (ципрофлоксацин) с проведением лабораторного контроля чувствительности возбудителя к данным антибиотикам. Резистентность развилась у 1 %.

4. Необходимо с осторожностью использовать при гонококковой инфекции антибиотики тетрациклинового ряда и макролиды, проводя их назначение исключительно в случаях противопоказаний к рекомендуемым противогонорейным препаратам и получения благоприятных результатов лабораторного тестирования. Резистентность к ним развилась у 15 % штаммов.

5. Выявленные многочисленные случаи формирования мультирезистентности *N.gonorrhoeae* к основным противогонорейным препаратам (одновременная резисентность к β -лактамам, тетрациклинам и макролидам), а также неблагоприятная тенденция к нарастанию указывает на целесообразность проведения постоянного мониторинга всех выделяемых штаммов возбудителя по их чувствительности к антибиотикам.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ 301 ОКРУЖНОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Забелова Е.А., Давыдова Ю.В.

Научный руководитель: д. м. н. Ю.Н. Сидельников

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

На долю острых респираторных заболеваний (ОРЗ) приходится 90 % от всех инфекционных болезней. По данным ВОЗ ежегодно ОРЗ болеет каждый третий житель планеты. В России ежегодно регистрируется от 27,3 до 41,2 млн заболевших ОРЗ. Дальний Восток не является исключением.

Цель исследования: изучить ОРЗ в структуре заболеваний инфекционного отделения 301 ОКВГ.

Задачи исследования: 1) определить долю ОРЗ в структуре заболеваний инфекционного отделения 301 ОВКГ; 2) дать клинико-эпидемиологическую характеристику ОРЗ у военнослужащих; 3) Оценить частоту осложнений ОРЗ у военнослужащих.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе инфекционного отделения 301 ОВКГ. Вид наблюдения: текущий. Метод наблюдения: сплошной. Для получения информации использовали журналы регистрации заболеваемости с 01.12.15 г. по 01.12.16 г., истории болезни больных ОРЗ с 01.09.16 г. по 31.10.16 г. Дополнительно анализировались истории болезни больных ОРЗ, с установленным диагнозом «пневмония». Объем наблюдения – 1026 пациентов.

Результаты и их обсуждение: В структуре заболеваний военнослужащих, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении, ОРЗ занимает ведущую позицию – 54,7 %. Максимальное повышение заболеваемости выявлено в зимние месяцы (декабрь, январь).

Почти все пациенты были военнослужащими по призыву (95 %). ОРЗ носило вспышечный характер и заболевания встречались во всех подразделениях в зоне ответственности госпиталя, но максимально – в учебных частях среди вновь призванного на службу молодого пополнения. ОРЗ чаще протекало в лёгкой степени тяжести (63 %), и лишь у 37 % больных – в средней степени тяжести. Помимо интоксикационного синдрома (100 %) у одной трети заболевших наблюдались явления ринофарингита, у трети – ринофаринготрахеита. Всем больным проводилась симптоматическая и отчасти патогенетическая терапия, все больные получали противовирусные препараты. Обнаружена зависимость срока лечения от степени тяжести: легкая степень – 8,3 дня, среднетяжелая – 9,2 дня. Военнослужащие по призыву находились на лечении дольше, чем другие категории военнослужащих, что связано с необходимостью их полного восстановления.

Подавляющее большинство реконвалесцентов – 90 %, были выписаны из стационара в часть, и лишь 10 % переведены в другие отделения для дальнейшего лечения. Причинами перевода в другие отделения были: 1) пациенты поступили в госпиталь с другими, чаще соматическими заболеваниями и были возвращены на долечивание основного заболевания после перенесенного ОРЗ (6 %); 2) выявленная сопутствующая патология (8 %); 3) астеническое состояние после выздоровления (53 %); 4) развитие осложнений ОРЗ (11 %); 5) ошибки первичной диагностики (22 %).

Рассмотрим поподробнее переводы пациентов с диагнозом «пневмония». Большинство заболевших (75 %) поступили в стационар на 2-3 дни болезни, а диагноз «пневмония» был установлен на 1-2-й день госпитализации после рентгенологического подтверждения, следовательно, это не истинное осложнение ОРЗ, а ошибка первичной диагностики. И лишь у каждого четвертого больного, ОРЗ действительно осложнилось пневмонией, что подтверждалось рентгенологическим исследованием и появлением

инфильтрации чаще после пятого дня болезни. Все больные, у которых был установлен диагноз «пневмония», получали антибиотики, однако у части из них, несмотря на это, развилась пневмония.

Выводы

1. ОРЗ занимает первое место среди заболеваний инфекционного отделения 301 ОВКГ и составляет 54,7 % от общего количества пользованных больных.

2. Максимальный подъём заболеваемости отмечен в зимние месяцы (декабрь, январь), ОРЗ носило вспышечный характер.

3. ОРЗ у военнослужащих чаще протекало в лёгкой степени тяжести по типу ринофарингита и ринофаринготрахеита.

4. Основная часть военнослужащих была выписана на 8-9-й день госпитализации с полной нормализацией клинических и лабораторных показателей в часть для дальнейшего прохождения службы.

5. Пневмония, как истинное осложнение ОРЗ, встречалось достаточно редко – не более 25 % от всех выявленных пневмоний, а в основном явилась ошибкой первичной диагностики.

6. Раннее назначение антибиотиков больным с ОРЗ не гарантировало профилактики пневмонии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ («БЕЛОЙ КРОВИ») И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У БОЛЬНЫХ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)

Кривоногова В.П., Кувшинова А.Я.

Научный руководитель: к. м. н. А.Ю. Мартыненко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель работы: Изучить динамику показателей общего анализа крови (ОАК) («белая кровь») и специфических иммуноглобулинов у больных ГЛПС с различными степенями тяжести.

Задачи

1. Изучить динамику показателей ОАК («белой крови») у больных ГЛПС легкой, среднетяжелой и тяжелой степенями тяжести.

2. Исследовать сроки появления положительных титров иммуноглобулинов и их динамику при различных степенях тяжести.

3. Выявить связи между тяжестью течения ГЛПС, показателями «белой крови» и титрами специфических иммуноглобулинов.

Материалы и методы. Были проанализированы 393 ОАК и серологических исследований из 196 (158 мужчин и 38 женщин) историй болезни пациентов с заключительным диагнозом – ГЛПС, получивших лечение в

клинике инфекционных болезней ДВГМУ с 2003 по 2016 гг. Изучались только те ОАК, которые совпадали по дням с днём забора крови на серологическое исследование. Исследовалась динамика показателей «белой крови» (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) и титры специфических иммуноглобулинов.

Возраст заболевших колебался от 17 до 63 лет и в среднем составил $41,23 \pm 2,31$ года. У всех больных диагноз был подтверждён серологическим методом (нМФА) специалистами Хабаровской противочумной станции.

Тяжесть течения ГЛПС оценивалась с помощью оценочных таблиц (Ю.Н. Сидельников, А.Ю. Мартыненко, 1994). Статистическую обработку проводили с помощью программы Excel 2010.

Результаты

При анализе «белой крови» ОАК был выявлен значительный лейкоцитоз при тяжелой степени тяжести и умеренный лейкоцитоз при среднем и легком течении заболевания в конце лихорадочного периода и в периоде ранней апиреksии. При этом нормализация количества лейкоцитов при легком течении наступает на 13-14 день болезни, а при тяжелом и среднем течении на 17-18 день. Такая же динамика наблюдается у абсолютного количества палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, а также лимфоцитов и моноцитов.

При тяжелом течении отмечалось достоверное повышение количества эозинофилов в первые дни болезни с последующей нормализацией и вторным подъёмом на 14-17 день. При средней тяжести заболевания наблюдалось снижение количества эозинофилов в лихорадочном периоде с последующим подъёмом на 13-18 день. При легком течении заболевания количество эозинофилов достоверно не отличалось от контроля на всем протяжении болезни.

Достоверно в первые дни заболевания СОЭ не отличалась по степеням тяжести.

В периоде реконвалесценции при легком течении заболевания отмечалась более ранняя нормализация СОЭ.

Выявлены достоверные корреляционные связи между тяжестью течения ГЛПС и абсолютными показателями:

- лейкоцитов, метамиелоцитов, лимфоцитов, эозинофилов (прямая слабая связь)

- палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов моноцитов (прямая средняя связь)

Выявлены достоверные корреляционные связи между тяжестью течения ГЛПС и относительными показателями:

- палочкоядерных нейтрофилами 0,339 (прямая средняя достоверная связь)

- лимфоцитов – 0,227 (обратная слабая достоверная связь).

В первые дни болезни (до 6-7дня) у ряда больных серологический метод не выявил специфических антител. С 12 дня болезни у всех пациентов были положительные результаты. В первые дни заболевания титр антител не отличался по степеням тяжести. Однако с 11 по 14 день при тяжелом течении болезни выявлялись более высокие титры антител.

Выявлены достоверные корреляционные связи между титром специфических антител и:

- относительным количеством палочкоядерных нейтрофилов – 0,2741 (обратная слабая связь)

- относительным количеством сегментоядерных нейтрофилов – 0,2072 (прямая слабая связь)

- абсолютными показателями СОЭ – 0,2678 (прямая слабая связь).

Не выявлена достоверная связь между титром специфических антител и тяжестью течения заболевания.

Выводы:

1. Показатели «белой крови» ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула) и СОЭ изменяются при ГЛПС и зависят от степени тяжести заболевания.

2. Специфические иммуноглобулины у больных ГЛПС, определяемые методом нМФА, в первые 6 дней болезни достаточно часто дают отрицательный результат

3. Выявлены корреляционные связи между степенью тяжести заболевания и показателями ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула), а также между специфическими иммуноглобулинами и относительными показателями палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов и СОЭ.

АССОЦИАЦИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕСВИРУСОВ С КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

Литвинцева И.И., Мамлеева В.А.

Научные руководители: к. м. н. Н.Н. Страмбовская, д. м. н. Ю.А. Ширшов
*Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита, Россия*

В настоящее время нейроинфекции в структуре общей заболеваемости занимают одно из ведущих мест, наиболее распространенными формами являются менингиты и менингоэнцефалиты. Особенность данной проблемы в том, что возникновение данных заболеваний возможно, как в результате длительного персистирования возбудителей в организме, так и первично – в результате быстрого нейротропного распространения патогенных агентов. Актуальность данной темы обусловлена развитием резистентности к антибактериальным препаратам и модификацией патогенных

форм вирусов, что создает трудности в эффективной профилактики и лечении данных заболеваний.

Цель исследования: оценить этиологию, степень тяжести, изменение лабораторных показателей, исход заболевания у больных с признаками нейроинфекции

Задачи исследования

1. Методом PCR-rt определить возбудителя нейроинфекции (EBV, CMV, HHV6, HSV1,2) в крови и ликворе пациентов с менингеальным и (или) энцефалитическим синдромами, в том числе и с определением концентрации возбудителя.

2. Выявить взаимосвязь между этиологическим фактором нейроинфекции и клинико-лабораторными показателями заболевания.

Материалы и методы: В исследование было включено 18 пациентов, имеющих менингеальный и(или) энцефалитический синдромы в возрасте от 16 до 69 лет (средний возраст 42,2 [30,5; 56,75]) обоего пола (мужчин – 7 (38,8 %), женщин – 11(61,2 %)), у которых исследовался ликвор и кровь на наличие вирусов с определением их концентрации. Критерии исключения из исследования: активная форма туберкулеза, ВИЧ-инфекция, менингеальный синдром на фоне тяжелой соматической патологии, онкологического заболевания, беременность, а также отказ пациента. Выполнение общего анализа крови и ликвора производилось в клинических лабораториях в основных лечебных учреждениях, определение ДНК возбудителей инфекционных заболеваний (EBV, CMV, HHV6, HSV1,2) производилось методом PCR-rt с использованием приборов RotorGeneQiagen (Германия). Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ STATISTICA 6.1. Абсолютные количественные показатели выражали в виде медианы (Me) [25-й; 75-й перцентили], относительные – в процентах (%).

Результаты: у 10 (55,6 %) наблюдаемых пациентов из 18 наблюдалась та или иная соматическая патология, 10 (55,6 %) больных отмечали частые ОРВИ в анамнезе, Herpeslabialis наблюдался у 5 исследуемых. В клинической картине у 17 из 18 (94,4 %) наблюдалась общемозговая симптоматика, причем у 10 (44,4 %) отмечался выраженный менингеальный синдром, у 10 (55,6 %) – энцефалитический. Примечательно, что у 5 (27,8 %) наблюдались лишь головные боли, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, лихорадкой на фоне общей гиперестезии. В общем анализе крови при поступлении был выявлен пограничный лейкоцитоз 8,96 [6,93; 11,92] с незначительным сдвигом формулы влево 3,52 [2; 5], в ликворе, преимущественно прозрачном (15 (83,3 %)) отмечался умеренный преимущественно лимфоцитарный плеоцитоз – 17,83 [4; 29,75] клеток с увеличением количества общего белка 1,26 [0,31; 5,66] г/л. При выявлении возбудителя как в крови, так и в ликворе у исследуемых чаще всего определялось ДНК EBV в концентрации: кровь – 69,9 копий на 10^5 клеток человека, ликвор – 141,79 ко-

пий на 10^5 клеток человека. У одного пациента, как в крови, так и в ликворе, выявлена ДНК CMV в концентрации: кровь – 151,35 копий на 10^5 клеток человека, ликвор – 245,47 копий на 10^5 клеток человека. Обращает на себя внимание, что у 3-х больных (33,3 %) в крови выявлена ДНК HHV6 в количестве 1 415,73 копий на 10^5 клеток человека. У двух пациентов выявлено 2 возбудителя, одним из которых являлся EBV. Тяжелое течение нейроинфекции с летальным исходом отмечалось у пациентов в крови и ликворе которых были обнаружены один, а чаще 2 нуклеиновых кислоты вируса с обязательным присутствием EBV, причем изменение морфологии ликвора в начале заболевания у них была незначительной с обязательным присутствием в клинической картине кроме общемозгового еще и менингеального синдрома.

Выводы

1. У больных с менингоэнцефалитической картиной заболевания довольно часто в крови и (или) ликворе выявляется ДНК группы герпесвирусов, причем изменения в морфологии ликвора в начале заболевания минимальны и, в большинстве своем несут характер белково-клеточной диссоциации.

2. Из исследуемых герпесвирусов у больных с нейроинфекцией наиболее часто как в крови, так и в ликворе выявляется ДНК EBV, причем у пациентов с летальным исходом в 100 % случаях, что является поводом для пересмотра подходов к диагностике этиологического фактора болезни и, возможно, терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Попов А.В.

Научный руководитель: д. м. н. Ю.Н. Сидельников

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Проблема нападения клещей на людей остро стоит в Хабаровском крае из-за высокой численности данных членистоногих и их высокой инфицированности возбудителями клещевых инфекций. Трудовые будни военнослужащих предполагают частое пребывание в полевых условиях и проблема клещей для них особо актуальна. В то же время данные о частоте обращений по поводу укусов клещей и клещевых инфекций у военнослужащих на Дальнем Востоке отсутствуют.

Цель исследования: Изучить частоту заболеваний, связанных с присасыванием клещей у военнослужащих.

Задачи исследования: 1) определить количество обращений военнослужащих за медицинской помощью в связи с присасыванием клещей; 2)

дать клинико-эпидемиологическую характеристику заболеваний, связанных с присасыванием клещей у военнослужащих.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе инфекционного отделения 301 ОВКГ. Вид наблюдения: текущий. Метод наблюдения: сплошной. Для получения информации использовали журналы обращений в приемное отделение за 2011–2016 гг. и истории болезни инфекционного отделения 301 ОВКГ в период с 2010 по 2015 гг. (28 случаев), всего проанализирован 221 случай обращения.

Результаты и их обсуждение: из обратившихся по поводу присасывания клеща (193 случая) достоверно преобладали мужчины (84,6 %). Из всех обращений 13,44% случаев закончились госпитализацией в инфекционное отделение. Средний возраст всех пациентов был $40,06 \pm 3,41$ лет, (мужчин $46,3 \pm 2,22$ лет, женщин $39 \pm 2,25$ лет). Отмечалось колебание обращений по годам – от 8 случаев в 2013 году до 23 – в 2016 году. Наибольшее число обращений пришлось на июнь (44,04 %). Наиболее частая категория укушенных военнослужащих – офицеры (23,72 %), пенсионеры МО составили 17,67 %, военнослужащие по призыву – 17,21 % обращений. Больше всего нападений клещей произошло на дачах – 37,3 %, на территориях расположения частей – 27,78 %, на полигонах 11,9 %. Излюбленное место присасывания клещей – подмышечная область и плечо (по 12,9 %). 55,29 % обратившихся извлекли клеща самостоятельно, у 15,53 % укушенных клеща удалили в медицинском пункте части, 26,09 % – в 301 ОВКГ. 64,52 % обратившихся не были иммунизированы от клещевого энцефалита.

Основная причина госпитализации в стационар – клещевой сыпной тиф. Лишь у одного военнослужащего диагностирован системный клещевой боррелиоз. Основная масса заболевших клещевым сыпным тифом – пенсионеры МО 46,67 %, в основном мужчины (80 %). Средний возраст заболевших 57,4 лет (мужчин – 57, женщин – 59). Госпитализация проводилась с первого по десятый день болезни (в среднем – на 5,29 день).

Клещевой сыпной тиф в основном протекал в среднетяжелой форме – 86,67 %. У всех больных отмечались проявления синдрома интоксикации (повышение температуры, умеренная головная боль, снижение аппетита). Первичный аффект в месте присасывания клеща выявлен у 73,3 % заболевших, а пятнисто-папулезная сыпь отмечена у всех больных. Изменения гемограммы зависели от тяжести течения заболевания. У 46,67 % больных достоверных изменений гемограммы не наблюдалось, у 40 % – при нормальном количестве лейкоцитов отмечен сдвиг лейкоцитарной формулы влево и только у 13,33 % заболевших выявлен умеренный лейкоцитоз с левым сдвигом лейкоцитарной формулы. У 46,7 % пациентов наблюдалось кратковременное увеличение СОЭ.

Всем больным проводилась дезинтоксикационная терапия, все получали доксициклин и антигистаминные препараты. У всех заболевших за-

болевание завершилось выздоровлением и на 4 – 9 дни госпитализации (в среднем на 6,53 день) они были выписаны из стационара.

Выводы

1. Из обратившихся в приемное отделение 301 ОВКГ по поводу присасывания клеща преобладали мужчины (84,6 %).

2. Из всех обращений в приемное отделение 301 ОВКГ по поводу присасывания клеща 13,44 % случаев закончились госпитализацией пострадавших.

3. Наибольшее число обращений по поводу присасывания клеща пришлось на июнь (44 %).

4. Наиболее частая категория военнослужащих, обратившихся по поводу присасывания клеща – офицеры (23,72 %).

5. Основная причина госпитализации военнослужащих, обратившихся по поводу присасывания клеща – клещевой сыпной тиф.

6. Основная масса военнослужащих, заболевших клещевым сыпным тифом - пенсионеры МО (46,67 %).

7. Клещевой сыпной тиф в основном протекал в среднетяжелой форме (86,67%) и закончился выздоровлением всех военнослужащих.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. ХАБАРОВСКЕ

Тетерина О.А., Фурман Е.С.

Научный руководитель: к. м. н. А.Ю. Мартыненко

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель работы – изучить случаи заболеваемости энтеровирусной инфекцией (ЭВИ) в 2015-2016 годах в г. Хабаровске.

Задачи

1. Сравнить течение энтеровирусной инфекции в 2015 и в 2016 годах.

2. Дать клиническую, эпидемиологическую характеристики ЭВИ.

3. Выявить изменения общего анализа крови у больных ЭВИ.

Материалы и методы: Нами были проанализированы 41 история болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении КГБУЗ ГКБ №10 и выписанных с диагнозом ЭВИ. Диагноз был подтверждён серологическим методом (ПЦР). Среди заболевших ЭВИ мужчины составляли 51,5 %; женщины – 48,5 %. Средний возраст среди мужчин и женщин достоверно не отличался и составлял в среднем 25 лет. У всех пациентов ЭВИ протекала в среднетяжёлой форме.

Анализировались эпидемиологические критерии, клинические симптомы и результаты лабораторных исследований в различных группах. Динамика лабораторных показателей, кроме того, анализировалась в сравне-

нии с контролем. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в соответствии с общепринятыми правилами с помощью Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования. При эпидемиологическом анализе оказалось, что в 2016 году количество выписанных пациентов с подтвержденным ПЦР диагнозом ЭВИ было больше почти в 6 раз в сравнении с 2015 годом. В 2015 году основным путем передачи ЭВИ был водный (питье некипяченой воды, купание) путь, однако в 2016 году с одинаковой частотой отмечались контактно-бытовой и водный (питье некипяченой воды, купание) ($11,4 \pm 4,8$) пути передачи. И в 2015 г. и в 2016 г. у трети больных не удалось установить путь передачи.

При анализе клинической картины ЭВИ было выявлено, что если в 2015 году встречались только лихорадочная и менингеальная формы ЭВИ, то в 2016 году кроме лихорадочной ($71,43 \pm 7,6$ %) и менингеальной ($20,0 \pm 6,7$ %) форм, также встречалась гастроинтестинальная форма ($2,86 \pm 2,8$ %) и герпангина ($5,71 \pm 3,9$ %).

Клиническое течение и лабораторные показатели в 2015–2016 гг. достоверно не отличались. Доминирующее место занимали интоксикационный синдром (повышение температуры тела (100 %), слабость ($95,1 \pm 3,36$ %), головная боль ($90,2 \pm 4,63$ %), озноб ($58,5 \pm 7,69$ %)), катаральный синдром (гиперемия зева ($63,4 \pm 7,52$ %), боль в горле ($19,5 \pm 6,19$ %), насморк ($12,2 \pm 5,1$ %)), синдром лимфаденопатии ($22 \pm 6,46$ %), острого гастроэнтерита (рвота ($39 \pm 7,62$ %), боли в животе ($31,7 \pm 7,27$ %), диарея ($26,8 \pm 6,92$ %), тошнота ($26,8 \pm 6,92$ %)), реже отмечались менингеальный синдром ($22,5 \pm 6,6$ %) и экзантема ($12,2 \pm 5,11$ %). Как правило, заболевание начиналось с интоксикационного синдрома на 1-2 день болезни, на 2-3-й день заболевания появлялись симптомы катарального синдрома и симптомы острого гастроэнтерита, позже всех (на 3-4-й день болезни) появлялась экзантема. Интоксикационный синдром длился до 7-8-го дня болезни, катаральный синдром и синдром острого гастроэнтерита держались до 3-6-го дня болезни, менингеальные симптомы регистрировались до 3-5-го дня заболевания.

При изучении лабораторных показателей с первого дня заболевания, был выявлен умеренных лейкоцитоз, которых снижался к пятому дню болезни. Также с первых дней болезни отмечалось достоверное увеличение абсолютного числа палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов. На протяжении практически всего заболевания регистрировался моноцитоз.

Выводы

1. В 2016 году отмечалось увеличение заболеваемости ЭВИ по сравнению с 2015 годом.

2. Клинические формы ЭВИ в 2016 году были более разнообразны за счет гастроинтестинальной формы и герпангины.

3. В общем анализе крови отмечалось достоверное увеличение в первые дни заболевания количества лейкоцитов, палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов. Наиболее длительно сохранялось увеличение абсолютного числа моноцитов.



Стоматология

РАННЕЕ УДАЛЕНИЕ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ КАК ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Аронович И.В.

Научный руководитель: к. м. н. М.И. Елистратова
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Молочные зубы ребенка закладываются еще до появления на свет и начинают прорезаться с 6-7 месяцев. С момента прорезывания до периода рассасывания корней и выпадения молочного зуба проходит 6-10 лет, но такой недолгий период функционирования молочных зубов не оправдывает отказ от лечения и их раннее удаление. Наличие в полости рта ребенка нелеченных молочных зубов является источником хронической инфекции, отрицательно влияет на общее состояние ребенка. Кроме того, очаг хронического воспаления у молочного зуба влияет на формирование зачатка постоянного зуба, являясь существенным этиологическим фактором формирования зубочелюстных деформаций, а также, наряду с развитием морфологических и функциональных нарушений ведет к изменениям речевой эстетики и артикуляции.

В связи с быстрым ростом организма детей и подростков, структурные и функциональные нарушения в зубочелюстной системе развиваются за короткое время. Эти отклонения необратимы и не поддаются саморегуляции, так как в патологический процесс вовлекаются все новые звенья артикуляционной цепи.

Изучение частоты преждевременной потери зубов и морфологических особенностей дефектов зубных рядов является актуальным и необходимо для определения объема и планирования оказания ортопедической и ортодонтической помощи нуждающимся в ней детям и подросткам.

Цель – выявить частоту ранней экстракции молочных моляров у детей 7-8 лет для определения потребности их в профилактическом протезировании.

Материалы и методы. Исследование проводилось в рамках производственной практики, в с. Тополево, на базе КГБУЗ «Хабаровская районная больница» Министерства здравоохранения Хабаровского края.

В ходе исследования проанализировано 86 амбулаторных карт пациентов в возрасте 7-8 лет, из них количество мальчиков 39, девочек 47.

Задачи

1. Выявить количество детей с удаленными молочными молярами.
2. Определить разницу в частоте удаления I и II моляров среди всех удаленных молочных моляров.
3. Определить потребность в ортодонтическом наблюдении и необходимости профилактического протезирования детей с зубочелюстными аномалиями, возникающих в результате ранней экстракции моляров (феномен Попова-Годона, укорочение зубного ряда, зубоальвеолярное удлинение антагонистов, отсутствие места в зубном ряду для премоляров и др.).

Результаты и обсуждение. Из 86 отобранных амбулаторных карт пациентов в возрасте 7-8 лет было выявлено 16 человек, которым была проведена ранняя экстракция молочных моляров. Среди 16 детей с ранней экстракцией молочных моляров первых моляров было удалено 63 шт., вторых моляров – 52 шт.

Число удаленных молочных моляров (I и II), приходящихся на 1 ребенка составляет: 1,34 %.

Доказано, что уже через 1 месяц после раннего удаления молочных моляров наблюдается возникновение зубочелюстных аномалий, в частности, укорочение бокового сегмента альвеолярного отростка.

Количество нуждающихся детей в ортодонтической помощи составляет 100 %, т. к. всем детям, которым было проведена операция раннего удаления зубов необходимо проведение профилактических мероприятий, для предупреждения развития зубочелюстных аномалий.

В нашем клиническом случае, из 16 детей, которым была проведена ранняя экстракция молочных моляров у ортодонта наблюдаются только 5 человек (31,3 %).

Выводы

1. Количество детей с удаленными I молочными молярами составляет 10,5 %, со II молярами – 8,1 %. Общее количество детей с удаленными I и II молочными молярами составляет 18,6 %.
2. Частота удаления I молочных моляров составляет 9,1 %, II моляров – 7,6 % среди всех удаленных молочных моляров.
3. Количество нуждающихся детей, в ортодонтической помощи составляет 100 %. Из 18,6 % детей с ранней экстракцией молочных моляров у ортодонта наблюдаются только 5,8 %.

Такой низкий показатель свидетельствует о невнимательном отношении родителей к здоровью ребенка и развитию его челюстно-лицевой области. Научные данные говорят о важности ортодонтического наблюдения и, при необходимости, своевременного профилактического протезирования уже в первый месяц с момента удаления зуба. Игнорирование данных рекомендаций несомненно приведет к развитию зубочелюстных аномалий у ребенка в короткие сроки и невозможности саморегуляции возникших патологических изменений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бакуменко Н.Ю., Данченко М.О., Сувырина М.Б.

Научный руководитель: к. м. н. М.Б. Сувырина

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Целью работы стало составление плана мероприятий по стоматологическому сопровождению пациентов, больных бронхиальной астмой, на основании проведённых клинико-лабораторных методов исследования.

Для выполнения поставленной цели было необходимо проанализировать профильную литературу, провести обследование больных пульмонологического отделения КГБУЗ ККБ № 1, изучить данные их медицинских карт, а также, на основании полученных данных, провести оценку степени развития у пациентов дисбактериоза полости рта и вероятности возникновения кандидоза слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Материалы и методы. Исследование проведено на базе пульмонологического отделения Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 1» имени профессора С.И. Сергеева.

Было обследовано 36 пациентов с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 35 до 68 лет (14 мужчин и 22 женщины), средний возраст которых составил $47 \pm 0,24$ лет. Группы были ранжированы следующим образом: 1 группа – пациенты, принимавшие кортикостероиды от 1 года до 3 лет (8 человек); 2 группа – от 3 до 5 лет (7 человек); 3 группа – более 5 лет (13 человек); контрольная группа – не принимавшие на момент осмотра кортикостероиды (8 человек).

Для определения уровня интенсивности поражения кариесом зубов пациентов был использован индекс КПУ. Чтобы выявить степень тяжести гингивита, был выбран папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). С целью обнаружения и подсчёта дрожжевых клеток гриба рода

Candida в полости рта пациентов, был произведён экспрессный метод окрашивания отпечатков слизистой оболочки корня языка по Граму.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы «StatSoft» и пакета прикладных программ «STATISTICA 10». Для оценки рисков развития заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне дисбиотических нарушений были выбраны непараметрические статистические критерии: критерий Хи-квадрат, который указывает на статистическую значимость исследуемой зависимости между группами; точный критерий Фишера (двусторонний), при помощи которого выявляется зависимость между двумя исследуемыми группами; Н-критерий Краскела-Уоллиса, позволяющий определить статистическую значимость полученных данных.

Результаты и выводы.

По данным объективного обследования у больных бронхиальной астмой отмечаются кариозные поражения зубов, а также развитие гингивита различной степени тяжести. По числу кариозных поражений заметных различий между больными БА во всех четырёх группах не выявлено. Н-критерий Краскела-Уоллиса: $p=0,711$.

По результатам определения индекса РМА у группы пациентов со стажем приёма кортикостероидов более 5 лет наблюдается тяжёлая степень гингивита (РМА=70 % (63÷78)). У пациентов, принимавших кортикостероиды менее 5 лет, выявлен гингивит средней степени тяжести (РМА от 43 % (35÷52) до 45 % (34÷50)). Н-критерий Краскела-Уоллиса: $p=0,001$.

Проведённое микробиологическое исследование показало, что только у пациентов, принимающих кортикостероиды более 5 лет, на отпечатке со слизистой оболочки языка обнаруживаются активно растущие клетки гриба рода Candida (более 100 дрожжевых клеток в поле зрения), что соответствует кандидозу слизистой оболочки полости рта. У больных, стаж приёма кортикостероидов которыми составил менее 5 лет, кандидоз СОПР выявлено не было. Н-критерий Краскела-Уоллиса: $p=0,001$.

При сравнении полученного значения критерия хи-квадрат с критическим: $36,000 > 4,69$, выявлена статистическая значимость зависимости стажа приёма кортикостероидов с рисками развития воспалительных заболеваний полости рта на фоне отклонений микробного пейзажа ротовой полости. Точный критерий Фишера указывает на прямую зависимость длительности приёма кортикостероидов и состояния микрофлоры полости рта ($p < 0,05$).

Таким образом, наше исследование демонстрирует, что длительное применение кортикостероидов пациентами, страдающими бронхиальной астмой, приводит к развитию такого осложнения, как кандидоз.

В связи с этим хотелось бы обратить внимание врачей-пульмонологов на неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта таких па-

циентов и на необходимость проведения своевременной профилактики с целью предотвращения развития кандидоза полости рта.

ФЛЮОРОЗ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОСЕЛКА АРХАРА

Галышева К.А., Елистратова М.И.

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Флюороз – заболевание, возникающие в результате избыточного содержания в питьевой воде фтора. Большие концентрации поступающего в организм фтора повреждают клетки печени, что в дальнейшем может послужить пусковым механизмом для развития серьезных заболеваний (Михайлова Н.Н., Захаренков В.В., 2016). Одним из важных факторов является то, что интоксикация фтора повреждает костную систему, вызывая дисколорит зубов, который влечет за собой психологические проблемы. На сегодняшний день считается, что красивая улыбка – это залог успеха, что не представляется возможным в районах с повышенным содержанием фтора, поэтому исследования флюороза являются основой для его профилактики (Давыдов Б.Н., Беляев В.В., 2009).

Цель исследования: установить, что дисколорит зубов у детей, проживающих в п. Архара Амурской области является следствием интоксикации фтора.

Материалы и методы исследования: Исследование проходило на территории п. Архара Амурской области.

I. Выделили 2 группы детей (в каждой по 30 человек): группа А – дети, проживающие в микрорайоне «Центральный»; группа Б – дети, проживающие в микрорайоне «Шахтерский».

В группе А зубы у детей были без изменений, группа Б разделилась на две подгруппы: в первой – дети с тяжелой и средней формой флюороза, что составило 20 человек; вторая подгруппа – дети с легкой формой флюороза, их оказалось 10 человек.

Выделили следующие формы флюороза: меловидно-крапчатая – 46 %, пятнистая форма – 26%, штриховая – 16 %, эрозивная – 6 %, деструктивная форма 3 %.

Далее был проведен забор воды из 3 источников: 1 проба – из централизованного водоснабжения микрорайона «Шахтерский»; 2 проба – из природного источника (колодец); 3 проба – из централизованного водоснабжения микрорайона «Центральный».

Использовали следующие методы:

1. Социологическое исследование среди родителей детей группы Б – метод анкетирования. Анкета состояла из 12 вопросов.

2. Анализ воды в лаборатории на содержание в ней фтора.

Результаты исследования:

В результате анализа воды получили следующее:

Микрорайон «Шахтерский» – содержание фтора $5,0 \pm 0,4$ мг/дм³, что в 5 раз превышает норму. Микрорайон «Центральный» – $0,25 \pm 0,04$ мг/дм³; природный источник (колодец) – $0,18 \pm 0,03$ мг/дм³, что не превышает предельно допустимых концентраций.

Результаты анкетирования показали, что только 10 % респондентов знают, что такое флюороз. Треть респондентов считает, что не имеет дисколорита зубов. Анкетирование выявило, что 66 % используют пасту с содержанием фтора от 400-1400 ppm. Всего 33 % используют пасту без фтора. Дисколорит вызывает и психологические проблемы по мере взросления детей. Исследование показало, что профилактические мероприятия стоматологами не проводятся. Но 33 % анкетированных интуитивно используют пасты без фтора, а 46 % используют бутилированную воду.

Выводы

1. Содержание фтора в воде в микрорайон «Шахтерский» превышает норму в 5 раз.

2. Жители микрорайона «Шахтерский» не осведомлены о превышении нормы фтора и не связывают с этим дисколорит зубов.

3. Профилактика флюороза в микрорайоне «Шахтерский» не проводится.

Практические рекомендации:

1. Донести до органов местного самоуправления о необходимости оповещать население п. Архара о превышении предельно допустимых концентраций фтора в питьевой воде.

В ст. 23 № 323 ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечается право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, оказывающих на здоровье «вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состояния среды обитания» [Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ].

2. Оказание медицинских услуг по эстетическому восстановлению зубов, т. к. в соответствии со ст. 42 Конституции РФ, каждый имеет право на возмещение ущерба, причиненного его здоровью, экологическим правонарушением [Купрюшин А.С., Купрюшин Г.А., 2014].

3. Информировать население о методах профилактики:

1) Использовать только бутилированную или привозную воду из источника, где фтор содержится в допустимых концентрациях.

2) Использовать пасты без фтора. (Напр: «PRESIDENT Baby» от 0 до 3 лет, «SPLAT Junior от 0 до 4 лет», «ROCS kids – Барбарис» от 3 до 7 лет, «Сплат Биокальций», «Новый жемчуг с кальцием» и др.)

3) Проводить реминерализующую терапию ROCS Minerals Gel.

4) Использовать энтеросорбенты (например, «Энтеросгель» помогает выводить фториды и соли тяжелых металлов из организма). [Казарина Л.Н. и соавт., 2012].

ПОРАЖЕННОСТЬ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ КАРИЕСОМ В ИНДЕКСНОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 12 ЛЕТ КИРОВСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ХАБАРОВСКА

Завьялова Е.А., Введенская С.Е.

Научный руководитель: к. м. н. М.И. Елистратова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель – изучение частоты поражения зубов кариесом у детей 12-летнего возраста и выявление групп зубов, которые чаще всего поражаются кариесом.

Задачи: провести стоматологический осмотр 100 детей 12-летнего возраста на базе КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19» и МБОУ СОШ № 16 Кировского района города Хабаровска.

Материалы и методы. Исследование было проведено с информированного согласия пациентов в соответствии с этическими нормами Хельсинской декларации (2000 г).

Для достижения поставленной цели нами были обследованы пациенты, обратившиеся за стоматологической помощью в КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19» и стоматологический кабинет МБОУ СОШ № 16 Кировского района города Хабаровска. Объектом исследования стали лица обоего пола в возрасте 12 лет. Для наблюдения была представлена одна контрольная группа, состоящая из 100 детей соответствующего возраста. Для обследования использовали стандартный набор стоматологических инструментов (лоток, зонд, зеркало, пинцет). При этом изучали показатели распространённости и интенсивности кариеса постоянных зубов с помощью индексов КПУ. Анализировали структуры индекса КПУ по компонентам «К», «П», «У». Для оценки распространённости и интенсивности кариеса использовали критерии ВОЗ. Значения исследуемых показателей были подвергнуты статистической обработке методами медицинской статистики с применением программы статистического анализа Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Среди 100 осмотренных детей 12-летнего возраста Кировского района города Хабаровска распространённость

кариеса составила 82 %, что по критериям оценки ВОЗ расценивается как высокий уровень распространенности кариеса.

Интенсивность, в свою очередь, была равна 2,8 – по критериям ВОЗ расценивается как средний уровень интенсивности кариеса.

Средний групповой КПУ составил $4,58 \pm 3$ %. Среди всех осмотренных зубов количество зубов с осложненной формой кариеса составило 2,5 % (7 зубов).

В результате исследования получены следующие данные по поражаемости кариесом групп зубов:

- 1) первые моляры нижней челюсти (94,3 %);
- 2) первые моляры верхней челюсти (68,6 %);
- 3) вторые премоляры верхней челюсти (51,4 %);
- 4) вторые премоляры нижней челюсти (38,6 %);
- 5) первые премоляры верхней челюсти (24,3 %);
- 6) вторые моляры нижней челюсти (1,7 %);
- 7) первые премоляры нижней челюсти (11,4 %);
- 8) вторые моляры верхней челюсти (7,1 %);
- 9) центральные резцы верхней челюсти (4,3 %);
- 10) клыки верхней челюсти (2,9 %);
- 11) латеральные резцы верхней челюсти и клыки нижней челюсти (1,4 %).

В ходе работы не было выявлено поражения резцов нижней челюсти.

Таким образом, на основании проведенного исследования, все это диктует необходимость усовершенствования имеющихся методов профилактики кариеса, разработки и внедрения лечебно-профилактических программ для детей школьного возраста. При планировании профилактических мероприятий необходимо учитывать, что эффективность их тем выше, чем раньше и чем более комплексно, с учетом состояния всех органов и систем организма, эти мероприятия будут проводиться.

Большой процент поражаемости кариесом постоянных моляров в сравнении с другими зубами обусловлен гипоминерализацией прорезавшихся зубов, плохим доступом зубов для гигиены полости рта, нерациональным питанием ребенка (недостаток фтора и кальция в продуктах питания, избыток простых углеводов). В качестве рекомендаций по профилактике поражения зубов кариесом целесообразно проведение герметизации фиссур сразу после прорезывания первых постоянных моляров (6-7 лет), премоляров (9-12 лет), вторых постоянных моляров (12-13 лет). Так же необходимо сократить в рационе питания легкоферментируемые углеводы, сахара и включить в рацион твердую пищу (сырые овощи, твердые фрукты). Для снижения кариесогенного потенциала пищи необходимо соблюдать следующие правила: уменьшить общее потребление, снизить частоту потребления, сократить время

пребывания сахаров в полости рта. По рекомендациям ВОЗ дети дошкольного возраста должны употреблять не более 20 грамм сахара в сутки. В качестве мер профилактики необходимо включить применение эндогенных препаратов фтора (фторид натрия 0,25-1,0 мг ежедневно в зависимости от возраста: 2-4 года – 0,5 таблетки; 5-6 лет – 1 таблетка; 7-14 лет – 2 таблетки).

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ким А.И., Сарайкина А.В., Сувырина М.Б.

Научный руководитель: к. м. н. М.Б. Сувырина

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

Усиление разрушения зубов во время беременности связано с гормональной перестройкой организма, сильным ухудшением гигиены полости рта, изменением пищевых предпочтений женщин – потреблении большого количества углеводов и кислот, которые стимулируют развитие кариесогенной микрофлоры и запускают процессы образования кариеса. Недостаток гигиены полости рта в этих условиях и приводит к тому, что зубы начинают разрушаться быстрее, чем обычно.

Цель – определить уровень гигиены полости рта у беременных женщин на различных сроках беременности, провести анализ интенсивности кариеса и разработать рекомендации по профилактике стоматологических заболеваний в период беременности.

Материалы и методы. В связи с актуальностью данной проблемы, нами было проведено исследование по изучению распространенности стоматологических заболеваний среди беременных женщин в возрасте 20-30 лет.

На базе КГБУЗ «Родильный дом № 1» МЗХК Женская консультация Центрального района было обследовано 33 беременные женщины, проведено ранжирование по срокам беременности на 4 группы: 1-я группа – до 12 недель, 2-я гр. – 12-20 недель, 3-я гр. – 20-32 недели, 4-я гр. – 32 и более. Расчет интенсивности и распространенности стоматологических заболеваний рассчитывался по индексам КПУ, ОНІ-S.

Проведен опрос беременных женщин для анализа самооценки стоматологического здоровья методом анкетирования.

Для сравнения распределений в выборках по срокам беременности использовался ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса.

В группе женщин со сроком беременности до 12 недель среднее значение индекса КПУ составило $6,63 \pm 2,83$, а ОН-S $2,17 \pm 0,85$; 12-20 недель $5,00 \pm 2,28$ и $1,30 \pm 0,24$; 20-32 недели $8,73 \pm 2,09$ и $2,90 \pm 1,35$; 32 недели и более $6,78 \pm 1,82$ и $3,21 \pm 0,94$, соответственно.

В результате исследования определен уровень гигиены полости рта у беременных женщин на различных сроках беременности. Ухудшение состояния гигиены полости рта происходило у беременных с увеличением срока беременности (женщины со сроком 32 недели и более).

$N=11,09$, при критическом $\chi^2=4,8$, что является подтверждением различия распределений каждой из них. Достигнутый уровень значимости $p=0,01$, что является достаточной аргументацией различия результатов на 5 % уровне (достоверность исследования 95 %).

Так же проведен анализ интенсивности кариеса, результаты которого выявили наибольшую интенсивность на сроке беременности 20-32 недели.

$N=4,54$, при критическом $\chi^2=1,63$, что является подтверждением различия распределений каждой из них. Достигнутый уровень значимости $p=0,01$, что является достаточной аргументацией различия результатов на 5 % уровне (достоверность исследования 95 %).

Анкетирование показало, что результаты самооценки стоматологического здоровья не отличаются от данных полученных на основе объективного исследования. Среди обследованных беременных 42 % считают свое стоматологическое здоровье хорошим. 76 % отметили наличие зубного налета и кровоточивости десен. 40 % связывают возникновение кариеса с беременностью. 68 % испытывают потребность в замене поставленных ранее пломб. Отметивших хорошим стоматологическое здоровье больше было среди женщин со сроком беременности до 20 недель.

Для будущей мамы очень важно поддерживать гигиеническое состояние полости рта на высоком уровне. Поэтому основной задачей стоматолога является обучение рациональной гигиене полости рта с проведением контролируемой чистки зубов и индивидуальный подбор средств гигиены. В связи с высоким риском развития основных стоматологических заболеваний они должны обладать максимальным противокариозным и противовоспалительным эффектами, а также быть безопасными для организма матери и ее будущего ребенка. При подборе зубной щетки, особенно при наличии кровоточивости десен, следует обратить внимание на жесткость щетины. Она должна быть средней (medium) или мягкой (soft).

Но только этим не должны ограничиваться посещения стоматолога. Еще до появления малыша маме необходимо научиться ухаживать за его полостью рта, временными и постоянными зубами, а также узнать о тех профилактических мероприятиях, которые сохранят зубы ребенка здоровыми.

Беременных женщин целесообразно включать в группу риска по развитию стоматологических заболеваний.

Основной причиной заболеваний полости рта беременных женщин следует считать микробных ландшафт ротовой полости, который имеет тенденцию изменяться под воздействием общих и местных факторов.

Ключевым моментом следует считать подбор стоматологом наиболее чувствительных и оптимальных диагностических критериев обследования, которые позволили бы максимально объективно оценить клиническую ситуацию в полости рта, учесть все факторы риска развития стоматологических заболеваний. Чрезвычайно важным является координированность в работе акушера-гинеколога и врача-стоматолога.

Своевременная, динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволит предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий профилактики стоматологических заболеваний во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы риска.

Проведение эндогенной и экзогенной лекарственной и безлекарственной профилактики в период беременности, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. НИКОЛАЕВСК-НА-АМУРЕ О ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКЕ

Круглов Т.Е.

Научный руководитель: к. м. н. И.Г. Гончарик
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

С момента изобретения жевательной резинки продолжают споры: вредно ее жевать или нет. На сегодняшний день большинство людей имеют лишь базовые представления о пользе ее употребления и возможных негативных последствиях, так как нет популярной информации о правильном использовании и выборе жевательной резинки.

Целью исследования было определить уровень знания населения о пользе и вреде жевательной резинке, правилах ее употребления

В исследовании были поставлены следующие задачи: провести анкетирование пациентов КГБУЗ «НЦРБ» о уровне знания населения о жевательной резинке, проанализировать результаты анкетирования и разработать памятки.

Материалы и методы: проведено анкетирование среди 64 пациентов КГБУЗ «НЦРБ» 20-30 лет, без гендерного различия. Анкета содержала следующие блоки: паспортная часть, приоритет выбора жевательной резинки, частота приема жевательной резинки, время использования одной

жевательной резинки, причины приема жевательной резинки, состав жевательной резинки, положительные и негативные последствия использования жевательной резинки.

По полученным данным, большинство пациентов КГБУЗ «НЦРБ» были склонны считать, что жевательная резинка полезна: 59 % ответов за положительное влияние и 41 % за отрицательное.

27 % опрошенных используют жвачку несколько раз в сутки с целью получения дезодорирующего эффекта, остальные делают это либо намного реже, либо чаще. 55 % респондентов используют жевательную резинку после приема пищи, что несомненно правильно.

17 % респондентов используют жвачку по правилам ее употребления - 10-20 минут. Большинство опрошенных жуют жвачку от 30 минут и до «пока не развалится».

Подавляющий процент респондентов 89 % не обращают внимания на наличие сахара в жевательной резинке, как и не имеют представления пользе ксилита.

100 % распространение имеет лишь дезодорирующее свойство жевательной резинки. На втором месте по популярности занимает такое свойство, как механическая очистка зубов, о нем известно 69 % респондентов, но никто из опрошенных не упомянул о таких положительных свойствах, как: противокариозное воздействие, массаж десен и профилактика заболеваний пародонта.

Пациенты знают далеко не все отрицательные свойства жевательной резинки: 73 % ответов о риске возникновения гастритов и язвенной болезни желудка, 30 % ответов – снижение внимания при жевании жвачки, и 34 ответа о выпадении пломб при использовании жевательной резинки (современные пломбировочные материалы при соблюдении протокола работы с ними – резистентны к воздействию жевательной резинки).

Выводы

1. Пациенты КГБУЗ «НЦРБ» имеют недостаточные представления о пользе и негативном воздействии жевательной резинки.

2. Были даны рекомендации по выбору и употреблению жвачки в самостоятельно составленных памятках.

ПРОБЛЕМА КАРИЕСА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНОМ МИКРОРАЙОНЕ Г. ХАБАРОВСКА

Овсоян Н.А.

Научный руководитель: к. м. н. М.И. Елистратова
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Высокая заболеваемость кариесом среди детского населения выдвигает проблему профилактики, как основную в стоматологии. Особую значимость профилактические мероприятия имеют в период прорезывания и минерализации постоянных зубов, в частности, первых постоянных моляров. Именно эти зубы раньше всех подвергаются кариозной атаке, поэтому качество ухода за полостью рта и своевременная стоматологическая настроженность определяют их будущее состояние.

Цель – изучить показатели распространённости и интенсивности кариеса молочных и постоянных зубов, определить процент поражения и прирост кариеса первых постоянных моляров кариесом у детей и подростков в возрасте от 6 до 15 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в рамках производственной практики, в г. Хабаровске, на базе Стоматологической клиники КГБОУ ДПО ИПКСЗ «Стоматодент-ДВ», Министерства здравоохранения Хабаровского края.

Были просмотрены и проанализированы амбулаторные карты 50 детей обоих полов (19 девочек, 31 мальчиков) различных возрастных групп: 6-9 (17 детей), 9-12 (14 детей), 12-15 лет (19 детей).

Для оценки интенсивности кариеса использовался индекс КПУ, КПУ+кп.

Для оценки распространённости и интенсивности кариеса использовались критерии ВОЗ.

Задачи:

- 1) Определить распространённость кариеса у детей в различных возрастных группах;
- 2) Определить уровень интенсивности кариеса у детей в различных возрастных группах;
- 3) Выявить процент поражения первых постоянных моляров кариесом у детей и подростков в возрасте от 6 до 15 лет.
- 4) Определить наибольший прирост кариеса первых постоянных моляров у детей в каждой из возрастных групп.

Результаты и обсуждение:

1. Распространённость кариеса зубов в возрастной группе от 6 до 9 лет оказалась на высоком уровне и достигла 94 %, при этом поражение первых постоянных моляров имели 35,3 % детей. Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ+кп (з) составила 7,2, что соответствует очень высокому по-

казателю уровня интенсивности. Прирост кариеса первых постоянных моляров в данной возрастной группе составил 35,9 %.

2. Распространенность кариеса зубов в возрастной группе от 9 до 12 лет оказалась на высоком уровне и достигла 100 %, при этом поражение первых постоянных моляров имели 85,7 % детей. Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ+кп (з) составила 5,6, что соответствует высокому показателю уровня интенсивности. Прирост кариеса первых постоянных моляров в данной возрастной группе составил 9,5 %.

3. Распространенность кариеса зубов возрастной группы от 12 до 15 лет оказалась на высоком уровне и достигла 100 %, при этом поражение первых постоянных моляров имели 100 % подростков. Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ (з) составила 8,3, что соответствует очень высокому показателю уровня интенсивности. Прирост кариеса первых постоянных моляров в данной возрастной группе составил 7 %.

Таким образом, возрастом повышенного риска считают 7-12 лет, но наибольший прирост поражаемости кариесом постоянных моляров, как было выяснено в ходе исследования, отмечается в 6-9 лет. Это обусловлено особенностями анатомо-физиологического строения постоянных зубов в период их формирования и минерализации, а также кариеслабильностью ямок и фиссур окклюзионной поверхности зубов из-за их плохой омываемости слюной и низкого уровня минерализации.

Выводы:

1) *Распространенность кариеса* в возрастной группе: 6-9 лет составила 94 % (высокий уровень распространенности); 9-12 лет составила 100 % (высокий уровень распространенности); 12-15 лет составила 100 % (высокий уровень распространенности).

2) *Интенсивность кариеса* зубов в каждой из возрастных групп составила: для 6-9 лет – 7,2 (очень высокий); для 9-12 лет – 5,6 (высокий); для 12-15 лет – 8,3 (очень высокий).

3) *Поражение кариесом первых постоянных моляров* в различных возрастных группах составило: 6-9 лет – 35,3 %; 9-12 лет – 85,7 %; 12-15 лет – 100 %.

4) *Прирост кариеса первых постоянных моляров* в каждой возрастной группе:

1-я возрастная группа (6-9 лет): 6 лет – распространенность кариеса первых постоянных моляров 3,1 %; 8 лет – распространенность кариеса первых постоянных моляров 39 %. Таким образом, прирост кариеса равен 35,9 %.

2-я возрастная группа (9-12 лет): 9 лет – распространенность кариеса первых постоянных моляров 62,5 %; 11 лет – распространенность кариеса первых постоянных моляров 72 %. Таким образом, прирост кариеса равен 9,5 %.

3-я возрастная группа (12-15 лет): 12 лет – распространенность кариеса

са первых постоянных моляров 85 %; 15 лет – распространенность кариеса первых постоянных моляров 92 %. Таким образом, прирост кариеса равен 7 %.

В связи с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса, профилактические мероприятия (своевременная герметизация фиссур, реминерализующая терапия и др.) являются основными направлениями в стоматологии для предупреждения возникновения и развития кариеса зубов у детей.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ (БОДИБИЛДИНГ, ПАУЭРЛИФТИНГ) И ЛЮДЕЙ, НЕ ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К СПОРТУ

Халай В.С., Сафронова А.Н.

Научный руководитель: к. м. н. М.Б. Сувырина

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки у профессиональных спортсменов очень часто сопровождаются существенными организменными нарушениями, снижением состояния иммунологической реактивности органов и систем организма, негативными изменениями качественного и количественного состава нормальной и патогенной микрофлоры, что и обуславливает выраженность и хронизацию различных патологических процессов местного и системного уровней. По данным ряда научных исследований в области спортивной медицины в последние годы наблюдается рост частоты встречаемости хронических воспалительных заболеваний у спортсменов всех уровней, причем это происходит гораздо чаще, чем у людей, не занимающихся спортом. Ротовая полость человека выполняет разнообразные специфические функции. Практически все патологические процессы в ней тесно взаимосвязаны с заболеваниями различных систем и органов человека. Актуальность изучаемой проблемы так же обусловлена наличием существенных противоречий между необходимостью достижения высоких спортивных результатов и недостаточно своевременным и качественным контролем соревновательной деятельности спортсменов, диагностикой, профилактикой и лечением стоматогенных очагов хронической инфекции. Взаимосвязь между сопутствующими заболеваниями и состоянием органов полости рта обусловлена нарушениями метаболизма, гемодинамики, иммунологическими и нейрорегуляторными нарушениями и сдвигами микробиоценоза.

Цель – определить состояние полости рта у профессиональных спортсменов (бодибилдинг, пауэрлифтинг) и людей, не занимающихся спортом.

Задачи: определить частоту встречаемости стоматологической патологии у профессиональных спортсменов в возрасте от 20 до 40 лет; определить пути профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта, кариеса зубов профессиональных спортсменов в возрасте от 20 до 40 лет.

Материалы и методы исследования: данные клинического обследования полости рта 27 пациентов, в возрасте 20 до 40 лет, которые профессионально занимаются спортом (бодибилдинг, пауэрлифтинг).

Сравнительную группу составили 23 человек в возрасте 20-40 лет, не занимающиеся спортом.

Математическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistiks 22.0. В группе профессиональных спортсменов (бодибилдинг, пауэрлифтинг) и группе людей, не занимающихся спортом, изучены основные клинические показатели, характеризующие состояние полости рта: индекс КПУ (ВОЗ, 1962 г.), ИГР – У (Green Vermillion, 1964г.) индекс для определения уровня гигиены полости рта, Межгрупповое сравнение проводилось по U-критерию Манна – Уитни.

Результаты исследования: среднее значение индекса КПУ достоверно различается в обеих исследуемых группах. В группе профессиональных спортсменов (бодибилдинг, пауэрлифтинг) оно составило $13 \pm 0,32$. У людей, не занимающихся спортом показатель интенсивности кариозного процесса равен $9 \pm 0,3$. Индексный предел у спортсменов соответствует высокому уровню интенсивности кариеса.

При изучении индекса ИГР – У выявлено, что у профессиональных спортсменов (бодибилдинг, пауэрлифтинг) зарегистрировали «неудовлетворительную» гигиену ($2 \pm 0,2$), а у людей, не занимающихся спортом – «удовлетворительный» уровень гигиены ($1,2 \pm 0,08$).

После исследования литературы и клинического обследования пациентов была выявлена существенная зависимость между профессиональным занятием спортом (бодибилдинг, пауэрлифтинг) и стоматологическим статусом пациентов. Можно утверждать, что данные пациенты являются группой повышенного риска. В рамках исследования установлено: ИГР – У, КПУ у спортсменов имеют высокие показатели, чем у контрольной группы обследованных ($p < 0,01$).

В целях предотвращения дальнейшего развития стоматологических заболеваний полости рта, данной группе пациентов необходимо постоянное стоматологическое сопровождение со стороны врачей парадонтологов и стоматологов-терапевтов.



Фармакология и фармация

ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В АССОРТИМЕНТЕ СОВРЕМЕННОЙ АПТЕКИ

Брусиловский Д.И.

Научный руководитель: Л.М.Захаревич

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Современный фармацевтический рынок России характеризуется неуклонным ростом товарной номенклатуры. В течение последних десятилетий произошло значительное расширение, пополнение и углубление ассортимента всех основных групп медицинских и фармацевтических товаров, в том числе, и такой особой группы как гомеопатические препараты. Это увеличило возможность выбора необходимых лекарственных средств с учетом современных гомеопатических подходов к терапии различных патологических состояний, индивидуальных особенностей течения болезней, потребительских предпочтений пациентов.

Для фармацевтических работников, организующих лекарственное обеспечение населения и медицинских организаций, актуальной проблемой является формирование рациональной ассортиментной политики, способствующей как удовлетворению потребностей потребителей, так и укреплению рыночных позиций фармацевтической организации. Гомеопатия в настоящее время становится все более популярным медицинским направлением.

Гомеопатия (от греч. «гомеос» — подобный и «патос» — болезнь) — вид альтернативной медицины, предполагающий использование сильно разведённых препаратов, которые, предположительно, вызывают у здоровых людей симптомы, подобные симптомам болезни пациента (Тихонов А.И., 2002). Гомеопатические препараты не являются лечебными средствами в том смысле, в каком мы привыкли относиться к обычным лекарственным препаратам, так как они не имеют каких-либо антимикробных,

противовоспалительных, антитоксичных и других эффектов с определенным механизмом действия.

Актуальность работы заключается в том, что на современном этапе развития медицины существует некоторый парадокс в отношении к гомеопатии: несмотря на отсутствие доказательной базы и нападки со стороны научного сообщества, появляются новые лекарственные препараты, гомеопатические аптеки и центры, то есть большое внимание уделяется гомеопатии как одному из старейших течений в медицине. Кроме того, технология и контроль качества гомеопатических лекарственных форм регламентируются наравне с традиционными лекарственными средствами, что отражено в приказе Минздрава России от 26 октября 2015 г. № 751н «Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».

Цель работы: провести анализ ассортимента гомеопатических препаратов на базе современной аптеки, выявить приверженность покупателей и особенности в работе аптек, занимающихся реализацией гомеопатических препаратов.

Для достижения поставленной цели была изучена соответствующая литература по данной тематике, проанализирована номенклатура гомеопатических лекарственных препаратов на базе аптеки ООО «Новое дело» (г. Хабаровск), описана деятельность аптеки по реализации гомеопатической продукции, проведено анкетирование потребителей (покупателей в аптеке) на предмет использования гомеопатических препаратов в лечении и мотивации при выборе конкретного препарата.

На первом этапе исследования с помощью контент-анализа было определено, что в настоящее время на российском фармацевтическом рынке зарегистрировано 1 940 препаратов (563 наименования) гомеопатических препаратов. Всего было проанализировано 266 наименований гомеопатических препаратов, зарегистрированных в Государственном Реестре лекарственных средств.

По количеству выпускаемых наименований гомеопатических лекарственных средств лидирующие позиции занимает компания ООО «Эдас Холдинг», существующая на отечественном рынке лекарственных средств 23 года. Наименьшее число выпускаемой продукции принадлежит дочерним российским компаниям фирм ООО «Буарон», ООО «БиттнерФарма», «Лаборатория Буарон» и «ХербсТрейдингГмбХ».

Анализ номенклатуры гомеопатических препаратов, выпускаемых ОАО «Эдас Холдинг», показал, что наиболее широко представлены следующие лекарственные формы: капли (43 %) и гранулы (39 %), меньше всего лекарственных препаратов в форме масел (2 %) и оподельдоков (2 %).

Проведено исследование номенклатуры зарегистрированных гомеопатических лекарственных препаратов по фармакологическим группам. По терапевтическому действию на современном рынке гомеопатических лекарственных средств больше всего производится препаратов, показанных к применению при заболеваниях урогенитальных органов, а также противовоспалительных, антимикробных и противовирусных средств.

В целом на российском фармацевтическом рынке по агрегатному состоянию гомеопатические препараты распределены в следующем соотношении: твердые формы (тритурации, таблетки, гранулы) 50,4 %, жидкие (эссенции, разведения, капли, растворы для инъекций) 37,3 %, мягкие (мази, линименты, суппозитории) 9,9 %, газообразные (спреи) 0,4 %.

Исследование ассортимента гомеопатических препаратов аптеки ООО «Новое дело» г. Хабаровска показало, что в данной аптеке из 1 843 наименований лекарственных препаратов лишь 22 наименования принадлежат гомеопатическим лекарственным препаратам, из которых 20 (91 %) являются препаратами твердого агрегатного состояния.

Было проведено социологическое исследование: опрошено 50 покупателей аптеки ООО «Новое Дело» г. Хабаровска. Респондентам были заданы следующие вопросы:

- 1) «Знаете ли Вы, что такое гомеопатические препараты?»
- 2) «Как часто и для чего Вы приобретаете гомеопатические препараты?»
- 3) «Как вы оцениваете эффективность гомеопатических препаратов?»

По результатам проведенного опроса выяснилось, что только 40 % респондентов знали о том, что приобретаемые ими препараты являются гомеопатическими, большинство же не информированы в данной области.

Чаще всего гомеопатические препараты приобретают для применения в детской практике. В целях профилактики и лечения простудных заболеваний у детей мамы в 90 % случаев выбирают гомеопатические препараты: «Анаферон детский» (в 70 % случаев), «Оциллококцидум» (в 5 % случаев), «Эргоферон» (в 15 % случаев). Для профилактики и лечения депрессивных и тревожных состояний, а также для улучшения памяти и внимания у детей в 100 % случаев мамы приобретают гомеопатический препарат «Тенотен детский».

95 % покупателей положительно отзывались о гомеопатических препаратах, которые они когда-либо использовали в лечебных целях, за их достаточно быстрое начало действия, безвредность для организма, отсутствие побочных эффектов, положительный конечный результат; 5 % опрошенных покупателей заявили об отсутствии заметной эффективности гомеопатических препаратов.

Таким образом, результаты социологического исследования свидетельствуют о том, что несмотря на отсутствие у потребителя знаний о гомеопатических средствах популярность данной категории лекарственных средств является высокой, особенно для применения в детской практике.

Проведенное исследование позволило сделать вывод, что гомеопатия как медицинское направление не теряет своей актуальности, ассортимент гомеопатических средств расширяется. Гомеопатические препараты достаточно безопасны и доступны для населения, при этом в подавляющем большинстве случаев оказывают выраженный фармакологический эффект. Таким образом, применение гомеопатических средств реализует наиглавнейшую цель медицины и фармации – оказывать безопасное и эффективное лечебное действие, что обеспечивает поддержание здоровья общества.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНЕ И АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ ФИТОБАРОВ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ефимова В.А., Клевакина Е.С., Венцова Л.И.

Научный руководитель: Л.И. Венцова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Актуальность: Последние годы характеризуются неуклонным ростом внимания к народным методам лечения. К таким методам относится фитотерапия. Актуальность внедрения фитотерапии обусловлена сохраняющейся тенденцией к росту числа больных хроническим течением болезней, высокой инвалидизацией больных (Непокойчицкий Г.А. и соавторы, 2007).

Целью нашей работы было обобщение фактического материала, полученного в результате мониторинга посетителей фитобара расположенного в аптеки № 84 по адресу ул. Муравьева-Амурского, 8 г. Хабаровска.

Материалы и методы. Для выявления желаемого ассортимента из ряда существующих методов нами был выбран анкетный метод социологического исследования. По форме проведения анкетирование было индивидуальным. Посетители подвергались анкетированию в течение сентября, октября, ноября 2016 года. С учетом полноты и качества информации было проанализировано 100 анкет. Заданы следующие вопросы:

1. Кто посоветовал посетить фитобар?
2. Как часто вы посещаете фитобар?
3. С какой целью посещаете фитобар?
4. Какие травы, плоды, ягоды вы хотели бы приобрести?
5. Как Вам было бы удобнее проводить фитотерапию?
6. Какая упаковка сбора Вас больше привлекает?
7. Нуждаетесь ли Вы в консультациях фитотерапевта?
8. Какие дополнительные услуги хотели бы получить в фитобаре?
9. Вид деятельности (профессия)?

Полученные результаты:

На первый вопрос: 40 % опрошенных ответили, что друзья и знакомые; примерно одинаковое влияние на выбор фитотерапии оказали врачи, фармацевты (работники аптеки), научно-популярная литература, в среднем, на них указывают по 18 % респондентов. На рекламу указали 4 %, что говорит о недостаточном использовании рекламы для привлечения посетителей.

На второй вопрос: 7 % опрошенных ответили, что каждый день посещают фитобар, 20 % – 1-2 раза в неделю, 25 % – 1-2 раза в месяц, большинство респондентов, а именно 37 % – от случая к случаю и 11 % пришли в первый раз.

На третий вопрос: с целью профилактики фитобар посещают 29 % опрошенных, с целью лечения – 41 %, для профилактики и лечения – 27 %, а «другое» (нравится; с целью обогащения организма веществами и микроэлементами) выбрали 3 % респондентов.

На четвертый вопрос: 46 % опрошенных хотели бы приобрести ромашку; 37 % – шиповник, одинаковое количество респондентов выбрали календулу и свежие ягоды; по 23 % набрали брусника и лимонник, а по 15 % – калина, чистотел. Наименее популярными оказались, по мнению опрошенных, боярышник, кровохлебка, аир, валериана, рябина, пижма, багульник, вахта, бадан (менее 10 %).

На пятый вопрос: Посещать фитобар для приема готового фиточая выбрали 68 % опрошенных и лишь 32 % ответили, что покупать сбор в фитобаре, а заваривать дома им было бы комфортнее.

На шестой вопрос: 28 % респондентов ответили, что они предпочитают сборы и фиточаи в бумажной упаковке, по 25 % получили картонная упаковка и одноразовые пакетики, за полиэтилен проголосовали 19 %, а самыми непопулярными оказались жестяная и стеклянная упаковки.

На седьмой вопрос: 81 % опрошенных ответили, что нуждаются в консультации фитотерапевта, а 19 % считают, что нет.

На восьмой вопрос: Половина опрошенных желают получать дополнительные услуги в виде ароматерапии, аэрофитотерапии, а также около 40 % респондентов хотели бы видеть в ассортименте фитобара кондитерские изделия, натуральные соки, минеральные воды.

На девятый вопрос: Большую долю составили служащие, затем рабочие, торговые работники (коммерсанты), домохозяйки (безработные), студенты, школьники, медицинские работники, пенсионеры, учителя и др.

Большинство опрошенных очень редко посещают фитобары. Для привлечения людей необходимо заниматься увеличением обеспечиваемости фитобаров при развертывании рекламной деятельности и включения дополнительных услуг в деятельности учреждения. Важно ведение просветительских работ среди населения врачами-фитотерапевтами.

Мы надеемся, что наша работа окажется полезной для жителей Хабаровского края и впоследствии поможет увеличить количество посетителей фитобаров и других специализированных аптечных учреждений.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК КОМПАНИИ «ЭВАЛАР»

Конева В.А.

Научный руководитель: Т.Н. Наталевич

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Одним из важнейших факторов, определяющих состояние здоровья населения, является рациональное питание, которое необходимо для поддержания нормального функционирования организма. В качестве дополнительного источника пищевых и биологически активных веществ в настоящее время широко используются биологически активные добавки (БАД).

ЗАО «Эвалар» - ровесник отечественного рынка БАД, стоявший у истоков его становления. Компания «Эвалар» уже на протяжении многих лет занимает лидерские позиции, является крупнейшим производителем БАДов, реализуемых в России. Она была отмечена как лидер в номинации «Производитель БАД» на церемонии награждения «Национальный фармацевтический рейтинг — 2016». Продукция «Эвалар» изготовлена в соответствии с требованиями мировых стандартов качества ISO и GMP и поставляется в 24 страны мира.

Целью исследования явился анализ ассортимента БАДов компании «Эвалар».

Для реализации поставленной цели использовались методы статистического и маркетингового анализа, методы социологических исследований.

На первом этапе исследования был проведен контент-анализ официальных источников информации о БАДах компании «Эвалар», зарегистрированных на территории РФ, позволивший составить ассортиментную карту, которая включила 165 позиций.

Также было установлено наличие БАДов этой компании на фармацевтическом рынке г. Хабаровска в количестве 100 позиций. Для исследования были выбраны две аптечные организации «Социальная аптека» и «Новая аптека».

Анализ данных ассортиментных карт показал, что лидирующими формами выпуска продукции компании «Эвалар» являются таблетки (48%) и капсулы (23%), также среди форм выпуска БАДов встречаются: фильтр пакеты, саше, крема, чай, растворы. Наибольшую часть ассортимента со-

ставляют многокомпонентные БАДы. С учетом применения значительную часть занимают группы БАДов для женского здоровья (18%), для снижения и контроля веса (17%), для сердечно - сосудистой системы (12%) и ЦНС (8%).

Анализ ценовой характеристики исследуемого ассортимента позволил установить, что стоимость БАДов компании «Эвалар» в основном находится в диапазоне от 100 до 500 рублей (70%), на долю БАДов стоимостью от 500 до 1000 рублей приходится 25% ассортимента, свыше 1000 рублей стоят 5% позиций. Таким образом, продукция ЗАО «Эвалар» доступна для людей с различным уровнем дохода.

Коэффициент полноты ассортимента в аптечных организациях г. Хабаровска в среднем составил 0,6.

Фактический ассортимент БАДов компании «Эвалар» в аптечных организациях доказывает, что компания широко известна и востребована российским потребителем в любой аптечной организации с разной ценовой политикой.

Проведенный АВС-анализ позволил выявить позиции, обеспечивающие наибольший вклад в объемы продаж. В натуральном выражении доля реализации каждой группы составила: группа А – 54,4%, группа В - 36,7%, группа С - 8,9%. Удельный вес групп в стоимостном выражении составил: группа А – 77,7%, группа В – 12,3%, группа С - 10%. В группу «А» (ядро ассортимента) вошли такие БАДы компании «Эвалар», как: Фитолакс; Глицин; Черника форте; Овесол; Гепатрин; Пустырник форте; Турбослим.

С целью выявления предпочтения потребителей при выборе продукции компании «Эвалар» и определения модели поведения была составлена анкета и проведено интервьюирование посетителей аптечных организаций. Было установлено, что наибольшим спросом пользуются средства для снижения и контроля веса (40%) и для женского здоровья и красоты (30%), 10% респондентов применяют БАДы для здоровья суставов, сердца и сосудов.

Посетители аптечных организаций отдают предпочтение БАДам ЗАО «Эвалар», так как доверяют компании (68%) и высоко оценивают качество ее продукции (81%).

Проведенные исследования позволили сформировать ранжированный список продукции компании «Эвалар»:

1. Фитолакс таблетки № 20
2. Фитолакс таблетки № 40
3. Глицин форте таблетки № 20
4. Черника форте таблетки № 50
5. Овесол таблетки № 40
6. Овесол усиленная формула таблетки № 20
7. Гепатрин капсулы № 30

8. Гепатрин капсулы № 60
9. Кардио актив омега № 30
10. Пустырник форте таблетки № 40
11. Турбослим ночь капсулы № 30
12. Турбослим день капсулы № 30

Этот перечень рекомендуется иметь в наличие аптечным организациям для наиболее полного удовлетворения потребностей потребителей и оптимизации финансовых результатов деятельности организации.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ МАЗИ С БЕТУЛИНОМ

Максимова М.Р.

Научный руководитель: к. ф. н. А.Я. Башаров

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Соединениями растительного происхождения, сочетающими доступность и высокую биологическую активность, обладают тритерпеноиды. В этом отношении значительный интерес представляет бетулин – пентациклический тритерпеновый спирт ряда лупана, обладающий целым набором биологических свойств. Определенную значимость в этом отношении представляет противовоспалительное и антиаллергическое действие, причем противовоспалительный эффект бетулина сопоставим с действием стероидных гормонов.

В связи с этим целью наших исследований явилась разработка состава и технологии мази с бетулином, обладающей противовоспалительным и ранозаживляющим действием.

Для работы был выделен бетулин из коры березы. С этой целью, 10,0 г измельченного сырья помещали в круглодонную колбу на 500 мл, добавляли 70 мл 25% водного раствора гидроксида натрия и 150 мл н-бутанола, после чего нагревали до кипения смеси и кипятили 4 часа. Горячую смесь фильтровали и помещали в делительную воронку. После разделения слоев, нижний - водно-щелочной раствор отбрасывали, а бутанольный раствор промывали три раза горячей водой по 100 мл. Затем очищенный бутанольный раствор упаривали под вакуумом до кашицеобразной консистенции и добавляли 150 мл горячей воды. Осадок отфильтровывали и дополнительно промывали водой. После сушки выход первичного экстракта 2,4 г с содержанием бетулина 80%. После перекристаллизации из изопропанола выход составил 1,73 г, а содержание бетулина 95%.

С целью усиления ранозаживляющего действия мази, в ее состав было решено ввести экстракт из биостимулированных листьев алоэ. Получение экстракта проводили следующим образом: срезанные листья алоэ выдер-

живали в темноте при t 4-5°C 10 суток. После промывания водой их измельчали в кашицу с помощью блендера и заливали двукратным объемом воды очищенной. После настаивания в течение 2-х часов фильтровали, а фильтрат кипятили 2 минуты, после охлаждения снова фильтровали.

Поскольку бетулин является гидрофобным соединением нерастворимым в воде, а растворим в неполярных растворителях и маслах, в состав мази его можно ввести в виде раствора в вазелине. С другой стороны, водный экстракт алоэ не смешивается с жирными маслами и вазелином. В связи с этим мы остановили свой выбор на эмульсионной мази, представляющей собой комбинированную систему следующего состава: Бетулина 1,0; Эмульгатора Т₂ 5,0; Вазелина 30,0; Экстракта алоэ 15 мл; Нипагина 0,05

Нипагин введен в состав мази в качестве консерванта, так как в нее входит большой объем водной фазы в виде экстракта алоэ.

Технология изготовления мази включает следующие операции: вазелин сплавляли с эмульгатором Т₂ на водяной бане, после чего добавляли бетулин и перемешивали до растворения. Готовую композицию переносили в теплую ступку, добавляли частями экстракт алоэ с предварительно растворенным в нем нипагином. Образовалась эмульсионная мазь мягкой консистенции белого цвета, хорошо намазывающаяся на кожу.

Таким образом, нами разработан состав и технология эмульсионной мази с бетулином и экстрактом алоэ с, предположительно, противовоспалительным и ранозаживляющим действием.

АНАЛИЗ МОТИВАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Медведева В.И., Медвецкая Е.А.

Научный руководитель: Е.А. Медвецкая

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В настоящее время, активная трудовая деятельность становится важным условием удовлетворения значимых и социально обусловленных потребностей фармацевтических работников. Главной задачей управления человеческими ресурсами является наиболее эффективное использование способностей сотрудников для достижения целей предприятия. Мотивация наиболее ярко проявляется в процессе управления. Поэтому современное знание руководителями аптечных организаций мотивов трудовой мотивации позволяет говорить о том, что мотивацию персонала к труду необходимо не только изучать, но и влиять на качество и результаты труда работников. В этой связи актуальное значение приобретает анализ трудовой мотивации.

Целью исследования является анализ мотивации профессиональной деятельности различных групп фармацевтических работников аптечных организаций Хабаровского края.

В процессе исследования использовали методы анкетирования, сравнительного анализа.

Для проведения анализа мотивации профессиональной деятельности руководителей и фармацевтического персонала было проведено социологическое исследование методом анкетирования провизоров (из числа руководителей аптечных организаций и специалистов), фармацевтов и фазовщиков из числа студентов 3 курса МФК ДВГМУ, работающих в аптеках. Число респондентов, принявших участие в исследовании, составило 40 человек, из них 50 % – провизоров и 25 % – фармацевтов. Основной профиль сотрудников исследуемых аптечных организаций составляют женщины (95%), что характеризует доминирование женского персонала в фармацевтическом бизнесе. Возраст респондентов – от 20 до 50 лет, большинство работает в аптечных организациях частной формы собственности – ООО (70 %), ИП (10 %) и в государственных унитарных предприятиях (ГУП) (20 %).

Установлено, что неудовлетворенность работой в 50 % случаев связана с низкой оплатой труда, условиями труда (20 %) и взаимоотношениями в коллективе (20 %) и отношением руководителя к сотрудникам (10 %).

Анализ мотивов смены места работы показал, что для большинства респондентов основными мотивами являются отдаленность работы от места жительства (30 % респондентов), размер оплаты труда (20 %) и неблагоприятные производственные условия (11 %). По мнению остальных респондентов мотивам смены места работы являются недостаточность использования трудового потенциала, а также невозможность повышать свою квалификацию за счет работодателя.

Далее проводилось анкетирование с целью выявления мотивов профессиональной деятельности. Была использована методика К. Замфир (в модификации А. Реана) с целью диагностики мотивации профессиональной деятельности. Методика состоит из 7 утверждений, которые необходимо оценить по степени значимости по 5-тибалльной шкале. По результатам анализа мотивов профессиональной деятельности по показателям выраженности каждого типа мотивации были составлены мотивационные комплексы фармацевтических специалистов. Мотивационный комплекс представляет собой тип соотношения между собой трех видов мотивации: ВМ (внутренняя мотивация), ВПМ (внешняя положительная мотивация) и ВОМ (внешняя отрицательная мотивация).

При подсчете результатов опроса, были рассчитаны средние по каждой группе фармацевтических работников показатели внутренней мотивации (ВМ), внешней положительной мотивации (ВПМ) и внешней

отрицательной мотивации (ВОМ) в соответствии со следующими ключами:

$$ВМ = (\text{оценка пункта 6} + \text{оценка пункта 7})/2$$

$$ВПМ = (\text{оценка п.1} + \text{оценка п.2} + \text{оценка п.5})/3$$

$$ВОМ = (\text{оценка п.3} + \text{оценка п. 4})/2.$$

Мотивационный комплекс руководителей фармацевтических организаций представлен следующим образом: $ВМ(3,4) > ВПМ (2,9) > ВОМ (2,15)$. Данный тип сочетания, является оптимальным мотивационным комплексом, так как наиболее выраженным в данном сочетании типов мотивации является внутренняя мотивация. Это говорит о том, что для руководителей аптек имеет значение деятельность сама по себе, и как следствие, руководитель ею трудится с удовольствием, без какого-либо внешнего стимулирования. Установлена удовлетворенность руководителей аптечных организаций избранной профессией, так как наблюдается высокий вес внутренней и внешней положительной мотивации и низкий вес внешней отрицательной.

Мотивационные комплексы провизоров – специалистов и фармацевтов соответствуют формулам: $ВМ (4,8) > ВПМ (2,77) < ВОМ (3,9)$ и $ВМ (4,85) > ВПМ (2,7) < ВОМ (4,3)$, соответственно, при этом представлено чёткое преобладание внутренних мотивов трудовой деятельности над внешними. Для провизоров и фармацевтов с развитой внутренней мотивацией (высокие показатели ВМ) характерна, поглощенность самим процессом деятельности. Однако высокое значение имеет в данном сочетании и внешняя отрицательная мотивация (система наказаний, штрафов, критика). Данные мотивационные комплексы имеют негативное значение для профессиональной самореализации фармацевтических специалистов и связаны с эмоциональной нестабильностью работников.

Мотивационный комплекс фасовщиков дает соотношение трех видов мотивации: $ВПМ (3,47) > ВМ (3,1) > ВОМ (2,9)$. Для них, напротив, наиболее преобладает внешняя положительная мотивация (материальное стимулирование, продвижение по работе), т. е. стимулы, ради которых сотрудник аптеки считает нужным приложить свои усилия.

Таким образом, по результатам сравнительного анализа результатов мотивационных комплексов фармацевтических работников, установлено, руководители аптек обладают оптимальным по эффективности мотивационным комплексом. Влияние таких факторов, как критика, выговоры, штрафы, приводящих к внешней отрицательной мотивации провизоров и фармацевтов, следует понижать в пользу внутренней и внешней положительной мотивации.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ДИУРЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Молчанова П.В., Медвецкая Е.А.

Научный руководитель: Е.А. Медвецкая

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

По данным статистики, 45 % сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений занимает артериальная гипертензия (АГ), распространенность которой составляет 30-45 % в популяции. В России от повышенного артериального давления страдают 42,5 млн человек – почти 40 % взрослого населения. Среди прочих групп лекарственных препаратов диуретики остаются одним из наиболее ценных классов антигипертензивных препаратов, что подтверждают Европейские и Российские рекомендации по лечению АГ (версия 2013 г). Они отличаются небольшой ценой, высокой эффективностью, хорошей переносимостью. В этой связи представляется актуальным исследовать ассортимент диуретических лекарственных препаратов (ЛП) аптечной организации.

Маркетинговые исследования ассортимента диуретиков для лечения артериальной гипертензии проводились в «Аптеке для Вас» ООО «СВС» г. Амурска. В исследовании использовались методы маркетингового, фармакоэкономического и документального анализа.

На первом этапе был рассчитан коэффициент полноты (0,095), который указывает на недостаточное количество представленных в аптеке диуретиков. Анализ ассортимента исследуемых ЛП показал, что большая доля препаратов приходится на диуретики импортного производства (77,8 %). Установлено, что наибольший удельный вес занимают Франция (22,3 %), Россия (22,2 %) и Израиль (18,5 %). Наибольшие проценты в ассортименте диуретиков в аптеке приходятся на ЛП компаний – производителей: TEVA(18,5 %), SANOFI, OZON (по 14,85 %) и Gedeon Richter(11,1 %). Определено преобладание монокомпонентных препаратов (85,2 %) в твердых лекарственных формах (92,6 % номенклатурных позиций). При этом в виде таблеток составляют 74,1 % ассортимента исследуемой группы, капсулы - 18,5 % товарных позиций, остальные ЛП – в виде растворов для инъекций в ампулах. Результаты анализа показали, что большая доля ассортимента диуретических препаратов приходится на МНН Индапамид (25,9 %), Торасемид и Спиронолактон (по 18,55 %). Диуретики, входящие в перечень ЖНВЛП (жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов), составляют 66,7 % номенклатурных позиций. Установлено, что 37,04 % ассортимента имеют стоимость до 100 рублей; 37,04 % – от 101 до 400 руб. и свыше 401 руб. – 25,92 %. Ценовой диапазон изучаемых диуретических ЛП колеблется от 24,30 руб. до 1202 руб.

Далее был использован сравнительный фармакоэкономический метод анализа стоимости 4-недельного курса лечения диуретическими ЛП, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование – Индапамид, но разные торговые наименования: Индапамид табл. п/о 2,5 мг № 30, Арифон таблетки п/о 2,5 мг № 30, Индапамид капс. 2,5 мг № 30, Индап капс. 2,5 мг № 30. Полученные результаты свидетельствуют, что ЛП Индапамид в таб. п/о 2,5 мг № 30 (Ozon, Россия) является наименее фармакозатратным ЛП (стоимость курса лечения 22,68 руб.). Наиболее дорогое лечение – препаратом Арифон (352,52 руб.).

Установлено, что 62,96 % ассортимента составляют ЛП с замедленной скоростью движения и подвержены риску списания, что отрицательно влияет на результаты деятельности аптеки.

Следующим этапом маркетингового исследования был анализ диуретиков с использованием ABC – анализа. В группу А вошло 25,93 % ассортимента диуретиков: Лориста Н табл. п/о 12,5 мг + 50 мг № 60, Индап капс. 2,5 мг № 30, Индапамид капс. 2,5 мг № 30, Диувер табл. 5 мг №60, Диувер-табл. 5 мг № 20, Лориста Н табл. п/о 12,5 мг + 50 мг № 30, Верошпирон капс. 100 мг № 30. При этом группа А обеспечивает 64,98 % объема реализации. Группа В представлена лекарственными препаратами: Верошпирон табл. 25 мг № 20, Диувер табл. 10 мг № 20, Бритомар табл. пролонгированного действия 10 мг №30, Лориста Н 100 табл. п/о 12,5 мг + 100 мг, № 30, Арифон табл. п/о 2,5 мг, № 30 (18,52 %) и занимает 19,32 % реализации препаратов. Остальные препараты (55,55 % ассортимента) обеспечивают лишь 15,7 % объемов продаж.

Таким образом, маркетинговые исследования ассортимента диуретиков для лечения артериальной гипертензии в аптеке показали, что для оказания качественной фармацевтической помощи и обеспечения экономической эффективности всегда должны быть в наличии диуретические препараты, отнесенные к группам А и В, составляющие ядро ассортиментного портфеля.

ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА МАЗЕЙ НА БАЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ АПТЕКИ № 29 Г. СПАССКА-ДАЛЬНОГО

Невшупа З.А.

Научный руководитель: к. ф. н. Н.С. Мамонтова

Дальневосточный государственный медицинский университет,

г. Хабаровск, Россия

В настоящее время фармацевтическая промышленность обеспечивает российских потребителей широким спектром популярных лекарственных средств, одна из групп этих лекарственных средств – мази промышленного производства.

Фармакологический эффект мази в значительной степени зависит от правильного выбора основы – с учетом свойств лекарственных веществ, необходимого эффекта, области и длительности применения мази, состояния слизистой оболочки, эпидермиса и других слоев кожи, а также с учетом возраста больного. Внимание уделяется стабилизации мазей, увеличению сроков их годности. Высокие требования к уровню микробиологической чистоты нестерильных лекарственных форм требуют создания соответствующих видов упаковок, все острее встает вопрос о необходимости разработки мазей с применением соответствующих дозирующих устройств или выпуска мазей в однократных упаковках.

Тенденции развития данной группы должны быть направлены на разработку лекарственных средств в виде мягких форм, сочетающих в себе опыт народной медицины и новейшие достижения современной фармацевтики, что обуславливается актуальными социологическими предпочтениями в области спроса на лекарственные формы.

Целью данной работы является проведение исследования рынка мазей промышленного производства, изучение номенклатуры мягких лекарственных форм и выявление реального наличия и полноты представленных в ассортименте аптеки мазей промышленного производства на примере МУП ЦРА № 29 г. Спасска-Дальнего Приморского края.

Предметом исследования являлись мази, реализуемые аптечной организацией МУП ЦРА № 29 г. Спасск-Дальний .

Исследования рынка лекарственных препаратов легли в основу их производства и сбыта. Без этих исследований сейчас уже невозможно продвижение лекарств до конечного потребителя.

Для достижения цели исследования были поставлены и решены следующие задачи.

Изучена литература, справочники, интернет-ресурсы, посвященные производству мягких лекарственных форм, а также понятию «номенклатура».

Проведен анализ номенклатуры мягких лекарственных форм на основании Регистра лекарственных средств России РЛС. Общее количество ЛП с учетом различных лекарственных форм и фасовок – 1063 торговых наименований и 310 МНН препаратов.

Исследована и изучена номенклатура мягких лекарственных форм в МУП Центральная Районная Аптека № 29. Она насчитывает 152 международных непатентованных наименований и 249 торговых названий лекарственных средств в мягкой лекарственной форме, что в процентном соотношении составляет 49 % и 23,4 %, соответственно, от общего числа зарегистрированных в России ЛС, из них отечественных ЛС – 36,7 %, импортных – 63,3%.

Проведен анализ ассортимента мазей в МУП ЦРА № 29 по различным классификационным признакам.

Используя классификацию по РЛС, определено, что самая большая группа мягких лекарственных форм – это: мази – 40,8 %, гели – 25,68 %, кремы – 28,79 %, минимальный ассортимент у линиментов и паст, всего 2,33 %.

По фармакологической классификации лидируют противомикробные, противопаразитарные мази 33 %.

По анатомо-терапевтической-химической классификация: лидирует группа – дерматотропные препараты – 50%.

Рассчитаны некоторые маркетинговые показатели ассортимента.

Анализ показал, что большинство мазей промышленного производства имеют расфасовку от 20 граммов до 50 граммов – 63 %, на расфасовку от 3 граммов до 20 граммов приходится 31 %, мазей свыше 50 граммов лишь 6 %. В банки упаковывают всего лишь 9,52 % мазей, а тубы, как более удобная упаковка, используются довольно широко – 91,47 % .

Продукция, упакованная в ламинатные тубы, долго хранится и не теряет качества в течение всего срока хранения.

Мази относят к недозированным лекарственным формам наружного применения, в связи с этим все острее встает вопрос о необходимости разработки мазей с применением соответствующих дозирующих устройств или выпуска мазей в однократных упаковках из полимерных (полиэтиленовых, полистироловых, полиамидных) пленок, содержащих около 1,0 г мази. Особенно перспективен такой вид упаковки для глазных мазей, в детской практике, в косметологии, для мазей с антибиотиками, легкоокисляющимися, ядовитыми и летучими веществами.

Анализ в ценовом диапазоне показал, что наибольший удельный вес в общей структуре ассортимента мазей, присутствующих в наличии в МУП ЦРА № 29, у ценовой категории «До 200 рублей» – 46,9 % (30 ассортиментных позиций). Ценовая категория с наименьшим удельным весом является «От 500 до 1000 рублей» – 7,8 % в общей структуре исследуемых мазей.

По результатам проведенных исследований можно сделать заключение, что ассортимент мазей аптеки № 29 г. Спасска-Дальнего Приморского края разнообразен и достаточен для удовлетворения потребительского спроса.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ «ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ»

Нырко Е.В.

Научный руководитель: О.В. Ковнер

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В настоящее время проблема язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки привлекает к себе внимание ученых многих стран мира и по праву считается заболеванием XXI века. Язвой желудка страдает около 10 % трудоспособного населения, что делает это заболевание социально значимым. 10-15 % взрослого населения развитых стран в течение жизни испытывают характерные симптомы язвенной болезни, мужчины страдают от этого заболевания в 3-4 раза чаще, чем женщины. Часто язвенная болезнь приводит к развитию серьезных осложнений: внутреннее кровотечение, перфорация язвы, проникновение язвы в прилежащие органы, злокачественные язвы с развитием рака желудка и др. Ее общественное значение заключается в том, что при регулярных обострениях больной утрачивает способность к полноценной работе, что связано с болью, диспепсией, невротизацией в течение 3-4 недель. Затем больной долгое время пребывает в астеноипохондрическом или астеновегетативном состоянии, также приводящим к снижению трудоспособности.

На сегодняшний день в арсенале врача имеются эффективные средства медикаментозного контроля желудочного кислотообразования – ингибиторы протонной помпы (ИПП), позволяющие поддерживать оптимальный уровень рН желудка в течение суток и обладающие минимумом побочных эффектов. ИПП являются последней генерацией антисекреторных средств, действующих непосредственно на протонную помпу париетальной клетки, необратимо ингибируя ее активность и обеспечивая выраженный антисекреторный эффект независимо от природы кислотостимулирующего фактора.

В соответствии с вышесказанным потребности фармакологического рынка в данных препаратах постоянно растут.

Целью работы является проведение маркетинговых исследований ассортимента ИПП.

Методы исследования: контент-анализ; экономико-статистический; маркетинговый анализ.

Объекты исследования: статистический материал; реестр лекарственных средств; государственный реестр цен на ЖНВЛП (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты); ассортимент препаратов группы «ИПП», представленный в изучаемой аптеке; первичная учетная документация по реализации ИПП в аптечной организации.

На первом этапе исследования был изучен ассортимент ИПП, представленный на российском фармацевтическом рынке. Установлено, что отечественный рынок на 76 % представлен препаратами зарубежного производства. Среди зарубежных производителей лидируют Индия (34 %) и Словения (9 %). ИПП выпускаются в нескольких лекарственных формах – капсулы (58 %); таблетки, покрытые оболочкой (30 %); лиофилизат (7 %) и порошок (5 %).

Среди данной группы препаратов основную долю занимают ИПП с действующим веществом омепразол – 48 %, на пантопразол приходится 16 %, на рабепразол – 15 %.

Анализ ассортимента ИПП, входящих в перечень ЖНВЛП на 2017 год показал, что в данный перечень включены препараты с действующим веществом омепразол и эзомепразол (58 % от всех зарегистрированных на территории РФ).

В перечень минимального ассортимента лекарственных препаратов для медицинского применения, необходимых для оказания медицинской помощи, входит омепразол (капсулы, таблетки). Данные позиции составляют 42 % от всех зарегистрированных на территории РФ.

На следующем этапе исследования был изучен ассортимент препаратов ИПП, представленный в аптеке № 128 ХКГУП «Фармация» города Хабаровска. На момент исследования количество препаратов исследуемой группы было предоставлено 5 торговыми и 3 международными наименованиями. Коэффициент полноты ассортимента в изучаемой аптечной организации составил 0,02.

Было установлено, что в структуре ассортимента данной группы действующее вещество омепразол и пантопразол занимают по 40 %, а препараты, содержащие в составе рабепразол, лишь 20 %.

Среди зарубежных производителей можно выделить Индию и Словению (по 40 %), а на Россию приходится 20 % препаратов.

В структуре ассортимента препаратов ИПП, представленных в аптеке, имеются препараты только рецептурного отпуска.

Среди лекарственных форм исследуемой группы препаратов преобладают таблетки (60 %), а 40 % приходится на капсулы.

Анализ цен на препараты изучаемой группы показал, что 60 % имеют стоимость свыше 300 рублей. Также нами были соотнесены цены в аптеке на препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, с предельными ценами на ЖНВЛП на 2017 год. Все цены на исследуемые ЖНВЛП входят в пределы, согласно распоряжению Правительства РФ.

С помощью ABC-анализа были выявлены лидеры продаж по представленной группе, как в натуральном, так и в стоимостном выражении. К ним относятся Омепразол капсулы кишечнорастворимые 20 мг № 20, Омез капсулы 20 мг № 30, Нольпаза таблетки, покрытые пленочной оболочкой,

20 мг № 28. Всего за исследуемый период было реализовано 45 упаковок препаратов ИПП на сумму 4 690 рублей.

Таким образом, изучение и анализ фармацевтического рынка ИПП позволил разработать рекомендации по оптимизации ассортимента лекарственных препаратов изучаемой группы в исследуемой аптечной организации г. Хабаровска.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Пинчук Е.В.

Научный руководитель: О.В. Ковнер

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное внимание медицинских специалистов. По статистике, сегодня от нее страдает каждый пятый житель планеты. По данным Всемирной организации здравоохранения аллергические заболевания охватывают около 40 % населения земного шара. В России, по официальной статистике, данному заболеванию подвержены от 10 до 15 % населения (в зависимости от региона). В роли аллергенов могут выступать самые различные вещества, как биогенной, так и техногенной природы. Распространенность аллергических болезней и астмы прогрессирует, несмотря на то, что потребление противоаллергических препаратов значительно возросло в течение последнего десятилетия.

Таким образом, проблема аллергических болезней является важнейшей медико-социальной проблемой современности, значение которой, безусловно, будет возрастать в последующие годы.

Целью данной работы является маркетинговый анализ ассортимента противоаллергических лекарственных препаратов.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать статистические данные по заболеваемости населения аллергией и изучить теоретические основы применения антигистаминных ЛП.

2. Изучить ассортимент противоаллергических препаратов, представленных на фармацевтическом рынке г. Хабаровска (на примере аптеки ООО «Городская аптека»).

3. Проанализировать реализацию антигистаминных препаратов в аптеке и выявить «ядро» ассортимента.

4. Изучить предпочтения покупателей в вопросе выбора препаратов изучаемой группы.

Объекты исследования: статистический материал; реестр лекарственных средств; государственный реестр цен на ЖНВЛП (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты); ассортимент антигистаминных препаратов, представленный в изучаемой аптеке; первичная учетная документация по реализации антигистаминных ЛП в аптечной организации.

Методы исследования: контент-анализ; экономико-статистический; анкетирование; маркетинговый анализ.

В ходе работы был изучен ассортимент противоаллергических препаратов, представленный в аптеке ООО «Городская аптека» города Хабаровска. Большинство препаратов (98 %) изучаемой группы, представленных в аптеке, разрешены к отпуску без рецепта врача; лишь 2 % ЛП отпускаются по рецепту. Анализ ассортимента по показателю «Цена» показал, что 50 % составляют препараты стоимостью от 200 до 500 рублей, 33 % составляют препараты стоимостью от 500 до 1000 рублей, а 17 % – это препараты стоимостью до 200 рублей. Все цены на противоаллергические препараты, входящие в перечень ЖНВЛП, соответствуют установленным законодательством пределам.

Ассортимент изучаемой группы в основном представлен препаратами лоратадина (18 %), цетиризина (13 %) и дезлоратадина (10 %).

Среди лекарственных форм преобладают твердые лекарственные формы в виде таблеток (76 %). Среди стран-производителей лидирует Венгрия.

При анализе ассортимента нами был также произведен анализ потребления антигистаминных препаратов в ООО «Городская аптека» и с применением ABC-анализа были выделены лидеры продаж по изучаемой группе как в натуральном, так и стоимостном отношении:

1. Диазолин драже 50 мг
2. Диазолин драже 100 мг
3. Зиртек капли д/внутреннего применения
4. Зодак капли д/внутреннего применения
5. Супрастин таблетки № 20
6. Фенистил капли д/внутреннего применения
7. Цетрин таблетки № 20
8. Цетрин таблетки № 30

С целью выявления потребительских предпочтений по отношению к противоаллергическим лекарственным препаратам был проведён социологический опрос посетителей аптеки, в котором приняло участие 26 человек обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет. Большинство опрошенных (42 %) сами страдают различными аллергическими заболеваниями, у 26 % такие заболевания отмечались у детей, у 19 % респондентов – у взрослых родственников и 13 % знакомы с аллергическими заболеваниями только теоретически.

Среди больных, страдающих аллергическими заболеваниями, в случае их обострения лишь 48 % обратятся к участковому врачу, 34 % опрошенных самостоятельно приобретут известный им противоаллергический препарат безрецептурного отпуска в ближайшей аптеке, а 18 % запишутся на приём к врачу-аллергологу. Большинству респондентов хорошо известны названия противоаллергических препаратов. В основном, это препараты первого поколения и препараты в виде капель для детей.

Выбирая противоаллергический лекарственный препарат, потребитель в первую очередь стремится получить качественное лечение, поэтому на первое место выдвигается эффективность и безопасность, что отметили 62 % респондентов.

При этом гарантией качества антигистаминных лекарственных препаратов для значительной части опрошенных потребителей (78 %) является известность самого препарата либо производителя. Эта закономерность прослеживается и в выявленной структуре потребительских предпочтений, в которой после ценового критерия ключевым ориентиром при выборе средств лечения аллергии является степень известности или узнаваемости фармацевтической продукции.

По факту покупки – зарубежные препараты вызывают большее доверие: 68 % опрошенных приобретают именно их.

При анкетировании респондентам предлагалось определить стоимостный интервал, в котором они обычно выбирают антигистаминные лекарственные препараты. Четверть опрошенных готова заплатить не выше 200 рублей за препарат, поскольку цена для данного сегмента является фактором доступности и играет существенную роль в выборе фармацевтических товаров. Треть опрошенных выбирает препараты стоимостью от 200 до 350 рублей, несколько выше готовы заплатить за качественные препараты 20 % потребителей. Лекарственные препараты стоимостью более 400 рублей – приоритет в выборе остальной части опрошенных, отметивших, что высокая цена для них является показателем качества препарата.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод, что ООО «Городская аптека» г. Хабаровска в настоящий момент предлагает потребителям разнообразный перечень современных, надежных и безопасных лекарственных препаратов для устранения проявлений аллергии в широком ценовом диапазоне и разнообразных лекарственных формах. Результаты исследования также позволяют руководителю аптечной организации оптимизировать ассортимент препаратов изучаемой группы для максимального удовлетворения потребностей покупателей.

АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Токмин А.А.

Научный руководитель: к. б. н., М.С. Соболева
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из наиболее значимых медицинских и социально-экономических проблем. Осложнения ОНМК могут привести к инвалидности пациента, и даже к летальному исходу. С целью уменьшения риска развития данной патологии, а также снижения последствий перенесённого ОНМК, необходимо проведение эффективной лекарственной терапии, что также впоследствии может благоприятно сказаться на медицинском прогнозе и качестве жизни пациента.

По данным Федеральной службы государственной статистики в 2015 году в РФ по причине цереброваскулярных заболеваний умерло около 15 % человек, а одной из наиболее частых причин являлся инфаркт мозга (90 130 человек и 4,72 % соответственно). За 2000–2016 гг. болезни системы кровообращения, которые, в свою очередь, являются наиболее распространенной причиной ОНМК, оставались наиболее частой причиной инвалидности. В 2016 году этот показатель составил 14,1 на 10 000 человек населения.

Нарушение мозгового кровообращения по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) имеет коды I60-I69 (цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) – подкласс болезней системы кровообращения). ЦВЗ могут вызываться такими явлениями, как разрыв сосуда или его закупорка, то есть представляют собой нарушение мозговой гемодинамики. Задачей специалистов в области неврологии и нейрохирургии является восстановление нарушенного церебрального кровообращения. Помимо хирургических методик, широко используется и фармакотерапия. Основными терапевтическими классами являются: корректоры мозгового кровообращения, ноотропы, антиоксиданты и антигипоксанты, комбинированные препараты и др.

Цель исследования – проанализировать продажи лекарственных средств классов: ноотропы, корректоры мозгового кровообращения, антиоксиданты и антигипоксанты на базе аптеки ДВГМУ. На основе уже известных клинических исследований лекарств данных групп сделать вывод об их применяемости.

Материалы и методы: фармакоэпидемиологический анализ реализации лекарственных препаратов на базе «Университетской аптеки» ДВГМУ (г. Хабаровск) за период 2015–2016 гг. Статистический анализ проводился

с использованием программ Microsoft Office Excel 2016. На основе показателей продаж (по количеству упаковок) были выделены основные терапевтические группы. Далее внутри групп оценивались показатели продаж по МНН, определялись лидеры фармацевтического рынка по конкретным торговым наименованиям. На основании полученных данных делались выводы о наиболее используемых пациентами препаратах, улучшающих гемодинамику и обменные процессы в центральной нервной системе.

Результаты и выводы: Группа ноотропов являлась «лидером» по продажам (свыше 60 %) среди представленных в данном аптечном учреждении. При этом доля продаж международного непатентованного наименования Глицин в таблетированной форме с дозировкой 0,1 г была наибольшей (28 % от общего числа ноотропов). На втором месте по реализации находились препараты антиоксидантов и антигипоксантов (около 23 %), и третье место занимали корректоры мозгового кровообращения (около 14 %). Далее ноотропы в комбинациях (3 %), корректоры мозгового кровообращения в комбинациях (~1 %) и наименьшим спросом пользуются антиоксиданты и антигипоксанты в комбинациях (<0,1 %).

В классе ноотропов выделены три «лидера» рынка:

1. Глицин (таблетированный 0,1 г) – 28 % от числа ноотропов;
2. Пирацетам (ампулированный 20 % и капсулированный 0,4 г) – 13 % от общ. числа ноотропов;
3. Цитиколин (р-р 0,1г/мл 30 мл) – 11 % от общего числа ноотропов.

В группе антиоксидантов и антигипоксантов наибольшую долю реализации имели:

1. Этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол в таблетках 0,125 г) – 36,6 % от общего числа антиоксидантов и антигипоксантов;
2. Триметазидин (Предуктал таблетированный 0,035 г, Триметазидин таблетированный 0,035 г) – 32,1 % от общего числа антиоксидантов и антигипоксантов
3. Депротеинизированный гемодериват крови телят (Актовегин 5мл) – 31,3 % от общего числа антиоксидантов и антигипоксантов.

Среди корректоров мозгового кровообращения (КМК) наиболее часто применялись:

1. Винпоцетин (Винпоцетин таблетированный 0,005 г, Кавинтон таблетированный 0,005 г) – 52,5 % от общего числа КМК
2. Экстракт листьев Двулопастного Гинкго (Танакан таблетированный 0,04 г) – 25,55 % от общего числа КМК
3. Циннаризин (таблетированный 0,025 г) – 21,9 % от общего числа КМК.

Частоту применения Глицина можно объяснить большим количеством показаний к применению (от умственной отсталости до нарушений мозговой гемодинамики), ценовой доступностью препаратов (от 18 рублей), а также минимальным количеством побочных эффектов и противопоказаний

(гиперчувствительность). Применение Пирацетама также показано в случаях ЦВЗ и психических расстройств, но, не смотря на схожесть ценовой доступности (от 25 рублей), препарат используется реже, потому как противопоказан при геморрагическом инсульте, обширных хирургических вмешательствах. У препаратов группы Пирацетама существует ряд побочных эффектов на ЦНС (сонливость, головные боли), на психику (нервозность), а также некоторые аллергические реакции (зуд, крапивница и т. д.). С.В. Дьяченко отметил: «Особенностью Пирацетама является то, что его фармакологическое действие проявляется только в условиях длительного повторного введения препарата в достаточно высоких дозах». Эффект Глицина проявляется быстрее, так как он является медиатором тормозного типа действия и регулирует возбудимость центральной нервной системы, таким образом, оказывая успокаивающее и нормализующее сон действие, чем и повышает продуктивность деятельности пациента.

Препараты Цитиколина (Цераксон и т. д.) являются предшественниками ключевых ультраструктурных компонентов клеточной мембраны (преимущественно фосфолипидов), таким образом, восстанавливают поврежденные структуры мозга. По ценовой категории (от 632 рублей) являются менее доступным для больного и имеют более специфичные показания к применению, а также обладает рядом побочных действий на ЦНС и психику, исходя из этого он уступает в продажах другим ноотропам.

Препараты группы антиоксиданты и антигипоксанты (Триметазидин (Предуктал таб., 0,035 – 124 р.) и Этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол таб., 0,125 – 240 р.)) имели примерно равные доли продаж среди МНН в натуральном эквиваленте. Наибольшим спектром применения обладают препараты депротеинизированного гемодеривата крови телят – Актовегин (762р.). Несмотря на различную ценовую доступность этого класса сделать вывод о потребительских мотивах достаточно сложно, потому как препараты используются не только для восстановления ОНМК.

В группе препаратов корректоров мозгового кровообращения лидирующая позиция продаж приходится на МНН Винпоцетин. Это может быть связано с перечнем показаний к применению и также ценовой доступностью (Винпоцетин таб., 0,005 – от 55 р.), препаратов. Лекарственные средства Гинкго двулопастного (Танакан таб., 0,04 – 563 р.) и Циннаризина (Циннаризин таб., 0,025 – 30 р.), пользовались сравнительно меньшим спросом поскольку препараты группы Гинкго применяются в основном для нарушения когнитивных функций, связанных со старческим возрастом и сравнительно низкой ценовой доступностью, а Циннаризин по сравнению с Винпоцетином не имеют существенных различий в механизме и показаниях, скорее всего высокая потребительская заинтересованность связана с отсутствием ограничений у Винпоцетина в лечении паркинсонизма.

Мною были проведены исследования продаж групп препаратов, применяемых при нарушении мозгового кровообращения, в ходе которых, мне удалось выяснить какие препараты использовались чаще остальных и почему.

РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Фединяк Б.М.

Научный руководитель: к. ф. н. А.Я. Башаров
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР) определяется в 41,7 % случаев среди всех клинических форм данного заболевания и чаще всего протекает в форме стоматита, заеды и хейлита. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, составляя 5 % от всех заболеваний СОПР, выявляется у 20-60 % населения страны. Данные о частоте поражения СОПР красным плоским лишаем (КПЛ) составляют от 60 до 80 % при распространенности данного заболевания до 35 %.

Для лечения данных заболеваний в настоящее время используются чаще однокомпонентные лекарственные средства. Кроме того, данные средства воздействуют на слизистую полости рта относительно короткое время, ввиду того, что вымываются слюной.

Целью работы стала разработка комбинированных полимерных пленок для местного применения, содержащих в составе химиопрепараты в сочетании с биологически активными веществами (БАВ) лекарственных растений.

Применение БАВ в комбинации с химиопрепаратами способствует усилению действия препаратов, воздействию на различные стадии патологического процесса, снижению риска возникновения неблагоприятных побочных эффектов, возможности самостоятельного использования больными. Кроме того, пленки обеспечат пролонгированное действие входящих в состав веществ. В качестве активного компонента полимерных пленок был выбран комплекс БАВ сабельника болотного, так как, согласно литературным данным, он обладает выраженным противовоспалительным действием. Кроме того, было решено ввести в состав пленок 0,01 % раствор мирамистина и 5 % раствор витамина В6.

Для достижения поставленной цели необходимо подобрать оптимальный состав полимерных пленок, извлечь БАВ из растительного сырья и разработать технологическую схему изготовления данных лекарственных форм.

Для проведения экстракции необходимо определить технологические параметры сырья: влажность, содержание экстрактивных веществ, коэффициент поглощения экстрагента, а также провести ситовой анализ.

Влажность сырья определялась по методике, описанной в Государственные Фармакопее одиннадцатого издания (ГФ XI). По результатам определений влажность сырья сабельника составила $8,36 \pm 0,53$ % (среднее из трех измерений).

Ситовой анализ проводили на приборе «Виброгрохот» модели 6800 фирмы «Экрос». Исследования показали, что в сырье сабельника преобладают частицы с размером более 1,6 мм – 82 %, с размером до 0,7 мм – 18 %.

Испытание на сыпучесть проводили на приборе «Интервал-ТК» по методике, описанной в ГФ XII издания. По результатам трех испытаний сыпучесть сырья сабельника составила $49,3 \pm 2,3$ секунды.

Согласно литературным данным и полученным результатам, оптимальным экстрагентом для сырья сабельника болотного является 45 % этиловый спирт, который использовали для определения коэффициента спиртопоглощения и количества экстрактивных веществ. Коэффициент поглощения сырьем экстрагента определяли по общепринятой методике. Коэффициент спиртопоглощения для корней и корневищ сабельника болотного составил $3,25 \pm 0,15$ на 45 % этиловом спирте (среднее из трех измерений). Экстрактивные вещества в сырье сабельника были определены по методике, описанной в ГФ XI. В результате исследования было установлено, что 45 % этанол извлекает $13,62 \pm 0,68$ % экстрактивных веществ сырья сабельника. Кроме того, сумма экстрактивных веществ в сырье сабельника болотного была определена методом диаколяции, который более приближен к реальным условиям экстрагирования, и составила в среднем из трех определений $10,41 \pm 0,55$ %.

На следующем этапе работы требовалось получить извлечение из сабельника для дальнейшего введения в полимерные пленки. Для обеспечения его достаточной концентрации в пленках и тоже время с целью максимального истощения сырья, было решено получать из сабельника экстракт-концентрат в соотношении 1:2.

Для получения экстракта – концентрата 1:2 использовали метод реперколяции с делением сырья на неравные части по фармакопее США и Германии. Исходное сырьё принимали за 100 %, а так как концентрация экстракта-концентрата 1:2, то на выходе мы получали 200 частей готового продукта. Сырье загружали в перколяторы в соотношении 5:3:2. Содержание экстрактивных веществ в готовом экстракте составило $5,1 \pm 0,25$ % (в среднем из трех определений).

Для получения пленок, в качестве полимера использовали метилцеллюлозу фирмы «Sigma». В процессе изготовления пленок использовалась стерильная посуда, работа велась в асептических условиях. Технология изготовления полимерных пленок заключалась в следующем: в фарфоровую чашку помещали 7 капель пластификатора – глицерина, 15 мл воды очищенной, 7 мл экстракта-концентрата сабельника 1:2 и 5 мл 0,01 % раствора мирамистина. Затем смесь нагревали на водяной бане до 70 °С, отвешивали на весах 0,9 г метилцеллюлозы и помещали в фарфоровую чашку. Содержимое чашки

перемешивали и охлаждали в течение 30 минут, затем оставляли набухать на 12 часов в холодильнике при 60 °С. После набухания добавляли 2 мл 5 % витамина В6 и гомогенизировали, избегая образования пузырьков воздуха. После проводили розлив полученного раствора на стеклянную подложку площадью 85 см² и сушили в сушильном шкафу при температуре 50 °С в течение 5-6 часов до остаточной влажности 8-10 %. Готовый продукт представлял собой прочные, эластичные, легко отслаивающиеся от поверхности подложки пленки. Толщина пленок составила 120-140 мкм. Содержание экстрактивных веществ сабельника болотного в готовых пленках составило 4 мг/см², витамина В6 – 1,2 мг/см², мирамистина 6 мкг/см².

Для обеспечения защиты пленок от быстрого растворения в полости рта их требовалось покрыть гидрофобным слоем. Для этого мы выбрали пластмассу самотвердеющую Протакрил-М. Протакрил-М представляет собой композицию акриловой группы холодного отверждения типа порошок-жидкость. Введение в состав пластмассы смешивающего агента способствует повышению физико-механических свойств и долговечности изделия. Пластмасса Протакрил-М технологична в работе, изделия из нее хорошо обрабатываются и по цвету имитируют ткани полости рта. Для изготовления формовочной массы мы тщательно смешивали порошок и жидкость в соотношении 2:1 в фарфоровом сосуде. Сосуд с массой накрывали крышкой и оставляли для набухания. Во время набухания массу 1-2 раза перемешивали металлическим шпателем. Масса была готова к формованию, когда она теряла липкость и не приставала к рукам. Полимеризацию производили в полимеризаторе под давлением воздуха 3 атм и температуре 40-45 °С в течение 25-30 минут. После полимеризации массу растворяли в хлороформе, готовя насыщенный раствор. Готовый раствор наносили с помощью пипетки на высушенную пленку и после равномерного распределения раствора сушили при 50 °С. При покрытии пленки использовали различные количества раствора Протакрила-М: оптимальным оказалось количество 6 мл Протакрила-М, которое позволяло создать слой 30 мкм. Общая толщина пленки в итоге составила 150-170 мкм. Пленка получалась гибкой и при намачивании хорошо клеилась на слизистую. Гидрофобный слой обеспечивал хорошую защиту от быстрого растворения.

Таким образом, в результате проведенной исследовательской работы были определены технологические параметры сырья (корней и корневищ сабельника болотного), проведено извлечение БАВ из сырья, что позволило достичь поставленной цели – разработать состав и технологическую схему изготовления полимерной пленки с БАВ сабельника болотного, витамином В6 и мирамистином с заданными технологическими параметрами.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА НООТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Шилова А.В., Медвецкая Е.А.

Научный руководитель: Е.А. Медвецкая

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Значительный рост распространенности сосудистых заболеваний, объясняется демографическим старением населения нашей страны, а также нарастающим негативным влиянием факторов урбанизации, которые способствуют увеличению частоты сосудистых заболеваний каждые 10 лет в 2-2,5 раза. Одно из ведущих мест в терапии сосудистых заболеваний головного мозга занимают ноотропные лекарственные препараты (НЛП), влияющие на процессы нейропластичности центральной нервной системы. Широкий спектр действия НЛП и доказанный позитивный клинический эффект их применения позволяют считать, что эти ЛП являются необходимым компонентом современной патогенетической лекарственной терапии при лечении нарушений функций головного мозга. Доля ноотропов и психостимуляторов составляет более 2 % в общем объеме аптечных продаж в стоимостном выражении в РФ. НЛП обычно применяются длительными курсами, поэтому у аптек есть возможность приобрести лояльных покупателей в лице потребителей НЛП и осуществлять постоянный мониторинг ассортимента НЛП аптеке. В этой связи представляется актуальным исследовать ассортимент лекарственных препаратов данной группы.

Целью данной работы является проведение маркетинговых исследований ноотропных лекарственных препаратов в аптечной организации ИП Вашковец г. Хабаровска.

В процессе исследования использованы методы контент-анализа, маркетингового и документального анализов.

Для маркетинговой оценки ассортимента был рассчитан коэффициент полноты (0,0174), показывающий, что в исследуемой аптеке присутствует недостаточное количество ноотропных препаратов.

Далее был проведен маркетинговый анализ ассортимента данной группы ЛП с использованием различных классификационных признаков. Из представленных в аптеке препаратов 51 % ассортимента приходится на НЛП, входящих в перечень ЖНВЛП (жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов), и 58 % номенклатурных позиций – в перечень минимального ассортимента. В ассортименте ноотропных лекарственных препаратов присутствуют как монокомпонентные (94 %), так и комбинированные лекарственные препараты (6 %). Наибольшая доля ассортимента препаратов приходится на МНН: Винпоцетин (17 %), Пирацетам (14 %). Лидерами по предложению НЛП, представленных в аптеке, являются Россия (54 %), Венгрия (20 %). Основными фармацевтическими

компаниями-производителями являются «Гедеон Рихтер» (14 %), «Белмедпрепараты» и «Фармстандарт» (по 9 %). Установлено, что наибольший удельный вес приходится на рецептурные ЛП (94 %). Наибольшую долю в общей номенклатуре занимают таблетки (54 %), растворы для инъекций (23 %), далее следуют капсулы (8 %), растворы для внутреннего применения (6 %), лиофилизат (6 %), сиропы (3 %).

Результаты маркетингового анализа показывают, что разброс цен составляет от 33,00 руб. до 1 920,00 руб. При разделении всего ассортимента НЛП на группы было выявлено, что 29 % ассортимента имеют стоимость до 100 руб.; 34 % номенклатурных позиций – от 101 до 500 руб.; 26 % – от 501 до 1000 руб. и свыше 1001 руб. – 11 % номенклатурных позиций. Лидерами продаж в ценовом диапазоне от 101 руб. до 500 руб. являются Пирацетам и Кавинтон. Самым дорогостоящим из изучаемых лекарственных препаратов являются Актовегин (1 920 руб.).

На следующем этапе маркетинговых исследований были рассчитаны коэффициенты скорости реализации и выявлены препараты с устойчивым и замедленным обращением. Рассчитанные коэффициенты скорости движения варьируют от 0,13 до 0,62. Установлено, что 88,57 % ассортимента имеют устойчивую скорость реализации. Показатель качества структуры ассортимента ЛП по скорости движения (0,87) указывает на хорошую структуру ассортимента НЛП.

Анализ ассортимента с помощью АВС – метода показал, что ЛП группы А (22,86 % позиций): Актовегин таб. п/о 200 мг № 50; Глиатилин 25 % р-р по 4 мл № 3; Кавинтон форте таб. 10 мг № 90; Актовегин р-р для инъекций 40 мг/мл, по 5 мл № 5; Гинкоум капс. 40 мг № 30; Цераксон 10 % р-р для приема внутрь по 10 мл, № 10; Кавинтон таб. 5 мг № 50; Гинкоум капс. 80 мг № 60 занимают 53,03 % объема реализации НЛП. Группа В включает 5 позиций (14,3 %) ноотропных препаратов и обеспечивает 18,6 % реализации препаратов. Данная группа представлена лекарственными препаратами: Актовегин р-р для инъекций 40 мг/мл, по 2 мл № 25; Танакан таб. п.о. 40 мг № 30; Кортексин лиофилизат в/м 10 мг/22 мг № 10; Кортексин лиофилизат в/м 5 мг/22 мг № 10; Цераксон р-р в/в, в/м 500 мг, по 4 мл № 5. Остальные НЛП включены в группу С (62,84 % ассортимента) и занимают 28,37 % объемов продаж.

Таким образом, маркетинговые исследования ассортимента ноотропных ЛП в аптеке с учетом различных классификационных признаков, с учетом коэффициентов скорости реализации, АВС-анализа позволили сформировать оптимальный ассортимент ноотропных лекарственных препаратов в аптечной организации для наиболее полного удовлетворения потребностей покупателей.



Общественное здоровье

АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО И ПОЛИТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В НАЧАЛЬНЫЙ И ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Аношкина А.И., Плотникова Е.А.

Научный руководитель: О.К. Плотникова

*Читинская государственная медицинская академия,
Забайкальский государственный университет,
г. Чита, Россия*

Одной из актуальных проблем вуза является низкий уровень успеваемости студентов младших курсов, на который влияют учебная нагрузка, особенности психоэмоционального состояния, темперамент и биоритмы, что приводит к эмоциональному напряжению и стрессу. Адаптироваться без вреда собственному здоровью учащимся в таких условиях крайне затруднительно. В связи с этим, особое значение приобретает исследование проблем адаптации студентов к условиям высшей школы.

Цель исследования – показать изменение психоэмоционального состояния первокурсников ЧГМА и ЗабГУ в соответствии с их темпераментом, биологическими ритмами в учебный и предэкзаменационный периоды, и их влияние на адаптацию.

Задачи: изучить научную психолого-медицинскую литературу по проблеме исследования, проследить изменение психоэмоционального статуса студентов, учитывая индивидуально-типологические особенности личности (темперамент, экстраверсию, биоритмы) в начальный период обучения и перед сессией; проанализировать влияние стресса в период экзаменов на адаптацию учащихся.

Материалы и методы. Изучение биоритмов на начальном этапе проводили с помощью программы *Biorhythm Expert* от компании *QueenSoft*. Для оценки психоэмоционального состояния первокурсников использовали диагностику социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, исследовали уровень тревожности – опросник Спилберга, стрессоустойчивости – тест Медицинского центра Университета Бостона, тест на определение темперамента Г. Айзенка, тест на определение биологических ритмов А.А. Путилова (2003), тест на определение экстраверсии К. Юнга. Оценку параметров проводили в начале учебного года и перед экзаменационной сессией. В ходе исследования нами были опрошены 83 студента 1 курса: 27 – лечебного (ЛФ), 19 – педиатрического (ПФ), 22 – стоматологического (СФ) факультетов ЧГМА и 15 человек юридического факультета МО ЗабГУ в возрасте 17-20 лет.

Результаты исследования. По результатам исследования биоритмов выявлено, что на эмоциональном подъёме находились студенты педиатрического факультета ЧГМА – 62,5 %, у остальных же групп он был в пределах 50 % или ниже. При сравнении интеллектуального биоритма высшее значение зарегистрировано у студентов стоматологического факультета ЧГМА – 70 %, а физического – у учащихся ЗабГУ – 68,3 %. Наименьшие ритмооценочные суждения программа зафиксировала у студентов лечебного факультета ЧГМА. В ходе определения типа темперамента, было выявлено, что среди всех опрошенных первокурсников преобладают меланхолики – 34,9 % (больше на СФ – 45,4 %) и холерики – 31,3 % (таковых на ЛФ – 40,7 %). Меньшее количество учащихся относят себя к флегматиками – 19,3 % и сангвиниками – 14,5%. Оба эти типа преобладают на юридическом факультете 26,7 % и 20 %, соответственно. По типу экстраверсии 48,2 % интервьюированных первокурсников являются амбивертами (преобладают на СФ – 63,6 %), 1,2 % – экстраверты (юридический факультет), 50,6 % – интроверты (преобладание на ЛФ – 70,4 %). Также, по биоритмическим показателям из всех первокурсников 16,9 % являются аритмиками, остальные 83,1 % являются «жаворонками». В результате исследования определено, что первокурсники имеют различный уровень стрессоустойчивости (25,3 % от общего числа подвержены стрессу, 74,7 % устойчивы к нему). Менее устойчивы к стрессу, из числа подверженных, студенты педиатрического факультета – 77,7 %. Среди общего количества опрошенных наблюдается снижения адаптивности в начале обучения и перед сессией, 73,5 % учащихся обладают низкой адаптивностью, при этом большая доля приходится на лечебный факультет 31,1 %. Показатели высокой ситуативной тревожности (СТ) выявлены у 27,7 % первокурсников, среди которых высокой степенью СТ – 43,5 % обладают студенты стоматологического факультета. Личностная тревожность (ЛТ) у

65,1 % студентов обоих вузов характеризуется как высокая и 37 % из их числа приходится на долю лечебного факультета.

Из приведенных результатов видно, что студенты лечебного факультета в сравнении с другими обладают наименьшей адаптивностью. Мы считаем, что это связано с влиянием темперамента, так как холерики неуравновешенны, возбудимы и типом экстраверсии первокурсников, интроверты малообщительны, сдержаны, а на фоне индивидуально-типологических особенностей личности и наличием высокой личностной тревожности у данной группы студентов. Среди биоритмических показателей учащихся данного факультета на период тестирования также обнаружены низкие значения, которые способствуют возникновению психоэмоционального и физического дискомфорта, нервного переутомления и перенапряжения.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Астраханцева М.А.

Научные руководители: д. м. н., к. т. н. П.Ф. Кику, к. м. н. С.В. Воронин

Дальневосточный федеральный университет,

г. Владивосток, Россия

Согласно данным ВОЗ, наследственные заболевания (НЗ) и врожденные пороки развития (ВПР) уже серьезно заметны в статистике состояния здоровья населения, поэтому вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения врожденных аномалий волнуют многих исследователей. По данным исследований российского специалиста в области социальной гигиены Лисицына Ю.П., влияние наследственных заболеваний на популяционное здоровье составляет до 20 %. На совещании научной группы ВОЗ по наследственным болезням было отмечено, что в настоящее время с одной стороны – увеличилась возможность влияния на состояние окружающей среды, уменьшая неблагоприятное воздействие на организм человека, но с другой стороны – постепенно возрастает роль генетических факторов в плане их воздействия на здоровье человека.

В развитых странах на долю генетических расстройств приходится значительный процент младенческой смертности и случаев детской неполноценности, а генетическая предрасположенность может привести к преждевременному развитию таких распространенных среди взрослых недугов, как диабет, рак, гипертония, ишемическая болезнь сердца и деменция. Частота врожденных аномалий в мире различна, и, в большой степени, зависит от того, как тщательно собираются данные. Мультифакторные или полигенные заболевания развиваются под влиянием факторов окружающей

среды при наличии дефектных генов. Они могут составлять до 90 % всей хронической патологии.

Материалы и методы. При проведении исследования использована методология системной оценки распространения врожденных аномалий в Приморском крае в зависимости от биоклиматических и экологических условий. Использовались данные медицинской статистики за период 1991–2009 гг. Ф. 12 по классу врожденные аномалии у подростков и детей, которые были сопоставлены в территориально-временном аспекте с показателями окружающей среды по 33 населенным пунктам Приморского края. Окружающая среда представлена природно-климатическим (6 факторных модулей) и санитарно-гигиеническим (7 факторных модулей) блоками факторов. В природно-климатический блок вошли: характер гидросферы, характер грунтов, характер растительного покрова, степень нарушенности лесов, уровень естественной лесистости, число дней с БАСР (биологически активная солнечная радиация). В санитарно-гигиенический блок: гигиеническая характеристика продовольственного сырья и пищевых продуктов отечественного и импортного производства, хозяйственно – питьевое водоснабжение и состояние водных объектов в местах водопользования, наличие предприятий по классам опасности, соблюдение санитарно-защитных зон, уровень загрязнения атмосферного воздуха, характеристика состояния почвы, характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки.

При формализации информационной базы данных среды обитания была использована специально разработанная шкала 10-бальной оценки. В работе использовались материалы «Государственного доклада о санитарно-эпидемиологической обстановке в Приморском крае», а также отчеты по Ф.18 ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае». При статистической обработке информации были применены критерий хи-квадрат Пирсона и метод множественной регрессии.

Результаты. Исследованием установлено, что за почти 20-летний период уровень врожденных аномалий вырос у детей на 27,5 % и у подростков на 35,1 % и составил в 2009 году 1687,6 и 839,3 на 100 000 населения, соответственно. Составленная прогнозная модель показывает неуклонный дальнейший рост данной патологии. Особенно резко возросла заболеваемость после 2000 года, это было связано с активным началом деятельности медико-генетической службы с 1998 г., создается нормативно-правовая и информационная база, начали активно формироваться потоки беременных, была внедрена инвазивная пренатальная диагностика. Анализ проведения цитогенетических исследований на территории Приморского края, показал, что на территории имеется своеобразие: хромосомная патология была выявлена у 1-2 % детей с изолированными пороками и около 5 % у детей с наследственными заболеваниями. Такие показатели говорят, об изменении

структуры причин пороков развития, т. е. на плод большее влияние начинают оказывать тератогенные факторы. Необходимо отметить, что в структуре младенческой смертности за последние 10 лет врожденные аномалии занимают стабильно 2-е место.

Распространение врожденных аномалий имеет достоверную статистическую связь (критерий хи-квадрат) с биоклиматическими зонами и экологической ситуацией. Как у подростков, так и у детей высокий уровень патологии отмечается в зоне критической экологической ситуации, где расположены предприятия угольной, горнохимической промышленности, судоремонта, стройиндустрии, машиностроения и районы с интенсивной химизацией и мелиорацией сельского хозяйства. Это такие города, как Артем, Спасск, Владивосток, Большой Камень, Дальнегорск, Уссурийск и районы – Спасский, Дальнегорский, Кавалеровский, Шкотовский, Хорольский, Черниговский, Ханкайский. Преимущественно это города и районы края, на территории которых расположены более половины основных производственных предприятий 1 и 2 классов вредности. Превышение предельно допустимых концентраций (ПДК) содержания вредных веществ в атмосферном воздухе, почве, воде на этих территориях зачастую достигает десятикратных размеров. Необходимо отметить, что на территориях критической экологической ситуации у подростков относительно высокий уровень пороков развития наблюдается в континентальной биоклиматической зоне, а у детей на побережье, что говорит о разном влиянии климатических факторов. У детей также выявлен высокий одинаковый уровень врожденных аномалий в биоклиматических зонах побережья и переходной с напряженной экологической ситуацией.

По результатам регрессионного анализа установлена различная степень влияния эколого-гигиенических факторов на уровень распространения врожденных аномалий. У детей распространение патологии на 77,3 % зависит от комплекса параметров среды обитания, причем, доля влияния санитарно-гигиенических показателей составляет 63,1 %, а природно-климатических – 14,2 %. Наибольшую значимость имеют такие факторы, как характеристика состояния почвы, уровень загрязнения атмосферного воздуха, характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, наличие предприятий по классам опасности, соблюдение санитарно-защитных зон. Влияние комплекса эколого-гигиенических факторов на уровень распространения врожденных аномалий у подростков составило 60,0 %. Доля влияния санитарно-гигиенических параметров составила 44,5 %, а природно-климатических – 15,5 %. Больше всего влияют характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, уровень загрязнения атмосферного воздуха, транспортные нагрузки, характеристика состояния почвы. Оценивая результаты анализа, необходимо отметить, что распространение врож-

денных аномалий как у детей, так и подростков зависит, в основном, от одних и тех же санитарно-гигиенических модульных факторов, но с различной степенью влияния. В то же время природно-климатический блок у этих возрастных групп имеет почти одинаковую степень влияния.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. На территории Приморского края отмечается значительный рост врожденных аномалий у детей и подростков, что прогнозируется и на 5 ближайших лет.

2. Распространение врожденных аномалий в регионе зависит от биоклиматической зоны и экологической ситуации. Наибольший уровень патологии отмечается у детей в биоклиматической зоне побережья, у подростков в континентальной биоклиматической зоне на территориях с критической экологической ситуаций.

3. Установлена различная степень влияния на уровень врожденных аномалий комплекса санитарно-гигиенических и природно-климатических факторов. Ведущая роль (44,5-63,1 %) принадлежит санитарно-гигиеническим параметрам среды обитания.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОСПИТАНИКАМ КРАЕВОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДОМА РЕБЕНКА

Атоян В.А., Коньков Д.А.

Научные руководители: к. м. н. В.Г. Морева, к. м. н. В.Н. Рассказова

Дальневосточный федеральный университет,

г. Владивосток, Россия

Одним из социальных индикаторов благополучия страны является положение детей и условия их проживания. Процессы, происходившие в российском обществе в 90-е годы XX столетия, напрямую затронули интересы детского населения, причем, в большей степени, в негативную сторону. В особенно критическом положении оказались дети из семей, в которых родители являются несостоятельными в выполнении семейных функций. Характерными чертами для них являются дезорганизация семьи, пренебрежение родителей своими обязанностями по воспитанию и содержанию детей, насилие в семье. Естественно, в этих условиях дети должны быть изъяты из неблагоприятного окружения. В таких ситуациях, согласно действующему законодательству, родители лишаются или ограничиваются в родительских правах. Другим источником пополнения армии безнадзорных и беспризорных детей являются семьи - жертвы межнациональных и вооруженных конфликтов, вынужденных переселенцев. Особую группу составляют отказные дети и подкидыши. Все это приводит к росту выявления детей, оставшихся без попечения родителей. В такой ситуации во-

прос о социальной защите детей, их социальной реабилитации и интеграции в систему общественных связей стоит наиболее остро.

Федеральным законом № 44-ФЗ от 16.04.2001 года регулируется деятельность Государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей. На 31 мая 2017 года количество детей в ее базе составило 55 503 ребенка, включая сирот и детей, лишённых опеки родных родителей.

Целью настоящего исследования явился анализ деятельности КПДР с предложением путей совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи детям сиротам и детям, остающимся без попечения родителей.

Объектом нашего исследования является состояние здоровья детей сирот Государственного казенного учреждения здравоохранения «Краевой психоневрологический дом ребенка», расположенного в городе Владивосток, рассчитанного на 80 коек. Имеющего в своем составе 2 филиала: филиал № 1 ГКУЗ «КПДР», расположенный в городе Уссурийск, рассчитан на 80 коек; филиал № 2 ГКУЗ «КПДР», расположенный в городе Артем, рассчитан на 110 коек. Общее количество коек — 270.

Материалы и методы. Анализ проводился на основании данных отчетных форм за период с 2014 по 2016 год.

Результаты и обсуждения. В 2014 году количество детей составило 186, в 2015 их число возросло до 216, а в 2016 снизилось до 146.

Дети попадают в дом ребенка по различным причинам, таким как лишение родительских прав, лишение родителей свободы, оставленные в роддоме или изъятые из семьи, а также сироты.

Социальный состав воспитанников дома различен, в 2014 году процент детей, поступивших от родителей, составил 18,4 %, в 2015 – 35,4 % и в 2016 – 51,1 %.

Процент детей, оставшихся без попечения родителей, на 2014 год составил 81,6 %, 2015 – 64,6 % и 2016 – 48,9 %.

На вновь поступающих воспитанников врачами, педагогами и специалистами по социальной работе составляется адаптационная программа, затем проводится диагностика физического и нервно-психического развития, полученные данные обсуждаются на медико-педагогической комиссии, составляется программа медико-педагогической реабилитации и социально-нравственного развития каждого ребенка, которая корректируется по эпикризным срокам.

Экспертная оценка диспансеризации в домах ребенка показала, что высок уровень детей, отстающих в нервно-психическом развитии. В структуре заболеваемости второе место занимают заболевания нервной системы, а на третьем – заболевания опорно-двигательного аппарата.

Также после проведенного анализа заболеваний, детей разделили по группам здоровья. Первой группы нет уже в течение ряда лет. Стабильно

число детей со 2 группой здоровья, наметилась тенденция к ее увеличению, что является результатом выполнения индивидуальных программ реабилитации. Отмечается снижение числа воспитанников с хронической патологией, на 1,2 % уменьшилось количество детей 5 группы здоровья.

Также в ходе проведения работы были собраны сведения о детях-инвалидах. В 2014 и 2015 годах их количество составило 46 детей, а в 2016 – 56 детей.

Структура инвалидности следующая: на первом месте – врожденные пороки развития (35,7 %), затем хромосомные болезни и болезнь Дауна (33,9 %), детский церебральный паралич – на третьем месте (21,4 %), другие заболевания (8,9 %).

В каждом доме ребенка ежегодно разрабатываются программы снижения заболеваемости воспитанников, которые включают индивидуальное оздоровление, использование адаптогенов, закаливающих процедур, элементов ЛФК, вибрационного массажа, лечение фоновых заболеваний, своевременное клиничко-лабораторное обследование каждого ребенка.

Медицинское обеспечение трехступенчатое: врачи-педиатры – врачи-специалисты – медицинские сестры. Диспансеризация воспитанников осуществляется ежегодно, дети осматриваются узкими специалистами, по показаниям с диагностической и лечебной целью используются дополнительные методы исследования: ЭЭГ, УЗИ внутренних органов. Анализ педагогической реабилитации в домах ребенка демонстрирует эффективность проводимой педагогической реабилитации в ГКУЗ «КПДР», так количество детей, достигших возрастного уровня, составляет 6,9 % на 2016 год в сравнении с 2014–2015 гг. Значительно улучшили свои показатели 48 детей.

Судьба детей, выбывших из учреждения, различна. Их передают в биологическую или приемную семью, на российское или межгосударственное усыновление. В 2016 году усыновлено 25 детей, 24 ребенка переданы на международное усыновление, один ребенок усыновлен российской семьей. Гражданам, желающим принять детей на воспитание в свои семьи, оказывались консультативные услуги.

Подводя итоги, следует сказать, что основные задачи по совершенствованию деятельности ГКУЗ «КПДР» остаются прежними:

- продолжить работу по выполнению постановления Правительства Российской Федерации от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»;
- совершенствование комплексной медико-педагогической, реабилитационной и социальной помощи воспитанникам;
- совершенствование медицинского обеспечения воспитанников, направленного на содействие передачи их в семью;

- защита прав детей раннего возраста, оставшихся без попечения родителей.

В Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция роста численности социальных сирот, в основе которого лежит увеличение численности и своеобразие контингента лиц, не исполняющих свои родительские функции. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, по сравнению со своими сверстниками из семей, обладают худшими показателями состояния здоровья по всем его составляющим. Приоритетными проблемами медико-социального обеспечения сирот является: увеличение семейных форм устройства, адаптация воспитанников интернатных учреждений, повышение качества медицинского обслуживания.

На основании полученных данных, по морфофункциональным и психофизиологическим показателям у детей и подростков, воспитывающихся в социальном приюте, рекомендуем следующее:

1. Усовершенствование индивидуальных программ реабилитации.
2. Создание единой информационно-методической базы по реабилитации детей-инвалидов.
3. Подготовка квалифицированных кадров по детской реабилитации.
4. Укомплектование современным реабилитационным оборудованием, методологическими пособиями по его использованию.
5. Подготовка единых протоколов (стандартов) реабилитационной помощи.

ОЦЕНКА НЕКАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Богданова В.Д.

Научный руководитель: д. м. н., к. т. н. П.Ф. Кику

*Дальневосточный Федеральный университет, Школа биомедицины,
г. Владивосток, Россия*

Наиболее значимым для задач санитарно-эпидемиологического надзора является обеспечение населения качественной питьевой водой. В настоящее время, активное использование водных ресурсов приводит к увеличению антропогенной нагрузки на источники питьевой воды, что, в свою очередь, сказывается на усложнении методов очистки воды, водоотведении и повышении эффективности работы водопроводно-канализационных предприятий.

В Приморском крае, на текущее время, обеспечены питьевой водой надлежащего качества 87,7 % населения. На 2016 год из общего количества водопроводов (397) в Приморском крае на 18 (4,5 %) водопроводах отсутствует необходимый комплекс очистных сооружений; на 27 водопроводах отсутствуют обеззараживающие установки.

Цель исследования – выявление специфических химических веществ, которые способны оказать неблагоприятное воздействие на здоровье человека, и оценка их неканцерогенного воздействия.

Материалы и методы. В основу проведенного анализа легли данные лабораторных исследований за 2016 год по санитарно-химическим показателям в питьевой воде распределительной сети Приморского края, выполненные ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае». Гигиеническая оценка питьевой воды проводилась согласно нормативным требованиям СанПин 2.1.4.1074-01 и ГН 2.1.5.1315-03. Согласно пункта 3.4.4. СанПиНа 2.1.4.1074-01 для данных веществ был рассчитан эффект суммации биологического действия. В работе применялось руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ неканцерогенного и канцерогенного характера Р 2.1.10.1920-04. Для анализа и статистической обработки информации использовалась программа «MS Excel».

Среди санитарно-химических показателей для оценки риска учитывались 9 химических веществ, которые в концентрациях, выше пороговых значений, могли бы нанести неканцерогенный риск здоровью населения. Характеристика риска при комбинированном воздействии химических соединений проведена на основе расчета индекса опасности (И).

Результаты. Для детского населения коэффициент опасности мышьяка в 12 районах края выше порогового значения ($HQ > 1$). Максимальный коэффициент равный 1,34 от воздействия мышьяка определен в Партизанском районе при концентрации равной 0,0063 мг/л, что составляет 0,13 ПДК ($HQ = 0,30$ – 2015 г., $HQ = 0,26$ – 2014 г.). Коэффициент опасности при длительных воздействиях воды с данным элементным составом превысил безопасную дозу.

По уровню неканцерогенного риска для детского населения следующим за мышьяком идут нитраты. Превышения ПДК нитратов в питьевой воде (45 мг/л) ни в одном из районов не выявлено. Проведенный расчет по средним концентрациям нитратов в Приморском крае выявил наиболее высокий показатель риска для детей в Красноармейском районе $HQ = 0,84$ при средней концентрации нитратов в распределительной сети 21 мг/л ($HQ = 0,40$ – 2015 г., $HQ = 0,12$ – 2014 г.).

Третьим показателем по значимости неканцерогенного эффекта в Приморском крае является общее железо, для которого референтная доза потребления равны 0,3 мг/л. Наибольшая величина средней концентрации в распределительной сети определена в Кировском районе и равна 1,51 мг/л (5 ПДК), что выше уровня концентрации железа по Приморскому краю. Коэффициент опасности $HQ = 0,14$, что означает незначительный неканцерогенный риск от железа ($HQ = 0,05$ в 2015 г., 2014 г.).

Для кремния референтная доза приравнивается к ПДК, и максимальный коэффициент опасности определен в Надеждинском районе при результате 1,99 ПДК $HQ=0,13$ ($HQ=0,11$ – 2015 г., $HQ=0,12$ – 2014 г.).

Нефтепродукты с незначительным превышением ПДК выявлены в Черниговском районе, неканцерогенный риск при референтном значении 0,03 мг/л и средней обнаруженной концентрации в 0,1 мг/л дали коэффициент опасности для детского населения равный 0,22, что не является показателем для принятия мер ($HQ=0,01$ – 2015 г., $HQ=0,06$ – 2014 г.).

В Кировском районе определен максимальный индекс опасности развития патологий у детей со стороны кожи, слизистых и иммунной системы ($HI=1,8$) при пероральном поступлении с питьевой водой, что связано с высокими концентрациями мышьяка и железа в этом районе. На втором месте Партизанский район: максимальный риск развития заболеваний центральной нервной и эндокринной систем ($HI=1,4$), за счет мышьяка и хлорсодержащих веществ в воде распределительной сети.

На формирование сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений в работе желудочно-кишечного тракта могут оказывать влияние мышьяк и нитраты, риск от их влияния подтверждается высоким индексом опасности по этим заболеваниям в Партизанском и Чугуевском районах.

Выводы

По результатам исследования оценки риска питьевой воды, поступающей из распределительной сети на территории Приморского края, получено, что формируемые уровни неканцерогенного риска характеризуются как допустимые ($HQ<1$, $HI<1$). На всех территориях, в которых определялась концентрация мышьяка в питьевой воде распределительной сети, не выявлены величины по средним концентрациям, превышающие гигиенические нормативы.

По результатам исследований, выполненных в 2016 году, оценка неканцерогенного риска выявила, что у детского населения Приморского края при пероральном поступлении токсикантов с питьевой водой имеется опасность развития некоторых заболеваний, связанных с кожей и слизистыми оболочками, центральной нервной системой, иммунной и эндокринной системами, органами кровообращения и пищеварения.

Оценка санитарно-эпидемиологической безопасности централизованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения на территории Приморского края показала, что наиболее высокий вклад в неблагополучие вносит содержание в питьевой воде мышьяка, нитратов, железа, кремния и нефтепродуктов. Следует отметить, что при ежедневном употреблении воды из распределительной сети Приморского края в течение всей жизни вероятность развития вредных эффектов для здоровья взрослого и детского населения несущественна.

УСИЛЕНИЕ КИСЛОРОДОТРАСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА У СПОРТСМЕНОВ ПО СИЛОВОМУ ТРОЕБОРЬЮ В УСЛОВИЯХ ЗАДЫМЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ

Власов М.Ю., Целых Е.Д., Ахтямов М.Х.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

*Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия*

Накануне социально значимых соревнований у спортсменов ведущее место занимает кислородтранспортная функция. В момент вынужденных тренировок в экологически неблагоприятное время, во время лесных пожаров, задымления городской среды, организм испытывает чрезмерно высокое напряжение механизмов газового метаболизма, связанное с вдыханием продуктов горения. Основным решением в данной ситуации может быть стимуляция процессов газотранспортной системы. В исследовании М.Ю. Власова – это поддержка за счет кислородных коктейлей, действие которых одобрено Минздравом и используется в санаторно-курортном, стационарном и амбулаторном лечении, а также в профилактических целях для населения разных половых, возрастных групп.

Актуальность определена поиском решений, связанных с активацией газотранспортной системы организма:

1) в связи с негативным техногенным влиянием в период задымления г. Хабаровска из-за пожаров, рекомендаций временного отказа от занятий активными видами спорта;

2) проблемой замены распространенной допинговой стимуляции на оптимальную – физиологическую, связанную с использованием кислородных коктейлей.

Цель работы – определение возможностей поддержки и усиления кислородтранспортной функции на заключительном этапе подготовки к соревнованиям, в условиях задымления воздуха за счет использования кислородных коктейлей.

Методы исследования. Особенностью выбранного объекта является то, что в исследовании добровольно принимали участие мужчины-спортсмены сборной команды ДВГУПС (n=44) по силовому троеборью (пауэрлифтинг), средний возраст которых составил $21,60 \pm 0,29$ года. Исследование проведено на базе тренировочного комплекса ДВГУПС, до/во время тренировок по силовому троеборью.

Проведение исследования стало возможным после получения «Информированного согласия» от каждого участника. Этическая комиссия ХФ ФГБНУ «ДНЦ «ФПД» – НИИ ОМиД пришла к положительному решению, основанному на соблюдении этических принципов работы с биологическим материалом (Приложение к приказу МЗ СССР № 755 от 12.08.77; По-

ложении Хельсинской декларации, 2000; Дерективов Европейского сообщества 86/609 ЕЕС и др.).

В начале тренировки, перед основными подходами, некоторые спортсмены принимали кислородный коктейль, приготовленный, с использованием кислородного концентратора «Atmung», модель -3L-I- (0), (регистрационное удостоверение ФС №2004/1301); согласно по рецептуре: коктейлер кислородный модели ККК (Классик (1В), (сертификат соответствия № РОСС СN. АЮ31.В08568)).

Проблема использования кислородных коктейлей, не вызывающих привыкание, во время тренировок связана с тем, что их употребление ограничено по времени – 3-5 минут с момента приготовления. Поэтому для проведения исследования оборудование и ингредиенты были установлены непосредственно в спортивном зале. В состав кислородного коктейля входили пузырьки кислорода, пенообразующий и фито-коктейли. Как витаминная составляющая, в качестве фито-коктейля, использовался сироп шиповника. Пенообразующим компонентом был избран белковый спун (сухой белок куриного яйца). Пена образуется из жидкой основы (пакетированный яблочный сок).

В обследуемой группе студентов-спортсменов, в различных условиях тренировки (начало/окончание тренировки; без поддержки/с поддержкой кислородным коктейлем, у спортсменов не готовящихся/готовящихся к соревнованиям) проводилось измерение частоты сердечных сокращений и кислородная насыщенность (SpO₂) – сравнительная мера количества кислорода в данной среде. Измерения проведены с использованием пульсового оксиметра NISSEI OX-700 (Япония).

При статистическом анализе использованы стандартные методы вариационной статистики: определение достоверности полученных данных в условиях стандартного нормального распределения для независимых выборок по коэффициенту Стьюдента, с учетом «ошибки средней» – $\pm m$ (Медик В.А., 2003).

Результаты исследования. Российскими учеными установлено, что при использовании кислородного коктейля с данной основой, у людей с разными показателями здоровья, пола, возраста, этнической принадлежности, после регулярного приема кислородных коктейлей в течение 10 дней субъективно отмечалось улучшение самочувствия, снижение уровня шума в ушах, повышалась выносливость к физическим нагрузкам, а также исчезали ощущения слабости и сонливости. Лица, употреблявшие коктейль, отмечали нормализацию аппетита и здоровый сон. К концу курса приема разработанных кислородных коктейлей установлено достоверное исчезновение симптомов гипоксии, нормализация периодов сна и бодрствования, повышение физической выносливости. По показателям безопасности используемая основа кислородного коктейля соответствовала требованиям СанПиН 2.3.2.1078-01 (Попов В.Г. с соавт., 2009). Сухой экстракт корня

солодки голой (*Extractum Glycyrrhizaesiccum*), наряду с пенообразующими свойствами, содержит физиологически активные вещества.

В период относительного экологического благополучия до начала тренировки у спортсменов отмечен высокий показатель ЧСС, достоверно превышающий верхнюю границу физиологического норматива на 10,96 уд./мин. ($p \leq 0,001$), что является нормой, так как в данный момент организм под действием психоэмоционального состояния готовится к тренировочному процессу (Воробьев А.Н., 1977).

Тренировки проходили в условиях без- и при использовании коктейля, на заключительном этапе готовности к соревнованиям. Через две недели (14 дней) после начала задымления, спортсмены, интенсивно тренирующиеся перед соревнованиями российского уровня, показали перед началом тренировки увеличение ЧСС на 28,5 %. Значительная разница характеристик газотранспортной системы с физиологической нормой в начале тренировки прогнозирует снижение работоспособности и подвергает риску здоровье спортсменов, особенно в условиях интенсивной подготовки к различным чемпионатам, а также дает преимущество конкурентам из других регионов нашей страны.

Анализ полученных данных доказывает возможность практического использования найденного решения по применению кислородной поддержки во время тренировочного процесса.

Выводы

1. Время исследований выбрано в соответствии с соревновательным периодом подготовки спортсменов с 1 сентября по 1 ноября, однако, время тренировки совпало с сезоном пожаров в Хабаровском крае и задымлением воздушной среды города Хабаровска с 4 по 18 октября, что определило напряжение адаптационных механизмов и газотранспортной системы организма спортсменов.

2. Анализ характеристик частоты сердечных сокращений и насыщенности крови кислородом в условиях 7- и 14-дневного задымления в г. Хабаровске выявил у юношей сборной команды ДВГУПС, в момент подготовки к Чемпионату края и Первенству РФ по силовому троеборью значительное ухудшение показателей в сравнении с периодом относительного экологического благополучия: увеличение ЧСС – от 12,8 до 28,9 % и снижение SpO₂ – от 1,83 до 1,31 %, соответственно, в начале и в конце тренировки.

3. В группе, получавшей поддержку кислородным коктейлем, после разового приема, определено значительное достоверное улучшение показателей в конце тренировки: ЧСС снизилось на 18,45 уд/мин. ($p \geq 0,001$), а SpO₂ повысилась на 0,5 % ($p \geq 0,05$).

4. Положительное действие кислородного коктейля подтверждено достоверными взаимосвязями между SpO₂ и достижениями студентов-спортсменов сборной команды ДВГУПС (n=44) на Чемпионате края и

Первенстве РФ (г. Арзамас, 31.10, 01 – 06.11. 2016 г.). Значительная разница показателей между группами спортсменов с кислородной поддержкой и без нее предполагает необходимость в постоянном приеме кислородных коктейлей, что позволит нивелировать преимущество конкурентов из других регионов нашей страны.

АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ТРУДА В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

Воловникова Ю.В., Целых Е.Д., Ахтямов М.Х.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

*Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия*

Статья 41 Конституции РФ гласит, что каждый человек имеет право на охрану здоровья. Под охраной здоровья населения понимается комплекс мер различного характера (экономического, социального, правового, научного, санитарно-эпидемиологического и др.), направленных на поддержку и укрепление здоровья каждого человека.

В соответствии со ст. 22 Закона РФ «О радиационной безопасности» граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие на территории Российской Федерации, имеют право на радиационную безопасность. Самым важным принципом обеспечения радиационной безопасности является принцип нормирования — превышение допустимых пределов индивидуальных доз облучения граждан от всех источников ионизирующего излучения.

В настоящее время очень востребованы лучевые методы диагностики. А их лидер — рентгеновская диагностика. На ее долю приходится более 99 % всей медицинской дозы или почти 1/3 полной дозы облучения населения.

Для России этот вклад, с учетом всех сопутствующих факторов, оставляет около 1,0 мЗв год на каждого жителя. Приведенные данные удивления не вызывают, если учесть, что в нашей стране на каждого человека приходится более 1 рентгенологического исследования в год — это один из самых высоких показателей в мире. При этом интенсивный путь развития отечественной лучевой диагностики никак не связан с его качественным уровнем. Действительно, в РФ, в целом, и в Москве, в частности, он выше, чем, например, в европейских странах, где на человека приходится лишь 0,5 рентгенологического исследования в год при высочайшем технологическом уровне обслуживания пациентов.

Современные цифровые рентгеновские установки радикально отличаются от своих предшественников и внешне, и по качеству получаемых данных, и по дозе облучения — в новейших аппаратах в несколько раз ни-

же. Но культура поведения персонала осталась почти на таком же уровне. Нарушаются условия эксплуатации рентгенологического оборудования: не надеваются средства индивидуальной защиты (СИЗ), персонал находится в кабинете во время процедуры, хотя ему необходимо зайти за ширму или в другое помещение в безопасное от ионизирующего излучения место. Также не выполняются режимы труда и отдыха, нарушаются требования законодательства.

Методы исследования. Исследование проводилось в городской поликлинике КГБУЗ «ГП № 5» в рентгенологическом кабинете. В кабинете работает 4-5 человека. Рентгенологический кабинет представляет из себя: процедурный зал (площадь 46 м²), пультовая (площадь — 18 м²), служебное помещение, лаборатория (площадь — 12 м²). В процедурном зале находится рентгенодиагностический телеуправляемый комплекс КРТ-ОКО.

Помещение проверялось на соответствие требованиям СанПиН 2.6.1.2523-09. «Санитарные правила и нормативы. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)». В соответствии с ним, эффективная доза облучения для персонала рентгенологического кабинета не должна превышать 20 мЗв в год.

Измерения проводились с помощью профессионального дозиметра-радиометра «ЭКОЛОГ ПРОФИ». Это многофункциональный карманный прибор с непрерывным уточнением результата измерения и индикацией на экране текущей статистической погрешности измеряемой величины.

Результаты работы. В ходе работы было рассчитано среднее значение эффективной дозы ионизирующего излучения размерностью «микрориверт» и составило 7 мкЗв/ч. Полученное значение у трех из пяти работников не превышает требуемые нормативы — 20 мЗв в год. Исключая персонал, который, нарушая ст. 92 ТК РФ, работает свыше 36 часов в неделю, а именно 45 часов, средние показатели которых превышают установленные за год нормативы в 1,5-2 раза.

Выводы.

1). В результате работы были обнаружены нарушения в процессе выполнения работ, режиме труда и отдыха. Персоналу рентгеновского отделения и главному врачу КГБУЗ «ГП №5» даны рекомендации по обеспечению радиационной безопасности. А именно:

- а) соблюдать требования санитарных норм и правил, Методических рекомендациях Минздрава РФ,
- б) регулярно проверять показатель личного дозиметра, строго соблюдать режим труда и отдыха, в соответствии с ТК РФ.
- в) использовать средства коллективной и индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и др.),
- г) установить программу для ежедневной проверки требований охраны труда при работе в рентгенкабинете в тестовом режиме перед началом рабочего дня,

д) установить наглядные пособия и материалы об обязательном использовании средств индивидуальной защиты, о наказании за нарушения требований охраны труда.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА РАЗНЫХ ЛЕТ ПОСТУПЛЕНИЯ

Гаврилов Е.С., Гаврилова Т.А.

Научные руководители: Л.С. Гусева, к. м. н. О.В. Лемещенко
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В медицинском университете из-за большого объёма информации отмечается значительная учебная нагрузка на занятиях. При нерациональной организации учебного процесса у студентов могут быстро развиваться утомление и переутомление.

Учитывая результаты нашего предыдущего исследования, проведенного в 2015–2016 году, мы решили продолжить данную работу для подтверждения выявленной закономерности в динамике работоспособности студентов третьего курса лечебного факультета.

Цель исследования: изучение и оценка динамики умственной работоспособности студентов для выявления общих закономерностей

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить и оценить динамику умственной работоспособности студентов 3 курса лечебного факультета в начале и середине семестра
2. Сравнить данные показатели с результатами, полученными в предыдущем учебном году, и выявить общие закономерности

Методы исследования: информационно-аналитический, статистический, сравнительно-системного анализа, методика «Корректирующая проба».

Результаты исследования: динамика умственной работоспособности в учебной неделе характеризуется последовательной сменой периода вработывания в начале недели (понедельник). В середине недели (вторник-четверг) наблюдается период устойчивой, высокой работоспособности. К концу недели (пятница, суббота) отмечается процесс её снижения. Данные типичные изменения были зарегистрированы у студентов в начале осеннего семестра. По-нашему мнению, это связано с тем, что обучающиеся начали работать после длительного отдыха летом. Но в середине семестра у студентов не отслеживалась описанная закономерность: период устойчивой работоспособности длился только один день (четверг), увеличился период вработывания (понедельник – среда), к концу недели период снижения работоспособности значительно более выражен. Данные изменения можно объяснить и недостаточно рационально составленным расписанием,

и нервно-эмоциональным напряжением, сопряжённым с учёбой: написание коллоквиумов, выполнение контрольных работ.

Показатели динамики работоспособности сравнивались с выявленной динамикой работоспособности студентов 3 курса лечебного факультета 2013 года поступления по данным, полученным в исследовании 2015 года.

При изучении диаграммы выяснилось, что показатели среднего числа просмотренных знаков, средних показателей устойчивости внимания, показатели устойчивости внимания за первые и вторые 30 секунд имеют примерно одинаковые динамику изменения. В середине семестра показатели за 2015 год зачастую выше аналогичных параметров 2016 года. Возможно, это связано и с личными особенностями студентов данного курса.

В показателях динамики точности выполнения задания имеются различия в начале семестра: в 2015 году значение в понедельник выше на 3 %, чем 2016 году, в четверг значение ниже на 5 %. Но, в целом, можно говорить о том, что график имеет характерные одинаковые черты для двух лет исследования. В середине семестра показатели точности выполнения задания примерно схожи. Динамика показателей интегрального уровня устойчивости внимания, в среднем, также является схожей в 2015 и 2016 годы.

Вывод: в ходе исследования выявлено, что у студентов 3-го курса различных лет поступления динамика работоспособности схожа. Планируется разработать шкалу трудности предметов для нашего вуза.

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСА ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ДВГМУ В ТРУДОУСТРОЙСТВЕ НА БАЗЫ ЛПУ Г. ХАБАРОВСКА В КАЧЕСТВЕ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Денисенко В.А., Бородина И.С.

Научный руководитель: М.В. Богданова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Проблема дефицита кадров младшего медицинского звена вот уже на протяжении многих лет остается острой для ЛПУ г. Хабаровска. Казалось бы, студенты первых курсов, как никто другой могли повлиять на разрешение данной ситуации. Однако, в процессе общения со студентами начальных курсов ВУЗа мы столкнулись с обратным результатом. Абсолютное большинство ребят неохотно используют возможность, как получения опыта будущей профессии, так и дополнительного дохода.

Цель. Выяснить основные причины и возможные пути решения сложившегося противоречия среди студентов начальных курсов ДВГМУ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди студентов 2 курса лечебного факультета ДВГМУ. Всего было опрошено

182 человека (100 %). Нами была разработана анкета с вопросами, которая позволила выяснить процент, желающих работать младшим медперсоналом во время обучения в вузе.

Результаты. Большинство студентов ДВГМУ (118 чел. – 65 %) не хотят работать в медицинских учреждениях, а остальные (64 чел. – 35 %) заинтересованы в работе в медицинских учреждениях. Далее исследование продолжилось на группе ребят, заинтересованных в работе. Также в ходе беседы, социологического опроса мы убедились, что у большинства ребят этой категории существует внутреннее противоречие между желанием набраться профессионального опыта и очевидной непривлекательностью работы младшего звена медицины. Не последней для ребят, явилась причина низкого уровня оплаты труда и высокого уровня физической нагрузки.

Причины, по которым студенты не заинтересованы в таком виде деятельности: работа слишком «грязная» (29 чел. – 45 %), низкий уровень оплаты труда (13 чел. – 20 %), слишком тяжелая работа (10 чел. – 15 %), не соответствует уровню и статусу студента ВУЗа (6 чел. – 10 %), работа неблагодарная (6 чел. – 10 %).

Причины, по которым студенты заинтересованы в данном виде деятельности: с целью накопления профессионального опыта (35 чел. – 55 %), с целью дополнительного дохода (29 чел. – 45 %).

Таким образом, в результате исследования были выяснены основные причины отсутствия заинтересованности студентов ДВГМУ в работе в медицинских учреждениях. Кроме того, нами были предложены мероприятия, способствующие решению данной проблемы на различных уровнях управления.

На уровне государственного и местного управления:

1. Установление достойной оплаты труда.
2. Оснащение современным медицинским оборудованием в ЛПУ.
3. Организация семинаров, конференций по профориентации с целью привлечения студентов вуза.

На уровне руководства организации и университета:

1. Развитие материального стимулирования (доплаты, льготы)
2. Профилактика профессионального стресса.
3. Развитие сестринского процесса как основной модели оказания сестринской помощи.
4. Разработка системы поощрения и бонусных программ для работающих студентов.
5. Агитационная политика студенческих объединений, направленная на повышение мотивации к трудоустройству в ЛПУ.

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дугарова Б.Ю., Ярыгина М.В.

Научный руководитель: к. м. н. М.В. Ярыгина
*Дальневосточный федеральный университет,
г. Владивосток, Россия*

Студенчество является началом самостоятельной взрослой жизни. Взросление человека и формирование его социальной ответственности выражается также в уровне медицинской активности.

Медицинской активностью называют отношение человека к собственному здоровью и здоровью окружающих людей, выполнение медицинских предписаний и назначений, гигиенических рекомендаций, правил посещения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и другие виды деятельности человека, связанные со здоровьем. Медицинская активность является составляющей частью деятельности как самого человека, так и всей системы здравоохранения.

Целью исследования явилось изучение уровня медицинской активности студентов, обучающихся в различных Школах Дальневосточного федерального университета (ДВФУ) г. Владивостока.

Методом опроса студентов (анкетирование) разноуровневых форм обучения (бакалавриат, специалитет, магистратура) были изучены поведенческие характеристики медицинской активности. Для этого была разработана анкета, включающая 25 вопросов. Анкета рассылалась респондентам-добровольцам с использованием интернет-ресурсов. Всего в опросе приняло участие 155 студентов Школы биомедицины (ШБМ) – 81 человек, Школы экономики и менеджмента (ШЭМ) – 28 чел., Школы региональных и международных исследований (ШРМИ) – 6 чел., инженерной Школы (ИШ) – 34 чел. Все участники опроса были разделены на группы по возрасту, полу, курсу обучения и учебным направлениям. Студенты лечебного направления представлены 3-м курсом (самый старший) – 23 чел., 2-м курсом – 7 чел., 1-м курсом – 5 чел.

Анализ характеристик респондентов показал, что в опросе участвовало 60 юношей и 95 девушек, что свидетельствует о более высокой социальной активности девушек. Среди них юношей в возрасте до 20 лет – 43 чел., девушек – 76 чел., старше 20 лет юношей – 17 чел., девушек – 19 чел.

Большинство респондентов (78 %) является приезжими. Эти студенты в медпункте кампуса ДВФУ могут получить только консультацию терапевта по полису обязательного медицинского страхования (ОМС). Для получения помощи узких специалистов все студенты обращаются в поликлиники г. Владивосток и в редких случаях в медицинский Центр ДВФУ.

О понятии «медицинская активность» более осведомлены студенты ШБМ. Среди них студенты «Лечебного дела» в обеих возрастных группах составляют 65-67 %. Осведомленность студентов прочих направлений ШБМ составила 50-57 %. Уровень осведомленности среди студентов других Школ (ШРМИ, ШЭМ, ИШ) моложе 20 лет равен 26 %, старше 20 лет ШРМИ и ШЭМ – 27 %, ИШ – 6 %.

Обязательное обращение за врачебной помощью при возникновении заболевания отмечают 17 % студентов-лечебников моложе 20 лет, 25 % – старше 20 лет. Среди студентов других направлений ШБМ, ШРМИ, ШЭМ и ИШ 91-100 % опрошенных считают необязательным обращение к врачу при возникновении заболевания.

Наиболее частыми причинами необращения за врачебной помощью среди студентов «Лечебного дела» и других направлений ШБМ моложе 20 лет являются: уверенность в собственных знаниях причин заболевания и способов их лечения (21-25 %), ожидание приема врача (длительные очереди) в 12-19 % случаев, отсутствие времени (14-17 %), отсроченная во времени запись на прием к врачу (13-14 %). Среди студентов «Лечебного дела» и других направлений ШБМ старше 20 лет – ожидание приема врача (длительные очереди) – 13-32 % ответов, уверенность в собственных знаниях причин заболевания и способов их лечения (16-26 %), отсутствие времени (7-21 %), отсроченная во времени запись на прием к врачу (7-16 %).

Студенты остальных Школ моложе 20 лет наиболее частыми причинами отмечают: длительное ожидание приема врача (20-24,5 %), убежденность в том, что они не нуждаются во врачебной помощи во время болезни (12-21 %), отсутствие времени (13-17 %), отсроченная во времени запись на прием к врачу (10-17 %). Для студентов старше 20 лет наиболее частыми причинами необращения за врачебной помощью при возникновении болезни являются: убежденность в том, что они не нуждаются во врачебной помощи во время болезни (42-58 %), длительное ожидание приема врача (17-18 %), лень (8-17 %), незнание путей обращения за медицинской помощью (8-17 %), чрезмерное доверие родным и друзьям (13-17 %). Самолечение составило до 40 % в среде будущих врачей, до 60 % – в среде немедицинских направлений обучения.

При неэффективности самолечения среди студентов ШБМ обеих возрастных групп за врачебной помощью обращаются 16-50 % респондентов, при значительном ухудшении самочувствия – 26-36 %, при первых симптомах – 6-20 %, после рекомендаций родных и друзей – 3-16,6 %. Среди студентов других Школ обеих возрастных групп 18-41 % обращаются за врачебной помощью при значительном ухудшении самочувствия, при неэффективности самолечения – 27-33,5 %, при первых симптомах – 8-19 %, после рекомендаций родных и друзей – 6-17 %.

Большинство опрошенных следуют рекомендациям врачей (19-74 %). Из них среди студентов ШРМИ и ШЭМ – 73 %, среди студентов лечебного дела – 70 %.

В случае необходимости на госпитализацию соглашаются от 48 % до 83 %, 7-33 % ссылаются на нехватку времени и 15-36 % не соглашаются на госпитализацию из-за больничных условий.

Также рассмотрен вопрос выбора препаратов для лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Так, большинство студентов обеих возрастных групп пользуются препаратами, рекомендованными врачом (23-70 %): 70 % среди студентов «Лечебного дела» старше 20 лет, 37 % среди студентов ИШ моложе 20 лет. Не менее часто студенты пользуются препаратами, рекомендованными родными и друзьями (14-54 %), а также народными средствами (6-29 %). Среди студентов ШБМ моложе 20 лет 3-9 % пользуются препаратами, представляемыми в рекламных целях средствами массовой информации. Студенты всех Школ обеих возрастных групп (6-23 %) пытаются самостоятельно лечить ОРВИ антибиотиками.

Согласно ответам респондентов 61-86 % следит за своим здоровьем (своевременный сон, питание, физическая активность). В то же время 33-74 % опрошенных не соблюдают режим сна и отдыха, 13-34 % не проводят активного отдыха, 9-36 % не занимаются спортом ни на уроках физической культуры, ни дополнительно. Все студенты характеризуют питание как нерегулярное.

Также у студентов ШБМ было выяснено изменение отношения к собственному здоровью и здоровью родных и знакомых, возникшее за время учебы на медицинских специальностях. Так, среди студентов ШБМ 26-61 % отмечают, что стали значительно серьезнее относиться к своему здоровью, 17-50 % в «некоторой степени» изменили свое отношение и 4-50 % не изменили своего отношения к собственному здоровью и здоровью близких людей в соответствии с возрастными группами.

Таким образом, у студентов немедицинской специальности ДВФУ выявлен низкий уровень медицинской активности (37 %), который выражается в несвоевременном обращении за врачебной помощью, склонности к самолечению, чрезмерном доверии рекомендациям родных и друзей. Также низкая медицинская активность выражается в несоблюдении режима сна и отдыха, отсутствии физической активности. У студентов медицинских специальностей отмечается более высокий уровень медицинской активности (56 %), выражающийся в обязательном обращении к врачу при первых симптомах заболевания, понимании необходимости стационарного лечения, использовании препаратов, назначенных врачом, следовании рекомендациям врачей, более серьезном отношении к собственному здоровью и здоровью близких.

Вместе с тем, у большинства студентов ДВФУ отсутствуют знания о здоровом образе жизни, ценностном представлении о здоровье как доминанте жизненных благ, приводящих к достаточной адаптации к учебному процессу, а в дальнейшей жизни — к росту трудового долголетия. Необходимо проводить планомерные разъяснительные работы в студенческой среде ДВФУ для формирования высокой медицинской активности, конечным итогом которого является сбережение здоровья студентов.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Завакевич А.Д.

Научный руководитель: д. м. н., профессор П.Ф. Кику

Дальневосточный федеральный университет,

г. Владивосток, Россия

Болезни системы кровообращения, как важнейшая медико-социальная проблема современного здравоохранения, по распространённости, занимают лидирующие позиции среди других заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире, по оценке специалистов в 2012 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31 % всех случаев смерти в мире. В структуре смертности населения России болезни системы кровообращения занимают 56,4 %, что значительно превышает этот показатель в развитых странах. Необходимо отметить, что уровень сердечно-сосудистых заболеваний населения обусловлен взаимодействием целого ряда факторов, среди которых важное место занимают условия среды обитания.

Цель исследования: эколого-гигиеническая оценка распространённости болезней системы кровообращения у населения Приморского края в зависимости от биоклиматической зоны, экологической ситуации и факторов среды обитания.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости взрослых проводился по Ф. 12 за период 2000–2014 гг. Для характеристики среды обитания взято 8 санитарно-гигиенических (согласно Ф.18) и 7 природно-климатических модульных фактора, которые были представлены в 10-балльной системе на основе разработанной оценочной шкалы. В каждый модульный фактор входили от 3 до 10 параметров среды обитания. Для установления связи между факторами среды обитания и уровнем болезней кровообращения использовали регрессионный анализ из статистического пакета SSP. Оценка статистической значимости распространённости болезней системы кровообращения в зависимости от экологической ситуации

и биоклиматической зоны территорий Приморского края проводилась по критерию Хи-квадрат (Пирсона).

Результаты и обсуждение. Исследованием установлено, что в Приморском крае за период с 2000 по 2014 годы впервые с 2006 года болезни системы кровообращения у взрослого населения вышли на первое место в структуре всей заболеваемости и составили 43-49 %. В структуре класса болезней системы кровообращения у взрослых преобладают гипертоническая болезнь, гипертензивная болезнь сердца, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь. За 15-летний период произошло увеличение заболеваемости на 38 %, что связано со многими причинами, в том числе с факторами среды обитания. Аналогичную картину отмечают и другие исследователи.

Высокий уровень болезней отмечается в континентальной биозоне критической экологической ситуации. В зонах критической и напряженной экологической ситуации наблюдается нарастание уровня заболеваемости от побережья к континентальной биозоне.

С использованием регрессионного анализа проведена комплексная оценка влияния факторов среды обитания на распространенность болезней системы кровообращения в зависимости от биоклиматической зоны.

Исходя из этого, можно сказать, что у взрослых в каждой биоклиматической зоне имеются свои специфические факторы среды обитания, обуславливающие распространенность болезней системы кровообращения.

Анализ полученных результатов и сопоставление их с данными литературы позволил предположить, что региональные особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста по классу болезней системы кровообращения зависят от климатогеографических, профессиональных, медико-социальных факторов, особенностей оказания медицинской помощи. Климатогеографические и экологические факторы регионов, социально-демографические особенности могут обуславливать отклонение от общероссийских тенденций состояния здоровья населения, влиять на качество региональных трендов, в частности на улучшение или ухудшение состояния здоровья в регионе относительно российских тенденций.

Заключение: таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- впервые с 2006 г. в Приморском крае болезни системы кровообращения у взрослого населения стали занимать первое место в структуре общей заболеваемости;

- распространенность болезней системы кровообращения среди взрослого населения в регионе зависит от биоклиматической зоны, степени напряжения экологической ситуации территории Приморского края и факторов окружающей среды;

- на распространенность болезней системы кровообращения у взрослых, как ответной реакции организма на воздействие среды обитания, ока-

зывают влияние в первую очередь санитарно-гигиенические параметры: уровень загрязнения атмосферного воздуха, характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки. Необходимо отметить, что уровень болезней системы кровообращения также имеет сильную связь с природно-климатическими параметрами: числом дней с биологически активной солнечной радиацией, широтой местности, скоростью движения воздуха.

**ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ
СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ОМС,
НА ПРИМЕРЕ ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Захарова В.С., Кривошеев К.В.

Научные руководители: к. м. н. Я.А. Журавлёв, д. м. н. С.В. Дьяченко
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель – определение экономической возможности выполнения медицинскими организациями, работающими в сфере ОМС, установленных Стандартов оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара при оплате законченных случаев лечения согласно тарифам ОМС на примере инфекционного отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница №10» МЗ ХК.

Задачи: рассчитать стоимость лечения по имеющимся Стандартам в стационаре по часто встречающимся инфекционным заболеваниям. Рассчитать стоимость лечения больных исходя из структуры тарифа, установленного ХК ФОМС. Сопоставить полученные данные о затратах, необходимых для выполнения Стандартов, и реальной оплаты с учётом клинко-затратных групп (КЗГ) за случай пролеченного больного в инфекционном отделении КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» МЗ ХК. Рассчитать усреднённый тариф за пролеченных больных и его структуру с учётом увеличения затрат на лечебно-диагностические мероприятия согласно Стандарту.

Материалы и методы. Для расчётов использованы Стандарты медицинской помощи взрослым по наиболее распространённым инфекционным нозологиям. По ним составлены списки используемых лекарственных препаратов, лабораторных и инструментальных методов диагностики, методов лечения в зависимости от частоты и кратности их применения. Сведения по ценам получены данным КГБУЗ «ГКБ № 10 Хабаровска», прайсам других медицинских организаций города. Отбор производился по принципу

наименьшей цены. Расчёт стоимости тарифа, основанного на обязательном выполнении Стандартов, производился с учётом средней структуры тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. Стандарт позволяет выяснить суммарные затраты на медикаменты, расходные материалы (для диагностических и лечебных мероприятий) и питание. Согласно структуре тарифа, для медицинской организации III уровня (КБУЗ «ГКБ № 10 Хабаровска») от полной стоимости лечения эти затраты составляют 27,1 %. Нами был произведён расчёт тарифов для каждого Стандарта в соответствии со степенью тяжести и остроты процесса. Так же, нами рассчитаны усредненные тарифы для каждой уже имеющейся КЗГ, с учётом полного выполнения Стандартов.

Результаты. Представлены расчёты выплат на медикаменты, расходные материалы и питание по тарифу ОМС и рассчитанные по Стандарту. Для всех кишечных инфекций выплата по тарифу ОМС составила 4 345 рублей. По Стандартам: шигеллёз лёгкий – 7099 рублей, среднетяжёлый – 8 979 рублей, тяжёлый – 12 951 рубль; острая кишечная инфекция неясной этиологии лёгкая – 4 101 рубль, среднетяжёлая – 4 971 рублей, тяжёлая – 6 524 рубль; сальмонеллёз лёгкий – 5 118 рублей, среднетяжёлый – 7 208 рублей, тяжёлый – 12 183 рубль, генерализованный – 14 309 рублей.

Для ОРВИ выплата по тарифу ОМС 2 622 рубль. По стандартам: грипп среднетяжёлый – 12 254 рубль, тяжёлый – 46 834 рубль, ОРВИ тяжёлой степени – 45 907 рублей.

Для острого вирусного гепатита (ОВГ) выплата по ОМС составила 10 489 рублей. По Стандартам: ОВГ А лёгкий – 9612 рублей, среднетяжёлый – 9761 рубль, тяжёлый – 20 036 рублей; ОВГ В лёгкий – 11 211 рубль, среднетяжёлый – 17 444 рубль, тяжёлый – 18 911 рублей; ОВГ С лёгкий – 9 695, среднетяжёлый – 13 439 рублей, тяжёлый – 17 640 рублей.

Для хронического вирусного гепатита (ХВГ) выплата по тарифу ОМС составила 9515 рублей. По Стандартам: ХВГ В (по приказу № 786н) – 26 097 рублей, ХВГ С – 15 488 рублей, ХВГ В (приказ № 571) 21 день – 57 417 рублей, 25 дней – 84 925 рублей, ХВГ В+С – 63 818 рублей. По подавляющему большинству Стандартов наблюдается превышение тарифов.

Скорректированные тарифы за законченные случаи с учётом покрытия затрат для полноценного лечения по Стандартам должны составлять: кишечные инфекции (взрослые) – 16 857,03 рублей, вирусные гепатиты острый – 39 449,93 рублей, вирусный гепатит хронический – 42 854,28 рубль, респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями (взрослые) – 21 738,29 рублей. Новая структура тарифа с учетом покрытия затрат для полноценного лечения по Стандарту: заработная плата 48,1 %, медикаменты и расходные материалы 34,2 %, питание 7,2 %, прочие затраты, включенные в структуру тарифа по ОМС – 10,5 %.

Выводы

1. Существующая система оплаты не позволяет медицинским организациям, работающим в сфере ОМС, в полной мере выполнять установленные Стандарты.

2. Для полного выполнения Стандартов необходимо произвести коррекцию величины усреднённого тарифа и его структуры.

3. Коррекция может быть произведена путём введения стратифицированной оплаты законченного случая лечения с учётом остроты процесса и степени тяжести или путём пересмотра величины и структуры тарифа с увеличением объёма средств на лечебно-диагностические мероприятия.

СВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МАШИНИСТОВ, КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ «ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА» В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ

Кашперова С.Г., Ахтямов М.Х., Жунку М.Ю., Романова К.Р., Целых Е.Д.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

*Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия*

Во всех странах безопасность является важнейшим условием существования человеческого общества, занимая приоритетное место (Пронин С.В. с соавт., 2013). Поскольку транспортный риск является объективной реальностью, всегда будет актуальной проблема обеспечения безопасности функционирования транспортных систем. Транспорт вообще, а железнодорожный, по своей природе является прямым источником опасности для людей (Долицкий Е.А., 2009). При этом в выполнении основной функции «Железной дороги» (ЖД): перевозка грузов и пассажиров – ключевую роль играет машинист, отвечающий за управление и безопасность движения поезда. На современном этапе, человеческий фактор не потерял актуальности, особенно в транспортной отрасли. По статистике половина всех грубых нарушений безопасности движения происходят из-за недостаточной профессиональной подготовки работников локомотивных бригад. Кроме того, по данным исследования российских ученых, не каждый человек после специальной подготовки может успешно овладеть данной профессией и обеспечивать необходимый уровень надежности и безопасности. Поэтому, согласно Указаний МПС России от 01.12.1999. № 310у, на должность машиниста электропоезда (МЭ) проводится строгий отбор (Долицкий Е.А., 2009; Кочеткова К.Е. с соавт., 2007). Существует ряд обязательных критериев для профессиональной оценки МЭ: двигательная реакция (простая, сложная), реакция на движущийся объект, стрессоустойчивость, готов-

ность к экстремальным действиям; частота сердечных сокращений, систолическое и гемодинамическое давление, индексы регуляторных систем.

Развитие подвижного состава железнодорожного транспорта сопровождается постоянным усложнением трудового процесса (техническим и информационным), интенсификацией, и негативным воздействием особенностей и условий профессиональной деятельности – природных, биологических, социально-психологических и непосредственно структурно-организационных, специфических производственных стрессогенных факторов на работника. Это увеличивает нагрузку на МЭ, способствует возникновению и развитию стрессовых ситуаций, предъявляет повышенные требования к организму человека, его психическим и физическим возможностям. Ожирение, высокое кровяное давление являются для МЭ факторами риска возникновения чрезвычайных ситуаций по вине человека (Самсонкин В.Н., 2015).

Цель работы: определение группы физической активности машинистов электропоезда, как негативной составляющей «человеческого фактора» для оценки профессионального риска и разработки мероприятий для его снижения.

Методы исследования. Проведено обследование 74 машинистов электропоезда (МЭ), средний возраст которых составил $41,16 \pm 1,41$ год, совершающих поездки с максимальной продолжительностью $11,18 \pm 0,09$ часов. Методом анкетирования (метод вчерашнего дня) работников локомотивных бригад был определен режим дня, с учетом строго регламентированных видов деятельности.

С использованием измерительных антропометрических методов были определены: средний рост ($178,33 \pm 5,72$ см) и масса тела ($90,81 \pm 1,54$ кг). Выявлен индекс массы тела (ИМТ), или индекс Кетле ИМТ, который при анализе данных исследований применяется с осторожностью, исключительно для ориентировочной оценки. Поэтому для получения более валидных данных определен коэффициент физической активности.

С использованием прибора АнгиоСкан-01П определены показатели сердечно-сосудистой системы – частота сердечных сокращений, возраст сосудов, жесткость сосудов, тип пульсовой линии, насыщенность крови кислородом), а также выявлен уровень стресса.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования по установлению основного и общего обмена, и после расчета соответствующего коэффициента, у машинистов электропоезда была выявлена очень слабая физическая активность: средний коэффициент физической активности.

Практически все виды деятельности, вынужденно, из-за размеров и устройства кабины, осуществляются в сидячем положении.

В группе МЭ была выявлена очень слабая физическая активность. При этом колебания коэффициента физической активности составляет от 0,931 до 1,03, что является объективным физиологическим критерием согласно рекомендациям ВОЗ, определяющим соотношение общих энергозатрат на все виды жизнедеятельности с величиной основного обмена (расход энергии в состоянии покоя). Таким образом, у МЭ определена I группа физической активности, которая является очень низкой и нехарактерна для мужчин, средний возраст которых – $41,16 \pm 1,41$ год. Для данной возрастной категории мужчин рекомендуется физическая активность, не ниже II группы. II группа физической активности определяется обычно у людей, занимающихся интеллектуальным трудом. В условиях психофизиологического напряжения, выполнение двигательной активности на уровне II группы является недостаточным, что сказывается на уровне стресса. Низкий коэффициент физической активности является основным фактором риска развития ожирения. Согласно полученным данным по ИМТ и его интерпретации, в соответствии с рекомендациями ВОЗ по классификации здоровья, зависимости от ИМТ от 28 до 42 ИМТ в группе МЭ с I группой физической активности является фактором риска здоровью «от повышенного до высокого».

При этом, в обследованной группе степень ожирения достигает I-IV степени. Индекс Кетле (ИМТ) выявил у большинства машинистов ожирение I степени: $ИМТ_{ср} = 28,44 \pm 0,73$. Однако у половины обследуемых МЭ, ИМТ соответствует 30,11, т. е. ожирение II степени.

Для обследуемой возрастной группы, в условиях данного режима дня, I группы физической активности, определена физиологическая потребность энергетических затрат, которая соответствует 7 972,326 кДж/сут., что не совпадает с нормативным показателем – 8 792,28 кДж/сут.; рассчитано рекомендуемое количество нутриентов в сутки, которое могло бы поддержать энергетический баланс. Количество макронутриентов (белки, жиры, углеводы), рекомендуемое для мужчин МЭ с I группой физической активности, возраста $41,16 \pm 1,41$ год, составляет: белки – $58,94 \pm 0,3$; жиры – $63,47 \pm 0,4$; углеводы – $274,74 \pm 2,2$ г/сут., что ниже официально рекомендуемого количества для мужчин с I группой физической активности ($65 \pm 0,4$; $70 \pm 0,4$; $303 \pm 3,0$ г/сут.).

Выводы

1. У машинистов электропоезда определена I группа физической активности, что соответствует населению с инвалидностью 2-й и 1-й групп.

2. Низкая физическая активность является одной из главных причин ожирения, с преобладающей II степенью.

3. Низкая физическая активность и ожирение являются триггерами высокого артериального давления, которое вне поездки составляет 133,13 мм рт. ст.

4. При оценке профессионального риска и, следовательно, негативной составляющей «человеческого фактора», низкую физическую активность, ожирение и повышенное систолическое давление можно, в совокупности, рассматривать как составляющую «человеческого фактора» возникновения чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ, МАГНИЯ И ОБЩЕГО ЖЕЛЕЗА В ВОДЕ ИЗ СИСТЕМ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ В ГОРОДЕ ВЛАДИВОСТОК

Лисецкая Е.А., Рябов А.С., Гапуненко Д.А., Андросова Д.И.
Научные руководители: В.А. Мищук; д. м. н. В.К. Ковальчук
*Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток, Россия*

В современном мире вопросы качества питьевой воды не утратили своей актуальности. Вода является одним из самых важных элементов окружающей среды – без нее, как и без воздуха, жизнь была бы просто невозможна. Многие жители города используя водопроводную воду не задумываются о количественном содержании таких металлов, как кальций и магний, а также одного из основных загрязнителей данной воды – железа.

Цель исследования. Определить содержание кальция, магния и общего железа в воде из систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения в городе Владивосток. Сделать выводы о возможности использования такой воды

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили пробы воды из систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения в городе Владивосток. В данной работе ионы кальция и магния определяли методом комплексонометрии, а ионы железа методом фотометрии.

Результаты. При анализе методом комплексонометрии содержание кальция (мг/л) составило: за 17.10.2016 – 24,8; за 28.10.2016 – 24,2; за 02.12.2016 – 13,5; за 27.01.2017 – 10,2; за 11.03.2017 – 9,6; за 01.04.2017 – 9,2; магния (мг/л) за 17.10.2016 – 4,8; за 28.10.2016 – 4,5; за 02.12.2016 – 3,5; за 27.01.2017 – 3,4; за 11.03.2017 – 2,8; за 01.04.2017 – 2,7. При анализе фотоколориметрическим методом содержание железа (мг/л) составило: за 17.10.2016 – 0,39; за 28.10.2016 – 0,37; за 02.12.2016 – 0,34; за 27.01.2017 – 0,37; за 11.03.2017 – 0,31; за 01.04.2017 – 0,25.

На основании лабораторных исследований воды, взятой из систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения города Владивосток, было определено, что использование такой воды безопасно и не требует особых ограничений. Вода низко минерализована и в ней не наблюдается превышения предельно допустимой концентрации железа.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Литвинова У.М.

Научный руководитель: к. м. н. В.Г. Морева

*Дальневосточный федеральный университет, Школа биомедицины,
г. Владивосток, Россия*

Злокачественные новообразования являются серьезной проблемой последних десятилетий как во всем мире, так и в России. В соответствии с изменением факторов онкологического риска, к которым относятся факторы внешней среды, особенности социальной жизни населения и демографических процессов, в разных регионах формируется свой уровень частоты заболеваемости раком различных локализаций. Выявление территорий с наиболее неблагоприятной онкоэпидемиологической обстановкой необходимо для рационального планирования методов активного выявления онкобольных, коечного фонда онкологических учреждений, диспансеризации больных со злокачественными новообразованиями и различных противораковых программ.

Для организации в Приморском крае эффективных противораковых мероприятий, направленных на повышение качества и доступности онкологической помощи, все территории края разделены на четыре группы: территории с чрезвычайно неблагоприятной, очень неблагоприятной, неблагоприятной и относительно благоприятной онкоэпидемиологической обстановкой. Это дает возможность объективно оценивать показатели эффективности онкологической помощи, рационально и целенаправленно планировать мощность ресурсной базы онкологической службы и перечень противораковых мероприятий.

Материалы и методы. На основании данных Госкомстата об общей и половозрастной численности населения за период 2000–2016 гг. построены «шкала демографического старения» и «шкала структурно-возрастного типа населения» территории Приморского края за период 2000–2016 гг. Преобладание тех или иных возрастных групп в структуре населения позволило оценить тенденции демографических индикаторов каждой территории Приморского края, распределив все территории на четыре группы по степени негативности демографических тенденций.

Далее на основании данных ракового регистра Приморского краевого онкологического диспансера проведен анализ динамики заболеваемости злокачественными опухолями и ее структуры за период 2000–2016 гг.

С учетом действующих клинических онкологических стандартов и рекомендаций определен перечень злокачественных новообразований, имеющих относительно благоприятный прогноз в плане раннего выявления и возможности радикального излечения (Чиссова В.И. и соавт., 2008).

В результате проведенного анализа для каждой территории Приморского края определены онкоэпидемиологические индикаторы: усредненное ранговое место уровня заболеваемости раком в период с 2000 по 2016 г., процент прироста заболеваемости и доля злокачественных новообразований (ЗНО) с неблагоприятным прогнозом. После их ранжирования все территории получили ранговые баллы канцерогеноопасности каждого из вышеупомянутых индикаторов, при суммировании которых была рассчитана интегральная оценка онкоэпидемиологических тенденций по Приморскому краю и его административным территориям.

Результаты и их обсуждение. Анализ демографических тенденций показывает, что на всех территориях края регистрируется очень высокий уровень демографической старости. Также отмечается резко регрессивный тип структуры населения. Самая тревожная демографическая ситуация имеет место в Дальнегорске, Партизанске, Арсеньеве, Кавалеровском, Хорольском и Лазовском районах. Неблагоприятные тенденции обстановки определяются, с одной стороны, значительным постарением населения, а с другой - низкой долей детского населения.

Анализ онкоэпидемиологических тенденций. В Приморском крае в последние годы отмечена устойчивая тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями. Так, за период с 2000 по 2016 гг. она возросла на 23,7 %, при среднегодовом темпе прироста 2,21 %.

По усредненному уровню заболеваемости злокачественными новообразованиями наиболее канцерогеноопасными оказались города Фокино, Партизанск, Арсеньев, Спасск, Лесозаводск. Наибольший прирост онкологической заболеваемости за изучаемый период наблюдался в Красноармейском, Лазовском, Пожарском, Хасанском, Шкотовском, Михайловском районах, городах Артеме и Находке. Наиболее высокая доля больных с неблагоприятным прогнозом – в Пограничном, Лазовском, Тернейском, Ханкайском, Яковлевском районах.

Обобщение демографических и онкоэпидемиологических тенденций произведено с помощью специально разработанной интегральной модели, позволившей не только качественно, но и количественно оценить степень «канцерогеноопасности» и «канцерогенности» каждой территории Приморского края.

При этом все территории были разделены на четыре группы: чрезвычайно неблагоприятной, очень неблагоприятной, неблагоприятной и относительно благоприятной онкоэпидемиологической обстановкой.

В связи с чрезвычайной онкоэпидемиологической обстановкой интенсивные противораковые мероприятия необходимо организовать в первую очередь в Партизанске, Дальнегорске, Кавалеровском и Лазовском районах.

Практическое использование предложенного методического подхода позволяет организовать поэтапное рациональное планирование, финанси-

рование, организацию и контроль в системе управления деятельностью онкологической службы. Поэтапная целенаправленная практическая реализация территориальных программ профилактики рака, в первую очередь в наиболее канцерогеноопасных территориях, повысит эффективность противораковых мероприятий, поможет улучшить качество и доступность онкологической помощи.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «КАМЧАТСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Ломоченко А.И.

Научный руководитель: М.В. Богданова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В структуре оказания помощи онкологическим больным имеет большое значение паллиативная помощь, оказываемая пациентам ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер». Важную роль играют показатели доступности оказываемой помощи, а также возможность осуществления своевременного адекватного обезболивания на дому, т. к. именно это является приоритетным компонентом паллиативной помощи, позволяющим пациентам достойно доживать.

Цель. Разработать предложения по повышению уровня организации и доступности паллиативной помощи в Камчатском краевом диспансере

Материалы и методы. Анкетирование (анонимный опрос пациентов ГБУЗ «ККОД») В исследовании принимали участие пациенты абдоминального отделения ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» в количестве 20 человек, находящиеся на лечении в период 10 дней. Возраст испытуемых: 61–83 лет, средний возраст по группе – 74 года. Длительность заболевания с момента первичного выявления в среднем составляет: 6 лет. Для проведения исследования, нами была разработана анонимная анкета-опросник, содержащая 14 пунктов корректных вопросов для оценки состояния паллиативной помощи в онкологическом диспансере. Анкетный опрос проводился в рамках социально-психологического консультирования пациентов диспансерного и поликлинического отделений ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер».

Результаты. По итогам проведенного анкетирования у группы пациентов онкологического диспансера (III и IV стадии заболевания) и их родственников остро стоит вопрос о своевременном и адекватном обезболивании на дому (100 %).

100 % опрошенных (20 чел.) ответили, что им назначено обезболивание. Дополнительно отметили, что каждый день они получают соответ-

ствующую адекватную терапию и находясь в стационаре, боль не испытывают.

В отсутствии специальной выездной бригады по купированию болевого синдрома (БС), пациентам приходится вызывать службу скорой медицинской помощи для облегчения боли: 40 % (8 чел.) вызывают скорую помощь несколько раз в неделю. 30 % (6 чел.) – нуждаются в помощи 1-2 раза в месяц, 30 % (6 чел.) вызывают скорую помощь менее 1 раза в месяц.

20 % (4 чел.) после купирования не испытывали боль всего несколько часов, 20 % – от 6 часов до суток. 30 % (6 чел.) – более суток. И 30 % (6 чел.) – несколько дней.

Выезжая к пациенту, нуждающемуся в купировании БС, специалисты скорой медицинской помощи используют лекарственные препараты, которые уже имеются в наличии у пациента и предлагают рекомендации участковому терапевту о схеме обезболивания, которая необходима пациенту. Таким образом, все приведенные выше трудности приводят к снижению качества оказания лекарственной помощи пациентам с злокачественными новообразованиями, находящимся на терминальной стадии заболевания.

50 % (10 чел.) обезболивают родственники, 40 % (8 чел.) «Скорая помощь», и 10 % (2 чел.) оказывают обезболивающую терапию сами. В отдаленных поселках края нет аптечных организаций, осуществляющих отпуск наркотических анальгетиков, и родственникам приходится совершать длительные поездки для обеспечения близких необходимыми лекарствами.

90 % опрошенных пациентов (18 чел.) ответили, что их родственники не обучены постановке инъекций. У 10 % пациентов (2 чел.) имеются родственники со средним медицинским образованием, имеющие практику выполнения инъекционных манипуляций. Специальных курсов по обучению и теории в диспансере не проводится.

В ходе дополнительной беседы и непосредственно анкетирования, было выявлено, что пациенты, проходящие лечение в диспансере, недовольны структурой учреждения по оказанию помощи людям с ограниченными возможностями. Так как диспансер не оснащен пандусами, мало поручней, не достаточно оборудована санитарная комната, не в каждой палате работают кнопки вызова медицинского персонала. 14 из 20 больных отметили, что им и их родственникам после выписки были разъяснены принципы самоухода, правила личной гигиены, ухода за имеющейся стомой. Но родственники, ухаживающие за больными на дому, не обучены правилам оказания психологической помощи. Они отмечают свою беспомощность в осуществлении ухода и облегчения страданий пациента.

Вывод. Качество организации паллиативной помощи в Камчатском крае требует усовершенствования. Необходимо открыть отделение паллиативной помощи на базе ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер». Создать койки паллиативной помощи в непрофильных больницах. Организовать работу выездных бригад паллиативной помощи на базе ам-

булаторий с необходимым набором нормативно-правовых документов. Рекомендовать интенсивнее обмениваться опытом по организации паллиативной помощи с другими регионами (на примере Хабаровского края), пересмотреть финансирование, выделяемое на этот сектор медицинской помощи.

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Мельник М.М.

Научный руководитель: А.А. Синенко

*Тихоокеанские государственные медицинский университет,
г. Владивосток, Россия*

В настоящее время в здравоохранении России занято более 2 млн медицинских работников. Каждый из них, так или иначе, взаимодействует с потенциальными источниками профессиональных заболеваний. Экономический ущерб от профессиональных заболеваний всегда значительно превышает траты на должную охрану труда и поддержку производственной санитарии.

Цель исследования: на базе анализа существующих правовых норм, регулирующих охрану труда, обозначить комплекс профилактических мер, направленных на снижение профессиональных заболеваний медицинских работников.

Материалы и методы. Изучение и обобщение научной литературы, периодических изданий о профессиональной заболеваемости медицинских работников. Проведение правового анализа нормативно правовых актов, регулирующих медико-правовые аспекты профилактики профессиональных заболеваний медицинских работников.

Результаты исследования. Профессиональная заболеваемость среди медицинских работников, в большей части, возникает от воздействия бактериологического фактора, учет которого на сегодняшний день производится не в полной мере. Ежедневно медицинский персонал сталкивается с самой разной патогенной микрофлорой, регистрация которой подчас невозможна. В структуре профессиональной заболеваемости медработников Приморского края лидируют хронический вирусный гепатит и туберкулез органов дыхания. Как правило, профессиональные заболевания однородны с той инфекцией, с которой работники находятся в контакте во время работы. Согласно данным литературных источников, группы максимального профессионального риска инфицирования гемоконтактными инфекциями являются сотрудники отделений лабораторной диагностики, хирургии, реанимации, стоматологии, урологии и гинекологии. Оценка, проводимая

комиссией специальной оценки условий труда (СОУТ) субъективна, и, во многом зависит от опроса персонала лечебного учреждения и осмотра документации. Более того, не все должности оцениваются по биологическому фактору: например, главный врач, председатель врачебной комиссии, имеющие непосредственный контакт с инфицированными пациентами по данному фактору не оцениваются. Действующим законодательством предусмотрены действенные меры по созданию безопасной рабочей среды, такие как неукоснительное соблюдение сроков проведения качественных медицинских осмотров, применение средств индивидуальной защиты, соблюдение техники безопасности при работе с потенциальными угрозами. Статья 230.1 Трудового кодекса РФ регулирует порядок регистрации и учета несчастных случаев на производстве. Однако, практическая реализация профилактики аварийных ситуаций на рабочем месте до сих пор является острой проблемой.

Несмотря на то, что гемоконтактные инфекции занимают ведущее место в структуре профессиональной заболеваемости медицинских работников, организация в учреждении учета аварийных ситуаций при работе медицинского персонала не совершенна, допускаются легкомысленные отношения работников к случаям травматизма. Само понятие «аварийная ситуация» до сих пор не закреплено на уровне федеральных законодательных актов. Исходя из проанализированных опросных листов, медицинские работники часто сами небрежно относятся к своей безопасности. 73 % не попадали в аварийные ситуации, 27 % – попадали в аварийные ситуации. При этом, 31 респондент (15 % от общего числа) указали, что при работе имел место укол иглой. Более 53 % из опрошенных респондентов, столкнувшихся с аварийной ситуацией, не фиксируют её в документации, 34 % из них так же не сообщают о случившемся руководителю подразделения. Причиной отказа от регистрации аварийной ситуации для 48 % послужило знание о полном здоровье пациента, при этом следует заметить, что, например, для ВИЧ-инфекции характерен «период серонегативного окна» – это период времени, когда инфекционный агент уже попал в организм и размножается, но антитела в крови больного еще не появились. При этом, восприимчивость каждого организма индивидуальна. Для доли людей достаточно небольшого количества инфекционного агента, чтобы получить заболевание. Только 8 % не знали о процедуре регистрации аварии, остальные респонденты знали алгоритм действия, но не фиксировали ситуации документально. Отсутствие регистрации аварийных ситуаций несет неблагоприятные юридические последствия для работника – при выявлении инфекции не позволит доказать профессиональный характер заболевания. По мнению автора работы, способствовать снижению профессиональных заболеваний медицинских работников может санитарное и правовое просвещение, которое должно носить неформальный характер, и может быть реализовано через периодические инструктажи по охране труда.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПАРТИСИПАТИВНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мельник М.М

Научный руководитель: А.А. Синенко

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток, Россия*

В современной стратегии развития медицины активно обсуждается концепция «Медицины 4П», одной из составляющих которой является партисипативность. Партисипативность (вовлеченность) подразумевает под собой активное участие в профилактике и (или) лечении заболеваний. Причем, эта вовлеченность должна быть двухсторонней: как со стороны пациента, так и со стороны медицинского персонала.

Цель исследования: анализ правовых основ партисипативности и моделей взаимодействия врача и пациента при оказании медицинской помощи

Материалы и методы. Изучение и обобщение научной литературы, периодических изданий о моделях отношений между врачом и пациентом; правовой анализ действующей нормативной базы; изучение методом анкетирования предпочтительных моделей взаимодействия врач-пациент в группах: «пациенты», «медицинские работники», «студенты медицинских вузов».

Результаты исследования. В процессе изучения действующих нормативных актов, в частности, ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», было установлено, что правовые нормы устанавливают обязательные требования об информирование пациента и, по общему правилу, единственным юридическим основанием для медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие пациента, которое практикой рассматривается как форма договора - «контракта» между пациентом и врачом. Анкетирование показало, что наиболее предпочтительной во всех опрошенных группах считают контрактную модель взаимодействия врач-пациент (более 65 % опрошенных из группы «медицинские работники», более 40 % из группы «студенты медицинских вузов», и более 55 % в группе «пациенты»). Однако, доминирующее право выбора лечения во всех группах было отдано врачу. Во всех группах более 80 % респондентов считают, что информирование пациента влияет на качество оказания медицинской помощи.

Выводы. Как показало исследование, несмотря на наличие правовой базы, переход к контрактной модели еще не завершён, патерналистская модель, долго преобладающая в медицинской практике, по-прежнему проявляется в навязывании врачебной позиции. Исследование показало, что и пациенты не против переложить ответственность за свое здоровье на врача. Таким образом, решение проблемы партисипативности в медицине

должно проходить проходит через призму персонализации-индивидуального подхода к каждому пациенту, и выбора соответствующей конкретному пациенту модели взаимоотношений.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ КУРСАНТОВ ВЫСШЕГО МОРСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ К СПЕЦИФИКЕ ОБУЧЕНИЯ

Сабирова К.М.

Научный руководитель: д. м. н., к. т. н. П.Ф.Кикиу
*Дальневосточный Федеральный университет, Школа биомедицины,
г. Владивосток, Россия*

Подготовка квалифицированных специалистов – важная задача для морского флота. Специфика обучения на специальностях морского профиля связана с рядом неблагоприятных учебно-профессиональных и экологических факторов и отличается длительными нервно-психическими и большими физическими нагрузками.

Качество подготовки курсантов зависит от успешной адаптации к специфике психофизиологических нагрузок на берегу, среди которых учеба, наряды в дневное и ночное время, строевые подготовки, а плавательская практика на учебных судах сопряжена с экстремальностью морских условий. Стрессогенность учебного процесса в морских учебных заведениях способна вызывать нарушения адаптации и негативные трансформации личности, что впоследствии отражается на состоянии здоровья курсантов.

Воздействие информационных и физических нагрузок, психоэмоционального напряжения во время обучения вызывает увеличение расходов со стороны функциональных резервов организма. Стресс и эмоциональное напряжение, сопровождающие обучение, протекающее в новых бытовых условиях и специфика обучения, вызывают у курсантов высокое напряжение процессов адаптации в организме и обуславливают возможность срыва адаптационных механизмов. Снижение функциональных резервов и адаптационных возможностей может существенно повлиять на эффективность выполнения своих обязанностей и привести к росту числа психосоматических заболеваний (Беляев А.Ф., 2010; Мельникова И.П. и соавт., 2015).

Цель исследования – гигиеническая оценка уровня функционального состояния организма курсантов Морского государственного университета им. адм. Г.И. Невельского в процессе адаптации к специфике обучения специальностям морского профиля на различных этапах.

Материалы и методы. Было обследовано 120 курсантов: 70 – курсанты электромеханического факультета (ЭМФ) и 50 – судомеханического

(СМФ) и судоводительского (СВФ). В работе использовались методики Ч.Д. Спилбергера «Шкала реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ)» и Т.А. Немчина «Методика измерения степени выраженности нервно-психического напряжения».

Результаты. В процессе адаптации организма курсанта к новым для него условиям развиваются донозологические состояния. Диагностика подобных психофизиологических состояний основана на оценке степени напряжения регуляторных механизмов и их функционального резерва еще до того, как возникнут гомеостатические нарушения, обусловленные поломом механизмов адаптации.

Были изучены психофизиологические показатели функционального состояния организма курсантов в процессе обучения.

На первом этапе был определен психосоматический статус курсантов. Оценка уровня реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности при помощи опросника тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю. Ханина показала, что среди курсантов всех факультетов преобладает выраженная реактивная тревожность, установленная у 70 % опрошенных. Это свидетельствует о том, что для большинства студентов характерна стрессонеустойчивость, нервозность, озабоченность. Личностная тревожность в большей степени выявлена у курсантов СМФ и СВФ – 60 %, относительно курсантов ЭМФ – уровень личностной тревожности равен 55 %. Высокие баллы по шкале ЛТ говорят о высоком уровне тревожности среди большинства респондентов. Это значит, они склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности во многих ситуациях и реагировать весьма напряженно, в особенности при оценке их компетенции, в том числе профессиональной.

Определение уровня тревожности и нервно-психической неустойчивости осуществлялось с помощью методики измерения степени выраженности нервно-психического напряжения (НПН) Т.А. Немчина. Оценка результатов показала умеренный уровень НПН у курсантов ЭМФ (58 %) и СМФ (48 %), среди курсантов СВФ умеренное НПН выявлено у 16 %. Чрезмерное нервно-психическое напряжение выявлено у представителей СМФ (относительно других факультетов) – 36 % респондентов из группы. Среди курсантов остальных групп чрезмерное НПН было отмечено у 29 % курсантов СВФ и 15 % – ЭМФ. Слабый уровень НПН установлен у курсантов СВФ (55%).

Обучение морским специальностям нарушает динамический стереотип курсантов первого курса и приводит к выраженному напряжению адаптивных способностей организма. Ситуацию, связанную с хроническим эмоциональным и физическим стрессом, усугубляет необходимость адаптации организма к конкретным климато-географическим условиям (Carotenuto A. и соавт., 2012).

Во время производственных практик на судах на курсантов воздействует комплекс экстремальных факторов, запускающий стресс-реакцию организма, ослабляющую здоровье. Ввиду неустойчивости адаптивных механизмов, чувствительностью к действию экзогенных и эндогенных факторов и высокой реактивностью, особенно в течение первого месяца пребывания в море (повышение коэффициентов дезадаптации, волевой напряженности). По завершении первичной адаптации происходит активация психоэмоционального состояния, кратковременная и энергозатратная, приводящая к истощению компенсаторных механизмов и далее к утомлению и ухудшению психофизиологического состояния, что начинает проявляться в конце третьего месяца плавания (уменьшение количества курсантов-нормотоников, рост числа ваготоников при крайне низком общем показателе симпатотонии; повышение коэффициентов дезадаптации, напряженности), что свидетельствует о наступлении периода рейсовой усталости (Кубасов Р.В. и соавт., 2016).

В результате исследования определено, что состояние здоровья курсантов Морского государственного университета характеризуется выраженной степенью нервно-психического напряжения, нарушением адаптивных реакций и иммунологического статуса, что определяет повышенный уровень заболеваемости курсантов. На старших курсах преобладает заболеваемость, вызванная длительными воздействиями хронических психоэмоциональных стрессов. К концу периода обучения число заболеваний с временной утратой трудоспособности заметно снижается, что указывает на становление адаптированности к условиям обучения, но, тем не менее, возрастает доля хронических заболеваний. Для курсантов старших курсов негативными факторами, приводящими к срыву адаптационных реакций организма и возникновению заболеваний, относятся: смена климатических условий, воздействие судовых факторов во время плавательских практик, специфика образа жизни. Психоэмоциональные нагрузки во время экзаменационных сессий и спецификой профессионального обучения на специальностях морского профиля приводят к росту заболеваемости периферической нервной системы и органов чувств (третье место в структуре заболеваемости), что подтверждается результатами психологических исследований.

Выявлен высокий уровень нервно-психического напряжения у курсантов исследуемых факультетов, что указывает на негативную трансформацию их эмоционально-вегетативных процессов, затрудняющих адаптацию к условиям обучения специальностям морского профиля.

Более чем у половины курсантов морских специальностей (57,3 %) определены низкие уровни адаптации, обусловленные стрессом, переактивацией, повышенной активацией.

Установлено, что практическая форма обучения курсантов характеризуется позитивным эмоционально-вегетативным фоном, однако, после трех месяцев плавания большая часть курсантов оказывается в состоянии дезадаптации: появляются лица с реакциями переактивации и стресса низких и очень низких уровней реактивности, увеличивается количество лиц с преобладанием ваготонии на фоне легкого и умеренного нарушения здоровья. Для последнего этапа рейса характерно появление у курсантов-практикантов инфантильных форм восприятия и реагирования.

Выявленные закономерности адаптации курсантов высшего морского учебного заведения целесообразно учитывать при организации учебно-практического процесса.

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА И УСЛОВИЙ ТРУДА НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Свечкова А.А., Шайгородский Р.В.

Научный руководитель: Н.В. Якубович

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Работа провизоров и фармацевтов в аптечных организациях относится к числу своеобразных, сложных и напряженных видов трудовой деятельности. Аптечные работники подвергаются воздействию неблагоприятных микроклиматических условий, факторов внешней среды, малой интенсивности труда при большой нервно-психической напряженности. Проблема здоровья медицинских и фармацевтических работников, выдвинувшаяся на первый план в начале прошлого века, остается актуальной и сегодня, когда продолжительность жизни у лиц, работающих в медицине ниже, чем в среднем в популяции. Поэтому обеспечение в аптеках благоприятной санитарно-гигиенической обстановки труда сводит до минимума воздействие неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье аптечных работников.

Цель исследования – выявить различные вредные факторы труда при работе в аптечной сфере. Исходя из этого вытекают следующие задачи: разработка анкет для работников аптечных организаций, проведение опроса и подсчет результатов, проведение санитарно-гигиенического исследования аптеки № 84 ХКГУП «Фармация», формулировка выводов.

Методы исследования: анкетирование, сравнительный, опросный и системный анализы, метод санитарно-гигиенического описания.

Анализ данных, полученных в ходе анкетирования, показал, что заболевания различной этиологии чаще наблюдаются у работников со стажем более 20 лет. Наличие данных заболеваний в этой группе можно объ-

яснить не только большим стажем работы, но и возрастом работников, в основном, старше 55 лет. Острые респираторные заболевания являются самыми распространенными среди всех респондентов. Вторым по распространенности, является остеохондроз. Так же отмечаются хронические заболевания системы внешнего дыхания. В группе со стажем более 20 лет присутствуют аллергические заболевания, которые, по мнению работников, связаны с постоянным контактом с лекарственными препаратами.

После проведения санитарно-гигиенического исследования производственной аптеки № 84 ХКГУП «Фармация» можно сказать о том, что имеется ряд вредных факторов, оказывающих влияние на сотрудников. Микробная обсемененность, связанная с профилем работы и особенностями лекарственного сырья. Статическое напряжение, возникающее при поддержании рабочей позы, и необходимость задействовать мелкую моторику оказывают негативное влияние на опорно-двигательный аппарат. Недостаточное освещение вызывает утомление зрительного анализатора. Высокая концентрация внимания является причиной психического утомления, снижения работоспособности. Работа с порошками и различными биологически активными соединениями, повышающими концентрацию аптечной пыли в воздухе, при отсутствии принудительной вентиляции является пусковым механизмом, а иногда и причиной множества заболеваний.

ДЕТИ СПАСАЮТ ЖИЗНИ: ОБУЧЕНИЕ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ В ФОРМАТЕ РАБОТЫ КЛУБА «ЮНЫЙ МЕДИК»

Теллы В.В, Белгородская А.Н., Загузова А.Д., Шушакова Ю.А.

Научный руководитель: Н.Ю. Компанец

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель: научить школьников старших классов г. Хабаровска проводить базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР), в условиях Центра Симуляционного Обучения и Аккредитации ДВГМУ. Задачи: Повышение информированности среди населения о внезапной остановке сердца и СЛР. Повышение выживаемости на догоспитальном этапе путем закрытия «окна свидетелей» происшествия.

Материалы и методы: для прохождения обучения были приглашены школьники старших классов г. Хабаровска, посещающие клуб «Юный медик», на базе ДВГМУ. Критерием отбора стал вес учащихся, который должен был составлять не менее 40 кг, для объективной оценки качества проводимых реанимационных мероприятий. Было отобрано 19 человек (8 юношей и 11 девушек), в возрасте 13-16 лет. Цикл обучения длился в течение 4 дней. Обучение проводили авторы публикации. Были использованы

манекены и тренажеры для обеспечения проходимости дыхательных путей, вентиляции и компрессии грудной клетки. В первый день было проведено тестирование и демонстрация исходного уровня знаний и навыков на манекене «Resusci Anne», в условиях клинической задачи «Человек упал на улице», в течение не более 5 минут. Второй день был посвящен теории, 1 академический час. На третий день цикла школьники в течении двух академических часов обучались навыкам распознавания остановки дыхания, открытия дыхательных путей, использования устройств для вентиляции рот-в-рот и проведения вентиляции рот-в-рот. Последний день посвящался непрямому массажу сердца, отработке навыков в парах и индивидуально, 2 академических часа. В конце цикла, школьники снова продемонстрировали на манекене приобретенные навыки и знания в клинической задаче «Человек упал на улице», в парах и индивидуально, а результаты были зафиксированы аналогично первому дню.

Результаты: фиксация результатов проводилась путем фото-, видеосъемки и в памяти контроллера для получения и обработки навыков СЛР SimPad SkillReporter (планшет). При сравнении результатов было выявлено, что правильное положение рук до обучения – 61 %, после обучения составило 100 %; средняя частота 112 компрессий в минуту против 84 исходно; средняя глубина компрессий составила 49,4 мм после курса обучения, против 36 мм исходно; среднее время отсутствия компрессий 12,3 секунды против 20,7 секунд исходно.

Выводы: наша работа показала, что цикл является эффективным для спасателей-непрофессионалов, независимо от возраста и физических данных, и, согласно современным рекомендациям, отвечает критериям эффективности СЛР. Введя подготовку для оказания мероприятий по базовому поддержанию жизни в качестве школьного предмета, можно эффективно увеличить количество людей, обученных СЛР.

ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ. ПРОЕКТ «ЦЕНТР ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

Ульянова В.О.

Научный руководитель: М.А. Деменок

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Паллиативная помощь (от фр. palliatif от лат. pallium – покрывало, плащ) – направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, путем предотвращения страдания и избавления от него, благодаря ранней диагностике, тщательной оценке и лечению боли и других проблем, физических, психосоциальных и духовных.

По оценкам, ежегодно в паллиативной медицинской помощи нуждаются 40 миллионов человек, 78 % из которых проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Во всем мире паллиативную медицинскую помощь получают сегодня лишь около 14 % людей, нуждающихся в ней. Чрезмерные нормативные ограничения в отношении морфия и других основных контролируемых паллиативных препаратов лишают людей доступа к надлежащему обезболиванию и паллиативной медицинской помощи. По экспертным оценкам, 47 % всех обезболивающих препаратов в 2015 году были выписаны в Москве, в то время как на Дальнем Востоке потребность населения в паллиативной помощи удовлетворена всего на 7 %. Серьезным препятствием для улучшения доступа являются отсутствие подготовки и информированности в области паллиативной медицинской помощи среди работников здравоохранения. Глобальная потребность в паллиативной медицинской помощи будет и далее возрастать вследствие увеличивающегося бремени неинфекционных заболеваний и старения населения.

Паллиативная помощь – необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения. Необходимо создать условия для ее развития и функциональной интеграции в стратегии развития национальных систем здравоохранения.

Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь без неуместного промедления в соответствующем учреждении, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтением.

Цели и задачи паллиативной помощи:

1. Адекватное обезбоживание и купирование других тягостных симптомов.
2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
3. Выработка отношения к смерти, как к закономерному этапу пути человека.
4. Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
5. Решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека.

Ключевой задачей паллиативной помощи считается своевременное и результативное освобождение от болей и устранение иной тяжелой симптоматики ради улучшения качества бытия неизлечимо больных субъектов до их завершения жизненного пути.

В связи с этим мы хотим представить вам проект Центра паллиативной помощи – *Carpe Diem*. Центр находится в Дальневосточном федеральном округе, в большом Хекцирском заповеднике.

Основными задачами Центра являются:

1. оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным с прогрессирующими заболеваниями, имеющим существенные

ограничения физических и/или психических возможностей, и нуждающихся в интенсивной симптоматической терапии, психо-социальной помощи, постороннем уходе;

2. консультирование пациентов в поликлиниках, стационарах города, на дому и определение показаний и сроков госпитализации в Центр;

3. организация консультаций врачей паллиативной помощи с целью подбора обезболивания и симптоматического лечения;

4. оказание психологической поддержки пациентам и их близким.

В состав Центра входит:

1. стационар, развернутый на 250 коек (три корпуса паллиативной медицинской помощи)

2. отделение выездной патронажной службы.

Наш Центр расположен в экологически чистом уголке России. На всей территории Центра имеются зеленые насаждения, лужайки, фонтаны, места отдыха. Также для любителей садоводства имеется замечательная теплица, в которой можно выращивать овощи и фрукты круглый год. На территории располагается бассейн для занятий плаванием.

Работа Центра предполагает целостный подход к решению основных групп проблем:

- Физические – симптомы (жалобы на недомогание), например: боль, кашель, усталость, жар и т.д.

- Психологические – тревоги, страхи, печаль, гнев.

- Социальные – потребности семьи, проблемы, связанные с питанием, работой, жильем и взаимоотношениями.

- Духовные – вопросы о смысле жизни и смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии).

Система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи. Паллиативная помощь – это интегративная область, поэтому в Центре, для обеспечения эффективной работы, объединены усилия разных специалистов: врачей, медсестер, сотрудников служб помощи на дому, социальных работников, духовных наставников, руководителей программ, сотрудников, работающих с детьми, волонтеров, психологов, фармацевтов, сотрудников реабилитационных центров, сотрудников, оказывающих поддержку членам семьи больного.

Сотрудники Центра паллиативной помощи являются сертифицированными специалистами по анестезиологии и онкологии, прошедшими специальное обучение по паллиативной помощи в онкологии. Они проводят консультации онкологических пациентов на всех стадиях заболевания, включая поздние и запущенные случаи, дают рекомендации по комплексному паллиативному лечению, которое направлено на улучшение качества жизни больных.

Ожидаемые результаты проекта: повысить доступность медицинской паллиативной помощи и квалифицированного ухода в стационаре, сохранять трудовую деятельность, выполнение своих гражданских обязанностей родственниками больных, повысить качество жизни инкурабельных пациентов и их родственников, обеспечить лечение хронического болевого синдрома современными методами.

В заключение необходимо отметить, что на фоне демографического старения населения в Российской Федерации, с каждым годом отмечается увеличение количества больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, и только совместными усилиями работников различных структур, органов власти, благотворительных организаций, Русской православной церкви и волонтеров, представляется возможным оказывать эффективную медико-социальную и психологическую помощь инкурабельным больным, обеспечивая им, насколько это возможно, адекватно диагнозу, качество жизни.

Таким образом, для развития паллиативной помощи необходимо: формирование жизненных ценностей общества, информирование общественности о существовании паллиативной помощи и сфере ее деятельности, установление «моды» на волонтерство, просветительская работа среди медицинских работников, изменение законодательства.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА РАБОТНИКОВ БАНКА Г. ХАБАРОВСКА

Шипилова Ю.А., Целых Е.Д., Ахтямов М.Х.

Научный руководитель: д. б. н. Е.Д. Целых

*Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия*

За последние годы отмечается существенный рост заболеваемости лиц трудоспособного возраста неинфекционными заболеваниями, прежде всего сердечно-сосудистыми. В результате, у 70 % трудоспособного населения РФ за 10 лет до пенсионного возраста выявляют серьезные патологии; смертность трудоспособного населения превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза (Измеров Н.Ф., 2013, 2014). Согласно исследованиям последних лет, у работников банка, отобранных случайным образом, основными определяющими факторами структурных изменений сердца, сосудов является артериальная гипертензия, пол и возраст (Ротарь О.П. с соавт., 2015).

Цель исследования: определение влияния некоторых характеристик сердечно-сосудистой системы на стрессоустойчивость и интегральную

комплексную оценку вклада в профессиональное дело (А, В, С, D, Е или 5+) у работников банка

Материалы и методы. В зимний период времени (январь-февраль) были обследованы работники банка г. Хабаровска (n=66): мужчины (n=30) и женщины (n=36), средний возраст которых не имел достоверных различий и составил, в среднем, $36,30 \pm 1,12$ лет. Тем не менее, внутри каждой половой группы дополнительно рассматривались служащие банка в возрасте до и после 40 лет.

Для обследования применялся неинвазивный метод с использованием прибора «АнгиоСкан» (в виде клипсы, устанавливается на кончике пальца), в котором используется оптический датчик, не вызывающий какого-либо повреждения кожи или тканей пальца при проведении теста. Проводимая диагностика сердечно-сосудистой системы основана на регистрации пульсовой волны объема крови, которая создается при каждом сокращении сердца.

Для получения достоверных результатов исследования необходимо выполнить требования к условиям измерения «чистота эксперимента»: правильное положение тела; перед установкой прибора на палец не менее 5 минут находиться в состоянии «относительного физиологического покоя» (в условиях лаборатории – в положении «сидя»); устройство располагается на концевой фаланге указательного пальца правой руки; запуск измерения нужно производить через минуту после установки прибора на палец, т.к за это время мелкие сосуды пальца руки адаптируются к прижиму, вызываемому прибором; для измерения выбирается постоянное время суток, что позволяет определить динамику показателей за неделю, месяц, год.

С использованием прибора «АнгиоСкан» были определены показатели: частоты сердечных сокращений (ЧСС); возраст сосудистой системы в сравнении с паспортным (ВСС); жесткость сосудов (ЖС), тип пульсовой волны (ТПВ), насыщенность крови кислородом (SpO_2), индекс стресса (ИС).

Результаты исследования. Анализ данных показал, что, в целом, в группе ♂ и ♀ ЧСС составила $74,61 \pm 1,54$ уд./мин. В обеих обследуемых группах определены характеристики на уровне возрастного физиологического норматива. Однако ЖС в обеих половых группах не соответствует возрастному нормативу (18-40 лет: (-)40 – (-)3%). Наиболее низкая эластичность крупных артерий определена у женщин: (+) 2,3 %. Но у мужчин также характеристика с положительным знаком: (+) 0,25 %.

Средний возраст сосудистой системы не совпадает с паспортным в обеих группах: $40,58 \pm 2,2$ лет, старше на $\approx 4,3$ года. При этом особенно значительные изменения происходят в группе женщин, возраст которых ≈ 40 лет: у женщин до 39 лет: $37,1 \pm 2,3$, а у 40-летних: $46,3 \pm 8,1$ лет. В то же время, у мужчин переход к 40-летию не сопровождается значительным старе-

нием сосудистой системы: $42,7 \pm 2,4$ и $41,4 \pm 5,0$. Однако в группе 40-летних мужчин наблюдается значительное колебание показателя.

Таким образом, в группе мужчин, работающих в банковской системе, определяется достоверное различие между паспортным и системным сосудистым возрастом, в среднем определяется раннее старение на 5,1 года. Однако в дальнейшем, к 40-летнему возрасту достоверных изменений не отмечается. В то же время, у женщин, работающих в этой же системе, в среднем, до $35,3 \pm 2,0$ лет не наблюдается различие между паспортным и системным сосудистым возрастом, но после 40 лет наблюдается быстрое достоверное старение сосудов, в среднем на 9,2 года.

Нарушения эластичности мелких периферических сосудов конечностей, которые были выявлены по ТПВ, в среднем определяется у 40 % мужчин и 50 % женщин, работающих в банке.

Насыщенность крови кислородом на уровне физиологического норматива выявлена в обеих половых группах: $97,13 \pm 0,37$ и $98,06 \pm 0,19$ %, у мужчин и женщин, соответственно. Несмотря на то, что у женщин показатель SpO_2 достоверно выше ($p \geq 0,01$), оптимального значения не определено (99 %).

В группе мужчин-служащих банка определен ИС, не соответствующий физиологическому нормативу ($119,93 \pm 14,25$), и, кроме того, в 1,8 раз выше, чем у женщин, во всех возрастных группах ($p \geq 0,001$).

Отклонения показателей от физиологических нормальных могут быть результатом: курения, стресса (непривычное психоэмоциональное состояние), приема кофеинсодержащих продуктов, приема лекарственных препаратов, наркотических веществ, пищевых добавок, сильного физического переутомления, тесной одежды, недавно перенесенного заболевания и др.

Выводы

1. Адаптация сердечно-сосудистой системы мужчин-служащих банка к условиям среды выше, однако за счет постоянно высокого уровня стресса, что требует дополнительного внимания к релаксационным мерам.

2. Женщины-служащие банка, имеют в динамике ухудшение характеристик сердечно-сосудистой системы более быстрыми темпами, но, при этом, уровень стресса соответствующий физиологическому нормативу.



Общественные науки

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В Г. ХАБАРОВСКЕ

Амосова О.Н.

Научный руководитель: д. п. н. Л.Ф. Вязникова

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Хабаровск и Хабаровский край активно внедряют социальную работу с детьми-инвалидами в практику. Большое внимание уделяется формированию социально-бытовых навыков, обучению доступным формам и профориентации, коррекции эмоционально-волевых нарушений, которые являются вторичным дефектом у большинства детей-инвалидов.

В рамках целевой программы г. Хабаровска «Дополнительные меры социальной поддержки отдельных категорий граждан, семей с детьми городского округа «Город Хабаровск» на 2011–2015 годы» была организована работа по сопровождению детей-инвалидов в общеобразовательной школе № 54. Для детей с инвалидностью предусмотрены индивидуальные помощники, сопровождающие ребенка в образовательном учреждении.

Значительный вклад в развитие инклюзивного образования вносит Центр развития и просвещения «Альфа + Омега», который помогает в школах, включающихся в инклюзивное образование «Уроки доброты».

В рамках целевой программы г. Хабаровска «Дополнительные меры социальной поддержки отдельных категорий граждан, семей с детьми городского округа «Город Хабаровск» на 2011–2015 годы» была реализована подпрограмма «Формирование комфортной среды жизнедеятельности». В рамках данной подпрограммы были запланированы мероприятия по обеспечению беспрепятственного доступа лиц с ограничениями жизнедеятельности в здания муниципальных медицинских, лечебно-профилактических учреждений и учреждений общего образования, организация проведения ремонта жилых помещений инвалидов, находящихся в муниципальной и частной собственности.

В рамках социальной работы в г. Хабаровске функционирует детский благотворительный фонд «Обыкновенное чудо». Фонд с ноября 2008 года поддерживает семьи с детьми, имеющими серьезные проблемы со здоровьем. В рамках фонда функционирует несколько программ, таких как: «Школа особенных детей», «Школа родителей особенных детей», «Поможем детям вместе», «Открытый мир», «Ассоциация родителей детей с аутизмом».

Интеграция инвалидов в общество всегда являлась одним из приоритетных направлений в работе органов социальной защиты населения. С 2009 г. действует Совет при Губернаторе Хабаровского края по делам инвалидов (Постановление № 122), благодаря которому решаются многие межведомственные вопросы, касающиеся жизни инвалидов.

Хабаровский край – один из немногих регионов, в котором в течение 11 лет ежегодно проходит фестиваль спортивных и творческих способностей лиц с ограниченными возможностями «Преодолей себя». Как и во всей России, проводится Декада инвалидов. В целях решения проблемы транспортной доступности, для инвалидов в Хабаровском крае с 2005 года внедрена служба социального такси.

Помимо этого, в Хабаровске функционирует общественная организация «АРИДОНС» – единственное в г. Хабаровске учреждение, предоставляющее различные социальные услуги как семьям, переживающим трудную жизненную ситуацию, так и семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями. Данное учреждение является многопрофильным: клиентам оказывают социально-правовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические услуги, и оказание услуг детям-инвалидам – лишь одно из направлений работы учреждения. В Центре есть отделение реабилитации детей и подростков с ограниченными умственными и физическими возможностями. Основные задачи отделения реабилитации: последовательная, преемственная и квалифицированная реабилитация ребенка с ограниченными возможностями здоровья; разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации с учетом сохранения здоровых функций ребенка; координация всех структурных подразделений вокруг проблем ребенка-инвалида как внутри Центра, так и межведомственно (здравоохранения, образования, социальной защиты); включение в единый реабилитационный процесс родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья; изменения отношения социума к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Среди услуг, оказываемых специалистами отделения, можно выделить такие, как: социально-психологическая реабилитация, социально-педагогическая, социально-бытовая, социально-средовая, социокультурная, медико-социальная, социально-правовая поддержка, социализация детей с ограниченными возможностями с помощью инновационных технологий.

Таким образом, социальная работа г. Хабаровске и области в сфере защиты инвалидов формируется и реализуется под влиянием нескольких групп факторов:

- 1) наличествующей в обществе модели понимания инвалидности;
- 2) транслируемых через СМИ образов инвалидов;
- 3) мнения инвалидов о самих себе;
- 4) деятельности общественных организаций инвалидов в различных сферах: правовой, образовательной, трудовой, досуговой.

РОЛЬ СЕМЬИ В СТАНОВЛЕНИИ СЕМЕЙНО-РОЛЕВОЙ И ПОЛО-РОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ РЕБЁНКА

Андросова А., Фомина А.

Научный руководитель: Э.Б. Захарова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Произошедшие за последние десятилетия социальные изменения преобразуют стереотип поло-ролевого поведения, изменяются стереотипные представления о семейных ролях мужчины и женщины. Особое воздействие на становление и развитие поло-ролевой идентичности оказывает первый в жизни человека социальный институт – семья.

Основное влияние на семейно-ролевое поведение человека имеет фактор родительской семьи, что, несомненно, актуально для современного российского социума, в котором семьи могут иметь абсолютно различную структуру. Необходимая составляющая половой идентичности – половое самосознание (осознание своего пола в отличие от противоположного). Одной из основных характеристик психологического пола является усвоение половой роли (способа поведения людей в зависимости от их позиции в половой дифференциации). По мнению ученых (И.С. Кон, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, А.И. Захаров и др.) это происходит к концу дошкольного детства. Для гармоничного функционирования семьи характерно формирование у ребенка адекватного образа «Мы», включающего в себя модель супружеских отношений, согласованное ролевое поведение и стиль жизни семьи.

Данное утверждение имеет свою силу только в полных семьях, в неполных семьях наблюдается несколько иная ситуация. Дети из неполных семей зачастую сталкиваются с множественными психологическими и социальными проблемами. Ситуация неполной семьи часто оказывает негативное влияние на развитие ребенка. Причем это влияние многосторонне. При воспитании ребенка только матерью формирование нормального полового поведения происходит редко. В остальных случаях мужественность в поведении мальчиков либо гипертрофирована, то есть развивается ком-

пенсаторная мужественность, характеризующаяся совокупностью преувеличенно мужского поведения с зависимостью характера, либо уменьшена вплоть до полного преобладания женских качеств в натуре мужчины: словесная агрессивность, интерес к традиционно женским сферам деятельности (Кон И.С., 1979). Наличие отца имеет большое значение не только в воспитании мальчика, но и девочки: сложившийся образ отца, его линия поведения в ее будущем станет ориентиром для построения различных типов отношений. Детские отношения с отцом оказывают существенное влияние на личную жизнь будущей женщины, что подтверждается результатами многих исследований (Рожина Л.Н., 1999).

В неполной семье происходит перераспределение ролей, так как образ отношений между супругом и супругой отсутствует.

Трудности социализации и социальной адаптации приводят к нарушениям отношений с окружающими. У детей из неполных семей наблюдается большая эмоциональная нестабильность и личностная незрелость, меньшая сила «Я», повышенная эмоциональная чувствительность и пассивность, робость, пугливость, нерешительность. Появление этих эмоциональных и характерологических нарушений зависит от общения с отцом, замещающего влияния матери, нередко избыточно опекающей своих повзрослевших детей. Плохие взаимоотношения с отцом (либо отец отсутствует вообще, либо редко появляется и не занимается ребенком) лишают детей (особенно мальчиков) необходимого для их развития мужского внимания. Отсутствие отца – это отсутствие образца для подражания у мальчика и возможности приобрести опыт общения и понимания противоположного пола для девочек.

По результатам анализа психолого-педагогической литературы, посвященной особенностям семейно-ролевой идентификации дошкольников из неполных семей, представляется возможным сделать следующие выводы:

- Процесс семейно-ролевой идентификации у мальчиков из неполных семей имеет ярко выраженные характерные особенности по сравнению не только с мальчиками из полных семей, но и с девочками, как из полных, так и из неполных семей. В дальнейшем, в подростковый период такому ребенку будет сложнее усвоить жизненные роли, особенно это касается сексуальной роли: для нее характерна некая неясность, спутанность, возможен даже отказ от принятия соответствующей полу сексуальной роли.

- Девочки из неполных семей, также могут испытывать некие затруднения в процессе поло-ролевой идентификации, в частности, принять за образец мужскую модель поведения. В обществе неполные семьи выглядят неполноценными, потому девочки могут почувствовать неполноценность женского пола по сравнению с мужским.

- Нарушенная семейно-ролевая идентификация приводит к тому, что дети из неполных семей испытывают в последствии больше затруднений в общении с противоположным полом.

В связи с этим, укрепление семьи в настоящий момент – одна из главных задач теории и практики дошкольной педагогики и психологии. Актуальность проблемы формирования семейно-ролевой идентификации у детей из неполных семей крайне велика, и, несмотря на то, что существует большое количество программ для работы с детьми из неполных семей, направленных на коррекцию проблем, появляющихся у детей воспитываемых только одним родителем, ни одна из них не имеет своей целью скорректировать именно процесс семейно-ролевой идентификации. Потому необходимо вести разработку психолого-педагогических программ, направленных на формирование семейно-ролевой идентификации у детей из неполных семей, в приоритетном режиме.

ОЦЕНКА МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ СТУДЕНТАМИ ДВГМУ (ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Бокина А.В., Усенко Ю.А.

Научные руководители: к. культ. н. О.А. Бельды, к. и. н. С.В. Гончарова
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Межнациональные отношения сегодня перестали быть проблемой только одной какой-либо сферы общественной жизни, они приобрели статус глобальной социокультурной проблемы, проявляющейся во всех сферах жизнедеятельности: религия, политика, образование и прочие.

Для достижения высоких социально-экономических показателей необходим мир, создание условий, при которых возможна реализация социального и культурного потенциала граждан в различных областях, в том числе в области межнационального сотрудничества. Наличие внутренних угроз безопасности, исходящих от параметров, определяющих жизнь гражданского общества (низкого качества и уровня жизни большей части населения, экономических и финансовых кризисов, высокого уровня преступности и терроризма, растущих межнациональных конфликтов) относят проблему межнациональных отношений и межэтнической толерантности в современной России к числу актуальных.

Цель исследования – оценка межнациональных отношений у студентов Дальневосточного государственного медицинского университета (далее – ДВГМУ).

Для достижения поставленной цели необходимо было решить ряд задач:

- 1 – изучить литературу по теме исследования;

2 – провести анализ разработанности проблемы толерантности в области социологических исследований;

3 – провести социологический опрос студентов-медиков;

4 – проанализировать результаты исследования и дать характеристику толерантности будущих специалистов здравоохранения.

В ходе выполнения данной научно-исследовательской работы изучена литература по теме исследования, проведен социологический опрос, в котором принимали участие 300 студентов ДВГМУ.

Материалом для исследования являлись анкеты. Исследование проводилось анонимно. Хронологические рамки исследования охватили период 2015–2017 гг.

Данное исследование дало репрезентативные результаты, которые позволяют экстраполировать полученных данных на молодежь всего Дальневосточного федерального округа, поскольку опрашиваемые студенты прибыли на обучение из нескольких субъектов Дальневосточного федерального округа, а также стран ближнего зарубежья. Основанием для этого стал не только национальный состав студентов, но и одна из центральных проблем, исследуемых в рамках социологического опроса – оценка характера межнациональных отношений.

Основные методы исследования: анкетный опрос, наблюдение, ситуационный мониторинг, компьютерная обработка данных в программе Microsoft Office Excel, описание и анализ полученных данных, анализ статистической информации и последующая систематизация полученных сведений.

Проведено масштабное мониторинговое исследование в форме опроса мнений студентов лечебного, медико-гуманитарного, педиатрического, стоматологического, фармацевтического факультетов и медико-фармацевтического колледжа ДВГМУ о состоянии межэтнических и межконфессиональных отношений в регионе.

В анкетировании приняли участие представители двадцати разных национальностей, в том числе: русские – 77,3 %, якуты – 4 %, таджики – 2 %, буряты – 1,6 %, узбеки – 1,6 %, корейцы – 1,6 %, украинцы – 1,3 %, татары – 1 %, армяне – 0,6 %, белорусы – 0,6 %, азербайджанцы – 0,3 %, башкиры – 0,3 %, грузины – 0,3 %, гураны – 0,3 %, киргизы – 0,3 %, чукчи – 0,3 %, эвены – 0,3 %, японцы – 0,3 %, нанайцы – 0,2 %, эвенки – 0,2 %.

Среди первостепенных проблем современной России 71 % респондентов относит данные проблемы к важным, но не главным, 19,7 % выделили проблемы межэтнических (межнациональных) отношений, 6 % считают их незначительными.

В оценках студентов-медиков национальность человека не является определяющей. Большинство (69 %) опрошенных студентов считают, что личные качества человека важнее его национальности, 18 % отдали предпочтение ответу – только по отношению к некоторым национальностям, и

10 % считают, что национальность во многом определяет личные качества человека.

34,7 % опрошенных будущих специалистов здравоохранения указали, что им безразлично увеличение числа мигрантов не русской национальности в Хабаровском крае, 33,3 % терпимо отнесутся к данному факту, 23,3 % – нетерпимо.

Проведенное исследование позволило оценить мнение респондентов об уровне толерантности в их родном населенном пункте. Ответ «нейтрально» дали 58,3 % будущих медиков, «доброжелательно» – 19,6 %, «недоброжелательно» – 16,3 %.

В рамках исследования была проведена оценка уровня толерантности в межэтнических отношениях по факультетам ДВГМУ. Данные опроса зафиксировали нейтральное отношение к представителям основных религиозных конфессий в Хабаровском крае у 90 % студентов лечебного и педиатрического факультетов, 70 % студентов-стоматологов, 67 % студентов медико-фармацевтического колледжа.

Проанализировав данные опроса можно сказать, что большая часть молодежи не против того, чтобы в Россию приезжали люди других народностей при условии, что те будут соблюдать законы Российской Федерации и уважительно относиться к ее культуре.

Также была отмечена часть респондентов, относящихся к другим национальностям устойчиво негативно, независимо от сопутствующих факторов. Им не интересны мероприятия, направленные на улучшения взаимоотношений между разными народностями Хабаровского края.

Кром того, стоит отметить, что девушки относятся в целом более терпимо к представителям других этнических групп, чем юноши.

Особое внимание респондентов вызвал вопрос веры. Значительное количество верующих – это граждане не славянской этнической группы. По данным социологического исследования, больше половины опрошенных студентов являются религиозно ориентированными.

По мнению студентов, чтобы ослабить межнациональное напряжение в учебных заведениях, начиная со школы, нужно проводить специальные мероприятия, направленные на знакомство представителей разных народов с культурой, традициями и искусством друг друга.

Из проведенного опроса стало понятно, что большинству студентов интересно узнать о других народах – их обычаи, стиль жизни, язык, блюда национальной кухни. Потому что, когда человек видит, чем живет другой народ, ему легче принять другую культуру. Увеличение числа общеуниверситетских мероприятий, направленных на общение и ознакомление с культурами разных этносов, позволит повысить уровень межнационального сотрудничества студентов и полнее реализовать социальный и культурный потенциал будущих врачей.

Вывод. Поставленная в исследовательской работе цель достигнута – проведена оценка межнациональных отношений у студентов Дальневосточного государственного медицинского университета (далее – ДВГМУ).

Задачи, поставленные для достижения поставленной цели, были решены. А именно, изучена литература по теме исследования; проведен анализ разработанности проблемы толерантности в области социологических исследований; проведен социологический опрос студентов-медиков и проанализированы результаты исследования, дана характеристика толерантности будущих специалистов здравоохранения.

Таким образом, проведенная исследовательская работа показала, что толерантность у студентов ДВГМУ, отношение к ней как к важнейшей жизненной ценности во многом определяет их дальнейшую ориентацию, выбор стратегий сотрудничества, уважения к проявлениям инакомыслия, критическому, обоснованному пониманию различных социальных явлений. Такое понимание имеет практическое значение, так как поможет будущим специалистам здравоохранения осознанно применять в профессиональной деятельности полученные знания, позволит с достаточной глубиной осмысливать современные межличностные, социальные и этнопроблемы, общей культуры и сформирует психологическую готовность к их решению.

О ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ, СВЯЗАННОЙ С ПРОБЛЕМОЙ УТИЛИЗАЦИИ ИПРИТА

Бубликов А.А., Кочкина Е.П.

Научный руководитель: к. м. н. А.Ю. Щупак

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Иприт, синтезированный в 1860 году немецким ученым Альбертом Ниманном, является отравляющим агентом кожно-нарывного действия. Первое боевое применение иприта состоялось в ночь с 12 на 13 июля 1917 года под городом Ипр, который и дал название веществу. Тогда поражения различной тяжести получили 2490 человек, из которых 87 скончались. Особое военное значение этого отравляющего вещества (ОВ) заключалось в том, что пораженные на длительное время становились небоеспособными. Химическая стабильность и исключительные физические свойства обеспечивали высокую стойкость иприта, возводили это соединение в ранг мощного оборонительного средства, которое стесненная немецкая армия смогла долгое время эффективно противопоставлять наступательным действиям союзников. Так, в марте

1918 г. немецкие войска выпустили по частям 3-й английской армии около 250 000 ипритных мин.

В 1925 году главы большинства государств подписали Женевский протокол, запрещающий производство и применение удушающих и отравляющих веществ. Однако, германское правительство, а также руководства фашистских государств игнорировали международные соглашения, что позволило довести накопленные запасы иприта до максимальных величин. После победы над фашистской Германией союзникам-победителям достались в качестве трофеев огромные запасы химического оружия: 267,5 тысяч тонн бомб, снарядов, мин и контейнеров, в которых содержалось 50-55 тысяч тонн различных боевых отравляющих веществ, 80 % из которых составлял иприт.

Естественно, возникла необходимость утилизации этих отравляющих веществ. Масштабная работа по выводу химического оружия из оборота цивилизации была выполнена по решению Тройственной комиссии (США, Англии и Советского Союза) в первые годы после окончания Второй мировой войны. Немецкие запасы иприта было решено затопить на дне Балтийского моря.

Обнаруженное в Западной Германии химическое оружие американскими и английскими оккупационными войсками было затоплено в четырех районах прибрежных акваторий Западной Европы:

1. на норвежском глубоководье близ Арендаля;
2. в Скагерраке близ шведского порта Люсечил;
3. между датским островом Фюн и материком;
4. близ Скагена, крайней северной точки Дании.
5. Советские войска затопили иприт вблизи принадлежащего Швеции острова Готланд и датского острова Борнхольм.

С учетом продолжающегося синтеза более совершенных с военной точки зрения отравляющих веществ, СССР стал уничтожать свой собственный иприт, к 50 годам двадцатого столетия потерявший свою актуальность.

Непосредственно после войны местами захоронения были, например, Центральный военно-химический полигон в поселке Шиханы и военно-химический полигон на станции Арысь на юге Казахстана. Летом 1945 года туда с заводов Дзержинска, Чапаевска и Сталинграда были отправлены большие партии стойких ОВ, в том числе иприта. Иприт отправлялся в степь по специально проложенной железнодорожной ветке, выливался в выкопанные в грунте ямы и сжигался.

Местом уничтожения крупных партий иприта служила также военно-химическая база в Камбарке. В конце 50-х г. здесь было сожжено около 2 тысяч тонн загустевшего иприта, находившихся в 20-30 резервуарах. Толщина слоя загустевшего иприта в резервуарах доходила до 2 м.

Сходным образом решалась на рубеже 50-60-х гг. судьба иприта на базе в Покровке под Чапаевском. К 80-м гг. относится открытое сжигание иприта на военных базах химических войск в Камбарке и Горном.

В настоящее время наибольшую опасность представляет иприт, захороненный в Балтийском море. ОВ лежит на морском дне в бочках, авиабомбах и прочих боеприпасах. По оценкам военных специалистов, скорость сквозной коррозии оболочек этих резервуаров может варьировать от 13 до 80 лет. Следовательно, опасные для здоровья людей вещества уже попадают в воду, в небольших количествах накапливаются в растениях, зоопланктоне и в рыбах. В настоящее время в местах захоронения химического оружия Третьего рейха появились рыбы с генетическими отклонениями. Первые сообщения об этом начали появляться еще 15-20 лет назад, тогда тревогу забили ученые из Дании и Германии. Биологи из стран Балтийского региона ранее уже сталкивались с различными мутациями у рыб и птиц. Специалисты говорят о том, что рыбы, обитающие в местах захоронения химического оружия, обладают большим количеством болезней, чем те, которые обитают в других областях Балтики. По мнению специалистов, данные изменения напрямую связаны с воздействием именно иприта, боеприпасы с которым после войны были захоронены на морском дне.

Известный российский генетик профессор В.А. Тарасов провел исследование этой сложнейшей экологической проблемы и пришел к удручающим выводам по поводу негативного влияния затопленного химического оружия на здоровье людей. Им установлено, что попавшее по пищевой цепочке в человеческий организм ничтожное количество отравляющих веществ обладает не только сильным токсичным, но и мутагенным действием.

Генетические последствия, обусловленные отравлением людей затопленным наследием Второй мировой войны, обладают двумя важнейшими особенностями:

1) они необратимы, а первоначально возникшие мутации не исчезнут из генофонда;

2) при отравлении людей химическими веществами могут произойти столь непредсказуемые наследственные изменения у будущих поколений, что их не удастся устранить даже наиболее эффективными лекарствами и применением современных медицинских технологий.

Существует реальная проблема утилизации опасных ОВ, находящихся на дне Балтийского моря. Химическое оружие в нем затапливалось двумя способами:

1) союзники топили химическое оружие груженными баржами, которые были начинены боеприпасами, в различных местах западной части Балтийского моря и в проливах;

2) советские моряки затапливали трофейное химическое оружие путем сбрасывания за борт снарядов и бомб. Таким образом, захоронение химических боеприпасов происходило на огромных пространствах.

Специалистами был высказан ряд предложений по решению проблемы захоронений отравляющих веществ, включая их консервацию, строительство над захоронением специального саркофага и т. д. В частности, в России ряд ученых работают над проблемой обеспечения надежной изоляции затопленных химических боеприпасов с помощью специальных композиционных материалов.

Другой метод – применение криогенных технологий с использованием жидкого азота для безопасного подъема химических боеприпасов на специальное судно и перезахоронения их.

Но металлические корпуса бомб и снарядов подвержены коррозии, особенно находясь в морской воде. Поэтому существует реальная возможность утечки химических соединений. Очевидно также, что проведение работ на глубине с таким количеством снарядов, бомб и мин не просто крайне опасно, но и очень дорого. Выбор решения остается за международным сообществом, которому так или иначе в ближайшие годы придется приступить к практической защите акваторий Европы от опасного наследия Второй мировой войны. Решать данную проблему необходимо сообща всем заинтересованным странам, которые располагаются на Балтийском побережье.

Таким образом, очевидно, что проблема захоронения иприта и других ОВ в Балтийском море – одна из самых злободневных экологических проблем как для нашего государства, так и для других стран мира.

Сложность утилизации горчичного газа заключается не только в том, что на данный момент снаряды и бочки, подвергнутые коррозионным изменениям, поднимать очень опасно и дорого, но и в том, что многие места захоронений иприта до сих пор остаются неизвестными. В целом ситуация, складывающаяся с захоронениями химического оружия, неблагоприятна, что не может оставаться неизменным слишком долго без ущерба для населения.

Необходимо подойти к решению данной проблемы осознанно и с полным знанием дела, ведь от действий живущих сейчас людей зависит будущее многих стран мира.

СЕЛФИМАНИЯ – ЧУМА XXI ВЕКА

Воротников А.Д.

Научный руководитель: к. б. н. Н.П. Ларина

Читинская государственная медицинская академия,

г. Чита, Россия

С появлением смартфонов повальным увлечением среди молодых людей стало селфи. Селфи (англ. «selfie») - разновидность автопортрета, заключающаяся в запечатлении самого себя на фотокамеру. Сама по себе фотография насчитывает уже пару сотен лет, а новомодное явление - это всего лишь банальные последствия технического прогресса. Первым подростком, сделавшим селфи, считается Анастасия Романова: 13-летняя дочь императора Николая Второго сфотографировала себя в зеркале. На сегодняшний день сделать фотографию самого себя - не самая сложная задача. Нынешние подростки ради того, чтобы выложить фотографию на своей страничке в социальной сети и получить некоторое количество восторженных комментариев и оценок, люди идут на любые жертвы, на неоправданный риск, и в погоне за сомнительным удовольствием и мимолетной славой они готовы даже потерять самое ценное — жизнь. В России увеличилось число случаев, когда селфи становится причиной травматизма и летального исхода. По статистике МВД России за 2016 год произошло 100 несчастных случаев по причине селфи, 10 из них закончились летальным исходом. Однако научных публикаций на эту тематику крайне мало и затрагивают лишь некоторые аспекты селфи, а не создают целостный образ данной характеристики. На наш взгляд - данный феномен незаслуженно остается за пределами научных исследований, и требует более глубокого изучения.

Цель и задачи работы. Изучение отношения к селфи среди школьников г. Читы и студентов ЧГМА; проанализировать теоретический материал по теме; составление анкеты и проведение опроса среди посетителей социальных сетей и студентов ЧГМА, для определения увлеченностью селфи.

Результаты: В анкетировании участвовали 260 человек в возрасте от 15 до 21 лет (учащиеся школ г. Читы – 140 человек и студенты первого курса ЧГМА - 120 человек). Анкета состояла из 9 вопросов. Были получены следующие результаты: селфи делают 75% опрошенных (40% учащиеся школ, 35% студенты ЧГМА), из них 28% фотографируют себя и выкладывают фото в интернет ежедневно (20% учащиеся школ, 8% студенты ЧГМА); 14% уверены, что селфи повышает самооценку, демонстрируя насколько профессиональный, на самом деле, автор снимка (10% учащиеся школ, 4% студенты ЧГМА), 43% утверждают, что селфи помогает сохранить важные воспоминания (21% учащиеся школ, 22% студенты ЧГМА), 22% отдали свой голос за то, что селфи привлекает намного больше внимания и комментариев, чем любые другие фотографии (18% учащиеся школ, 4% студенты ЧГМА), и только 21% согласны с тем, что стрем-

ление демонстрировать свою внешность, новую одежду, другие покупки, покорение «вершин» указывает на самом деле на одиночество (6% учащихся школ, 15% студенты ЧГМА). Экстремальными селфи увлекается 12% опрошенных, из них у 17% есть опыт селфи на крышах поездов и вблизи открытого огня. Зависимостью от селфи считают лишь 25%, больше половины относятся к ней нейтрально, при этом только 8% не знают о смертельных исходах опасных селфи.

Выводы

1. Подавляющее большинство опрошенных молодых людей подвержены селфи, четверть из всех делают селфи ежедневно и постоянно выкладывают фотографии в интернет.

2. Чуть меньше половины из них увлекаются экстремальными селфи, и за интересную фотографию, которую как они предполагают положительно оценят незнакомые люди в социальных сетях, готовы рисковать, зная о возможных последствиях такого поступка.

3. Зависимостью селфи они не считают, или стараются сделать вид, что проблемы не существует, лишь немногие молодые люди называют селфи – нездоровым явлением. Отрицательно настроенные к селфи отмечают нецелесообразность, неоправданность риска, недоумение о том, как можно ставить свою жизнь на одну чашу весов с дешевой популярностью у малознакомой и вовсе посторонней аудитории. Некоторые предлагают писать на смартфонах предупреждающие надписи, как на сигаретах: «Селфи вредит вашему здоровью».

«КНИГА ПЕРЕМЕН» («ЧЖОУ И») В ФИЛОСОФИИ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЕ

Иванова А.В., Отверченко Е.П.

Научный руководитель: к. филос. н. С.М. Марков

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Цель нашей работы – показать значимость «Чжоу И» в современной философии и дальневосточной медицине.

Методы исследования: анализ, синтез, концептуализация, исторический и логический, нарративный метод.

Источники: «Книга перемен» («Чжоу И»), комментарии «Чжоу И» («Десять крыльев»), порядок Вэнь-ван, современные философские исследования «Книги перемен».

«Книга перемен» – канон перемен эпохи Чжоу, т. е. «Чжоу и», является одним из самых ранних литературных памятников Древнего Китая, в котором изложены философские идеи. Иероглиф Чжоу (周) означает «цикл, кругооборот», а «Чжоу И» (周易) означает цикличность перемен.

Результаты исследований. Книга перемен состоит из канонической и комментирующей частей. В первую входят 64 графических символа: иероглифические названия, поясняющие афоризмы и высказывания. Вторая часть или «Десять крыльев» – это комментарий к «Чжоу И».

Изначально «Книга перемен» создавалась как гадательный текст, но со временем она приобрела философский характер. За время своего существования книга собрала множество высказываний философов разных времен и комментариев, как восточных, так и западных. Как утверждают древние китайские легенды, создана она была могущественными людьми, которые заложили в особые гексаграммы все тайны существующей вселенной. В связи с чем, отмечают многие китаеведы (Ю.К. Щуцкий, А.И. Кобзев и др.) «Книга перемен» – это зашифрованная картина мира». Существует легенда, что книга была создана китайским правителем Фу Си в III тысячелетии до н. э., а составил её триграммы в особом порядке Вэнь-ван.

В современной философии «Чжоу И» исследуют А.А. Крушинский в «Логике «И цзин» (М., 1999), А.И. Кобзев в «Логике и диалектике Китая» (М., 2006), А.В. Нестеров в «Парадоксальной логике «Книге перемен» (М., 2010), а также С.М. Марков в «Лекциях по логике для юристов» (Хабаровск, 2012) и др. Разделение «Чжоу И» на гадательную и научную части выделил Ю.М. Сердюков в своей статье «Формирование научного и паранаучного знания в классической китайской культуре» (Хабаровск, 2016). Он же показал её философский смысл и статус.

А.И. Кобзев полагают, что Книгу перемен можно рассматривать как философский трактат или философскую методологию. А.А. Крушинский и С.М. Марков рассматривают её как первый трактат по символической логике и считают, что её познание и описание возможно средствами математической логики В. А. Смирнова. Востоковед А.В. Нестеров порядок триграмм Вэнь-вана исследовал средствами математической логики, точнее, через тетраэдр и таблицу логических функций. Есть и другие трактовки великой китайской книги, многократно встречающиеся в современном Интернете.

С помощью «И цзин» в Китае искали потерянные вещи, предсказывали погоду, лечили людей, заключали брачные союзы, правили государством. Законы алхимии, изложенные в «Книге перемен» использовались мудрецами для изготовления лекарств, излечения болезней. Кстати, некоторые рецепты сохранились и дошли до наших дней. Например, первоначальное упоминание лечебного дерева гинкго было обнаружено в «И цзин», где говорится, что из коры и листьев растения делали целебные отвары для излечения опухолей.

В Древнем Китае человеческий организм не мыслился разделённый на тело и душу, на активные центры (сердце, мозг) и пассивную периферию (конечности), конечности не считались «конечностями». Китайская медицина гласит: в самом общем виде соотношения между человеческим телом

и миром в целом можно описать двумя формулами: «тело есть образ мира» и «мир есть образ тела». Важно понять, что китайская традиция народной медицины, уходящая истоками в «Чжоу и», среди органов человеческого тела выделяет две основные группы: 1-я имеет отношение к субстанции инь; 2-я имеет отношение к субстанции ян.

Всё чаще встречается словосочетание «доказательная медицина», в том числе в новом стандарте по медицинскому образованию. Истоки доказательной медицины можно искать как раз в эффекте плацебо, то есть препарата-пустышки, лишённого действующего вещества. Иногда лечение напоминает что-то среднее между лотереей и блужданием в лабиринте, и каждое последующее посещение врача вместо ответов порождает новые вопросы. Исходя из этого, мы можем предположить, что Книгу Перемен можно использовать для поиска ответов на вопросы доказательной медицины.

Каждый читатель найдёт в «Книге Перемен» что-то для себя: мудрое руководство на нелегком пути к совершенству, универсальный источник мантической (гадательной) информации или ещё один способ обогнать судьбу. Непростой, неоднородный текст «Книги перемен» даёт ответы на многие как жизненные, так и медицинские вопросы. Однако формулировка ответа заставляет самому додумать решение проблемы, а не выдаёт готовый совет. «В Переменах ясный смысл в образах заложен. Но никто в одних чертах вскрыть его не сможет. Кто не знает смысла черт, тот толкует всеу: Точно он незримый вихрь красками рисует» (Цю Чэн). Это ещё раз подчеркивает гениальность «Книги перемен» и её значимость, как в философии, так и дальневосточной медицине.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С МНОГОДЕТНОЙ СЕМЬЕЙ

Колобова Л.А., Кречко Д.А.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Семья – родители (законные представители) и дети, совместно проживающие с ними и ведущие общее хозяйство. Многодетная семья – семья, в которой родились и (или) воспитываются трое и более детей (в том числе усыновленные, а также пасынки и падчерицы) до достижения младшим из них возраста 16 лет, а обучающимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, – 18 лет. В составе многодетной семьи не учитываются дети, находящиеся на полном государственном обеспечении, и дети, в отношении которых родители лишены родительских прав или ограничены в них.

Все многодетные семьи могут быть распределены на три категории:

1. Семьи, многодетность в которых запланирована (например, в связи с национальными традициями, религиозными предписаниями, культурно-идеологическими позициями, традициями семьи). Такие семьи испытывают много трудностей, обусловленных малообеспеченностью, теснотой жилья, загруженностью родителей (особенно матери), состоянием их здоровья, но у родителей имеется мотивация к воспитанию детей.

2. Семьи, образовавшиеся в результате второго и последующих браков матери (реже – отца), в которых рождаются новые дети. Исследования показывают, что такие семьи могут быть вполне благополучными, но их членам присуще ощущение неполной семьи.

3. Неблагополучные многодетные семьи, образующиеся в результате безответственного поведения родителей, иногда на фоне интеллектуально-психических патологий, алкоголизма, асоциального образа жизни. Дети из таких многодетных семей особенно часто нуждаются в помощи, реабилитации, страдают от болезней и недоразвития. В случае утраты родительского попечения их судьбу особенно трудно устроить, ибо семейное законодательство препятствует разделению детей из одной семьи, а усыновить 3-7 детей разного возраста и разной степени социальной дезадаптации далеко не всегда возможно.

Многодетные семьи всех типов имеют общую социальную проблему, специфически связанную с многодетностью: дети из таких семей по сравнению со сверстниками из преобладающих малодетных семей чаще демонстрируют заниженную самооценку, им присущи неадекватные представления о собственной значимости, что может отрицательно сказаться на всей их последующей судьбе. Кроме того, малые интервалы в рождении детей, характерные для многодетных семей, приводят к постоянному наличию большого числа малолетних братьев и сестер, что влечет за собой снижение социального возраста старших сиблингов.

Отношения государства и общества с многодетными семьями нуждаются в постоянном регулировании. Для этого нужна правовая база, опирающаяся на определенные законы. Законодательная и нормативно-правовая база является совокупностью правовых документов, отражающие четыре уровня субъектов их издания. Первый уровень – регламентирующие, рекомендательные документы мирового сообщества: учредительные акты, декларации, пакты, конвенции, рекомендации и резолюции ООН и ВОЗ по вопросам образования, науки и культуры, Международной Организации, действующей под эгидой ООН и др. Второй уровень – внутригосударственные юридические акты федерального значения: Конституция РФ, законы РФ, указы, распоряжения Президента РФ, Правительства РФ, приказы Министерства труда и социального развития. Третий уровень – исполнительные акты регионального значения:

указы, распоряжения главы региона. Четвертый уровень – муниципальные акты районного значения: постановления, распоряжения главы администрации муниципального образования. Определяющее значение в обеспечении жизнедеятельности семей имеет также государственная экономическая и социальная политика, от которой зависят занятость населения в сферах общественного труда, благосостояние и доходы семей.

К настоящему времени сложились четыре основные формы государственной помощи семьям, имеющим детей:

1. Денежные выплаты семье на детей и в связи с рождением, содержанием и воспитанием детей (пособия и пенсии).

2. Трудовые, налоговые, жилищные, кредитные, медицинские и другие льготы семьям с детьми, родителям и детям.

3. Бесплатные выдачи семье и детям (детское питание, лекарства, одежда и обувь, питание беременным женщинам и др.).

4. Социальное обслуживание семей (конкретная психологическая, юридическая, педагогическая помощь, социальные услуги).

Таким образом, предоставление мер социальной поддержки многодетным и малообеспеченным семьям осуществляется на основании нормативных правовых актов субъектов РФ. Все уровни социальной защиты многодетных семей – и федеральный, и региональный, и местный – действуют как единая система соподчиненных структур.

СОЦИАЛЬНОЕ УСТРОЙСТВО ДЕТЕЙ-СИРОТ В РОССИИ

Комягина А.Е., Золотарева С.А.

Научный руководитель: к. пед. н. С.А. Золотарева

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

В любом государстве есть дети-сироты и дети, которые по разным причинам остаются без попечения родителей. Ребенок, потерявший родителей, – это особый, по-настоящему трагический мир. Потребность иметь семью, отца и мать – одна из сильнейших потребностей ребенка. В этом случае общество и государство берет на себя заботу по развитию и воспитанию таких детей.

Законодательное определение терминов «дети-сироты» и «дети, оставшиеся без попечения родителей», дано Законом «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот, оставшихся без попечения родителей», основанное на положениях ст. 121 Семейного кодекса. Дети-сиротами считаются лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с рядом обстоятельств – таких, как отсутствие родителей или лишение их родительских

прав, ограничение в родительских правах, признание безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), находящимися в лечебных учреждениях; объявленными умершими; отбывающими наказание в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы и т.д.

Борьба с сиротством в России насчитывает длинную историю. Уже в 879 г. в летописи упоминается, что после смерти родителей заботу о ребенке-сироте несут опекуны – ближайшие родственники. С принятием христианства сироты попадали в монастыри («монастырские детеныши»).

Распространение явления социального сиротства в нашей стране обусловлено комплексом особых условий и процессов в обществе, характеризующих развитие России на протяжении XX века и связанных с революцией 1917 г., тремя разрушительными войнами (первая мировая, гражданская, Великая Отечественная), террором 1920-х–30-х годов, а также последствиями перестройки конца 1980-х – начала 90-х годов. В СССР дети-сироты воспитывались преимущественно в закрытых и полужакрытых интернатах и детских домах.

Кризис семьи, констатируемый специалистами, негативно отразился на состоянии детства в стране в 1990-е гг., приведя к росту сиротства и увеличению числа детских домов и школ-интернатов. Впервые проблемой стало их переуплотнение (из Государственного доклада 1994 г. «О положении детей в РФ», М., 1995 г., гл. 8). В 1990-е годы росло число выявленных детей, оставшихся без попечения родителей.

«Зло разрушения» принесло свои плоды: в России впервые за ее многовековую историю появились так называемые «отказные» дети, которых матери, не желая брать на себя ответственность за воспитание, передавали под расписку государству, навсегда отказываясь от прав на ребенка. Такие дети пополняли Дома ребенка, а позже – детские дома и школы-интернаты. С изменением в 1990-е годы политических ориентиров в стране произошли изменения в семейной политике. Правительство предприняло ряд мер, направленных на укрепление института семьи и устройство детей-сирот. Большинство из них передавались под опеку (попечительство) и на усыновление, около 30 % от их числа устраивались в дома ребенка, детские дома, школы-интернаты и другие учебно-воспитательные учреждения. Получили развитие семейные формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Стали появляться такие альтернативные формы устройства сирот, как детский дом семейного типа (первый детский дом семейного типа был создан еще в 1988 г. инициативе Советского детского фонда), детская деревня. Эти новые формы устройства детей-сирот описывает И.А. Бобылева в своей книге «Педагогические условия постинтернатной адаптации выпускников образовательных учреждений детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения» (2000).

Статистика свидетельствует: по числу детей-сирот, приходящихся на каждые 10 тысяч детского населения (а по данным государственного комитета России по статистике в СССР проживает 40 миллионов детей), Россия занимает первое место в мире.

Проблема сиротства является сегодня проблемой, характерной для многих развитых и развивающихся стран. Так, американские исследователи отмечают, что по всему миру больницы, родильные дома, специальные заведения заполнены брошенными младенцами. В разных странах и разные специалисты их называют по-разному: «отказные дети», «казенные младенцы», «рожденные, чтобы быть покинутыми», «вечные новорожденные» и др. По данным международных экспертов ООН, отмечается заметный рост числа брошенных детей в странах Западной и Восточной Европы, который в последние годы усиливается в связи с известными процессами миграции с Востока.

Решение проблемы сиротства в нашей стране берет на себя государство, которое рассматривает стабилизацию социальных и экономических процессов в обществе, социальную поддержку семьи, материнства и детства. К этой проблеме также должна быть привлечена общественность, которая способна создать комфортные условия для жизни в обществе детям-сиротам.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЖЕНЩИНАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ТЯЖЕЛОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ КГКУ «ХАБАРОВСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ»)

Максимчук Т.В.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

В нашей стране, как и в других странах мира, традиционно социальная работа с женщинами считается более важной сферой социальной деятельности. Основная причина выделения женщин в качестве социальной группы, нуждающейся в большей социальной поддержке, связана с их способностью к деторождению, которая, обеспечивая продолжение рода, является основанием жизнеспособности того или иного социума.

Важным источником интереса к социальной работе с женщинами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации (ТЖС), является ее перспективность в роли потенциально важного фактора психологического и физического благополучия. Сам термин «трудная жизненная ситуация»

(ТЖС) относится к числу понятий, наиболее часто употребляемых в социологической, педагогической, психологической литературе. Обычно ТЖС трактуют как ситуацию, которая нарушает, или грозит нарушить, возможности нормального социального функционирования индивида, семьи, группы, общности. Следует учитывать, что самостоятельно, без внешней помощи, сами индивиды справиться с этой ситуацией не в силах.

Для нашего исследования представляет интерес опыт работы с женщинами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации в Хабаровском крае. Мы рассмотрели опыт помощи женщинам, оказавшимся в ТЖС, на примере Краевого Государственного Казенного Учреждения «Хабаровский центр социальной помощи семье и детям», ознакомились с системой организации и функционирования данного учреждения, провели анализ нормативно-правовой базы и основных направлений его деятельности.

В связи с частыми обращениями женщин к специалистам «Хабаровского центра социальной помощи семье и детям» за помощью по предотвращению насилия в семье, возникла необходимость открытия Отделения кризисного центра для женщин (далее – Отделение), которое является структурным подразделением КГКУ ХЦСПСД. С 2016 г. Центр осуществляет свою деятельность в этом направлении.

Отделение рассчитано на 6 мест для временного проживания женщин с несовершеннолетними детьми и размещается в приспособленном здании с необходимыми помещениями, соответствующими санитарно-гигиеническим, противопожарным и требованиям охраны труда. Созданы все условия для комфортного и безопасного проживания клиентов, приближенные к домашним, – наличие необходимой мебели и бытовой техники. Отделение оказывает социально-психологические, социально-правовые, социально-педагогические, социально-трудовые услуги женщинам (их несовершеннолетним детям), признанным нуждающимися в социальном обслуживании, в связи с наличием обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина:

- наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами;
- наличие психологического насилия в семье;
- подвергшимся физическому насилию в семье, сексуальным домогательствам;
- находящимся в состоянии развода, угрожающем жизни и здоровью женщины и ее несовершеннолетним детям;
- утрата места жительства и (или) ущерб здоровью в результате чрезвычайных ситуаций, природного и техногенного характера, вооруженных и межэтнических конфликтов.

Срок пребывания в Отделении зависит от специфики нуждаемости получателя социальных услуг, но не более 90 дней подряд в течение ка-

лендарного года. По решению комиссии министерства социальной защиты населения срок стационарного обслуживания может быть продлен.

В Отделении созданы все необходимые условия для обеспечения максимально полной социально-психологической реабилитации и адаптации в обществе, семье; привлекаются различные государственные органы и общественные объединения к решению вопросов социальной помощи женщинам, признанным нуждающимися в предоставлении социальных услуг, и координация их деятельности в этом направлении.

Осуществляется взаимодействие со специалистами учреждений, органов исполнительной власти и общественных организаций города и района для оказания комплексной помощи женщинам с несовершеннолетними детьми. Женщинам оказывается поддержка в решении проблем мобилизации их собственных возможностей и внутренних ресурсов по преодолению сложных жизненных ситуаций. Социально-психологическая помощь женщинам в социальной адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни.

Таким образом, цель деятельности Отделения кризисного центра для женщин КГКУ «Хабаровский центр социальной помощи семье и детям» – оказание социальной помощи женщинам с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, с предоставлением временного приюта.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ, ПОПАВШИМИ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ НА ПРИМЕРЕ ПОГОРЕЛЬЦЕВ

Матюшина Н.В.

Научный руководитель: Т.С. Денисова

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

В настоящее время в городе Хабаровске существует ряд актуальных социальных проблем, которые не могут оставаться без внимания. Одной из таких проблем, является жилищная, но она весьма обширна, может состоять, как в приобретении своего собственного жилья, так и восстановлении его после несчастного случая. По данным МЧС, в России ежегодно происходит около 300 тысяч пожаров, в которых погибает около 20 тысяч человек, ещё 12 тысяч получают серьёзные травмы. После большинства крупных пожаров тысячи семей теряют свои дома и затем вынуждены скитаться по родственникам, знакомым и временным жилищам.

Данная проблема характерна и для Хабаровского края. К сожалению, получение достоверных данных о количестве человек, попавших в трудную жизненную ситуацию вследствие пожаров, не представляется возможным, т.к. этими данными располагают органы МЧС, которые не рас-

пространяют данную информацию для широкой общественности. Однако при анализе СМИ, было выявлено, что с 2015–2016 гг. число, пострадавших по Хабаровску и Хабаровскому краю, при взрыве бытового газа составляет порядка 146 человек.

Такие семьи ждут помощи со стороны государства, так как не каждая из них в силах справиться с этой проблемой самостоятельно, на практике они чаще всего сталкиваются с большим количеством сложностей и редко получают ожидаемую помощь.

В рамках оказания социальной помощи пострадавшим в результате ЧС Управление МЧС сотрудничает со следующими службами: Министерство чрезвычайных ситуаций; Росреестр; Министерство здравоохранения; ЖКХ. Это взаимодействие заключается в следующем: запрос справок о составе семьи; запрос о наличии имущества; запрос о виновниках ЧС; запрос актов обследования пострадавшего имущества. Данное взаимодействие регламентируется ФЗ от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Также взаимодействует с различными общественными организациями, торговыми предприятиями, благотворительными фондами по вопросам оказания натуральной помощи пострадавшим, выдачи денежных средств для оплаты счетов для приобретения товаров первой необходимости.

У каждой из них выработана определённая технология оказания помощи на основе их был разработан проект создание комплексного центра и разработкой алгоритма предоставления социальной-экстренной помощи погорельцам.

Помощь органами МЧС основывается на следующих положениях:

1. сохранение жизни и здоровья людей, оказание помощи человеку, который оказался в чрезвычайной ситуации;
2. оказание материальной помощи семьям, дома и квартиры которых пострадали в результате чрезвычайной ситуации;
3. оказание гуманитарной помощи гражданам, пострадавшим во время чрезвычайной ситуации;
4. оказание психологической поддержки пострадавшим в результате ЧС

Помощь Министерства социальной защиты населения, включает в себя следующие аспекты:

1. подготовка пакета документов для оказания материальной помощи и содействие в ее получении пострадавшим в результате ЧС;
2. социальная помощь в виде предметов первой необходимости гражданам, пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации;
3. уведомление клиента о назначении социальной помощи либо об отказе в ее назначении и перечислении материальной помощи на лицевой счет заявителя;

4. оказание социальной помощи пострадавшему в результате ЧС в виде денежной выплаты;

5. оказание социальной помощи пострадавшему в результате ЧС в виде натуральной помощи;

6. оказание адресной социальной помощи пострадавшим в результате ЧС

Оказание социальной помощи пострадавшим в результате ЧС на уровне общественных организаций базируется на следующих положениях:

1. оказание помощи гражданам, пострадавшим в ЧС, на безвозмездной основе;

2. предоставление гуманитарной помощи малоимущим гражданам при наличии соответствующих документов;

3. передача нуждающимся, одежды, продуктов питания и предметов первой необходимости;

4. оказание психологической поддержки пострадавшим в результате ЧС волонтерами – добровольцами

В Хабаровском крае, как и в России на данный момент нет комплексного центра для оказания помощи, пострадавшим от ЧС. Наличие центра позволило бы более эффективно и короткие сроки оформить необходимые документы и оказать помощь людям находящимся в стрессовой ситуации.

Помимо этого, при оказании помощи семьям, пострадавшим в результате ЧС временное жилье предоставляется, только в том случае, если их собственное не пригодно для жилья. Однако не учитываются ситуации в которых погорельцам необходимо временное жилье для восстановления собственного. Именно поэтому данные факты обусловили необходимость изучения некоторых аспектов данной темы среди семей, попавших в трудную жизненную ситуацию на примере погорельцев г. Хабаровска.

В связи с этим встает вопрос о разработке технологии оказания помощи гражданам, попавшим в экстремальную ситуацию, в частности погорельцам. Алгоритм социальной-экстренной помощи гражданам, пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации (погорельцы) в может быть следующим:

Первый этап: - прием заявления от гражданина об оказании помощи; помощь в сборе обязательных документов: (паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность (подлинный экземпляр и его копия); выписка из домовой книги; документы о доходах всех членов семьи за последние 6 месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления; справка службы занятости о регистрации в качестве безработного (неработающим лицам трудоспособного возраста, не имеющим ограничений к трудовой деятельности); копия акта о потере имущества, выданная государственной инспекцией по надзору за ЧС; копия акта о чрезвычайной ситуации); проведение консультативных услуг; регистрация в журнале «Обращения»; поиск и внесение данных в базу данных. Результатами данного этапа будут: вос-

становление документов; предоставление услуг санатория; оказание социальной помощи заявителю в виде денежной выплаты; оказание социальной помощи заявителю в виде натуральной помощи.

Второй этап: составление акта социально-бытового обследования жилищного помещения; заключение договора с межведомственными учреждениями для оказания помощи. Результат – подготовка клиента к выходу из ситуации.

Третий этап: - удовлетворение запроса либо отказ в предоставлении помощи (отделения адресной социальной помощи; отделения социальных выплат; отделения ЖКУ; Санаторий); проведение мониторинга. Результат – оказание социально-экстренной помощи клиенту, за короткое время качественно и эффективно.

Внедрение данной технологии в деятельность специализированных учреждений занимающихся оказанием экстренной социальной помощи лицам, оказавшимся в экстремальной ситуации, позволило бы качественно и в короткие сроки решить основные проблемы погорельцев.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПРЕСТАРЕЛЫМИ И ОДИНОКИМИ ЛЮДЬМИ (НА ПРИМЕРЕ КГБУ «ЧЕРНЯЕВСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»)

Пивоварова Т.В.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Сегодня мы сталкиваемся с тем, что пожилые люди в России стали наиболее социально незащищенной категорией общества. При этом происходит постоянное возрастание доли этого общественного пласта. Данная демографическая тенденция замечена не только в России, но в большинстве развитых стран. Каждое последующее поколение рождается с меньшей численностью, доля детей и подростков в обществе снижается, что вызывает соответствующий рост доли лиц старшего возраста. В связи с этим, в настоящее время весьма востребована социальная работа с пожилыми людьми и актуально исследование методик работы с ними.

В настоящее время возрастает роль роли учреждений социального обслуживания по организации социальной поддержки пожилых людей, где специалисты по социальной работе непосредственно контактируют с клиентами, знают их проблемы и пытаются им помочь. Также существует необходимость выявления пожилых людей, опознавания их проблем и применения наиболее эффективных способов по их устранению. Среди учреждений социального обслуживания престарелых граждан важное ме-

сто занимают стационарные социальные учреждения – специальные дома для одиноких и престарелых.

Специальный дом для одиноких престарелых предназначен для постоянного проживания одиноких граждан пенсионного возраста, а также супружеских пар из числа сохранивших полную или частичную способность к самообслуживанию в быту и нуждающихся в создании условий для самореализации основных жизненных потребностей. Специальные дома предназначены для:

- обеспечения благоприятных условий проживания и самообслуживания;
- создания условий для предоставления проживающим престарелым гражданам социально бытовой и медицинской помощи;
- создания условий для активного образа жизни, в том числе посильной трудовой деятельности.

Обслуживание КГБУ «Черняевский дом-интернат для престарелых и инвалидов» направлено на граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе. Здесь происходит осуществление социальной защиты престарелых граждан и инвалидов, которые проживают в учреждении, путем стабильного материально- бытового обеспечения и создания условий жизнедеятельности, адекватных их возрасту и состоянию здоровья. Проводятся мероприятия социального, медицинского, реабилитированного, адаптационного и лечебно-трудового характера. Организован уход, отдых и досуг, лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия. Деятельность учреждения направлена на:

1. прием престарелых граждан и инвалидов и размещение их в учреждении с учетом возраста и состояния здоровья;
2. предоставление им жилой площади, в соответствии с утвержденными нормами, которая обеспечена мебелью, инвентарем, постельными принадлежностями, предметами личной гигиены, нательным бельем, одеждой и обувью;
3. предоставление престарелым гражданам и инвалидам питания в соответствии с утвержденными нормами, в том числе диетического, с учетом их возраста и состояния здоровья;
4. медицинское обслуживание (организация консультаций врачей-специалистов, лечение), способствующее продлению активного образа жизни граждан, а также госпитализация заболевших в лечебно-профилактические учреждения;
5. осуществление мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов (восстановление или компенсация утраченных или нарушенных способностей к бытовой, социальной и профессиональной деятельности);
6. создание условий для отправления религиозных обрядов;

7. социально-трудовая реабилитация (создание условий для использования остаточных трудовых возможностей, участия в лечебно-трудовой деятельности).

Престарелым гражданам и инвалидам предоставляется большой спектр социально-бытовых, социально-медицинских, социально-правовых и образовательных услуг. В этом учреждении имеется отделение медицинской реабилитации, банно-прачечное производство, столовая, парк, библиотека, также имеется помещение для творчества и проведения культурных мероприятий. Есть возможность поиграть в настольные игры – шашки, шахматы и пр. Оборудованы места для просмотра телевизора и повседневного общения.

Таким образом, КГБУ «Черняевский дом-интернат для престарелых и инвалидов» занимается оказанием помощи гражданам, нуждающимся в постоянном уходе. На 2017 г. в доме-интернате проживают 58 человек разных возрастов; из них 39 граждан с наличием инвалидности. Обслуживаемым гражданам предоставляется широкий спектр социальных услуг.

ЭВРИСТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕЯТЕЛЬНОСТНО-ЦЕННОСТНОГО ПОДХОДА А.О. БОРОНОВА И П.И. СМЕРНОВА НА ПРИМЕРЕ ТЕОРИИ АНОМИИ

Плетнев А.В.

*Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Теория аномии, которая начала формироваться еще в древнегреческих мифах, на сегодняшний день является крайне востребованной и актуальной. Появление в 90-е годы XX века большого числа англоязычных работ, посвященных аномии, свидетельствует об актуализации этой теории. В данной статье мы рассмотрим потенциал отечественной теоретической социологии. Но сначала необходимо обратиться к истории развития теории аномии.

Впервые слово аномия употребляется древнегреческим поэтом Гесиодом в 7 в.д.н.э. Далее аномия становится темой многочисленных трудов поэтов, историков и философов. В этот период аномия понимается шире чем сейчас, она поглощает и понятие девиации. Но главная особенность этого периода состоит в том, что вывод об аномичности индивидуума или группы древние греки делали на основе оценки их действий, наблюдаемого поведения.

Чуть позже слово аномия начинает использоваться в религиозных текстах христиан на греческом языке и попадает, таким образом, в религиозный дискурс (Davison J.E. 1985). В текстах Ветхого Завета аномия также

обозначает видимые нарушения Божественного закона, подобные нарушениям закона в юридическом смысле. Однако в текстах Нового Завета аномия уже связывается со свободным выбором человека, его мыслями и чувствами. Это ознаменовало номиналистический поворот в теории аномии, когда от анализа только наблюдаемых действий мыслители перешли к анализу внутреннего психологического состояния индивидуума. Номиналистическая линия в изучении аномии будет в дальнейшем концептуализирована в работах Лео Сроула.

Далее рассмотрим изучение аномии в рамках социологии, как уже полноценно сформировавшейся научной дисциплины. Понятие аномия было введено в научный оборот Ж.М Гюйо, далее оно разрабатывается Дюркгеймом и окончательно концептуализируется Мертоном. Мертоновская теория напряжения интерпретирует аномию как макросоциологический процесс, в основе которого экономические причины. Другое истолкование аномии как внутриличностного процесса предложено Д. Рисменом, Р Макайвером и в современном виде сформулировано в работах Р. Агню. Это направление выражает психологизм современной западной социологии.

Нетрудно заметить, что античная оценка внутриличностного состояния индивидуума на основе наблюдения за его поведением и действиями совсем исчезла из теории, и была заменена психологической интерпретацией внутреннего состояния на основе выявляемых внутриличностных процессов.

Это обстоятельство возможно является упущением и может быть исправлено с помощью использования деятельностно-ценностного подхода (Бороньев А.О. и соавт., 2011). Этот подход интерпретирует общество как существующие на базе деятельностного взаимодействия людей. Главным же стимулом деятельности человека является достижение социальной значимости.

Использование деятельностно-ценностного подхода для истолкования аномии способно вернуть античную традицию суждения о личности на основе действий. Этот способ теоретического синтеза выгодно отличается и от изучения ценностей по методологии Н. Лапина и Р. Инглхарта, в рамках которой по сути изучаются те ценности, которые люди просто декларируют, а не те, на основе которых люди живут и реально действуют. Деятельностно-ценностный подход способен помочь выявить латентные инструментальные ценности и правильно истолковать сущность аномии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЕЙС-СТАДИ В ПРЕПОДАВАНИИ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рахимбекова С.А.

*Казахский университет экономики, финансов
и международной торговли,
г. Астана, Республика Казахстан*

В связи с использованием метода кейс-стади и решения кейсовых задач значительно улучшилось усвоение активной лексики практического занятия по дисциплине «Казахский язык». На занятии подчеркивается ряд ключевых проблем, в том числе командная работа, например, такая как решение определенных задач, поставленных мной перед обучающимися путем использования различных кейс-технологий. Чтобы обеспечить навыки и умения, необходимые для усвоения языка рабочей среде команды, учащиеся работают над курсовой работой в группах, где они подвергаются управлению проектами, разработке требований (где студенты собираются, анализируются и задают требования в дополнение к определенной тематике и проблеме по казахскому языку), написание эссе, составление диалогов, разбор текстового материала и тестирование. Кроме того, были сопоставлены результаты обучения студентов в задании и экзамене, и особенно в аналогичных предметных областях, например, профессиональный казахский язык, международная правовая терминология, академическое письмо. Также были проанализированы отзывы студентов и преподавателей. Конечной целью этого исследования является использование результатов и выводов, полученных (на основе данных и фактов, собранных выше), в рефлексивной манере, чтобы улучшить обучение и преподавание казахского языка в больших группах, и в частности в малых также. Планируется, что эта конечная цель может быть достигнута путем изучения следующих проблем:

- Что пошло не так в групповых проектах при решении кейсовых задач? Существуют ли какие-либо области неудач и как их можно классифицировать?
- Были ли положительные результаты? Если есть, то какие? Связаны ли они с домашней работой, командой или и тем, и другим?
- Были ли какие-либо особые замечания в отношении ведения групповых проектов и навыков управления проектами?
- Легко ли было студентам решать кейсовые задачи в команде?
- Были ли общие области, где успеваемость учащихся была одинаковой как на экзамене, так и на курсовой работе? Если есть, может ли быть связан уровень успеваемости учащихся?
- Была ли полученная от учащихся обратная связь во время групповых и практических занятий в соответствии с результатами вышеизложенного?

После того, как результаты вышеупомянутых проблем будут получены, будет сформулирован случай с предложениями по улучшению преподавания и обучения казахского языка. Здесь необходимо рассмотреть методы решения кейсовых задач. «Метод кейс-стади – может быть назван методом анализа конкретных ситуаций (от английского «case»-случай). Учащимся предлагают осмыслить реальную жизненную ситуацию, описание которой одновременно отражает не только какую-либо практическую проблему, но и актуализирует определенный комплекс знаний, который необходимо усвоить при разрешении данной проблемы. При этом сама проблема не имеет однозначных решений. Кейсы, для решения которых требовалась работа студентов в мини-командах под руководством капитана команды, были составлены с целью решения определенной задачи, для развития навыков говорения и усвоения правил определенной темы. Все темы были взяты из типовой рабочей программы, составленной с учетом специальности определенной группы. Мы рассмотрим работу студентов 1 курса специальности «Финансы».

Чтобы соответствовать основным задачам этого модуля, учащиеся использовали процесс решения кейсов для выполнения различных видов деятельности задания. Кроме того, они должны были использовать активную грамматику и лексику определенного урока. Более того, студенты должны были использовать в решении своих кейсов инновационные технологии, для принятия определенного решения задачи кейса. Такие программы как Power Point, Prezy, Exel должны использоваться при решении кейсов, посредством программы Power Point студенты готовят свои презентации, удобные для показа решения определенной задачи кейса, посредством программы Prezy студенты более обширно демонстрируют наглядный материал при решении определенного кейса, посредством программы Exel студенты ведут точный детальный подсчет каких-либо вычислений, поставленных перед ними в задаче кейса. Студентам необходимо разработать слайды по определенной теме при решении кейсовой задачи, они используют определенные программы при помощи которых отображают результаты решения задачи кейса, показывают цель и несколько видов решения кейса. Для удобства студенты используют набор аббревиатур темы и глоссарий.

Обучающиеся представляют комментарии ситуации, что помогает эффективно развивать их разговорную речь и закрепить активную лексику урока, даются вопросы и задания для работы с кейсом. Студенты, ведут конструктивный диалог друг с другом, работая в микро группах дискутируют и приходят к определенному решению поставленной перед ними задачи кейса.

Цель кейса: помочь студентам усвоить активную лексику урока, путем запоминания определенных терминов, присущих специальности «Финансы». Перед обучающимися ставится цель заполнить таблицу с учетом

потребностей покупателей на рынке продуктов. Они рассматривают цену, новизну и популярность какого-либо продукта, делают выводы по таблице своих расчетов. Тем самым развивается коммуникативный потенциал обучающегося, он учится работать в команде, четко выражать свое мнение, анализировать сложившуюся ситуацию и делать конкретные выводы. Кроме того, студенты впервые решали кейсовые задачи такого рода, не имея полного понятия определенных экономических терминов.

В связи с этим можно отметить взаимосвязь таких дисциплин как «Введение в экономическую теорию», «Введение в финансы» с дисциплиной гуманитарного цикла «Казахский язык». В целях повышения эффективности работы учащихся по дисциплине «Казахский язык», можно подумать об увеличении количества практических занятий, увеличении числа сессий в этих областях, использовании таких методов, как дебаты. Здесь можно рассмотреть нормативный прогностический анализ, когда задается будущее состояние системы и определяются способы достижения будущей цели. Все это проводится с целью подтолкнуть обучающегося к одному из источников кейса – науке, которая отражает новизну определенной задачи кейса. Сами по себе кейсы можно разработать в последовательности как практические, обучающие и исследовательские. На практических занятиях в основном используется практический кейс, который поможет детально отразить жизненную ситуацию.

Задачи кейса должны быть актуальны и понятны обучающимся, они должны быть и той самой среды, в которой живут студенты, должны соответствовать жизненным ситуациям общества. При составлении кейсовых задач можно ограничиться деятельностью какого-либо предприятия, его товаров и услуг. Приглашая его сотрудника либо руководителя, можно установить обратную связь между потребителями, которых будут представлять студенты с производителем. Здесь развивается познавательная деятельность студентов, как будущих специалистов специальности «Финансы».

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С МНОГОДЕТНОЙ СЕМЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КГКУ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ХАБАРОВСКА)

Салыкина С.В.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Семья – один из наиболее древних социальных институтов: она возникла в недрах первобытного общества значительно раньше классов,

наций и государств. Общественная ценность семьи обусловлена ее «производством и воспроизводством» непосредственной жизни, воспитанием детей, формированием их индивидуального сознания.

Семья как социальный институт и как система, жизненно необходимая для функционирования человека, тесно связана с развитием социально-экономических процессов. Она остро реагирует на все изменения, происходящие в обществе (как положительные, так и отрицательные), является своего рода индикатором общественной стабильности.

Под семьей как объектом социальной работы понимается малая социальная группа, члены которой связаны брачными или родственными взаимоотношениями, общностью быта (совместное проживание и ведение домашнего хозяйства), эмоциональной близостью, взаимными правами и обязанностями по отношению друг к другу.

В России всегда считалась ценностью многодетность семьи, что обусловлено традициями и моральными основами российского общества. В настоящее время многодетность является сложным и противоречивым феноменом. В соотношении с общепринятыми нормами и нравами – это, безусловно, явление исключительное и в какой-то степени даже девиантное: образ жизни современных многодетных семей воспринимается как неблагополучный, что связывается общественностью с разнообразными трудностями, нехваткой родительской любви и внимания, различными материальными лишениями (проблемы с одеждой, рационом питания, бытовыми условиями, в образовательной сфере). Однако многодетность может по-прежнему ассоциироваться со сплоченностью, взаимодействием и дружбой, как было раньше.

Выделяют следующие проблемы многодетных семей:

- Материально-бытовые (финансовые) проблемы. Многодетные семьи действительно испытывают материальные трудности, среднемесячный доход на одного члена семьи с появлением детей снижается, увеличиваются затраты на питание, одежду, обучение, развлечения. В бюджете часто нет места для культурных мероприятий, дополнительного образования, летнего отдыха, лечебно-профилактической помощи. В каждой пятой семье дети не посещают детские сады из-за нехватки средств на его оплату.

- Проблема трудоустройства родителей. При многодетности мать обычно не работает, отец занят на работе и вынужден искать дополнительный заработок. Кормилец постоянно испытывает стресс при поиске работы. Часто процесс трудоустройства связан с незнанием законов и отсутствием информации о льготах, которые положены многодетным семьям. Подростки вынуждены работать, что сказывается на их успеваемости и развитии. Часто дети бывают втянутыми в «криминальный» бизнес.

- Жилищная проблема. Уровень благоустройства помещений для проживания детей невысокий, а если учитывать, что большая часть многодетных семей проживает не в городских условиях, то можно констатировать,

что 60 % многодетных семей проживают в жилье «без удобств», где нет центрального отопления или водопровода, горячего водоснабжения и канализации.

- Дефицит времени. Несмотря на то, что в традиционной многодетной семье дети находятся в равном положении, проблема дефицита времени родителей может создать определенную проблему. Дефицит общения с родителями может привести к таким проблемам, как заниженная самооценка ребенка, тревожность, неуверенность, излишнее стремление к лидерству.

- Конфликтность. Конфликты нередко возникают из-за плохой успеваемости в школе, отсюда – частые пропуски занятий; подростки обычно рано включаются в домашние дела и бросают школу. Школу не посещают не только подростки 15-18 лет, но есть и случаи прогулов школы детьми 7-14 лет.

- Проблемы физического здоровья и социального самочувствия. Здоровье – одна из наиболее острых проблем многодетных семей. Если в такой семье заболевает один ребенок, то, как правило, болеет вся семья. Также на здоровье детей влияет сложный психологический климат в семье.

Таким образом, проблемы многодетной семьи в целом являются причиной проблем ребенка и нарушения процесса его социализации. Здоровые отношения в многодетной семье, равноправие всех детей в семье, их психологический и социальный комфорт – это показатели здорового общества. Сегодня, когда Россия переживает некий семейный кризис, весьма важно создать такие условия для формирования репродуктивного поведения семей, чтобы многодетность стала скорее правилом, нежели исключением из правил, имеющим «негативную окраску».

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ СЕМЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Сердюкова О.В.

Научный руководитель: д. п. н. Л.Ф. Вязникова

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Российские ученые отмечают тенденцию роста семей, находящихся в социально опасном положении, что обусловлено деструктивным развитием (в ходе модернизации России), которое привело к разрушению традиционных ценностей, возрастанию числа семей с одним родителем, высокому уровню социального неблагополучия в семьях.

Оценку сложившейся в семье ситуации, квалификацию определенной жизненной ситуации семьи как социально опасного положения, выявление проблем такой семьи и определение вида социальных услуг, в которых се-

мья нуждается, осуществляют специалисты в области организации и ведения социальной работы. Следовательно, такие специалисты должны четко представлять себе, что собой представляет семья, находящаяся в социально опасном положении. Существуют различные определения такой семьи. Чаще всего под семьей, находящейся в социально опасном положении, понимается семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними.

Главными критериями определения семьи, находящейся в социально опасном положении, являются:

- неисполнение родителями (законными представителями) обязанностей по жизнеобеспечению детей: отсутствие необходимой детской одежды, нерегулярное или неполноценное питание, неблагоприятные санитарно-гигиенические условия;

- отсутствие условий для содержания детей: безработные родители, отсутствие жилья;

- асоциальное поведение родителей: пьянство, наркомания, аморальность;

- вовлечение детей в преступную или иную антиобщественную деятельность;

- жестокое обращение с детьми;

- отсутствие контроля за воспитанием и обучением детей;

- наличие в семьях детей, совершивших преступление или правонарушение или состоящих на учёте в органах полиции и наркологических учреждениях.

Ю.Н. Осипова называет четыре типа семей, находящихся в социально опасном положении: педагогически несостоятельные, конфликтные, асоциальные и криминальные. К педагогически несостоятельным она относит семьи, в которых нарушены взаимоотношения родителей и детей, отсутствует единство требований, ребенок безнадзорен, наличествует низкая осведомленность об интересах и поведении ребенка вне образовательного учреждения. Конфликтными семьями Ю.Н. Осипова называет те, для которых характерна неблагоприятная эмоциональная атмосфера, между родителями постоянные ссоры, разногласия. Н.А. Цветкова называет такие отношения родителей предразводной ситуацией. Асоциальными являются семьи, в которых возобладали антиобщественные установки и ориентиры: праздность, иждивенчество, алкоголизм, наркомания. Следует отметить, что большая часть семей данной категории – маргинальные семьи, неспособные и нежелающие «самостоятельно решать свои проблемы. Ученые считают, что маргинальные семьи являются ресурсом пополнения криминальной среды. Криминальные семьи – те, в которых «родители имеют су-

димось, ведут аморальный образ жизни, склонны к правонарушениям, воспитанием детей не занимаются».

Таким образом, можно сделать вывод, что в науке и практической деятельности по социальному обслуживанию семей, находящихся в социально опасном положении, их большая часть определяется, как маргинальные семьи.

По сути, социально опасное положение является завершающей стадией развития семейного неблагополучия, когда семейный кризис является хроническим, предполагая, что по мере развития семейного неблагополучия от стадии к стадии нарастает редукция (снижение) ответственности за жизнь, здоровье и развитие ребёнка. Также семьи могут оказаться в социально опасном положении по причине отсутствия воли родителей (законных представителей) изменить семейную ситуацию.

Но все эти семьи являются объектом изучения социальной работы, рассматриваясь как особый социальный феномен, требующий специального анализа и осмысления.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ

Соболь А.Е.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Инвалидность – это не только проблема личности, общества, но и государства в целом. Эта категория граждан остро нуждается в социальной защите, а также в понимании их проблем со стороны окружающих людей, которое будет выражаться в человеческом сочувствии и равном отношении к ним как к обычным гражданам. основополагающая характеристика инвалидов как особой социально-демографической группы – наличие юридически оформленного статуса инвалида. Основанием для признания гражданина инвалидом является сочетание следующих трех факторов:

– нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

– ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

– необходимость осуществления мер социальной защиты. Наличие лишь одного из указанных факторов не является условием, достаточным для признания лица инвалидом. В соответствии с федеральным законом «О

социальной защите инвалидов в Российской Федерации, признание лица инвалидов осуществляется по результатам медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных свидетелюемого лица.

Степень функциональных расстройств определяется согласно классификации нарушений функций организма по степени выраженности, предусматривающей выделение, в основном, четырех степеней нарушений:

- 1 степень – незначительные нарушения функций;
- 2 степень – умеренные нарушения функций;
- 3 степень – выраженные нарушения функций;
- 4 степень – значительно выраженные нарушения функций.

Ограничения жизнедеятельности являются социальными последствиями нарушений здоровья, которые могут привести к социальной недостаточности человека, необходимости его социальной защиты или помощи. Наличие социальной недостаточности вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты, служит основанием для определения инвалидности.

В мировой практике приоритетными считаются методы социальной защиты, ориентированные на социальную интеграцию, что подразумевает активное использования для жизнедеятельности инвалидов всех систем открытого общества (образования, труда, досуга, проживания и т. д.). Такой подход не только морально состоятелен, но и экономически оправдан (специализированные системы по данным различных исследователей в 10-25 раз дороже, чем обычные).

Системы социальной защиты инвалидов, сложившиеся в развитых странах, включают в себя ряд взаимосвязанных элементов, отражаемых в нормативном закреплении прав инвалидов, прав и обязанностей государственных органов, общественных и благотворительных организаций, форм и методов их деятельности в этой сфере.

Основными критериями развития политики государств в отношении инвалидов являются:

- наличие официально признанной политики в отношении инвалидов;
- наличие специального антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов;
- судебные и административные механизмы реализации прав инвалидов;
- наличие неправительственных организаций инвалидов;

– доступ инвалидов к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, на образование, на создание семьи, на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политических прав;

– наличие безбарьерной физической и социальной среды.

В целом, инвалиды – категория населения по многим параметрам относимая к маргинальным группам. Такое положение обусловлено их низкими доходами (свыше 90% инвалидов находятся за чертой бедности), негативным отношением работодателей к трудоустройству таких работников, несмотря на установленные квоты по трудоустройству и штрафные санкции при их неисполнении, многочисленными проблемами освоения окружающей среды в связи с ее неприспособленностью к психофизиологическим возможностям инвалидов, психологическими факторами.

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Соколова Ж.В.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

В последнее время наблюдается рост количества подростков, находящихся в социально опасном положении. Это связано с увеличением подростковой преступности и с неблагополучием семей, в которых проживают несовершеннолетние. Основными особенностями таких семей являются: низкий уровень педагогической культуры, деструктивные эмоционально-конфликтные отношения между супругами, социально-экономическое неблагополучие, аморальный образ жизни, зависимость от алкоголя и психоактивных веществ, деформированность общечеловеческих ценностных ориентаций, жестокое отношение к детям и насилие над ними. Данные факторы представляют серьёзную угрозу для подростков, отрицательно сказываясь на их психологическом и физическом здоровье, и во многом определяют их поведение.

«Трудные дети» из таких семей особенно нуждаются в индивидуальном подходе со стороны воспитателей и внимании коллектива сверстников. Непонимание и незнание причин агрессивного поведения привели к тому, что «трудные» дети вызывают у взрослых откровенную неприязнь, неприятие в целом. Стереотип «трудный подросток» весьма отрицательно проявляет себя в социальной перцепции социального работника, способствуя стиранию различий и граней между педагогически и социально запущенными детьми. Именно наличие общих негативных качеств мешает специалисту рассмотреть то положительное, что есть в

поведении и личности педагогически запущенного (прежде всего – трудолюбие, стремление к овладению профессией), с опорой на которое без вмешательства специальных органов ранней профилактики можно успешно осуществлять воспитательную работу с этой категорией клиентов социальной работы. Нередко дети попадают на учет в результате того, что их не различают с социально запущенными подростками: срабатывает оценка по стереотипу «трудный подросток»: поводом может стать случайный поступок, совершенный «за компанию». Такого рода социальные ожидания в сложившихся стереотипных оценках специалистов способны привести к тому, что подросток начинает развиваться в соответствии с ожиданиями взрослых; это провоцирует проявления асоциального характера и дальнейшую десоциализацию.

В концептуальном плане среди технологий социальной работы с «трудными» детьми и подростками можно выделить, прежде всего, информационно-профилактическое направление. Оно основывается на широко распространенном представлении: отклонения от социальных норм в поведении людей происходит в связи с незнанием норм. Данная точка зрения предопределяет направление профилактических действий и выбор средств, форм и методов их осуществления, а именно: информирование людей о нормативных требованиях, предъявляемых к ним государством и обществом, активное использование в этих целях средства массовой информации (печать, радио, телевидение), а также кино, театр, литературу и др. современные средства; их целенаправленное применение может оказать большое влияние на формирование правосознания подростка, повышение его морально-нравственной устойчивости, общего уровня культуры.

Также в социальной профилактике используются беседы, семинары, консультации в школах, производственно-технических училищах и других учебных заведениях, женских консультациях, поликлиниках, – участковых врачей, других специалистов различных объединениях и непосредственно специалистов по социальной работе. Неоценимую помощь в проведении профилактических мероприятий и пропаганде здорового образа жизни оказали бы выпуски рекламных роликов, радиопередач, научно-пропагандистских печатных изданий. Социально-профилактический подход может быть в целом эффективным только тогда, когда профилактические меры будут носить общегосударственный характер.

Нужно отметить, что в каждом отдельном случае, причине его возникновения, нужно правильно подобрать профилактические методы или методы лечения; от этого будет зависеть разрешение проблемы отклоненного поведения ребенка или подростка.

В целом, профилактика и предупреждение девиантного поведения «трудных» детей и подростков становится не только социально значимой, но и психологически необходимой. Проблема повышения эффективности

ранней профилактики должна решаться в следующих основных направлениях:

- выявление неблагоприятных факторов и десоциализирующих воздействий со стороны ближайшего окружения, которые обуславливают отклонения в развитии личности трудных подростков, и своевременная нейтрализация этих неблагоприятных дезадаптирующих воздействий;
- современная диагностика асоциальных отклонений в поведении трудных подростков и осуществление дифференцированного подхода в выборе воспитательно-профилактических средств психолого-социально-педагогической коррекции отклоняющегося поведения.

О СОЦИАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ «МЫ ПРОТИВ НАРКОТИКОВ»

Трубникова М.Д.

Научный руководитель: к. пед. н. С.А. Золотарева

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

В настоящее время в Российской Федерации остро стоит проблема наркомании. От общего числа наркоманов в России по статистике: 20 % – школьники, 60 % – молодежь в возрасте 16-30 лет, 20 % – люди более старшего возраста. Средний возраст приобщения к наркотикам в России составляет 15-17 лет. В последнее время увеличился процент употребления наркотиков детьми 9-13 лет, есть случаи употребления наркотиков детьми 6-7 лет. В Хабаровском крае, по данным государственной статистики, количество детей, употребляющих наркотики, составляет 14 %. В связи с этим, одной из наиболее важных задач является поиск новых технологий, методов и форм профилактики наркозависимости у детей.

В период прохождения автором практики в МКУ «Городской центр по организации досуга детей и молодежи» (октябрь-декабрь 2016 г.), для совершенствования профилактики наркомании среди подростков был разработан проект «Мы против наркотиков». Цель проекта: способствовать профилактике наркомании среди молодежи.

Задачи проекта:

- 1) изучить представления подростков о понятиях «наркотики» и «наркомания»;
- 2) научить подростков вести себя грамотно при давлении сверстников;
- 3) провести профилактическую работу, направленную на отказ подростков от употребления наркотиков.

Проведенный опрос, направленный на выявление «болевых» точек по проблеме употребления молодежью наркотических средств (выборка составила 15 чел.), показал, что 14 % респондентов пробовали наркотики;

92 % пробовали алкогольные напитки; постоянно курят более 50 %. Большинство подростков ответили, что курить, пить и употреблять наркотики они начали потому, что им не хватало острых ощущений. Целевая группа, на которую рассчитан проект: группа подростков 14-17 лет. Срок реализации: с 31.10.2016 по 5.12.2016. Тип проекта: по направлению деятельности – воспитательный; по масштабу – микропроект; источник финансирования – бюджетный.

Социальный проект «Мы против наркотиков» реализуется в 4 этапа. 1-й этап – подготовительный. Он включает создание нормативно-правовой и методической базы, изучение научной и методической литературы по проблеме исследования, разработку плана по подготовке и реализации проекта. 2-й этап – организационный: подготовка материалов для проведения мероприятий, планирование времени проведения мероприятий. 3-й этап – практический: проведение мероприятий по выбранной тематике. 4-й этап – подведение итогов реализации социального проекта.

Организационное обоснование проекта включает несколько мероприятий. Мероприятие «Что такое наркотики и наркомания? Как становятся наркоманами?» – это беседа о наркомании и анкетирование на тему «Знаете ли вы последствия употребления наркотиков?». Мероприятие-интеллектуальная игра «Черные буквы» должно сформировать осознанно отрицающее отношение к наркомании. Мероприятие-встреча «Роковой шаг» состоит из просмотра видеofilmа и его обсуждения с применением игровых приемов. Тренинг «Осторожно – наркотики» развивает умение аргументировать свою точку зрения и формирует личную позицию отказа и стойкость не поддаваться давлению сверстников. Итоговое занятие включает анкетирование для определения уровня сформированности у подростка знаний о последствиях наркомании и его отношения к наркотикам.

Ожидаемые результаты: подростки учатся противостоять «давлению» сверстников, а проведенная профилактическая работа способствует отказу подростков от употребления наркотиков.

Социальный эффект проекта «Мы против наркотиков» – профилактика наркомании среди молодежи, которые в дальнейшем станут здоровыми членами нашего общества и не будут подвержены наркомании. Данный проект может быть использован в практической работе специалистами различных социальных учреждений, работающих с различными категориями подростков.

«ЗАМЕЩАЮЩАЯ СЕМЬЯ» КАК КАТЕГОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Учуваткина М.А.

Научный руководитель: к. пед. н. Д.А. Кречко

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

Естественной средой для развития и жизни каждого ребенка является семья. Все самое важное связано с родными и близкими: первые шаги и слова, первые победы и неудачи, слезы и радость, – все это каждый несет в семью. Поэтому лишение родительской любви, в каком бы то ни было возрасте – младенческом или отроческом, – способствует развитию неутолимого эмоционального голода, искажающего формирующийся «образ Я», развитию депривации и дезадаптации.

Ресоциализация ребенка в общество и предоставление возможности овладеть своей социальной ролью происходит только в обществе, при помощи которого ребенок избавляется от последствий депривации и создает новые благоприятные отношения к себе и своему окружению. Специалисты в области психической депривации детства Йозеф Лангмейер и Зденек Матейчик говорят о важности семейной терапии при ресоциализации ребенка-сироты.

В России вопрос о том, чему следует отдать предпочтение – замещающей семье или сиротским учреждениям – стоит уже четвертое столетие. Проект Федерального закона N 217944-6 «О патронате в РФ», устанавливающий форму воспитания и оказания социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также дополнительные гарантии по социальной защите для детей, нуждающихся в государственной поддержке, получил отрицательный отзыв Правительства Российской Федерации. Форма воспитания и социальной помощи полностью регулируется субъектами РФ, то есть каждый регион самостоятельно определяет, что такое патронат, устанавливает его виды и меры социальной поддержки, что, по мнению авторов законопроекта, в свою очередь негативно сказывается на эффективности самого института патроната в стране.

Традиционная, распространенная модель воспитания детей-сирот – детский дом – признана неадекватной потребностям развития ребенка большинством зарубежных и отечественных ученых. Согласно данным исследований Й. Лангмейера, А.М. Прихожан, Э.Г. Эйдемиллера и др., дети, воспитываемые в сиротских учреждениях, отстают от своих сверстников по основным показателям интеллектуального, эмоционального и социального развития.

Необходимость перехода на новую, «открытую» систему обустройства детей-сирот через развитие семейных форм устройства детей (заме-

шающая\патронатная семья), все больше признается как государственными структурами, так и гражданским обществом. «Только семья может дать освобождение от одиночества и помочь ребенку стать гражданином страны. Замещающая семья – путевка в жизнь», – считает Штепа И.П., председатель комитета по социальной защите населения и здравоохранению Хабаровского края. Действительно, опыт, приобретенный за годы внедрения такой формы, как замещающая семья, показывает, что воспитание в семье позволяет ребенку приобрести позитивный опыт семейных отношений, навыки выполнения семейных обязанностей, удовлетворяет индивидуальные потребности ребенка осознать себя равноправным членом общества, преодолеть иждивенчество, развить свою уникальность, самостоятельность и приобрести опыт разумного ведения собственного домохозяйства. Развитие семейных форм воспитания детей позволит «разгрузить» государственные учреждения для детей-сирот, а при грамотном подходе приведет к результативности социализации детей в различных формах семейного воспитания.

Однако развитие института «замещающей семьи» в России требует освоения новых подходов и форм работы, поскольку с увеличением числа детей, переданных на воспитание в замещающие семьи, явно обозначились проблемы, прежде всего жестокое обращение с детьми со стороны замещающих родителей и повторные отказы от детей. Возврат приемного ребенка в детский дом – это сильнейшая психотравма для него, после которой будет очень сложно, а порой и невозможно опять поверить взрослым. Основу данных процессов составляют:

- несоответствующие реальности ожидания усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей (завышенные ожидания, идеализированные представления и пр.), неготовность к трудностям;
- несформированность родительских компетенций;
- наличие эмоциональных и поведенческих трудностей у ребенка, связанных с его предыдущим травмирующим опытом или опытом проживания в интернатных учреждениях;
- недостаток поддержки со стороны социальных служб.

Формально деятельность учреждений социальной защиты направлена на реабилитацию ребенка, но без реабилитации семьи. В поле зрения специалистов семья как объект помощи, воздействия и манипуляций попадает на стадии практически полной деградации, ребенок из семьи изымается и помещается в приют, социально-реабилитационный центр, детский дом. Права ребенка защищены, предотвращено насилие, предоставлены уход, питание, воспитание. Но вопрос деинституализации детского дома как формы воспитания детей-сирот, и его плавное изменение на форму «замещающая семья», сегодня по-прежнему актуален.

КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ В ЭКСКВИЗИТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Фараонова О.В.

Научный руководитель: д. пед. н. Л.Ф. Вязникова

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

На протяжении жизни человек сталкивается с трудностями, которые предопределяются как обыденными жизненными ситуациями, так и эксклюзивными, трудно преодолимыми, ситуациями, требующими особых усилий. И для того, чтобы их преодолеть, человеку нужно знание о способах возможной реализации своих усилий, и как отмечал Р. Лазарус, «...человек должен верить, что они у него есть».

На современном этапе развития психологии, проблема преодоления человеком трудностей рассматривается учеными посредством раскрытия таких феноменов, как копинг, копинговый режим, копинговые стратегии, а также механизмы психологической защиты.

Необходимо отметить, что в условиях стресса психологическая адаптация человека происходит, главным образом, посредством двух механизмов: психологической защиты и копинг-механизмов.

Психологическая защита – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта.

Значительная часть исследований в 1960-70-х годах была тесно связана с проблемой стресса. По определению Г. Селье (1959), стресс – это неспецифическая, стереотипная, филогенетически древняя реакция организма в ответ на различные стимулы среды, подготавливающая его к физической активности (например, к бегству и т. п.). Понятием «стрессор» он обозначил физические, химические и психические нагрузки, которые может испытывать организм. Если нагрузки чрезмерны, или социальные условия не позволяют реализовать адекватный физический ответ, эти процессы могут привести к физиологическим и структурным нарушениям.

Что касается термина «совладающее поведение», то он появился в отечественной психологии в 1990-е годы и связан с работами ученых Платонова К.К., Теплова Б.М., Анцыферовой Л.И. Согласно словарю В. Даля, слово «совладание» происходит от старорусского «лад» (ладить) и означает «справляться, привести в порядок, подчинить себе». Образно говоря, «совладать с ситуацией» – подчинить себе обстоятельства, сладить с ними. В качестве критериев совладания как поведения субъекта, Т.Л. Крюкова называет его целенаправленность, контролируемость, осознанность, своевременность, значимость последствий выбора данного поведения для пси-

хологического благополучия, возможность обучения данному виду поведения, социально-психологическую обусловленность.

Проблема копинга начала разрабатываться еще в 1940-1950-х гг. В настоящее время, психологическая наука имеет много определений термина coping, который наиболее освещен в связи с исследованиями психологического стресса. Набиуллина Р.Р. определяет «копинг» или «преодоление стресса», как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям, а психологическое предназначение «копинга» состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя ему овладеть ею, ослабить или смягчить.

В западной психологии понятия coping stress и coping behavior используются для описания характеристик способов поведения человека в различных трудных ситуациях. Под понятием «совладающее поведение», распространенным в отечественной психологии, принято понимать целенаправленное социальное поведение, позволяющее субъекту с помощью осознанных стратегий, адекватных личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией.

Понятие «coping» происходит от английского «cope», что означает преодолевать. В научной литературе термин «coping» в широком смысле включает в себя все виды взаимодействия субъекта с задачами внешнего и внутреннего характера, а в более узком – определяется как стратегия действия для приспособления к условиям ситуации. По Нартовой – Бочавер, coping может пониматься как «индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями»

Копинг (Лазарус) – это, прежде всего, способ, которым индивидуум поддерживает психосоциальную адаптацию в период стресса. Он включает когнитивную, эмоциональную и поведенческую составляющие для уменьшения или разрешения условий, порождающих стресс. По Р. Лазарусу копинг – это стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования среды имеют значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с опасностью, так и в ситуации направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности.

Таким образом, копинг-поведение – это деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования.

КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ В ЭКСКВИЗИТНЫХ СИТУАЦИЯХ: ОТ ТЕОРИИ СТРЕССА К СХЕМА – ТЕРАПИИ

Фараонова О.В.

Научный руководитель: д. пед. н. Л.Ф. Вязникова

Педагогический институт

Тихоокеанского государственного университета,

г. Хабаровск, Россия

В последнее время набирающий популярность метод Схема-терапии, созданный психологом Джеффри Е. Янгом, заставляет нас расширить представление о копинге и копинговых режимах. Рассмотрим основные понятия, которыми оперирует теория Схема-терапии.

Схема – это существующая в сознании модель мышления или поведения, а также система восприятия информации, характерная для индивидуума.

Согласно позиции автора метода, функцией схем является обеспечение самозащиты модели восприятия, эмоций и физических ощущений. Одно из ключевых понятий в Схема-терапии – копинг-стратегии. Под ними в Схема-терапии понимаются поведенческие ответы на описанные выше схемы. Через копинг-стратегии люди стремятся улучшить свое положение, но на практике зачастую это приводит к обратному эффекту через усиление схем. По Дж. Янгу, если у человека в детском возрасте не удовлетворяются базовые потребности, такие как безопасная привязанность, автономия, принятие, реалистичные границы и др., то во взрослой жизни это приводит к возникновению дезадаптивных схем, копинг-стратегий и режимов.

Таким образом, целью Схема-терапии является помощь пациентам в удовлетворении глубинных эмоциональных потребностей, посредством обучения отказа от копинг-стратегий и схем.

К дисфункциональным копинговым режимам с Схема-терапии относят гиперкомпенсацию, избегание и капитуляцию перед сильными эмоциями, связанными с детскими и родительскими режимами. В краткосрочной или сиюминутной перспективе копинговые режимы приносят пациентам чувство облегчения, так как позволяют им отгородиться от негативных чувств или испытать подъем посредством стимулирующей или расслабляющей деятельности. Однако в ходе долгосрочной перспективы копинговые режимы являются источником проблем и дополнительного стресса в силу негативных последствий для самого пациента и окружающих его людей. Тем не менее, Дж. Янг рассматривает копинговые режимы как стратегии выживания, сформировавшиеся в детстве, для совладания с трудными (подчас невыносимыми, эксquisite) ситуациями. В качестве таковых они играли в детстве пациента важную и полезную роль.

Таким образом, наши реакции на стрессовые, трудные ситуации осуществляются одновременно на нескольких уровнях, ключевым из которых является поведение. Если мы эффективно справляемся, «совладаем» со стрессовыми ситуациями на поведенческом уровне, то потенциально «вредные» эмоциональные и физические проявления, характерные для них, подавляются. В связи с этим, именно осознанные стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями связаны с конструктивным преодолением трудностей, преобразованием жизненных ситуаций в соответствии с намерениями человека.

**МЕДИЦИНСКАЯ МЕДИАЦИЯ КАК ИНСТИТУТ
ЭФФЕКТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ В ДИСКУРСЕ
СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ МАЛОГО И СРЕДНЕГО
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА РОССИИ**

Шарапова А.О., Марков С.М.

Научный руководитель: к. филос. н. С.М. Марков
*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия*

Медицинская медиация – это альтернативное разрешение конфликтов (споров) в сфере здравоохранения через досудебные, судебные и внесудебные процедуры, которая в России практически неизвестна. В статье предлагается: 1) легализовать медицину, в частности, стоматологию, в качестве субъекта малого и среднего бизнеса (МСБ), 2) создать институт бизнес-омбудсменов в здравоохранении и МСБ.

Пятый принцип «Стратегии развития малого и среднего предпринимательства в России на период до 2030 года» Правительства России (далее – Стратегия) утверждает создание и внедрение «гарантированных и стабильных правил игры» для всех субъектов малого и среднего бизнеса (далее – МСБ), в том числе, надеемся, в сфере урегулирования и разрешения конфликтов (споров). Их регулятором должен выступить государственный институт в лице акционерного общества «Федеральная корпорация по развитию малого и среднего предпринимательства» (далее – Корпорация). Но вот, что интересно, в Стратегии и проектах Корпорации отсутствует медицина и здравоохранение, в частности, стоматология, как в других странах (США, ЕС, Китай, Индия, Китай, Бразилия, ЮАР, Южная Корея), на которые ссылается Стратегия. Их нет даже в методологии Стратегии. Это значит, что мы изначально исключаем самые высокие показатели высокотехнологичной отрасли МСБ, а также возможность медицины, в частности стоматологии, принять участие даже в отдалённой перспективе в освоении 25-ти триллионного государственного субсидирования. В том

числе исключается из методологии льготное субсидирование дально-восточной медицины (стоматологии)

В методологическом дискурсе Стратегии мы не обнаружили конфликтных факторов, а priori сопровождающих МСБ (чем-то он напоминает идеальный проект Платона). Но конфликты – это норма современной жизни, т.е. конфликт есть «нормальное событие МСБ», а не исключение из правил. Значит, надо учиться с ними уживаться, как это делают в тех странах, на которые ссылается Стратегия.

Как говорится в статье С.М. Маркова «Медиация как социокультурный фактор модернизации российской правовой системы» (2011), медиация – это не государственный, т.е. институт гражданского общества, альтернативной миссией которого является урегулирование различных конфликтов (споров) через посредничество, переговоры, арбитраж, третейский суд, мировой суд, товарищеский или суд чести, мини-суд (нечто вроде корпоративного суда), частный трибунал, омбудсмен. Ядром всех альтернативных способов разрешения споров выступают переговоры и медиация.

Процедура медиации в медицине – слабое звено в российском институте альтернативного разрешения споров (далее – АРС). Об этом свидетельствуют, например, лишь две статьи, опубликованные в журнале «Медицинское право» за период с 2010 по 2016 гг., т.е. после вступления в силу ФЗ о медиации. Да и те посвящены третейскому суду, а не медиации (В.Г. Куранов, 2011; О.Ю. Афанасьева и соавт., 2012). Есть и другие публикации, но не значительные. Это обусловлено рядом специфических причин, в том числе и правового характера.

Во-первых, медицинская деятельность сама по себе сложна как правовая категория, так как включает в себя разнообразную профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, осмотров и освидетельствований. Этико-правовые коллизии затрагивают и профессиональную деятельность, связанную с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, суррогатное материнство, смена пола.

Во-вторых, препятствуют развитию процедур медиации трудности в приведении сторон конфликта к миру, носящие психологический, экономический и правовой характер. Это выражается в следующем.

С одной стороны, несмотря на внедрение института информированного добровольного согласия в правовое регулирование и практику медицинской деятельности, отношения патернализма между врачом и пациентом по-прежнему фактически преобладают. Информированное добровольное согласие зачастую на деле рассматривается как индульгенция для медицинских работников, как некий щит на пути претензий со стороны пациента.

С другой стороны, пациент усвоил, что в конфликтных ситуациях он имеет право прибегнуть к механизму Закона о защите прав потребителей, который дает удобную для пациента формулу «клиент всегда прав», тем более пострадавшая сторона имеет безусловное право на возмещение вреда через суд. Как считает С.И. Помазкова в статье «Проблемы применения процедур медиации при урегулировании и разрешении споров в сфере медицинской деятельности» (2014), использование публично-правовых институтов пациентом рассматривается как единственно возможный способ разрешения конфликта, к тому же наиболее экономичный.

Стоматология одной из первых почувствовала на себе влияние коммерческих отношений. Конфликтность в стоматологии гораздо выше, чем в других отраслях медицины, и это отнюдь не является странным. К профессионально-отраслевым особенностям стоматологических конфликтов относятся: более дифференцированная структура медицинского коллектива, чем в других областях медицины; психологическое состояние пациента перед приемом у стоматолога (болевым синдромом сопровождается практически все стоматологические манипуляции); высокое разнообразие платных услуг. Сегодня взаимоотношения пациентов и врачей имеют этическую и правовую регламентацию, однако суть этой регламентации далеко не всегда известна и понятна и пациентам, и врачам. Так на сайте правительства Хабаровского края специально для МСБ представлена информация о процедуре медиации, но во многих субъектах России она отсутствует.

Как нам представляется, конфликтогенный потенциал медицины как социального института проявляется на всех уровнях общественной жизни. Вместе с тем, в настоящее время практически отсутствует или недостаточно осмысливается сущность конфликта в системе здравоохранения.

В своей короткой статье мы предлагаем: 1) легализовать медицину, в частности, стоматологию, в качестве субъекта МСБ, 2) включить её в методологию Стратегии, 3) внедрить (проинформировать) МСБ об АРС (медиации), 4) создать при Корпорации сектор (институт) бизнес-омбудсменов, как это было сделано в тех странах, на которые ссылается Стратегия.

СОДЕРЖАНИЕ

Естественные науки	3
Фундаментальная медицина	15
Хирургия и офтальмология	43
Внутренние болезни.....	68
Педиатрия	87
Акушерство и гинекология.....	120
Неврология, психиатрия и психология	137
Инфекционные болезни, микробиология, паразитология и иммунология...	168
Стоматология	188
Фармакология и фармация	204
Общественное здоровье	232
Общественные науки	280

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Материалы I Дальневосточного медицинского молодежного форума

Корректор *Додонова А.А.*

Технический редактор *Епишина Т.Е.*

Подписано в печать 30.08.2017. Формат 60×84/16.

Бумага офисная. Тираж 300 экз.

Усл. печ. л. 19,06. Уч.-изд. л. 19,78. Заказ № 87.

Издательство ФГБОУ ВО ДВГМУ.

680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, 31.

Отпечатано в типографии издательства ФГБОУ ВО ДВГМУ.

680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35.